REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI ROMA
SEZIONE PRIMA CIVILE

così composta:

Dott. Diego Rosario Antonio Pinto	Presidente
Dott. Enrico Colognesi	Consigliere rel.
Dott. ssa Giovanna Gianì	Consigliere

riunita in camera di consiglio, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in grado d'appello iscritta al **numer** del **ruolo generale** degli affari contenziosi dell'**anno 2024**, trattenuta in decisione all'esito dell'udienza ex art.127 ter c.p.c. del giorno **21/10/2026**, vertente

TRA

APPELLANTE

E

domiciliati in VIA VALADIER, 43 00193 ROMA, presso lo studio dell'avv. LIZZA EGIDIO (c.f. LZZGDE76A05A783I), che li rappresenta e difende con procura in atti unitamente all'avv. COLTELLACCI IOLANDA (CLTLND69M47F839T);

APPELLATI

OGGETTO: appello avverso l'ordinanza emessa dal Tribunale di Roma in data 30/04/2024.

Conclusioni dell'appellante: "*voglia la Corte di Appello adita, contrariis reiectis, previa sospensione dell'efficacia esecutiva dell'ordinanza impugnata ex art.283 e 351 c.p.c., in accoglimento di uno o più motivi di appello proposti ed in riforma dell'ordinanza impugnata, rigettare integralmente tutte le domande formulate in primo grado nei confronti della Con vittoria di spese, competenze ed onorari, del doppio grado di giudizio*",

Conclusioni dell'appellata: "*voglia la Corte d'Appello di Roma rigettare l'istanza di sospensiva, ed integralmente nel merito l'avverso gravame, in quanto infondato in fatto e diritto, per le ragioni e i motivi meglio declinati nella propria memoria.*

In via meramente subordinata e nella denegata ipotesi in cui si ritenga parzialmente fondato l'avverso appello, voglia comunque la Corte adita condannare parte appellante al pagamento della somma di euro 53.517,40, pari al 50% di quanto versato dagli appellati a titolo di corrispettivo per la degenza della sorella [redacted] o alla maggiore o minore somma che il Giudice riterrà di giustizia o di equità, oltre interessi legali, rivalutazione monetaria o il maggior danno ex art. 1224 cod. civ., da quantificarsi secondo il saggio medio di rendimento netto dei titoli di Stato con scadenza non superiore a dodici mesi qualora superiore al saggio degli interessi legali, dal dì del dovuto al saldo. Con vittoria di spese e competenze professionali di entrambi i gradi di giudizio, dovute secondo il Decreto ministeriale 10/03/2014, n. 55 e successive modifiche e integrazioni".

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1.La vicenda da cui ha tratto origine il presente giudizio di appello è così riassunta nella decisione impugnata:

«*[...]Con ricorso ritualmente depositato, [redacted] e [redacted] chiedevano al Tribunale "previa eventuale declaratoria di nullità o annullamento degli eventuali accordi sottoscritti tra le parti in violazione delle norme imperative applicabili alla fattispecie e richiamate in premessa, condannare la [redacted] in persona del legale [redacted]7, a pagare in favore dei ricorrenti, in solido, la somma di euro 107.034,80 per i titoli di cui in premessa o, in via meramente subordinata, quella di euro 53.517,40, pari al 50% per le ragioni di cui in premessa, o la maggiore o minore somma che il Giudice riterrà di giustizia o di equità, oltre interessi legali, rivalutazione monetaria o il maggior danno ex art. 1224 cod. civ., da quantificarsi secondo il saggio medio di rendimento netto dei titoli di Stato con scadenza non superiore a dodici mesi qualora superiore al saggio degli interessi legali, dal dì del dovuto al saldo".*

Fissata l'udienza per la comparizione delle parti, si costituiva la resistente [redacted] che resisteva nel merito al ricorso, chiedendone il rigetto.

All'udienza dell'11/4/2024, sostituita dal deposito di note scritte ex art.

127 ter c.p.c., il Tribunale assumeva la causa in decisione».

