

R.G. n. 3427/2024



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
LA CORTE D'APPELLO DI MILANO**

Sezione prima civile

La Corte d'appello di Milano, in persona dei magistrati:

Marianna Galioto	Presidente relatore
Lorenzo Orsenigo	Consigliere
Elisa Fazzini	Consigliere

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di secondo grado iscritta al numero 3427/2024 R.G.

tra

*Parte\_1* (C.F. *C.F.\_1*), assistita e difesa  
dall'Avv. FRANCHI GIOVANNI, ed elettivamente domiciliato presso il  
difensore,

appellante in riassunzione

e

*Controparte\_1*

[...] (C.F. *P.IVA\_1*), assistita e difesa  
dall'Avv. FALCONIERI SIMONA ed elettivamente domiciliato presso il  
difensore,

appellata in riassunzione

*Controparte\_2*

(C.F.

*P.IVA\_2*, assistita e difesa dall'Avv. Roberto Rossi ed elettivamente domiciliato presso il difensore,

appellata in riassunzione

## **CONCLUSIONI:**

- per parte appellante: “Piaccia alla Corte Ecc.ma, in riforma della ordinanza Provv. N. 26943/2023 in data 17 ottobre 2024, comunicata a mezzo PEC in data 17 ottobre 2024: - dichiarare nullo l'impegno assunto il 16.9.15 dalla signora *Parte\_1* di provvedere al pagamento della retta di ricovero della madre signora *Parte\_2* presso la R.S.A. “Sandro Pertini” ex art. 1418 c.c.; - dichiarare, per l'effetto, che nulla era ed è dovuto dalla signora *Parte\_1* per il pagamento della retta di ricovero della madre signora *Parte\_2* presso la R.S.A. “Sandro Pertini” e, di conseguenza, tenute e condannare l’ *Controparte\_1*  
[...] della *Controparte\_3* e la *Controparte\_4*  
[...] in persona dei loro legali rappresentanti pro-tempore alla restituzione in favore della signora *Parte\_1* della somma di complessivi € 25.945,31, di cui € 3.800,11 a carico della prima e il residuo di € 22.145,20 della seconda, oltre interessi legali dal dì del dovuto al saldo; - dichiarare, sempre per l'effetto, tenute e condannare l’ *Controparte\_1*  
[...] della *Controparte\_3* e la [...] CP\_4 in persona dei loro legali rappresentanti pro-tempore alla restituzione in favore della signora *Parte\_1* di quanto la stessa verserà a titolo di spese legali liquidate nelle sentenze di I e II grado; - Con vittoria di spese e competenze di lite di tutti i gradi del giudizio, oltre al rimborso forfettario ex art. 15 T.F., IVA e CPA come per legge da liquidarsi a favore del sottoscritto ex art. 93 c.p.c.”;
- per parte appellata *Controparte\_1* : “voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello disattesa ogni domanda, istanza, richiesta,

*deduzione e conclusione avversaria, così giudicare: Nel merito, respingere l'appello, in quanto infondato in fatto e in diritto; comunque respingere ogni e qualsiasi domanda formulata a qualunque titolo nei confronti dell'ATS della*

*Controparte\_1 [...] Con il favore delle spese e compensi di causa, oltre oneri riflessi (trattandosi di pubblica amministrazione) per tutti i gradi di giudizio”;*

- per parte appellata CP\_4 “*Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello adita, contrariis rejectis ed emessa ogni opportuna declaratoria, così giudicare: NEL MERITO IN VIA PRINCIPALE: rigettare l'appello proposto dalla signora Parte\_1 , in quanto infondato in fatto e diritto e, per l'effetto, confermare la sentenza n. 4623/2019 pronunciata dal Tribunale di Milano - Sezione Settima Civile - e pubblicata in data 14.05.2019. NEL MERITO IN VIA SUBORDINATA: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, del proposto gravame, liquidare le somme eventualmente dovute alla signora Parte\_1 nei limiti del rigorosamente provato e dovuto. Con la vittoria delle spese e dei compensi della presente fase di giudizio, oltre rimborso spese generali ex art. 2 D.M. 55/2014 ed accessori di legge (Cpa e Iva), o, in subordine, con la compensazione delle spese e dei compensi di tutte le fasi del giudizio”.*

