DeJure
Banche dati editoriali GFL

SENTENZA

Cassazione civile sez. III - 24/01/2023, n. 2038

Intestazione

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE
Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. SCARANO Luigi Alessandro - Presidente -
Dott. SESTINI Danilo - Consigliere -
Dott. RUBINO Lina - rel. Consigliere -
Dott. GRAZIOSI Chiara - Consigliere -
Dott. PELLECCHIA Antonella - Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

ORDINANZA

sul ricorso 18785/2019 proposto da:

P.E. in proprio e quale erede di M.E.,
elettivamente domiciliata in Roma, Via Italo Carlo Falbo 22, presso lo studio dell'avvocato Angelo Colucci che la rappresenta e difende unitamente all'avvocato Giovanni Franchi;
- ricorrente -
contro
Fondazione Don Angelo Bellani Onlus in persona del Presidente,
elettivamente domiciliata in Roma Via Lorenzo Respighi, 13 presso lo studio dell'avvocato Andrea Pissagroia, rappresentata e difesa dagli avv. Enrico Luca Degani e Francesco Montesano;
- controricorrente -
avverso la sentenza n. 1401/2019 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 28/03/2019;
udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 22/09/2022 dal cons. Lina RUBINO.

FATTI DI CAUSA

1. P.E., figlia di M.E., F.G.-in proprio e quale amministratrice di sostegno di M.E.- e F.M. convennero, davanti al Tribunale di Monza, la Fondazione Don Angelo Bellani Onlus

proponendo opposizione avverso il decreto ingiuntivo emesso, su richiesta di quest'ultima, in data 22/3/2013, per il pagamento in via solidale della somma di Euro 10.361,31 dovuta a titolo di rette per la degenza della defunta signora M.E. presso una RSA gestita dalla Fondazione convenuta (la prima come sottoscrittrice del contratto, la seconda come amministratrice di sostegno, tutte come eredi).

Le attrici dedussero, a sostegno dell'opposizione, la nullità del contratto in base al quale la M. era stata inserita nella struttura per illiceità della causa e contrarietà all'ordine pubblico, l'annullabilità dello stesso per vizio del consenso e, in ogni caso, chiesero la risoluzione del contratto per inadempimento della convenuta, per la condotta scorretta e superficiale dei medici che non avevano sottoposto la M. al trattamento terapeutico convenuto, e per la carenza di assistenza da parte del personale e i maltrattamenti subiti dalla signora M. all'interno della struttura, oltre alla restituzione delle rette pagate dalla data dell'inserimento alla data delle dimissioni.

2. Nel contraddittorio con la convenuta il Tribunale adito dispose una CTU e un successivo supplemento di essa e, all'esito, revocò il decreto ingiuntivo, dichiarò la nullità del contratto di ricovero ex art. 1418 c.c. e condannò la Fondazione alla restituzione delle rette percepite.

3. La Corte d'Appello di Milano, adita in via principale dalla Fondazione ed in via incidentale dalla Pellagatta e dalle Fari in relazione al rigetto della loro domanda risarcitoria, con sentenza n. 1401 del 28/3/2019, in totale riforma della sentenza di primo grado, rigettava l'opposizione a decreto ingiuntivo proposta da P.E., F.G. e F.M., confermava il decreto ingiuntivo emesso dal Tribunale di Monza, dichiarava P.E. tenuta alla restituzione - in favore della Fondazione - di quanto da quest'ultima eventualmente versato in esecuzione della sentenza di primo grado. Rigettava l'appello incidentale della P. e delle F., e condannava le medesime al pagamento, in favore della Fondazione, delle spese del doppio grado di giudizio.

3.1. La Corte territoriale ricostruiva il quadro normativo disciplinante il caso in esame ritenendo che esso fosse profondamente mutato nel tempo e che si fosse assestato, in riferimento ai ricoveri in Residenze Sanitario Assistenziali (RSA), sulla debenza, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, dei livelli essenziali delle prestazioni, rimanendo il 50% della spesa a carico delle famiglie degli assistiti (in particolare, la parte di spesa relativa non all'assistenza sanitaria, ma all'assistenza sociale), e di conseguenza riteneva dovuta dalle intimate la somma portata dal decreto ingiuntivo.

3.2. Chiariva che le leggi regionali della Regione Lombardia, regione di residenza della paziente, prevedono la compartecipazione da parte dell'utente al costo delle prestazioni, per la parte non a carico del Fondo Sanitario Nazionale (L.R. Lombardia n. 3 del 2008 e n. 33 del 2009), e, sulla base delle risultanze della CTU, riteneva che le prestazioni erogate

dalla struttura in favore della defunta signora M., affetta da Alzheimer, non si potessero qualificare come a carattere prevalentemente sanitario, essendo invece prevalente in essa la componente assistenziale.