All'esito del giudizio il Tribunale ha così statuito: *"- accoglie il ricorso e, per l'effetto, condanna* [redacted] *al pagamento nei confronti di* [redacted] *della complessiva somma di € 107.034,80 oltre interessi come in motivazione;*
- condanna [redacted] *alla rifusione delle spese di giudizio sostenute da* [redacted] *e* [redacted] *liquidate in complessivi € 7.052,00 per compenso professionale oltre spese generali ed accessori come per legge".*

A fondamento della decisione il primo giudice ha svolto le considerazioni che seguono: « *[...]Nel merito, il ricorso è fondato.*
I ricorrenti hanno chiesto di accertare il proprio diritto al rimborso delle somme versate alla resistente, pari ad € 107.034,80 per le cure e l'assistenza ricevute dalla sorella unilaterale [redacted] *negli anni 2015-2020, nei quali la stessa è stata ricoverata presso la struttura resistente, in quanto somme che dovevano essere poste totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale attesa la grave patologia (morbo di Alzheimer in stato cronico e avanzato) da cui ella era affetta che la rendevano peraltro totalmente incapace di badare a se' stessa e dunque totalmente non autosufficiente (cfr. all. 5 allegato al ricorso), tale peraltro da rendere necessaria l'adozione di un piano terapeutico individuale.*
Come noto, l'art. 32 della Costituzione tutela la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e come bene collettivo.
L'art. 117, comma 3, Cost. ripartisce la competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, riservando allo Stato, in via esclusiva (comma 2, lett. m), la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".
Sul piano della normativa primaria, la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha riservato allo Stato una funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria (mediante legge o atti aventi forza di legge e, quindi, anche mediante deliberazione del Consiglio dei Ministri), cui ha fatto seguito la legge n. 730 del 1983, che, tra le altre disposizioni organizzative, ha posto in capo al Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio – assistenziali.

Successivamente, il D.P.C.M del 8.08.1985 ha sancito 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", *specificando che "rientrano tra le attività socio - assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo Sanitario Nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente: (...) alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio. Nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio - assistenziale, le regioni possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo Sanitario Nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo Sanitario Nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini*".

Sempre sul tema, è intervenuto il d.P.C.M. del 29.11.2001, che ha individuato i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) anche nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, ove è spesso difficile distinguere tra la quota sanitaria e quella socio assistenziale delle prestazioni rese.

Al riguardo, il Decreto ha previsto che "per le (...) prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili (...) si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale". E' stato così sancito che il costo a carico del servizio sanitario regionale viene determinato in maniera forfettaria al 50% sulle complessive spese connesse a tali forme di assistenza, rimanendo la restante quota del 50% a carico del paziente. Quindi, qualora la componente socio-assistenziale e la componente sanitaria prestata non siano concretamente distinguibili, le stesse si presumono di eguale valore economico.

La normativa primaria è stata poi applicata dalla Suprema Corte in senso favorevole alla salute del cittadino.
Con orientamento consolidato la Suprema Corte (cfr. 'ex multiis', Cass. n. 22776/16; Cass. n. 21528/21) ha affermato che:
i. che 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;

ii. che nel caso di prestazione socio-assistenziale "inscindibile" dalla prestazione sanitaria, l'intervento "sanitario-socio assistenziale" rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema Sanitario Pubblico;

iii. che nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socio-assistenziale, di tal ché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico(come nel caso di specie), prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni -di natura diversa - debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito.
Anche da ultimo tali principi sono stati ribaditi: " ... ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, «nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socioassistenziale, talchè non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni -di natura diversa -debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito" (cfr. Corte di Cassazione n. 13714/2023, 18 maggio 2023).
Deve quindi concludersi, seguendo tali consolidati principi che, ove ricorra una situazione di grave affezione (nel caso di specie da morbo di Alzheimer) in relazione alla quale si verifica anche l'adozione di un piano terapeutico individuale volto all'erogazione di prestazioni di natura strettamente sanitaria, unitamente ad altre di carattere socio assistenziale che siano tra esse non scindibili, l'intero onere per l'assistenza prestata al malato va posta a carico del SSN.