## RAGIONI IN FATTO E DIRITTO

1. Con atto di citazione notificato il 30 giugno 2017, la Sig.ra Parte\_1 [...] ha convenuto in giudizio davanti al Tribunale di Milano l' Controparte\_1 [...] (di seguito anche solo “<sup>Contr</sup>”) e l' Controparte\_5 [...] (di seguito anche solo “ CP\_4 o “ [...] CP\_4 ) domandando l'accertamento e la dichiarazione della nullità del contratto sottoscritto il 16 settembre 2015 con l'allora ASL, oggi Contr (cfr. doc. 2 del fascicolo di primo grado dell'attrice), con il quale aveva assunto l'obbligazione di pagare mensilmente la retta di ricovero

della madre – Sig.ra *Pt\_1* *Parte\_2* affetta da morbo di Alzheimer – ricoverata a partire dal 15 settembre 2015 - dopo un iniziale diniego della richiesta di ricovero (avutosi il 14 febbraio 2014, *cfr. doc. 11* del fascicolo di primo grado dell'attrice) - presso la R.S.A. Sandro Pertini di Garbagnate.

La Sig.ra *Pt\_1* a sostegno della propria domanda, ha allegato che l'attività di cura prestata dalle strutture sanitarie in favore della madre avesse carattere “socio-sanitario” o “sanitario ad alta intensità” e non, invece, “socio-assistenziale”, con la conseguenza che – secondo la corretta interpretazione della normativa di settore, nonché della più recente giurisprudenza di legittimità – i costi di degenza presso la R.S.A. dovessero ricadere interamente sulle strutture sanitarie territoriali e non essere addossati, viceversa - anche solo in parte -, sui parenti della paziente.

La *Pt\_1* ha sostenuto che il carattere sociosanitario delle prestazioni rese in favore della madre fosse desumibile:

(i) dalla compresenza di ulteriori patologie rispetto al morbo di Alzheimer, descritte all'interno della relazione clinica del 4 aprile 2017 (*cfr. doc. 3 e 10* del fascicolo di primo grado dell'attrice) e individuate dettagliatamente in “poliartrosi, ipertensione, esiti safenectomia gamba sinistra, ipoacusia grave, pregressa isteroannessiectomia, esiti intervento ernioplastica addominale”;

(ii) nonché dal contenuto delle “dichiarazioni fiscali di composizione della retta” (*cfr. doc. 4 e 5* del fascicolo di primo grado dell'attrice), dalle quali emergerebbe, per lo meno per l'anno 2016, che i “costi sanitari” sostenuti dalle strutture fossero maggiori dei “costi non sanitari”, ciò dimostrando la natura sociosanitaria del ricovero e, di conseguenza, l'imputazione alle sole strutture dei costi di degenza.

L'attrice ha quindi domandato l'accertamento della nullità del contratto sottoscritto il 16 settembre 2015 e domandato – posta la nullità del contratto

– la ripetizione delle rette sino a quel momento corrisposte *sine titulo*, per un importo totale pari a 25.945,31 euro (di cui 3.800,11 euro a carico della <sup>Contr</sup> e 22.145,20 euro a carico della <sup>CP\_4</sup>).

