Civile Sent. Sez. 3 Num. 21528 Anno 2021
Presidente: SESTINI DANILO
Relatore: POSITANO GABRIELE
Data pubblicazione: 27/07/2021

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

SENTENZA

sul ricorso 6866-2019 proposto da:

, procuratore speciale della

, elett.te dom.to in ROMA, VIA CAPO PELORO 3, presso lo studio dell'avvocato GIOVANNI COSTANTINO, rappresentato e difeso dall'avvocato LUCA ENRICO DEGANI; **- ricorrente -**

contro

2021

324

, elettivamente domiciliato in ROMA, VIA L. ANDRONICO 24, presso lo studio dell'avvocato ILARIA ROMAGNOLI, che lo rappresenta e difende unitamente agli avvocati FEDERICO RANDAZZO, FRANCESCO TREBESCHI;

- controricorrenti -

nonchè contro

;

- intimati -

avverso la sentenza n. 3431/2018 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 16/07/2018;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 27/01/2021 dal Consigliere Dott. GABRIELE POSITANO;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. CORRADO MISTRI

~~udito l'Avvocato~~;

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

FATTI DI CAUSA

La evocava in giudizio, davanti al Tribunale di Como, , amministratore di sostegno del padre , nonché , per sentirli condannare al pagamento della somma relativa alle rette di degenza dell'amministrato per il periodo compreso tra agosto 2006 (data di ricovero dell'ospite) e il 27 novembre 2010 (data del decesso). , Sindaco del comune di ,

era stato evocato in giudizio in quanto lo stesso si sarebbe obbligato ad anticipare con proprie risorse il pagamento della retta relativa alla posizione del . Si costituiva l'amministratore di sostegno formulando eccezioni in rito e chiedendo, nel merito, il rigetto della domanda. Si costituiva anche il eccependo il difetto di legittimazione passiva e deducendo l'infondatezza della pretesa. Nelle more del giudizio, a seguito del decesso di , la controversia proseguiva nei confronti degli eredi di questi, e . Quest'ultima rimaneva contumace.

Il Tribunale di Como, con sentenza del 5 giugno 2013, rigettava la domanda rilevando che il ricovero di era stato effettuato per ragioni di salute e rientrava nelle fattispecie previste dal Servizio Sanitario Nazionale con la conseguenza che l'obbligazione dei familiari sussisteva, ai sensi dell'articolo 433 c.c., solo nei confronti del paziente ( ) e non anche nei confronti della non avrebbe potuto agire in via surrogatoria.

Avverso tale decisione proponeva appello , quale rappresentante della , censurando la qualificazione della domanda operata dal Tribunale che non avrebbe ad oggetto l'accertamento dell'obbligo alimentare, ma una azione contrattuale per individuare il soggetto tenuto a versare la retta per le prestazioni nei confronti del paziente. Contestava il mancato riconoscimento di valore contrattuale alla scrittura del 24 giugno 2006 con la quale l'architetto aveva assunto l'impegno di corrispondere il pagamento delle rette.

Si costituiva eccependo l'inammissibilità dell'impugnazione per violazione dell'articolo 345 c.p.c. e il rigetto e, in via incidentale, che fosse dichiarata l'originaria nullità della citazione; rilevava che non era parte del giudizio e che il procedimento non era stato riassunto nei confronti di . Infine, poiché il servizio prestato rientrava tra quelli a carico del SSN, sullo stesso gravava l'intera quota o parte di essa.

La Corte d'appello di Milano, con sentenza non definitiva del 23 novembre 2015 dichiarava in difetto di legittimazione passiva di e disponeva consulenza tecnica per accertare la misura della retta e la sua riferibilità al SSN e l'eventuale quota a carico del Comune e della Asl. Con

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

sentenza definitiva del 16 luglio 2018, in parziale riforma della decisione impugnata, confermava la decisione impugnata e dichiarava compensate le spese processuali del doppio grado, ponendo quelle di consulenza a carico della parte appellante.

