

Cassazione civile, Sez. I, Ordinanza 27/05/2026 (ud. 11/02/2026) n. 16601.

(Dott. MERCOLINO Guido - Presidente; Dott. VAROTTI Luciano - Consigliere Rel.).

FATTI DI CAUSA.

1. Il Centro servizi alla persona (Omissis) conveniva davanti al Tribunale di Verona l'Azienda Ulss n. 9 Scaligera e Omissis, chiedendo di accertare l'insussistenza dell'obbligo di restituzione della quota alberghiera delle rette pagate per il ricovero di Omissis, coniuge del convenuto, dall'ottobre 2008 al gennaio 2015, pari ad Euro 125.657,62, e di condannare Omissis a pagare tale quota delle rette dal febbraio 2015 al marzo 2017 (sino al decesso dell'assistita) per Euro 43.751,23. Nel contraddittorio col Omissis, che svolgeva domanda di accertamento della nullità del contratto di ricovero siglato il 5 agosto 2008 e della insussistenza dell'obbligo di pagare la quota alberghiera, nonché domanda di condanna alla restituzione di quanto pagato, il Tribunale di Verona rigettava le domande del Centro servizi e accoglieva le domande riconvenzionali del privato, condannando parte attrice a restituire ai convenuti Euro 129.657,62.

2. Su separati appelli, poi riuniti, del Centro servizi e dell'Azienda Ulss Scaligera, la Corte veneziana con la sentenza indicata in intestazione confermava la prima decisione, riformandola solo in punto di decorrenza degli interessi sulla somma da restituire. Osservava la Corte che le prestazioni sanitarie ed assistenziali rese in favore della Omissis (affetta da encefalopatia postanossica esito di arresto cardiocircolatorio da infarto miocardico anterasettale e apicale, tetraplegia, cardiomiopatia dilatativa in precario compenso ed in stato vegetativo permanente) erano "ad elevata integrazione sanitaria", quindi avvinte da un nesso di inscindibilità e caratterizzate dalla prevalenza dell'apporto professionale sanitario, rispetto a quello assistenziale. Ne derivava che esse, tenuto conto degli art. 3septies del D.Lgs. n. 502/1992, del d.P.C.m. 14 febbraio 2001, del d.P.C.m. 29 novembre 2001, dovevano essere integralmente sostenute dal Servizio sanitario regionale (SSR), mentre il contratto di ricovero del 5 agosto 2008 era nullo, come correttamente ritenuto dal primo Giudice.

3. Avverso tale sentenza ha interposto ricorso per cassazione l'Azienda Ulss Scaligera affidando il gravame a due motivi illustrati da memoria. Resistono gli eredi Omissis indicati in epigrafe con

controricorso illustrato da memoria, concludendo per l'inammissibilità e, comunque, per la reiezione dell'impugnazione. Il Centro servizi è rimasto meramente intimato. Il ricorso è stato assegnato per la trattazione in adunanza camerale ai sensi dell'art. 380bis cod. proc. civ.

RAGIONI DELLA DECISIONE

4. Col primo motivo la ricorrente deduce violazione e falsa applicazione degli artt. 1, secondo e terzo comma, 3septies, primo, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto comma, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502/1992, 54, della legge 27 dicembre 2002 n. 289 e del richiamato d.P.C.m. 29.11. 2001. La riconduzione delle prestazioni rese in favore della Omissis a quelle ad elevata integrazione sanitaria ed il vincolo di inscindibilità tra le prestazioni assistenziali e quelle sanitarie non determinerebbero affatto la gratuità del servizio in favore dell'utente, con conseguente accollo dei costi della parte alberghiera per un tempo illimitato, in quanto il d.P.C.m. 29 novembre 2001 prevederebbe la ripartizione del costo complessivo, posto per la metà a carico del Servizio sanitario e per la residua metà a carico del Comune o del privato.