**2.** Con comparse di costituzione e risposta si sono costituite le due strutture convenute (<sup>Contr</sup> e <sup>CP\_4</sup>), eccependo che:

- (i) il quadro normativo di settore - costituito *a)* dalla L. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, *b)* dalla L. 421/1992, istitutiva dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di tutti i cittadini (LEA), *c)* dal D.lgs. 502/1992 e *d)* dal DPCM del 14.02.2001 e del 29.11.2001 - ha classificato le diverse prestazioni rese dalle strutture sanitarie, distinguendole in socio-sanitarie, sanitarie ad alta intensità e socio-assistenziali e ha altresì previsto che per le malattie e i trattamenti richiedenti una lunga degenza – qual è il morbo di Alzheimer – una quota dei costi, corrispondente alle prestazioni di natura sanitaria, fosse posta a carico del SSN e che la restante quota dei costi, relativa alle prestazioni socioassistenziali ed alberghiere, dovesse gravare invece sull'utenza;
- (ii) che le pronunce della più recente giurisprudenza di legittimità e di merito non facessero rientrare *tout court* all'interno delle prestazioni sociosanitarie il ricovero per l'assistenza ad un malato di Alzheimer ma che, al contrario, imponessero un accertamento in concreto sulle patologie cliniche sofferte dal paziente e sulla natura delle prestazioni fruite, a fine di valutarne il carattere effettivo;
- (iii) che le prestazioni erogate dalla RSA alla signora <sup>Parte\_2</sup> avevano avuto quasi esclusivamente carattere assistenziale, in quanto finalizzate a garantire la sorveglianza e l'assistenza alla degente negli atti della vita quotidiana, circostanza evincibile *a)* dalla mancata produzione, da parte dell'attrice, di documenti attestanti

la necessità di cure sanitarie specifiche da parte della madre, *b)* dall'assenza di un piano di cure personalizzato seguito dalla Sig.ra

*Parte\_2* all'interno della struttura, *c)* dalla sussistenza, al contrario, di una relazione del medico curante - redatta il 28 novembre 2013 - nella quale si escludeva, sostanzialmente, che la Sig.ra *Parte\_2* fosse affetta da malattie necessitanti trattamenti sanitari particolari (*cfr. doc. 2* del fascicolo di primo grado di ATS) e *d)* dal carattere ordinario e non grave delle patologie collaterali – ulteriori rispetto all'Alzheimer - da cui era affetta la paziente, desumibile dagli stessi documenti versati in atti dall'attrice e, in particolare, dalla richiesta (negata) di pre-ricovero del 14 febbraio 2014 (*cfr. di nuovo doc. 3* del fascicolo di primo grado dell'attrice), nonché dalla relazione clinica del 10 maggio 2016 (*cfr. di nuovo doc. 10* del fascicolo di primo grado dell'attrice)

Secondo le strutture, la condivisione dei costi con la Sig.ra *Pt\_1* – pattuita con il contratto del 16 settembre 2015 - era dunque da ritenersi pienamente legittima alla luce della normativa di settore, in base al carattere socioassistenziale del ricovero della Sig.ra *Parte\_2* di conseguenza, il contratto di cui la *Pt\_1* aveva chiesto l'accertamento della nullità doveva essere dichiarato pienamente valido ed efficace, con rigetto sia della domanda di nullità, sia della domanda di ripetizione d'indebito.

- 3.** Con la Sentenza n. 4623/2019, il Tribunale di Milano ha rigettato interamente le domande dell'attrice - in forza dell'accertato carattere socioassistenziale delle prestazioni ricevute dalla Sig.ra *Parte\_2* e, pertanto, della corretta compartecipazione dei parenti ai costi di degenza – condannando la Sig.ra *Pt\_1* a rifondere le spese di lite alle convenute.
- 4.** Successivamente, la Sig.ra *Pt\_1* ha interposto appello avverso la predetta Sentenza, al quale hanno resistito le strutture sanitarie; la

Corte, con la Sentenza n. 1854 dell'11 giugno 2021, ha rigettato il suddetto appello e confermato la Sentenza di primo grado, dichiarando che - dalla documentazione in atti - risultava provato che le cure ricevute dalla Sig.ra *Parte\_2* avessero avuto prevalentemente carattere socio-assistenziale o di lunga durata, per le quali la normativa di settore prevede la compartecipazione dei privati ai costi nella misura del 50%, con la conseguenza che la pattuizione negoziale oggetto di accertamento non poteva dirsi nulla.

