

Cass. civ., Sez. I, Sent., (data ud. 23/09/2025) 14/10/2025, n. 27452**PRESCRIZIONE E DECADENZA CIVILE****PROVA IN GENERE IN MATERIA CIVILE** › *Onere della prova***Intestazione**

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE PRIMA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Dott. MERCOLINO Guido - Presidente

Dott. VAROTTI Luciano - Consigliere

Dott. CASADONTE Annamaria - Consigliere

Dott. D'ORAZIO Luigi - Consigliere

Dott. REGGIANI Eleonora - Consigliere Rel.

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso n. 12614/2022 r.g. proposto da:

A.A. rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'Avv. Stefania Zanardi, la quale dichiara di voler ricevere le notifiche e le comunicazioni relative al presente procedimento all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato;

ricorrente

CONTRO

COMUNE DI MILANO, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso, giusta mandato agli atti, dall'Avv. Antonello Mandarano dall'Avv. Angela Bartolomeo, dall'Avv. Annalisa Pelucchi, dall'Avv. Irma Marinelli dall'Avv. Mariarosaria Autieri dell'Avvocatura Comune di Milano e dall'Avv. Giuseppe Lepore, i quali dichiarano di voler ricevere le comunicazioni e le notificazioni relative al presente procedimento agli indirizzi di posta elettronica certificata indicati, elettivamente domiciliato in R, presso lo studio dell'Avv. Giuseppe Lepore, sito in Via (Omissis)

controricorrente

avverso la sentenza della Corte di appello di Milano n. 3229/2021, depositata l'8/l 1/2021.

Udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 23/9/2025 dal Consigliere dott. Luigi D'Orazio.

Svolgimento del processo

1. A.A. proponeva opposizione ex [artt. 3 del regio decreto n. 639 del 1910](#) e 32 del D.Lgs. n. 152 del 2011 all'ingiunzione emessa nei suoi confronti dal Comune di Milano per la somma di Euro 171.454,13,

indicata come dovuta a titolo di rivalsa per le spese di assistenza sostenute dall'Amministrazione per il mantenimento della sig.ra C.C. presso la struttura R.S.A. convenzionata Istituto Geriatrico Redaelli, dal 10/11/2009 al 26/1/2009.

In particolare, il ricorrente deduceva, per quel che ancora qui rileva, l'assenza di un credito certo, liquido ed esigibile, non essendo peraltro il A.A. obbligato ex art. 433 c.c. nei confronti della sig.ra C.C. con la quale non intercorreva alcun rapporto di parentela (si trattava della moglie dello zio, fratello della propria madre), non essendovi alcuna successione testamentaria da parte dello zio B.B. né nei confronti della C.C.

Inoltre, il Comune non aveva diritto alla rivalsa, trattandosi di prestazione "di natura sanitaria", quindi gratuita, perché di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Sarebbe maturata anche la prescrizione per le prestazioni rese dal 1999 al 2009.

L'Amministrazione, poi, non avrebbe fornito alcuna prova in ordine ai conteggi effettuati: l'entità della retta da pagare; la parte di

pensione della C.C. trattenuta; le somme versate dal marito della degente sig.B.B.

2. Il Tribunale di Milano, con sentenza n. 8005/2019, pubblicata il 6/9/2019, accoglieva l'opposizione, revocando l'ingiunzione di pagamento.

Reputava che il credito si era prescritto con riferimento alle annualità antecedenti al 2005, in quanto il primo atto interruttivo era rappresentato dalla lettera del legale dell'attore del 22/12/2015.

Accertava, poi, che il A.A. era erede per testamento del sig. B.B. fratello della madre dell'attore (zio), coniuge della C.C.

Inoltre, il A.A. era erede di C.C. come risultava dai documenti prodotti dal Comune e da quanto acquisito dall'Agenzia delle entrate, in particolare dalla dichiarazione di successione, con allegata una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Del resto, il A.A. "non nega di essersi avvantaggiato di quanto lasciato dalla C.C. e indicato nella denuncia di successione".

La pretesa del Comune, però, difettava del requisito della liquidità, non avendo fornito il Comune prova della propria pretesa.

Lo stesso Comune aveva ammesso che il B.B. aveva corrisposto prima del suo decesso somme a titolo di quote di contribuzione mensili, e che aveva incassato la quota parte della pensione della C.C.

sino alla sua morte.