Le deduzioni in senso contrario svolte dalla resistente si fondano su normativa regionale o comunque di secondo grado che, dunque, non può prevalere rispetto alla normativa pri[redacted] citata, come interpretata dalla Suprema Corte.
La domanda va dunque accolta e va dunque riconosciuto il diritto al rimborso per le somme pagate (cfr. all. 9 al ricorso) dalla 'de cuius': la resistente va condannata al pagamento ai ricorrenti (eredi di [redacted] cfr. doc. 10 allegato al ricorso) della somma pari ad € 107.034,80, oltre interessi in misura legale, dalla data del deposito dell'odierno ricorso al saldo.
La condanna alle spese del procedimento, liquidate come in dispositivo secondo i parametri minimi del d.m. n. 55/14 dello scaglione di riferimento, segue la soccombenza».
La [redacted] ha proposto appello.
[redacted] si sono costituiti in giudizio, instando per il rigetto del gravame.
L'appello, dopo il rigetto, all'esito dell'udienza di comparizione, dell'istanza sospensiva dell'efficacia esecutiva della sentenza di primo grado, è stato trattenuto in decisione a seguito dell'udienza ex art.127 ter c.p.c. del 21/10/2026, previa concessione dei termini di legge per lo scambio di conclusionali e repliche ex art.352 c.p.c.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1.L'appello principale contiene tali motivi:
I) il primo è rubricato: «**VIOLAZIONE DEGLI ARTT.32 E 117, III COMMA DELLA COSTITUZIONE, NONCHÉ DELL'ART.1 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N.502 E SS. MM. E II. E DELL'ART.1 DELLA LEGGE 23/12/1978, N. 833. ERRONEA INDIVIDUAZIONE DEL SOGGETTO TITOLARE DAL LATO PASSIVO DEL RAPPORTO GIURIDICO O LEGITTIMATO PASSIVAMENTE**»;
II) il secondo è rubricato: «**VIOLAZIONE E/O FALSA APPLICAZIONE DELL'ART.1418 C.C. ERRONEA DECLARATORIA DELLA NULLITÀ DEL CONTRATTO INTERCORSO TRA LA [redacted] E LA PAZIENTE**»;
III) il terzo è rubricato: «**VIOLAZIONE DELL'ART.116, I COMMA E 115, II COMMA C.P.C. IL TRIBUNALE HA ERRONEAMENTE SOVRAPPOSTO LA PROPRIA VALUTAZIONE MEDICO**

LEGALE DELLA PAZIENTE [redacted] A QUELLA EFFETTUATA DALLA [redacted], SENZA AVVALERSI DI ALCUNA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO. ERRONEO APPREZZAMENTO DELLE PROVE DOCUMENTALI".

2.Nel merito l'appello è infondato.

I).Occorre innanzitutto ricostruire il quadro normativo in cui si colloca la vicenda in esame.

Il D.lgs. 229/1999, 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 espressamente definito all'art. 3 septies, comma 1° e co. 4 ; "*prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione ... caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e 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 cronico-degenerative"* e *"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".*

L'art. 3 *septies*, comma 3° del D.lgs. 229/1999 ha demandato ad un successivo atto di indirizzo e coordinamento la dettagliata individuazione delle prestazioni da ricondurre alle diverse tipologie di prestazione e la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza rispettivamente le Unità Sanitarie Locali ed i Comuni.

Tale atto di indirizzo e coordinamento è stato emanato con il d.p.c.m. del 14 febbraio 2001 il quale ha previsto che:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono di competenza delle Aziende Unità Sanitarie Locali e a carico delle stesse (art. 3, comma 1, del d.P.C.M. cit.);
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni e prevedono una compartecipazione alla spesa da parte dei

cittadini secondo modalità stabilite dai Comuni stessi (art. 3, comma 2, del d.P.C.M. cit.);

- le prestazioni *sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* sono erogate dalle Aziende Sanitarie e sono a carico del Fondo Sanitario, cioè a carico delle Regioni (art. 3, comma 3, del d.P.C.M. cit.).

Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (oggi sostituito dal d.P.C.M. del 12 gennaio 2017), le cui norme sono cogenti ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002, che contiene la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede che 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.
Nella recente ordinanza del 19.12.2024 n. 33394 (che ha confermato arresti coevi quali le precedenti ordinanze del 29/07/2024 n. 21162; del 11 dicembre 2023, n. 34590; del 18 maggio 2023, n. 13174; del 24 gennaio 2023, n. 2038 e, sebbene più risalente nel tempo, nella stessa direzione, la sentenza Cass. 28 aprile 2004, n. 8102), la Suprema Corte si è occupata di delineare la nozione di "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", richiamando precedenti in termini (così, in motivazione, Cass., sez. III, 7 novembre 2017, n. 28321, che richiama, sul punto, Cass., sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558 e Cass., sez. lav., 9 novembre 2016, n. 22776).

Alla luce dei richiamati arresti, la Suprema Corte ha affermato che:

"a) ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socioassistenziali, "nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite «se non congiuntamente» alla attività di natura socioassistenziale, 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 necessaria, essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito";

b) «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».