La Corte d'Appello, in particolare, ha valorizzato una frase contenuta all'interno del contratto depositato *sub doc. 2* da parte attrice in primo grado, nella quale la *Pt\_1* aveva dato atto che la madre *(i)* non fosse affetta da patologie acute, che *(ii)* non necessitasse di percorsi riabilitativi e che *(iii)* presentasse solamente uno stato di bisogno assistenziale nello svolgimento delle attività quotidiane.

La Corte ha altresì statuito che *(i)* il lungo periodo di degenza presso la struttura (2 anni) fosse indice del carattere assistenziale o di lunga durata delle prestazioni e che, comunque, *(ii)* deponessero in favore di tale natura non solo le relazioni sanitarie in atti, ma anche le dichiarazioni rese dalla stessa attrice con la richiesta di ricovero della madre, dalle quali era emerso che - alla data della domanda di ricovero (cfr. di nuovo *doc. 11* del fascicolo di primo grado dell'attrice) - la Sig.ra *Parte\_2* fosse affetta da morbo di Alzheimer curabile anche solo mediante assistenza domiciliare e che, al contrario, il ricovero sarebbe servito a sopprimere, nella sostanza, alla mancanza di autosufficienza della Sig.ra *Parte\_2* nel compiere gli atti della vita quotidiana, ma non – invece – ad effettuare delle specifiche cure di tipo sanitario.

5. A seguito della pubblicazione della Sentenza di appello, la Sig.ra *Pt\_1* ha impugnato la stessa con ricorso per cassazione, censurando la violazione o falsa applicazione di diritto, ex art. 360 n. 3 c.p.c., da

parte del capo della decisione con cui il Giudice di appello aveva accertato la prevalenza della componente socio-assistenziale su quella socio-sanitaria delle cure ricevute dalla madre, non ponendosi – in tal modo - in linea né con la giurisprudenza di legittimità, né con le norme sul Sistema Sanitario Nazionale.

Ha inoltre dedotto che la natura sociosanitaria delle cure ricevute dalla Sig.ra *Parte\_2* fosse chiaramente evincibile dalle dichiarazioni fiscali di spesa della *Controparte\_4* (*cfr. doc. 4 e 5* del fascicolo di primo grado dell'attrice), nelle quali si dava atto che - all'interno della complessiva somma di euro 14.152,10 versata a titolo di retta - ben 11.168,24 euro fossero riconducibili a prestazioni sanitarie.

**6.** La Suprema Corte, con l'Ordinanza n. 26943 del 17 ottobre 2024 ha accolto il ricorso della *Pt\_I* e cassato con rinvio la Sentenza n. 1854/2021, rinviando il giudizio alla medesima Corte di merito, in diversa composizione, sia per il merito che per la regolazione delle spese di tutti i gradi, compreso quello di legittimità.

In particolare, la Cassazione ha rammentato che - nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socio assistenziale, senza che sia possibile discernere il rispettivo onere economico - prevale, in ogni caso, la natura sanitaria del servizio, in quanto le prestazioni di natura assistenziale - dimostrata la natura inscindibile ed integrata del servizio - debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette alla "complessiva prestazione" da erogare a titolo gratuito al paziente (ex art. 30 L. 730/1983).

In tal caso, infatti, 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.

Pertanto, laddove risulti, in base ad una valutazione in concreto, che per il singolo paziente siano necessarie - in relazione *(i)* alla patologia dalla quale è affetto, *(ii)* allo stato di evoluzione al momento del ricovero e *(iii)* al prevedibile sviluppo della malattia - prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socioassistenziale (la quale è pertanto inscindibilmente avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria), anche l'attività socio-assistenziale dovrà essere considerata come attività socio-sanitaria – ed essere erogata quindi in maniera gratuita – al fine di assicurare la tutela del diritto soggettivo alla salute e alle cure del malato ex art. 32 Cost., a nulla rilevando la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali (cfr. sul punto Cassazione, sez. 3, n. 2038 del 24 gennaio 2023).