Avverso tale decisione propone ricorso per cassazione , quale procuratore speciale della

, quale ente gestore della

, affidandosi a un unico motivo. Resiste con controricorso . Entrambe le parti costituite depositano memorie ex art. 378 c.p.c. non svolge attività processuale in questa sede. Il PG deposita conclusioni scritte chiedendo il rigetto del ricorso.

RAGIONI DELLA DECISIONE

Con il ricorso si deduce la violazione, ai sensi articolo 360, n. 3 c.p.c., del DPCM 14 febbraio 2001, del DPCM 29 novembre 2001, del decreto legislativo n. 502 del 1992, del decreto legislativo n. 229 del 1999 e del d.p.r. del 14 gennaio 1997. La Corte avrebbe errato nel definire il quadro normativo di riferimento. La giurisprudenza di legittimità richiamata dalla Corte territoriale riguarderebbe vicende più risalenti (1990) nelle quali la normativa del tempo era differente. In particolare, dopo l'emanazione della legge 833 del 1978 secondo cui l'erogazione delle prestazioni sanitarie deve essere gratuita in favore di tutti cittadini, sono intervenute numerose decisioni della Corte Costituzionale e del Consiglio di Stato che hanno cercato di contemperare tale principio con quello del contenimento delle risorse economiche, a causa della limitatezza delle disponibilità finanziarie. Tanto che il decreto legislativo n. 229 del 1999 e la legge 405 del 2001 hanno limitato il principio di gratuità delle prestazioni prevedendo che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i "livelli essenziali di assistenza". Nel caso di specie la vicenda si riferisce al periodo 2006-2010 per cui la disciplina applicabile sarebbe un'altra.

In particolare, troverebbero applicazione i DPCM del 14 febbraio e del 29 novembre 2001 e da tale combinato disposto emergerebbe che sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo le prestazioni che riguardano la fase intensiva delle cure e la fase estensiva delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

Al contrario restano nella misura il 50% a carico dei Comuni, con la partecipazione degli utenti prevista dalla disciplina regionale e comunale, le prestazioni erogate nella fase di lungo assistenza, sia residenziale che semiresidenziale.

Nello specifico, il DPCM 29 novembre 2001 avrebbe introdotto il concetto di *prestazioni integrate*, cioè di natura sanitaria e socio-assistenziale rispetto alle quali la spesa pubblica riguarderebbe solo la parte sanitaria che, non potendo essere materialmente separata da quella socio-assistenziale, è stata forfettariamente determinata nella misura del 50%.

Pertanto le prestazioni sanitarie non distinguibili da quelle socio-assistenziali prevedono una quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed una quota, pari alla metà, a carico del Comune o degli utenti. Tale schema è posto a base della legge n. 289 del 2002 che con riferimento ai *livelli essenziali di assistenza* (LEA), ha individuato il criterio per cui solo tali prestazioni sono inderogabili ed esigibili direttamente dal cittadino e quando non è possibile scindere la componente sanitaria da quella sociale, la contribuzione del Servizio Sanitario Nazionale riguarda una parte dell'obbligazione, mentre la restante parte è a carico del beneficiario o dei comuni.

Anche aderendo alla classificazione operata dalla Corte territoriale la decisione sarebbe errata.

Lo stesso criterio (50% a carico dell'utente) si applica alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè quelle patologie, come l'Alzheimer, in cui non è prevista una fase post acuta di durata breve, ma un intervento intensivo di lungo assistenza.

Si puntualizza che sarebbe interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale la *fase intensiva* della prestazione socio-sanitaria (che corrisponde all'impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di breve durata - prestazioni espletate dagli ospedali), oltre che la *fase estensiva* delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria (caratterizzate da minore intensità terapeutica, presa in carico comunque specifica e programma assistenziale di medio o prolungato periodo - prestazioni espletate dagli istituti di riabilitazione).

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

Quanto invece alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nella fase di lungo assistenza (cioè quella finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento e favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi), l'apporto del Servizio Sanitario è solo parziale e le prestazioni sono espletate dalle RSA, cioè dalle strutture residenziali sociosanitarie. Il caso di specie rientra in quello di lungo assistenza per cui la metà delle spese a carico dell'utente o del Comune.