Ha altresì affermato che "*l'elemento differenziale tra prestazione socioassistenziale «inscindibile» dalla prestazione sanitaria e prestazione socioassistenziale «pura», non sta, pertanto, nella situazione di limitata autonomia del soggetto, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale - ma sta invece nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione assistenziale", e ciò perché in tal caso, "l'intervento «sanitario-socio assistenziale» rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito dal SSR, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, ed è quindi inserita a pieno titolo nell'ambito organizzativo e funzionale del Servizio sanitario pubblico".*

In definitiva, la Corte ha ravvisato nella «*individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato*» (e, dunque, non connotato da occasionalità) il '*discrimen'* per ritenere la prestazione socioassistenziale "*inscindibilmente connessa*" a quella sanitaria (criterio della integrazione tra le prestazioni) e, quindi, con addossamento integrale del relativo onere economico a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Relativamente ai pazienti affetti dal morbo di Alzheimer, la Corte, nel richiamare numerosi precedenti di legittimità, a partire dalla decisione n. 4558/2012, seguita da numerose altre pronunce che si sono orientate allo stesso modo (v. tra le decisioni più recenti, Cass 19.12.2024 n. 33394; 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 significativamente ribadito 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 ex D.P.C.M. 8 agosto 1985, 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".

Quindi, "*nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria 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. Dimostrata la natura inscindibile ed integrata della prestazione, l'intervento sanitario-socioassistenziale 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.*

In tale prospettiva - occupandosi di una fattispecie pienamente assimilabile a quella presente - la Corte ha ulteriormente precisato che il criterio *"è quello dell'integrazione tra le prestazioni, ovvero dell'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)".*

Ribadito dunque che nella «individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato» (e, dunque, non connotato da occasionalità) la Suprema Corte aveva, per orientamento consolidato riferibile a diversi arresti, stabilito il *discrimen* per ritenere la prestazione socio-assistenziale "inscindibilmente connessa" a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima, nel caso esaminato era stato rilevato che il piano terapeutico personalizzato fosse stato 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, per gli stati più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi.

Di qui la conclusione secondo cui "s*olo 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"* e che "*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. Si tratta in tali casi di prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente all'attività di natura socioassistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, che rende inconferente la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali, essendo anche queste a carico del SSN, poiché strumentali a quelle sanitarie (*Cass 19.12.2024 n. 33394).

Le deduzioni in senso contrario svolte dalla appellante si fondano su normativa regionale, emessa in materia di legislazione concorrente ex art.117 comma secondo Cost., e quindi di minore valenza rispetto a quella nazionale sul punto, i citati dd.p.c.m., trattandosi, questi ultimi, di norme statuali aventi valore di principio direttivo; per cui la quota a carico del SSN, anche in caso di paziente che non rientri nella categoria protetta dei non abbienti od a scarso reddito, è pari comunque al 100% dell'importo contrattuale, corrisposto dal degente o dai suoi parenti ed aventi causa, e non può essere posta a carico del Comune di residenza (per i pazienti non abbienti) o del paziente stesso, in forza della citata normativa regionale del Lazio richiamata dalla RSA nel motivo sub.1.
II). Quanto al motivo concernente la contestata applicazione della sanzione della nullità al rapporto contrattuale intercorso tra l'a.d.s. della Panella e la RSA, si rileva dalla Corte.

L'impegno di pagamento, assunto dalla [redacted] tramite il suo A.d.S. (e di cui gli odierni appellati sono aventi causa in quanto fratelli ed unici eredi)

nei confronti della [redacted] va riconosciuto infatti, alla luce delle condizioni sanitarie della paziente, e delle prestazioni ad essa fornite, ed in quanto "… *avente ad oggetto la quota per il ricovero della paziente presso la RSA convenzionata gestita dalla predetta società,* come *" privo di causa e, quindi nullo ai sensi dell'art.1418 c.c."* (così Cass. SS.UU. ord.za n.33394/24 su fattispecie assolutamente analoga, in relazione a contratto di ricovero stipulato fra struttura sanitaria ed A.d.S. di soggetto malato di Alzheimer ed amministrato in quanto impossibilitato, proprio per la malattia in atto, a provvedere ai propri interessi); le SS.UU. hanno infatti stabilito con la citata ordinanza che "*gli impegni di pagamento od i contratti che impongono ai familiari od al paziente di pagare la quota sociale alberghiera o la quota sociale sono nulli per mancanza di causa, con possibilità di richiedere la restituzione di quanto pagato*"; la gratuità totale si applica quando si verifica l'alta integrazione sanitaria delle prestazioni fornite al ricoverato, come nel caso di soggetto affetto da Alzheimer grave con notevoli disturbi comportamentali (come accertato dal giudicante in fatto nel caso di specie).
Nullità parziale, quest'ultima, sulla cui base è stata svolta per l'appunto la domanda di accertamento negativo già in primo grado, da parte degli odierni appellati n.q., per ottenere la conseguente condanna della struttura sanitaria al rimborso di quanto versato per la degenza della di loro madre, la defunta [redacted], negli anni 2015-2020, nella misura della intera quota (somma versata di euro 107.034,80, concernente la quota di ricovero della degente).