Col secondo motivo l'Azienda Scaligera lamenta la violazione dell'art. 1418, secondo comma, del cod. civ., dell'art. 3septies del D.Lgs. n. 502/1992 e dell'art. 54, secondo comma, della legge n. 289/2002. Col contratto di ingresso in struttura il Omissis non avrebbe assunto un debito posto per legge a carico del Servizio sanitario, ma avrebbe assunto l'obbligo di pagare le prestazioni alberghiere, gravanti sul privato anche in caso di inscindibilità con quelle sanitarie: donde l'erronea dichiarazione di nullità del contratto da parte (del Tribunale e) della Corte d'Appello.

5. I motivi - esaminabili congiuntamente in ragione dei comuni temi che pongono - sono infondati. L'art. 3septies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (intitolato "Integrazione sociosanitaria" ed inserito dal D.Lgs. n. 229/1999) nell'ambito della generale categoria delle prestazioni sociosanitarie (primo comma) - definite come prestazioni "atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di 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" - ha distinto le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (secondo comma lettera a) e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (secondo comma lettera b), stabilendo che la loro individuazione ed i criteri del loro finanziamento fossero dettati da un "atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419". L'art. 3septies, inoltre, ha previsto anche un ulteriore genere di prestazioni sociosanitarie, definite "ad elevata integrazione sanitaria", caratterizzate dalla "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 HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative". Per queste ultime prestazioni l'art. 3septies (terzo comma, ultimo periodo) ha previsto che "con il medesimo atto" di indirizzo e coordinamento (quello destinato ad individuare le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) "sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5...". Quest'ultimo comma prevede, poi, che le prestazioni ad elevata integrazione siano assicurate dalle Aziende sanitarie "secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti obiettivo nazionali e regionali". L'Atto di indirizzo e coordinamento emesso in attuazione dell'art. 3septies del D.Lgs. n. 502/1992 e del richiamato art. 2, primo comma, lettera n), della legge 30 novembre 1998 n. 419, è il d.P.C.m. 14 febbraio 2001, che, infatti, nel preambolo richiama esattamente quelle norme deleganti. Da quanto sopra brevemente esposto deriva che la norma di riferimento è il d.P.C.m. 14 febbraio 2001 e non, invece, il D.M. 29 novembre 2001 (peraltro abrogato dal d.P.C.m. 12 gennaio 2017), che non è stato emanato in virtù della delega prevista dell'art. 3septies del D.Lgs. n. 502 e che contiene norme dirette alle Regioni, disciplinando la diversa materia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che queste sono tenute a rendere. Se ora si esamina la corretta normativa di riferimento, ossia, per quanto sopra detto, il d.P.C.m. 14 febbraio 2001 (che non categorizza patologie o infermità, ma tipologie di prestazioni sanitarie) si può notare che esso distingue (conformemente alla normativa di rango superiore) tra "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale", "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" e "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", prevedendo, poi, che queste ultime attengono prevalentemente ad alcune aree, quali - per quello che qui interessa - "anziani e disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative" e che esse siano "in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza". Dal testo normativo è, dunque, sufficientemente chiaro che - qualora il soggetto non autosufficiente abbisogni di prestazioni sanitarie ad elevata integrazione, essendo anziano o soffrendo di patologie degenerative queste ultime debbano soddisfare, in modo integrato, esigenze di cura della salute e della persona "nelle fasi estensive e di lungoassistenza". È vero che il decreto stesso (d.P.C.m. 14 febbraio 2001) ha una tabella allegata che suddivide e distingue macroaree ("Aree"), "Prestazioni Funzioni" e "Criteri di finanziamento", prevedendo in particolare per gli "Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronicodegenerative" che il costo complessivo dell'erogazione delle prestazioni sia integralmente a carico del SSN nel caso di assistenza in fase intensiva ed estensiva,