Il ricorso è inammissibile.

L'attuale quadro normativo prevede che la gratuità delle prestazioni riguarda le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del DPCM 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 DPCM 14 febbraio 2011 e di cui all'allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, è prevista la ripartizione forfetaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune, con la compartecipazione dell'utente.

Va anticipato sin da ora che, secondo un ormai consolidato orientamento di legittimità, ciò che connota la prestazione sanitaria integrata inscindibile, da quella socio assistenziale, non è la situazione di limitata autonomia del soggetto destinatario, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma l'individuazione di un *trattamento terapeutico personalizzato* che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio - assistenziale (Cass, 28 novembre 2017 n. 28321 e negli stessi termini: Cass. n. 27452 e 31949 del 2018 e n. 29334 del 2019).

La si colloca all'interno delle strutture di residenza socio assistenziali che comprendono le Residenze Sanitario – Assistenziali per persone con disabilità (R.S.D.), le Comunità Alloggio socio sanitarie (C.S.S.) e le Comunità Alloggio per disabili.

In conseguenza della natura dei servizi resi da tali strutture varia la individuazione dei soggetti tenuti al pagamento delle relative rette ed, in particolare, il Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, attraverso le A.T.S. (le

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

Agenzie di Tutela della Salute, articolazioni amministrative della Regione che attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.), il Comune di domicilio o residenza dell'ospite e lo stesso utente beneficiario del servizio, che ha stipulato il contratto di ingresso nella struttura.

Nell'ipotesi ricorrente nel caso di specie, di patologie mentali (demenza fronto-temporale), nel caso in cui, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività deve essere comunque considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, atteso che le prestazioni rese in favore del malato psichico rientrano tra le prestazioni socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria, interamente a carico del S.S.N.

L'art. 117 della Costituzione come modificato dalla legge costituzionale n. 3/2001, ha inserito la materia della tutela della salute fra quelle di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, consentendo, dunque, la possibilità di diversificare l'organizzazione dei modelli regionali, mentre, dall'altro lato, ha riservato alla legislazione esclusiva dello stato la "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio*": viene individuato, così, un contenuto minimo essenziale del diritto alla salute, rappresentata da quelle prestazioni necessarie ad assicurare una esistenza libera e dignitosa a colui che ha bisogno di cure e alla sua famiglia, non comprimibile da esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica (Corte Cost. n. 509/2000).

La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di garantire a tutti i cittadini di potere accedere in condizioni di uguaglianza alle prestazioni sanitarie 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; l'art. 30 della Legge n. 730 del 1983, ha disciplinato, poi, le unità sanitarie nazionali, stabilendo che gli enti locali e le Regioni possono avvalersi di tali enti per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

socio assistenziale e prevedendo che sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio – assistenziali.

Il D.P.C.M dell'8 agosto 1985 definisce l'attività sanitaria connessa a quella di tipo assistenziale, stabilendo che: "*Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziale di cui all'art. 30 della legge 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.*"

Il decreto precisa anche 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-assistenziale, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino. In particolare, non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziale 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 D. Lgs. 30.12.1992, n. 502, all'art. 3 *septies*, secondo comma, ha inserito nelle prestazioni sociosanitarie le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.

Nelle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, rientrano le attività finalizzate alla cura della persona in stato di bisogno, con problemi di disabilita o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

normativa di settore e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, all'art. 2 stabilisce 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*".

L'art. 3 del decreto, individua 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.

In particolare, il 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 semi residenziali 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".

Il costo delle prestazioni viene posto interamente a carico del SSN con riferimento all'assistenza prestata nella fase intensiva ed alle prestazioni ad elevata integrazione fornite nella fase estensiva.

Le prestazioni nelle forme di lungo – assistenza semi residenziali e residenziali sono poste a carico del SSN nella misura del 50% (tenendo come riferimento i costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

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 a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente (beneficiario della prestazione) prevista dalla disciplina regionale e comunale.