3.3. La Corte d'appello riteneva quindi che il contratto di ricovero di M.E. fosse da ritenersi valido e non affetto da vizi e che i costi fossero stati legittimamente ripartiti ponendo più del 50% della quota complessiva a carico del Servizio Sanitario Nazionale e i restanti 39,50 Euro giornalieri a carico dell'ospite della struttura e poi dei suoi eredi.

4. Avverso la suindicata sentenza P.E., in proprio e quale erede di M.E., ha proposto ricorso per cassazione sulla base di tre motivi, provvedendo a notificarlo ai difensori della sola Fondazione Don Angelo Bellani Onlus, la quale ha resistito con controricorso.

5. La trattazione è stata fissata in adunanza camerale ai sensi dell'art. 380 c.p.c. bis, comma 1, in vista della quale P.E. ha depositato memoria.

E' stata disposta l'integrazione del contraddittorio ex art. 331 c.p.c. nei confronti delle signore F.M. e F.G. - quest'ultima in proprio e quale amministratrice di sostegno della signora M.E.- anch'esse parti del giudizio di gravame, previo rinvio della causa a nuovo ruolo, e le parti nei cui confronti veniva integrato il contraddittorio sono rimaste intimate.

6. P.E. ha depositato memoria. Il Procuratore generale non ha fatto pervenire conclusioni scritte.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo la ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione della L. n. 833 del 1978, artt. 1, 3 19 e 53 e della L. n. 730 del 1983, art. 63, del D.Lgs. n. 502 del 2009, art. 30, art. 1, comma 2 e ai sensi del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3.

1.1. Il motivo ripercorre il panorama della giurisprudenza di legittimità, traendone l'insegnamento che la spesa per il ricovero e l'assistenza in residenza sanitaria assistenziale sia, in questi casi, ad intero carico del Servizio Sanitario Nazionale. Ricorda la sentenza di legittimità n. 4558 del 2012, con la quale si è affermato che quando ci sono condizioni di salute che richiedono una stretta correlazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali al punto che siano inscindibili, i costi di degenza rimangono tutti a carico del Servizio Sanitario Nazionale perché prevale l'aspetto di natura sanitaria, a tutela del nucleo irriducibile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. Sostiene la ricorrente che tale principio è ancora valido, anche se il Servizio Sanitario Nazionale è stato sostituito da una organizzazione a base regionale.

1.2. Sostiene altresì che, di conseguenza, le disposizioni contenute nelle leggi regionali, laddove prevedono che parte della diaria sia a carico del malato e dei suoi familiari quanto alle spese di ricovero, siano contrarie alla Costituzione e come tali da eventualmente disapplicare, in virtù della riserva di legge in materia sanitaria in favore dello Stato, cui compete, ai sensi dell'art. 117 Cost., comma 2, lett. m), la determinazione dei livelli di spesa.

1.3. La ricorrente richiama anche la successiva sentenza di legittimità n. 22776 del 2016, segnalando che essa ha confermato il precedente del 2012 ed è andata anche oltre, affermando che, perché la spesa sia tutta a carico del Servizio Sanitario è sufficiente che vi sia la somministrazione al paziente di farmaci e che questo principio trovi applicazione anche alla demenza senile, estendendo in tal modo la totale gratuità ad una patologia ben più generica rispetto al morbo di Alzheimer.

Ritiene dunque che possa ricostruirsi il quadro giurisprudenziale sia di legittimità che di merito attuale nel senso che, perché non sia dovuta la compartecipazione economica alla spesa da parte dei familiari del paziente, è sufficiente che la persona ricoverata sia affetta da una forma di demenza, non è necessario che il soggetto sia ricoverato in una clinica, può trattarsi anche di una struttura diversa quale la RSA, ed è requisito indispensabile che il ricoverato abbia bisogno di prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Segnala che tali sono, necessariamente, le prestazioni da erogarsi a favore dei malati di Alzheimer e delle persone affette da analoghe patologie.

1.4. Richiama poi alcune recenti pronunce di legittimità, tra le quali Cass. n. 16409 del 2021, che tornano sulla nozione di inscindibilità della prestazione assistenziale rispetto alle prestazioni sanitarie affermando che qualora le prestazioni assistenziali siano avvinte a quelle sanitarie da un nesso di strumentalità necessaria, la complessiva prestazione debba essere erogata a titolo gratuito.