Sulla base di tali premesse, la Suprema Corte ha rilevato come la Corte d'Appello di Milano – rigettando il gravame della *Pt\_1* in ragione dell'accertata prevalenza della quota socio-assistenziale rispetto a quella socio-sanitaria - non si fosse posta in linea con l'orientamento espresso dalle recenti pronunce di legittimità sopra richiamato - il quale non attribuisce alcuna rilevanza alla prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali - e che avesse dunque omesso di compiere il doveroso scrutinio circa la sussistenza del nesso di strumentalità necessaria tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali (ovvero della unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione) scrutinio che, se viene condotto con esito positivo, determina l'integrale addossamento degli oneri economici sul *Controparte\_6* pubblico.

La Suprema Corte ha dunque rinviato il giudizio alla Corte d'Appello ai fini dell'applicazione del suddetto principio e, soprattutto, ai fini della ri-effettuazione dell'accertamento di merito, allo scopo di valutare la

sussistenza, nel caso di specie, del nesso di strumentalità necessaria (o di inscindibilità) tra cure socioassistenziali e cure sociosanitarie ricevute dalla Sig.ra *Parte\_2*

7. *Parte\_1* ha quindi riassunto il giudizio in appello entro il termine di cui all'art. 392 c.p.c., sostenendo che il nesso di strumentalità necessaria tra le cure socioassistenziali e quelle sanitarie fosse dimostrato, nel caso concreto, dalle dichiarazioni fiscali della *Controparte\_4* (cfr. *di nuovo doc. 4 e 5* del fascicolo di primo grado dell'attrice), dalle quali si evince che la voce "costi sanitari", sostenuti dalla RSA, sia stata maggiore della voce "costi non sanitari". Ha quindi insistito, in applicazione delle coordinate ermeneutiche fornite dalla Corte di cassazione, per l'accoglimento della propria domanda di accertamento della nullità del contratto e della conseguente domanda di ripetizione delle rette pagate indebitamente.
8. Nel giudizio di riassunzione si sono costituite anche l'<sup>Contr</sup> e l' *CP\_4* le quali hanno invece ribadito che – a causa della mancanza in atti del piano terapeutico personalizzato - l'accertamento del nesso di inscindibilità richiesto dalla Cassazione non avrebbe potuto concludersi se non con esito negativo.

Ciò in quanto: *(i)* i documenti fiscali che l'appellante ha ritenuto fungano da prova del nesso di strumentalità necessaria non hanno alcuna idoneità probatoria circa l'inscindibilità tra cure sanitarie e cure assistenziali e in quanto *(ii)* la tipologia di patologie cliniche da cui era affetta la Sig.ra *Parte\_2* era caratterizzata da malattie facilmente trattabili mediante la semplice somministrazione di farmaci generici, circostanza dimostrata dal fatto che i parenti della paziente non avessero richiesto la predisposizione di un piano personalizzato di cure implicante, anche in un'ottica degenerativa, l'effettuazione di prestazioni sanitarie erogate necessariamente all'interno

della struttura, tali da rendere necessario che pure l'assistenza per l'Alzheimer avvenisse dentro la RSA.

Oltre a ciò, le appellate hanno precisato che il principio di diritto enunciato dalla Cassazione non implicherebbe alcun automatico inquadramento della cura dell'Alzheimer all'interno delle prestazioni socio-sanitarie, ma che imporrebbe esclusivamente la disamina *(i)* delle patologie cliniche da cui è affetto il paziente, *(ii)* del loro stadio al momento del ricovero e *(iii)* della loro prognosi degenerativa, in modo da poter valutare se il ricovero in struttura sia stato dettato da un'esigenza di tipo curativo - a fianco della quale sono poi stati svolti i servizi di assistenza della malattia mentale - o se, viceversa, sia stato dettato da un'esigenza di tipo meramente assistenziale, al fine di fornire al paziente (malato di Alzheimer) la costante sorveglianza, il sostegno psicologico, il vitto e l'alloggio.