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001, individua i "livelli essenziali di assistenza sanitaria", 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 e 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.

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, non applicabile alla vicenda in esame, ha confermato la regolamentazione contenuta nei precedenti decreti e che ha posto 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 semi residenziale, di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria"*.

Dunque, in base a tale quadro normativo, la gratuità delle prestazioni ricorre:

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 forfetaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

La giurisprudenza di legittimità e quella amministrativa hanno ribadito la ripartizione delle spese di cui si è detto (C.d.S., sez. III, nn. 790/2012 e 3997/2012; Cass. Civ. S.U., n. 8102/2004; Cass. Civ. nn. 10150/1996, 7766/07 e 2488/05).

In particolare, Cass. Civ. n. 22776/2016, ha precisato che "tra i casi di rilievo sanitario deve farsi rientrare anche quello relativo alle spese derivanti non da una mera attività di sorveglianza e di assistenza bensì da un trattamento farmacologico somministrato, in struttura residenziale protetta, in favore di un soggetto affetto da grave patologia psichiatrica, trattandosi di spese riconducibili alle prestazioni del Servizio Sanitario secondo le previsioni della L. n. 833 del 1978 e del D.P.C.M. 8 agosto 1985 [...] La corretta interpretazione di tali fonti normative consente, pertanto, di includere nelle prestazioni socio assistenziali di rilievo sanitario i trattamenti farmacologici somministrati con continuità a soggetti con grave psicopatologia cronica ospitati presso strutture che siano dotate di strumentazione e personale specializzato idonei ad effettuare terapie riabilitative. Tali ipotesi sono differenti dai casi in cui l'assistenza fornita a degenti sia meramente sostitutiva delle cure familiari, ipotesi escluse dai livelli essenziali di assistenza garantiti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale)".

In tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della l. n. 730 del 1983 - che per la prima volta ha menzionato le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali - deve essere interpretato, alla stregua della l. n. 833 del 1978 che prevede l'erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, tale attività, in quanto diretta in via prevalente alla tutela della salute, va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto di competenza del S.S.N.

La Corte, in quel caso, aveva cassato con rinvio la sentenza di appello che, ritenuti unicamente di carattere assistenziale, i trattamenti farmacologici somministrati con continuità ad un soggetto con grave psicopatologia cronica ospitato in struttura idonea all'effettuazione di terapie riabilitative, aveva accolto

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

l'azione di rivalsa esperita dall'ASL per le spese relative alla quota alberghiera del ricovero (la citata Cass. Sez. L, Sentenza n. 22776 del 09/11/2016, Rv. 641601 - 01).

Questa Corte ha successivamente affermato che: "[...] *quando l'art. 6* (del D.P.C.M. 8 agosto 1985) *dispone che i ricoveri si considerano attività di rilievo sanitario se le prestazioni in essi erogati sono dirette, in via esclusive e prevalente: a) in caso si handicappati e disabili, alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale; b) in caso di malati mentali, alla cura e al recupero fisico-psichico; c) in caso di tossicodipendenti, alla cura e-o al recupero e d) nel caso di anziani, alla cura degli stati morbosi non curabili a domicilio, non sembra introdurre, attraverso l'uso della congiunzione "e" che unisce i termini "cura" e "recupero" dei malati mentali, invece della congiunzione "o" che unisce gli stessi termini, riferiti ai tossicodipendenti, la distinzione tra malati mentali acuti e malati mentali cronici, al fine di escludere l'attività di cura dei secondi da quelle considerate di rilievo sanitario. Di una tale distinzione infatti non c'è traccia nella legge* [...] *riguardo ai malati mentali cronici, come ha già affermato questa Corte (sent. 1003/93) si deve solo accertare se in loro favore, oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, ovvero sia prestata soltanto una attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria. Solo in questo secondo caso l'attività si potrà considerare di natura socio-assistenziale, e pertanto estranea al Servizio Sanitario, mentre nel primo si tratterà di prestazioni di rilievo sanitario di competenza del Servizio Sanitario Nazionale"* (Cass. n. 14774/2019).