La domanda era dunque stata correttamente accolta e riconosciuto il diritto al rimborso per le somme pagate (documentate con le fatture di cui ad all. 9 al ricorso) dalla '*de cuius*': la struttura veniva quindi, di conseguenza, condannata al pagamento ai due ricorrenti (eredi accettanti l'eredità di [redacted], come comprovato con il doc. 10 allegato al ricorso) della somma pari ad € 107.034,80, oltre interessi in misura legale, dalla data del deposito del ricorso al saldo.

III). Quanto alla valutazione dello stato di salute della [redacted], gli assunti della parte ricorrente, fatti propri dal giudicante, sono stati nuovamente contestati in punto di fatto dall'appellante, trincerandosi la RSA dietro una contestazione della, a suo dire opinabile, valutazione effettuata dal

giudicante, che sarebbe in contraddizione con le risultanze delle visite dell'ASL, e che richiederebbero comunque il supporto di una ctu medico-legale.
In realtà, rileva la Corte, di fronte a simili evidenze, ed alla presenza di un Piano Terapeutico stilato dalla stessa RSA non vi era alcuna necessità di valutazione peritale, emergendo '*ictu oculi*' che alla [redacted] venivano somministrate cure mediche in maniera assolutamente prevalente rispetto all'assistenza di natura socio-sanitaria, e con essa intimamente connesse ed inscindibili.
I ricorrenti avevano chiesto di accertare il proprio diritto al rimborso delle somme versate alla resistente, pari ad € 107.034,80 per le cure e l'assistenza ricevute dalla sorella unilaterale [redacted] negli anni 2015-2020 (fino al suo decesso intervenuto nel [redacted]), nei quali la stessa è stata ricoverata presso la struttura resistente, in quanto somme che dovevano essere poste totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale attesa la grave patologia (morbo di Alzheimer in stato cronico e avanzato) da cui ella era affetta che la rendevano peraltro totalmente incapace di badare a se' stessa e dunque totalmente non autosufficiente (cfr. all. 5 allegato al ricorso), tale peraltro da rendere necessaria l'adozione di un piano terapeutico individuale.
Nella fattispecie in esame parte appellante, che ne era onerata, ha fornito la prova, attraverso un quadro presuntivo connotato da elementi univoci, precisi e concordanti dell'inscindibilità delle prestazioni sanitarie – invero del tutto complementari avendo riguardo alla specifica situazione della paziente – rispetto a quelle socio-assistenziali.
Infatti, già nel periodo antecedente al ricovero nella RSA [redacted] di [redacted] esponevano e documentavano i ricorrenti che "*la storia clinica di* [redacted] *per quanto qui di rilievo, nasce da un ricovero d'urgenza disposto presso l* [redacted] *in seguito a caduta con gravi complicazioni, in paziente già affetto da malattia di Alzheimer cronico degenerativa in stato avanzato, beneficiario di verbale di riconoscimento di invalidità civile con accompagno (all.ti 1 e 2). Nella cartella clinica relativa a detto ricovero (all. 3*), *è agevole rilevare il gravissimo status della 'de cuius' degli odierni esponenti, riassunto nel "diario infermieristico" ivi trascritto (pagg. 4 e ss), ove si riporta chiaramente l'incapacità della stessa di deambulare autonomamente (essendo al riguardo necessario l'aiuto dei familiari) descrivendola come segue: "paziente fortemente dissociata e disorientata, la paziente passa*

attraverso le spondine, nell'alzarsi perde l'equilibrio e cade". In esito a detto episodio inizia il calvario di [redacted] *che, da detta struttura viene direttamente ricoverata presso la sede di* [redacted] *previa delibera di assenso della Competente ASL (all. 4).*
Per come attestato dalla stessa struttura convenuta con certificati del 2018 e del 2020 (all. 5), il predetto ricovero veniva disposto a fronte delle seguenti condizioni cliniche, ivi espressamente certificate: "Malato di Alzheimer, pregressa frattura femore, paziente completamente non autosufficiente nelle normali attività di vita quotidiana, con grave decadimento cognitivo".