Hanno quindi sottolineato che – anche alla luce delle indicazioni fornite dalla Cassazione – per effettuare un accertamento di tale tipo fosse indispensabile e imprescindibile la disamina del piano di cure personalizzato.

Tuttavia, secondo le appellate, la mancata produzione in giudizio di detto piano da parte dell'attrice precluderebbe – in questa sede di rinvio – l'effettuazione del suddetto accertamento di merito, né tantomeno le richieste di ricovero, le relazioni mediche o – tanto più – le dichiarazioni fiscali potrebbero sopperire a tale mancanza.

L'ASST, nello specifico, ha poi ribadito che la maggior parte delle prestazioni rese in favore della Sig.ra *Parte\_2* fossero consistite nello svolgimento di meri interventi routinari di monitoraggio, di assistenza alimentare, di assistenza nell'igiene congiuntamente a interventi di socializzazione, educativi ed alberghieri e, dunque, che tali prestazioni abbiano avuto natura prettamente socioassistenziale, in quanto finalizzate a garantire attività di sorveglianza e di assistenza personale della paziente.

Le prestazioni di natura sanitaria fornite all'interno delle RSA alla Sig.ra *Parte\_2* non sarebbero state altro che le medesime che qualsiasi assistito del Sistema Sanitario riceve a domicilio o nell'ambulatorio tramite il medico di medicina generale; pertanto, le prestazioni sanitarie rese nello specifico caso non avrebbero presentato quella peculiarità tale da rendere la prestazione socioassistenziale funzionalmente collegata all'erogazione delle stesse.

All'udienza dell'11 giugno 2025 le parti hanno precisato le conclusioni e la causa è passata in decisione dopo la scadenza dei termini per il deposito degli scritti finali.

**9.** Tutto ciò premesso in punto di fatto, la Corte osserva che - anche applicando al caso di specie il principio di diritto enunciato dalla Cassazione- la domanda della Sig.ra *Pt\_1* non appare meritevole di accoglimento.

Occorre precisare che la disciplina applicabile ai fatti di causa è quella del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito anche brevemente “LEA”), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini a titolo gratuito ovvero mediante partecipazione alla spesa. La gratuità delle prestazioni ricorre per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (art. 3 co. 1 DPCM 14 febbraio 2001) e per quelle a carattere sociosanitario ad elevata integrazione sanitaria (art. 3 co. 3 del medesimo Decreto).

Al fine di dimostrare il nesso di strumentalità necessaria tra cure sociosanitarie e cure assistenziali, la Suprema Corte ha richiesto un rigoroso scrutinio di merito, condotto mediante la disamina del piano di cure personalizzato prodotto dal privato.

La disamina del piano di cure, in particolare, si rende necessaria ai fini della dimostrazione del fatto che l'esigenza di ricovero non sia derivata soltanto dalla necessità di assistenza e sorveglianza di un soggetto che, a causa della

malattia mentale-degenerativa, non è più in grado di badare in autonomia ai propri bisogni, ma che sia derivata – piuttosto – da un'esigenza quasi “obbligata”, dettata dalla necessità del malato di ricevere anche cure di tipo sanitario non ordinarie, eseguibili mediante un piano specifico e sotto la sorveglianza frequente di personale specializzato.

Se poi il paziente sottoposto a un piano di cura medico risulta affetto anche affatto da morbo di Alzheimer, allora l'assistenza per tale seconda patologia dovrà essere fornita – stante la necessità del ricovero per l'effettuazione del piano di cure personalizzato – necessariamente in maniera congiunta con le prestazioni sanitarie.

In ciò si sostanzia quell'inscindibilità il cui accertamento consente di addossare l'intero costo del servizio sugli Enti Pubblici.