Pertanto, il criterio della cronicità della malattia, che varrebbe ad escludere la sussistenza della prestazione sanitaria e, di conseguenza, la sua gratuità per il soggetto che ne beneficia non assume rilievo decisivo. L'onere di pagamento delle prestazioni rese al paziente psichiatrico, in cura, rimane in capo al Servizio Sanitario Nazionale e non a carico dell'utente, neppure *pro quota*.

A partire da Cass. 28321/2017, questa Corte ha ribadito che, nel caso di prestazione socioassistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria, l'intervento "sanitario-socio assistenziale" rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

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, regolato da tariffe imposte.

Tali tariffe possono prevedere anche la compartecipazione alla spesa di altri enti o degli utenti, ma che non sono oggetto di libera pattuizione, in quanto la struttura convenzionata/accreditata eroga una prestazione di servizio (assistenza sanitaria obbligatoria), di contenuto predeterminato, in favore del soggetto cui è assicurata *ex lege* la tutela della salute, affidata al Servizio Sanitario pubblico.

Quel servizio è assicurato alle condizioni ed alle tariffe determinate dal Piano Sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali in base alle risorse finanziarie disponibili, condizioni e tariffe che detta struttura è tenuta ad accettare se intende svolgere tale attività.

Ne segue che, ove ricorra l'ipotesi di prestazioni congiunte ed indissociabili necessarie ad assicurare la cura e la tutela della salute della persona, il frazionamento "forfettario" della spesa tra Fondo sanitario nazionale e regionale, da un lato, ed intervento economico integrativo dei Comuni o dei privati, dall'altro-, determinato "in proporzione della incidenza" che rivestono le prestazioni di differente natura, opera pur sempre nell'ambito delle "competenze del Servizio Sanitario Nazionale materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni", e dunque rimane assoggettato ai limiti tariffari previsti per la spesa sanitaria (comprensiva nel caso di specie anche delle prestazioni socio-assistenziali integrate), non essendo pertanto ipotizzabili elementi di costo aggiuntivi, variabili a discrezione della struttura convenzionata/accreditata, non ricompresi nella determinazione tariffaria della prestazione sanitaria-socio assistenziale integrata.

Ciò che rileva ai fini dell'" assistenza sanitaria obbligatoria" è la esistenza di un piano di cura personalizzato. Al contrario, qualora la prestazione socio-assistenziale prescinda dalla congiunta realizzazione dello scopo terapeutico (ossia nel caso in cui il ricovero nella struttura residenziale non sia accompagnato

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

da un "piano di cura personalizzato"), la prestazione rimane estranea all'ambito dell'assistenza sanitaria obbligatoria.

In questo caso, ricade nella disciplina generale delle prestazioni sociali di cui alla legge n. 328/2000, che prevede soltanto una "integrazione economica" della relativa spesa a carico degli enti pubblici locali (Comuni) consentendo la conclusione di un contratto di ricovero tra l'utente (od altra persona che contrae in favore dell'utente-terzo) e la struttura residenziale.

Tra tali soggetti il rapporto obbligatorio è regolamentato sulla base della autonomia negoziale delle parti, in difetto di norme imperative ostative all'esercizio di tale autonomia contrattuale dei privati. In tal caso, potrà essere pattuito un diverso corrispettivo, commisurato alla differente qualità dei servizi offerti dalla struttura residenziale.

Nel caso di specie la Corte territoriale di Milano dopo avere individuato il quadro normativo di riferimento, ha illustrato il contenuto della relazione del consulente d'ufficio che descrive il decorso clinico di durante il ricovero presso la , caratterizzato da un disturbo neuro cognitivo grave e da disabilità motoria, da demenza degenerativa fronto-temporale. Ha riportato i passaggi essenziali della documentazione medica relativa alla diagnosi e al decorso della degenza e le condizioni del al momento della dimissione dall'ospedale , per fare ingresso nella , odierna ricorrente.