*Sul medesimo certificato, conformemente al presupposto provvedimento dell'ASL, veniva confermato che il ricovero veniva qualificato nel contesto assistenziale di "**MANTENIMENTO ALTO**".*
A far data da detto ricovero, la [redacted] *ha logicamente subito un ulteriore e progressivo decadimento del proprio stato clinico, fino al giorno del decesso, avvenuto in data* [redacted] *presso altra struttura ove veniva trasferita a causa di diffusione di un "cluster" pandemico da 'Covid 19' presso il* [redacted]

Durante l'intero periodo, la medesima è sempre stata nella predetta RSA come si ricava dai vari provvedimenti di proroga semestrale di volta in volta adottati dalla ASL di competenza (all. 4).
Sempre per come emerge dalla cartella clinica che si produce (all. 6), la [redacted] *stante la gravità della sua condizione di salute, è stata oggetto di un percorso clinico-terapeutico specificamente adottato in relazione a tale status e, come tale, inscindibile dalle prestazioni socio assistenziali rese in fase di degenza.*

Come si legge nella predetta Cartella ("modulo richiesta di accesso alle strutture– all.1"), la paziente, all'ingresso, viene chiaramente valutata come soggetto non autonomo in via permanente, non in grado di comprendere informazioni e memorizzarle, di comprendere le proprie patologie, nonché di gestire eventuali prescrizioni cliniche.

L'intero documento clinico è caratterizzato da un formale "PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE", con relativo diario clinico assistenziale, nel quale viene progressivamente riportata la terapia medica, farmacologica e riabilitativa alla quale la [redacted] *è stata continuamente sottoposta nel corso dell'intera permanenza nella struttura, con la finalità*

di mantenere lo status clinico iniziale, invero poi peggiorato inevitabilmente, stante il carattere degenerativo della patologia in questione…".
Anche da ultimo tali principi sono stati ribaditi: " ... ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, «nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano, invece, essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socioassistenziale, tal chè non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni -di natura diversa -debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la "complessiva prestazione" deve essere erogata a titolo gratuito" (cfr. Corte di Cassazione n. 13714/2023, 18 maggio 2023).
Deve quindi concludersi, seguendo tali consolidati principi che, ove ricorra una situazione di grave affezione (nel caso di specie da morbo di Alzheimer) in relazione alla quale si verifica anche l'adozione di un piano terapeutico individuale, volto all'erogazione di prestazioni di natura strettamente sanitaria, unitamente ad altre di carattere socio assistenziale, che siano tra esse intimamente connesse e quindi non scindibili, l'intero onere per l'assistenza prestata al malato andava posta a carico del S.S.N. ben potendo il giudicante ricavare la sua valutazione delle condizioni del paziente ricoverato dalla documentazione sanitaria in atti e da indizi di tale chiarezza e concordanza da non necessitare un'analisi rimessa ad un ausiliario specialista.

3.Le spese del grado seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.
Poiché il presente giudizio è iniziato successivamente al 30 gennaio 2013 e l'appello è respinto, sussistono i presupposti per l'applicazione dell'art. 13, comma 1 *quater*, d.p.r. 30 maggio 2002, n. 115, inserito dall'art. 1, comma 17, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, che dispone l'obbligo del versamento, da parte dell'appellante, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per l'impugnazione.

PER QUESTI MOTIVI

la Corte, definitivamente pronunciando sull'appello proposto [redacted] nei confronti di [redacted] ed [redacted] avverso l'ordinanza resa tra le parti dal Tribunale di Roma in data di cui in epigrafe, ogni altra conclusione disattesa, così provvede:

a) rigetta l'appello;

b) condanna parte appellante al rimborso, in favore degli appellati, delle spese di lite del giudizio del grado, che si liquidano in euro 8.000,00 per compensi, oltre accessori di legge;

— dà atto, ai sensi dell'art. 13, comma 1, *quater* d.p.r. 30 maggio 2002, n. 115 come successivamente modificato e integrato, che sussistono i presupposti per il versamento, da parte di [redacted] di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per l'impugnazione.

Così deciso in Roma il giorno 5/11/2026.

il Consigliere Estensore	il Presidente
dott. Enrico Colognesi	dott. Diego Rosario Antonio Pinto