mentre nel caso di lungoassistenza i costi stessi siano per metà a carico del SSN e per la residua metà a carico del privato o del Comune. Ma è anche vero che la tabella predetta attua l'art. 4, primo comma, mentre è l'art. 3, terzo comma, del d.P.C.m. 14 febbraio 2001, la disposizione di riferimento, che, come si è sopra visto, prevede le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione siano erogate anche "nelle fasi estensive e di lungoassistenza". La conclusione sopra esposta è del tutto coerente con l'indirizzo giurisprudenziale maggioritario ormai da molto tempo assunto da questa Corte, sebbene con percorsi argomentativi in parte diversi. Infatti, secondo questo indirizzo, la retta di degenza o di mantenimento di anziani non autosufficienti nelle Residenze socioassistenziali (RSA), soprattutto nel caso di Alzheimer, è stata posta integralmente a carico del SSR facendo leva sull'art. 3^{septies}, quinto comma, del D.Lgs. n. 502/1992 o sull'art. 3, terzo comma, del d.P.C.m. 14 febbraio 2001, ma senza affrontare il tema del coordinamento del testo normativo con la tabella allegata al d.P.C.m. e facendo leva sulla sola inscindibilità tra le prestazioni sanitarie ed assistenziali, dedotta dalla presenza di un "piano" o di un "trattamento" personalizzato (ad es. Cass., sez. III, 18 maggio 2023 n. 13714; Cass., sez. III, 13 luglio 2017 n. 17234; Cass., sez. III, 19 dicembre 2024 n. 33394). Altre pronunce (ci si riferisce all'indirizzo minoritario) hanno invece constatato che la tabella allegata al d.P.C.m. distingue, quanto agli anziani non autosufficienti con patologie croniche o degenerative, tra prestazioni in fase intensiva, estensiva e di lungoassistenza, ponendo il "costo complessivo" di queste ultime per metà a carico del SSR e per l'altra metà a carico del Comune o dell'utente (ad es. Cass., sez. III, 27 luglio 2021 n. 21528; Cass., sez. III, 13 novembre 2019 n. 29334), ma senza porsi il problema del raccordo di tale previsione con quella dell'art. 3, terzo comma, del d.P.C.m. sopra menzionato. Anche la giurisprudenza amministrativa è priva di un indirizzo uniforme: così, ad es., Cons. Stato 26 gennaio 2015 n. 339, pur considerando il d.P.C.m. 14 febbraio 2001 non esamina minimamente la tabella ad esso allegata, mentre Cons. Stato 21 marzo 2019 n. 1858 ricostruisce il quadro normativo di riferimento, comprensivo delle indicazioni tabellari, ma senza affrontare il problema del coordinamento dell'art. 3, terzo comma, con quello della tabella.

Ora, la Corte d'Appello, sebbene con un percorso motivazionale diverso da quello sopra esposto, ha correttamente applicato le norme rilevanti, giungendo alla conclusione che **nel caso in cui vengano erogate prestazioni sanitarie che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socioassistenziale (come nel caso della Omissis, che si trova in stato vegetativo permanente, a seguito di encefalopatia postanossica cagionata da arresto cardiocircolatorio da infarto miocardico), le prestazioni rese per la cura della paziente devono considerarsi ad elevata integrazione e quindi di competenza integrale del SSN: come tali,**

gratuite, con esclusione di ogni compartecipazione del Comune o dell'utente o dei suoi familiari o eredi. In conclusione, il ricorso va respinto.

6. Al rigetto del gravame ricorso segue la condanna della ricorrente alla rifusione delle spese in favore dei resistenti costituiti, per la cui liquidazione - fatta in base al D.M. n. 55 del 2014 ed al valore della lite (euro 129 mila) - si rimanda al dispositivo che segue. Va, inoltre, dato atto della sussistenza dei presupposti di cui all'art. 13, comma 1quater, del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002 n. 115, per il raddoppio del contributo unificato a carico della ricorrente, ove dovuto.

P.Q.M.

la Corte rigetta i due motivi di ricorso e condanna la ricorrente alla rifusione delle spese in favore dei resistenti costituiti, che liquida in Euro 5.000,00 per compensi ed Euro 200,00 per esborsi, oltre al rimborso forfettario delle spese in ragione del 15%, oltre al cp ed all'iva, se dovuti. Dà atto della sussistenza dei presupposti di cui all'art. 13, comma 1quater, del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002 n. 115, per il raddoppio del contributo unificato a carico della ricorrente, ove dovuto. In caso di diffusione omettere le generalità e gli altri dati di Omissis, ai sensi dell'art. 52 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

Così deciso in Roma l'11 febbraio 2026, nella camera di consiglio della prima sezione.

Depositata in Cancelleria il 27 maggio 2026.