1.5. Conclude affermando che lo stato attuale della giurisprudenza di legittimità indica che ai fini dell'integrale gratuità delle prestazioni non sono necessarie prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, sufficiente essendo che alla persona affetta da Alzheimer o demenza senile siano erogate prestazioni sanitarie strettamente connesse a quelle assistenziali affinché l'intera spesa rimanga a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Con il secondo motivo la ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione ai sensi del D.P.C.M. 14 Febbraio 2001, art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3; sostiene che il citato D.P.C.M., essendo una norma secondaria, non può porsi in contrasto con la legge, e che la legge che regolamenta la materia nelle sue linee essenziali è tuttora la L. n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, per come essa è stata interpretata dalla giurisprudenza di questa Corte. Ritiene che la situazione non sia stata modificata neppure dal D.Lgs. n. 502 del 1992, ovvero che - nonostante la diversa organizzazione del servizio

sanitario, ora a base regionale - questo tipo di prestazioni sanitarie siano tuttora ad esclusivo carico pubblico, trattandosi di prestazioni ad elevata integrazione sanitaria o comunque di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, previste del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 3 comma 1, come a carico della Asl.

3. Con il terzo motivo la ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione dell'art. 1418 c.c.. Ribadisce la nullità del contratto di inserimento nella struttura e di conseguenza l'inesistenza della obbligazione di pagamento.

4. Il controricorso della Fondazione Don Angelo Bollani Onlus. Nella ricostruzione del fatto processuale la Fondazione controricorrente preliminarmente evidenzia che sia la consulenza eseguita in primo grado sia il supplemento di essa successivamente disposto non evidenziavano che le terapie somministrate potessero avere avuto un ruolo causale o concausale nel modificare la progressiva evoluzione peggiorativa della patologia neuropsichica da cui era affetta la signora M.: la prima CTU riscontrava solo la presenza di una situazione di invalidità temporanea, correlata ad alcuni lividi rinvenuti sulla persona della signora M., dei quali non era certa la causa. La Fondazione sottolinea pertanto che le c.t.u. escludono una responsabilità della struttura sotto il profilo dei maltrattamenti e dell'inadempimento contrattuale in genere.

4.1. Sul primo motivo di ricorso la controricorrente deduce l'inammissibilità del motivo per genericità della critica e segnala che è riportata dalla ricorrente l'intera motivazione della sentenza impugnata senza specificare quale parte della sentenza ritenga affetta dai richiamati vizi di legittimità. Sostiene anche che non è soddisfatto il requisito della necessaria esposizione sommaria dei fatti di causa, e ne ricava l'inammissibilità del ricorso per violazione dell'art. 366 c.p.c., comma 1 n. 3.

4.2. Nel merito, la Fondazione richiama, per l'inquadramento delle prestazioni erogate dalla RSA e i criteri di distribuzione della spesa tra Stato e privati, la pronuncia di questa Corte n. 28321 del 2017, che sviluppa i principi di compartecipazione e di frazionamento della spesa tra, da una parte, Fondo Sanitario nazionale o regionale, dall'altra privati o eventualmente ente territoriale, che può essere chiamato a sostenere la spesa delle prestazioni di natura socio assistenziale se l'ISEE dell'assistito attesta che questi non può sostenerne la spesa economica in proprio.

Sostiene comunque che, nel caso di specie, non si tratterebbe di prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

4.3. Ricorda il D.P.C.M. del 2017, istitutivo dei livelli essenziali di assistenza o LEA, che ha specificamente disciplinato le prestazioni da garantire ai soggetti ammalati di Alzheimer. Segnala che la ripartizione della spesa delle prestazioni tra pubblico e privato è stata ritenuta legittima dalla Corte costituzionale già con la sentenza n. 36 nel 2005 che ha

ritenuto legittimo il criterio di finanziamento della spesa per il 50% a carico dell'utente (o del Comune in caso di utente avente un reddito particolarmente sfavorevole).

La Fondazione ritiene che con l'indicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria sia stato individuato un diritto pieno ed esigibile degli anziani non autosufficienti alle cure sanitarie, senza limiti di accesso alle cure e tuttavia con l'onere, in capo agli stessi, di partecipare ai relativi costi nel caso di ricovero presso RSA come nel caso di specie. Ribadisce che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad erogare la quota sanitaria, che non può essere inferiore al 50% del totale della retta, mentre il degente o il Comune (in caso di ISEE inferiore ad un determinato livello) è tenuto a contribuire per il residuo fino ad un massimo del 50%.

4.5. Ricorda inoltre che non è più attuale, per mancanza della necessaria contestualizzazione rispetto al mutato quadro normativo di riferimento, il richiamo alle pronunce della Cassazione del 2012 e del 2016, che fanno riferimento a casi che risalgono agli anni ‘90, e che è stata esclusa già dal Consiglio di Stato con sentenza n. 604 del 2005 la riconducibilità dei malati di Alzheimer all'area dei malati psichici. Quindi, ritiene che, mancando uno specifico riferimento ai malati di Alzheimer nel D.P.C.M. del 2001, la Regione Lombardia abbia legittimamente considerato il trattamento dei malati di Alzheimer come rientrante nel trattamento riservato alle persone anziane non autosufficienti.