Ha, poi, focalizzato lo stato clinico del paziente durante il ricovero presso la concludendo (pagina 14) che gran parte del periodo di degenza presso tale casa di cura era caratterizzato da *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* mentre, per l'ultimo periodo, quello più critico, da *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*.

Ha richiamato l'orientamento della giurisprudenza di legittimità (in particolare la pronunzia n. 22776 del 9 novembre 2016) secondo cui nel caso in cui vengano erogate prestazioni sanitarie, oltre a quelle socio-assistenziali, in virtù della prevalenza della tutela della salute, la prestazione deve considerarsi di rilievo sanitario e quindi di competenza del SSN e, come tale, gratuita con esclusione

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

di ogni compartecipazione del Comune e, nel caso specifico, dell'utente o dei suoi familiari o eredi.

Secondo la Corte territoriale il profilo rilevante, oltre a quello della forte compromissione delle condizioni di salute dal punto di vista cognitivo e fisico, è quello dell'esistenza di un *trattamento terapeutico personalizzato.*

La decisione impugnata, a pagina 15, precisa che "le prestazioni socio assistenziali erogate a durante il ricovero presso la erano inscindibilmente connesse a quelle sanitarie - di consistente rilievo attesa la gravità delle condizioni del degente, come sopra esposto - effettuate nei confronti del medesimo in forza di un programma terapeutico personalizzato, come si evince dalla documentazione in atti, vagliata dal CTU".

La sentenza impugnata, pertanto, ha fatto corretta applicazione del consolidato principio della giurisprudenza di legittimità secondo cui è determinante l'indagine relativa alla esistenza e alle caratteristiche di un eventuale trattamento terapeutico personalizzato. Infatti, questa Corte, sempre nella citata sentenza 28321/2017, sulla base anche del disposto della L. 328/2000, ha condivisibilmente evidenziato che l'elemento differenziale tra prestazione socioassistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria, da un lato, e prestazione socio-assistenziale "pura", dall'altro, non sta nella situazione di limitata autonomia del soggetto, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma sta invece nell'individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socioassistenziale.

Tale profilo determinante non è stato censurato dalla ricorrente, con conseguente inammissibilità del ricorso per difetto di specificità.

In particolare, non è stata censurata la valutazione specifica operata dalla Corte d'appello in quanto le doglianze riguardano il quadro generale della disciplina di settore e non l'individuazione di tale criterio che consente di separare le prestazioni socio-assistenziali strettamente connesse a quelle sanitarie e, pertanto, a carico esclusivo del SSN, da quelle autonomamente

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

valutabili e per le quali è consentito un contributo da parte dell'utente o dei suoi familiari.

Come rilevato, la questione è genericamente accennata nell'ambito di una ricostruzione generale della disciplina e nella descrizione dello stato clinico dell'utente, senza cogliere la centralità di tale profilo e la valutazione, in fatto, operata dalla Corte territoriale.

Ne consegue che il ricorso deve essere dichiarato inammissibile; le spese del presente giudizio di cassazione - liquidate nella misura indicata in dispositivo - seguono la soccombenza. Va dato atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, se dovuto, 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 dovuto per il ricorso, a norma del comma 1-bis dello stesso art. 13 (Cass., sez. un., 20/02/2020, n. 4315), evidenziandosi che il presupposto dell'insorgenza di tale obbligo non è collegato alla condanna alle spese, ma al fatto oggettivo del rigetto integrale o della definizione in rito, negativa per l'impugnante, del gravame (v. Cass. 13 maggio 2014, n. 10306).

P.T.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna la ricorrente al pagamento delle spese in favore del controricorrente, liquidandole in € 3.800,00 per compensi, oltre alle spese forfettarie nella misura del 15 per cento, agli esborsi liquidati in euro 200,00 ed agli accessori di legge.

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

Così deciso nella Camera di Consiglio della Terza Sezione della Corte Suprema di Cassazione in data 27 gennaio 2021.

Il Consigliere estensore

Il Presidente

Corte di Cassazione - copia non ufficiale