Anzitutto va esclusa ogni forma di automatismo tra la cronicità della malattia e la gratuità delle prestazioni.

Nel caso di specie - come correttamente eccepito dalle strutture sanitarie appellate - le cure mediche che sono state erogate in favore della Sig.ra

*Parte\_2* durante il periodo di degenza hanno presentato tutte un carattere basilare e ordinario, poiché - al momento del ricovero - queste risultavano facilmente eseguibili anche a domicilio, tramite la semplice supervisione del medico di medicina generale (*cfr. di nuovo doc. 11* del fascicolo di primo grado di parte attrice e *doc. 2* del fascicolo di primo grado di ATS).

Di conseguenza, non è dimostrato che il ricovero della paziente si fosse reso necessario a causa della presenza di malattie tali da richiedere un piano di cure specifico all'interno della RSA, ma – al contrario – risulta dimostrata documentalmente l'ordinarietà delle patologie (ulteriori rispetto all'Alzheimer) da cui era affetta la Sig.ra *Parte\_2* con la conseguenza che il ricovero risulta essere stato motivato dalla necessità e volontà di garantire alla

paziente un'assistenza costante rispetto all'evolversi della sola malattia cronico-degenerativa dell'Alzheimer.

Ma soprattutto, in assenza di deposito in giudizio da parte dell'attrice del piano di cure personalizzato non è possibile per la Corte valutare (in quanto non provati) due dei tre elementi di cui la Cassazione ha richiesto la sussistenza ai fini della disamina dell'inscindibilità tra parte sanitaria e parte assistenziale delle cure: in difetto del piano di cure personalizzato manca infatti la prova *(ii)* dello stato di evoluzione di tali patologie al momento del ricovero e *(iii)* del prevedibile sviluppo delle stesse, entrambi elementi richiesti dalla Suprema Corte ai fini dell'effettuazione del vaglio di inscindibilità tra cure sanitarie e cure assistenziali.

A tutto voler concedere, pur in assenza del piano di cure personalizzato, la Sig.ra *Pt\_I* non ha neppure adeguatamente provato in altro modo che le patologie da cui era affetta la madre al momento del ricovero (abbastanza frequenti e ordinarie – com'è noto secondo comune esperienza - in età avanzata, *cfr. di nuovo doc. 3 e 10* del fascicolo di primo grado dell'attrice) abbiano reso necessaria la prestazione di cure sanitarie specifiche, tali da rendere inscindibile e funzionalmente connessa l'erogazione anche della quota di prestazioni di natura socioassistenziale.

E tale onere della prova gravava interamente su di lei.

L'unico indice presuntivo in base al quale l'appellante ritiene sussistente il nesso di strumentalità necessaria è dato dal contenuto dei *doc. 4 e 5* depositati in primo grado, ossia le dichiarazioni fiscali di spesa sostenute dalla RSA, nelle quali si afferma che i "costi sanitari" siano stati maggiori di quelli "non sanitari".

Tuttavia, tali documenti non provano in alcun modo il concreto piano di cure seguito dalla paziente all'interno dell'RSA, né tantomeno la gravità o prognosi di peggioramento delle malattie e – in ultima analisi – non

consentono di dimostrare l'inscindibilità tra l'erogazione dei servizi di assistenza rispetto all'effettuazione delle cure mediche.

Tali documenti, al contrario, assumono esclusivo valore fiscale, poiché sono dichiarazioni che consentono all'utente che paga la retta di dedurre - dalla base imponibile della propria dichiarazione dei redditi - i costi sostenuti per la degenza del parente.

Nello specifico, il dettaglio delle tipologie di prestazioni che rientrano tra i "costi sanitari" e i "costi non sanitari" (ossia le voci contenute nei *doc. 4 e 5*) risulta definito all'interno delle "Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994" (richiamate da *Contr* nella comparsa in riassunzione), dalle quali emerge come la voce "costi sanitari" faccia riferimento non tanto alla presenza di uno specifico piano di cure personalizzato (unico elemento, lo si ribadisce, tramite il quale sarebbe possibile valutare il nesso di strumentalità necessaria), bensì alla messa a disposizione di personale infermieristico per l'assistenza ordinaria del paziente, nonché alla somministrazione di farmaci generici.