5. La Fondazione deduce poi l'inammissibilità del secondo motivo per aspecificità. Segnala che quelle erogate in RSA sono prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e non il contrario e cioè non sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale né ad elevata integrazione socio sanitaria; precisa che la legge regionale ha organizzato nuclei dedicati ai pazienti di Alzheimer all'interno della RSA, garantendo per essi un minutaggio più elevato di assistenza e comunque che è prevista la compartecipazione al costo del servizio da parte della persona ricoverata nella misura del 50% in conformità al principio di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e, nel caso che questa non possa sostenere l'onere della retta, è previsto un intervento economico da parte del Comune di residenza il quale definisce la soglia di accesso alla prestazione agevolata. Conclude nel senso che la struttura di base prevista dal sistema socio sanitario lombardo proprio per l'assistenza necessaria ai malati di Alzheimer è quella della RSA perché tali pazienti sono qualificati come malati non psichici, benché più complessi nella gestione dei comuni lungodegenti, di regola pazienti anziani con normale decadimento psicofisico legato al progredire dell'età, in quanto necessitano di un elevato livello di prestazioni socio assistenziali e per contro di un basso livello di interventi di natura sanitaria.

5.1. Quanto alle terapie farmacologiche cui accenna la ricorrente, la Fondazione afferma che è naturale che esse vengano somministrate ai ricoverati in RSA e aggiunge che la somministrazione di terapia farmacologica non fa diventare sanitaria la prestazione complessivamente erogata.

5.2. In sostanza, evidenzia che nel sistema sanitario lombardo, cui si riferisce la controversia, le RSA sono le strutture deputate a garantire la lungodegenza dei malati di Alzheimer, assicurando ad essi innanzitutto assistenza, attraverso il lavoro degli operatori sociali e sociosanitari, che non sono medici né infermieri, ma garantiscono il monitoraggio dei comportamenti dei pazienti principalmente per prevenire episodi autolesivi.

6. Quanto all'ultimo motivo di ricorso, col quale si denuncia la violazione e falsa applicazione la controricorrente torna ad evidenziare che il D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 1418 c.c., ha totalmente modificato la disciplina legislativa in materia sanitaria prevedendo che il Servizio Sanitario Nazionale assicuri livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità del ricoverato e fissando il principio di compartecipazione ai costi del ricovero; ribadisce chef le prestazioni erogate a favore della paziente erano di natura prevalentemente assistenziale, tant'e' che venivano assicurate da personale non sanitario e quindi esclude la configurabilità di alcuna nullità del contratto regolarmente sottoscritto dall'attuale ricorrente, che si assunse spontaneamente l'onere di pagare la retta, perché è normativamente prevista una compartecipazione alla spesa in relazione a questo tipo di pazienti.

7. I primi due motivi sono fondati e vanno accolti, per le considerazioni che seguono. Il terzo rimane assorbito.

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

Questa Corte, già con la pronuncia n. 4558/2012, ha infatti 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 detrarle da quelle di natura assistenziale, stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde, in quanto comunque dirette, anche D.P.C.M. 8 agosto 1985, ex 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". Nel caso quindi 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.

Sempre questa Corte (Cass. 22776/2016) ha successivamente ribadito che "in tema di prestazioni a carico del S.S.N., della L. n. 730 del 1983, art. 30 - 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.".

In applicazione di questi principi, 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 della L. n. 730 del 1983, art. 30 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.

Dando continuità a questo orientamento giurisprudenziale, 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. Il discrimine è stato individuato nella "prevalenza" della componente sanitaria, per poi escluderne la ricorrenza in concreto, con giudizio in fatto, laddove il criterio e', anche alla luce della evoluzione normativa in materia, 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).

A ciò deve aggiungersi che, al fine dell'accertamento del discrimine, va puntata l'attenzione sulla condizione del malato, e non sulle caratteristiche della struttura ove è ospitato. Ciò che rileva non e', 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. 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 Cass. n. 28321 del 2017, secondo la quale 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, con la precisazione che, ai fini della obbligazione di

compartecipazione alla spesa in capo al paziente (nel caso, 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.

Il ricorso è accolto, la sentenza è cassata e rinviata alla Corte d'Appello di Milano in altra composizione, che deciderà in applicazione del sopra indicato principio di diritto e provvederà anche alla liquidazione delle spese del giudizio di legittimità.

P.Q.M.

Accoglie i primi due motivi di ricorso, assorbito il terzo, cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte d'Appello di Milano in diversa composizione anche per le spese del presente giudizio.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Corte di cassazione, il 22 settembre 2022.

Depositato in Cancelleria il 24 gennaio 2023

PAOLO MARIO FIORIO © Copyright Giuffrè Francis Lefebvre S.p.A. 2025 16/04/2025