La voce "costi sanitari" contenuta nelle dichiarazioni fiscali sub *doc. 4 e 5*, pertanto, non è in grado in alcun modo – diversamente da quanto ritenuto dall'appellante - di sopperire alla mancata prova di un piano di cure personalizzato dal quale desumere l'inscindibilità tra cure sanitarie e assistenziali richiesta dalla Cassazione.

Non sono state formulate, in primo grado, istanze istruttorie.

Tutto ciò, secondo la Corte, rende indimostrato – nel caso in esame - quel nesso di strumentalità necessaria tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali, in grado di porre i costi del servizio interamente a carico delle Amministrazioni convenute secondo il D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Va dunque confermato – anche all'esito del nuovo accertamento effettuato – il rigetto dell'appello promosso dalla Sig.ra *Pt\_1* in ragione della mancata prova del nesso di strumentalità necessaria che dimostri l'inscindibilità tra le

cure sanitarie e le cure assistenziali, nonché – parallelamente – in ragione della sussistenza di indici presuntivi di segno opposto, in grado di dimostrare la mancanza del suddetto nesso; tali indici, emergenti dai documenti, sono rappresentati, nello specifico, da:

- (i) l'ordinarietà delle patologie cliniche da cui era affetta la Sig.ra *Parte\_2* la quale consente di inferire come il ricovero sia derivato da una scelta dei parenti e non da una necessità legata alla sussistenza di altre patologie cliniche, ulteriori rispetto all'Alzheimer (*cfr. di nuovo doc.3 e 10* di primo grado di parte attrice);
- (ii) dalla possibilità di assistenza domiciliare della signora (*cfr. di nuovo doc.11* di primo grado di parte attrice);
- (iii) e dal quadro clinico complessivo della paziente, caratterizzato principalmente da una mancanza di autonomia della signora *Parte\_2* (*cfr. di nuovo doc. 2* di primo grado di parte attrice).

Alla luce di tutto quanto sopra, l'appello promosso dalla Sig.ra *Parte\_1* [...] va rigettato. La sentenza di primo grado deve dunque essere confermata.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, anche con riferimento al giudizio di cassazione, applicati i valori medi secondo lo scaglione tariffario esclusa la fase istruttoria non espletata, e avuto riguardo al pregio delle difese e alla natura della controversia.

Deve darsi atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte dell'appellante, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il gravame, se dovuto.

#### **P.Q.M.**

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando sull'appello in riassunzione proposto da *Parte\_1* on atto di citazione ritualmente ex art. 392 c.p.c. notificato nei confronti di *Controparte\_1*

*Controparte\_1*

e di

*Controparte\_2*

avverso la

sentenza del Tribunale di Milano n. 4623/2019, ogni altra istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così decide:

a) rigetta l'appello e, per l'effetto, conferma la sentenza impugnata;

b) condanna *Parte\_3* a rimborsare ad [...] e

*Controparte\_1*

*Controparte\_2*

le spese di lite

così determinate per ciascuna parte:

-per il giudizio di cassazione in euro 3.082,00 per compensi professionali,

-per il giudizio di rinvio in euro 3.966,00 per compensi professionali,

oltre al rimborso forfettario del 15% per spese generali, e oltre oneri riflessi trattandosi di pubblica amministrazione;

c) dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte dell'appellante, in favore dell'erario di un importo ulteriore, pari a quello del contributo unificato previsto per il gravame, se dovuto.

Così deciso a Milano, nella camera di consiglio del 15 ottobre 2025.

Sentenza redatta con la collaborazione del MOT Pietro Gitto.

Il presidente estensore

- *Marianna Galioto* -