3. Avverso tale sentenza proponeva appello il Comune di Milano deducendo: erroneità della decisione in punto di decorrenza della prescrizione del credito; errata interpretazione della natura giuridica e della funzione dell'azione di rivalsa; errata interpretazione della documentazione in atti; erroneità della decisione per mancata prova dell'entità del credito vantato dal Comune.

3.1. Il A.A. proponeva appello incidentale, condizionato allo accoglimento dell'appello principale, deducendo: il difetto di legittimazione passiva all'azione di rivalsa; l'insussistenza dei presupposti dell'azione ingiustificato arricchimento ex art. 2041.

4. La Corte d'Appello di Milano, con sentenza n. 3229/2021, depositata l'8/11/2021, accoglieva parzialmente l'appello del Comune, condannando il A.A. pagamento in favore del Comune della somma di Euro 38.872,73.

4.1. Quanto al primo motivo di impugnazione principale, in ordine all'individuazione del dies a quo per il computo della prescrizione, la Corte territoriale lo reputava infondato, evidenziando che la sig.ra C.C. era affetta da "deterioramento mentale con rallentamento ideo-motorio, atrofia cerebrale con la dilatazione del sistema ventricolare".

Si soffermava sulla consolidata giurisprudenza di legittimità per cui, ai fini del diritto di rivalsa da parte dell'ente locale, doveva valutarsi "la natura della prestazione erogata", perché "quando vengono in rilievo, in via esclusiva, servizi socio-assistenziali alla persona, la rivalsa del Comune, verso l'assistito o verso gli obbligati ex lege, resta ad oggi esperibile dall'art. 1 R.D. 1580/1931; al contrario, nelle ipotesi in cui vengano erogate prestazioni sanitarie c.d. pure ovvero associate a prestazioni assistenziali non prevalenti, in applicazione del principio della tendenziale gratuità delle prestazioni di cura, la rivalsa non è ammissibile".

Tuttavia, per la Corte d'Appello, nella specie, trattavasi di prestazioni di "natura socio-assistenziale", come emergeva dalle cartelle cliniche.

Il dies a quo, dunque, doveva individuarsi non nel decesso dell'assistita, ma nella data del ricovero (si cita Cass. n. 3564 del 1974).

Il credito era dunque parzialmente prescritto sino al 22/12/2005, in ragione del primo atto interruttivo riferibile al 22/12/2015. Il motivo era infondato.

4.2. Quanto al secondo motivo di impugnazione principale, con cui il Comune di Milano lamentava l'erroneità della sentenza di primo grado per violazione del principio dell'onere della prova, la Corte d'Appello riteneva fornita la prova del credito dell'ente territoriale.

Sulla scorta delle fatture di pagamento relative agli anni 2007 e 2008, prodotte a titolo esemplificativo dal Comune di Milano, nonché i relativi mandati di pagamento, emessi dal Comune in favore dello ente convenzionato, si individuava il costo giornaliero sostenuta dal Comune nella misura di Euro 59,40.

L'importo complessivo dovuto al Comune era dunque di Euro 199.702,80, pari alla somma giornaliera di Euro 59,40 per i 3.362 giorni di ricovero.

Trattavasi dunque di credito liquido, in quanto determinabile mediante un'operazione meramente matematica.

Spettava poi all'opponente dare la prova delle maggiori somme corrisposte nel corso degli anni dagli obbligati, quali circostanze estintive del credito del Comune, ex [art. 2697](#), 2 comma, c.c.

Non risultavano invece allegati o documentati ulteriori diversi pagamenti.

Tenuto conto della parziale prescrizione del credito, la somma residua era di Euro 65.461,44.

Da tale somma doveva essere detratto quanto il Comune di Milano aveva riconosciuto essere stato già pagato dagli obbligati per complessivi Euro 26.588,71, ottenendo il credito residuo di Euro 38.872,73.

4.3. Quanto al motivo di appello incidentale, la Corte d'Appello confermava la sentenza di prime cure, ritenendo il A.A. erede di

B.B. coniuge di C.C. in p successione testamentaria.

Ciò desumeva dalla dichiarazione di successione presentata all'Agenzia delle entrate, ove il A.A. si qualificava quale unico erede, allegando dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

5. Avverso tale sentenza ha proposto ricorso principale per cassazione A.A.

6. Ha resistito con controricorso il Comune di Milano, proponendo anche ricorso incidentale.

7. Il A.A. ha resistito con controricorso al ricorso incidentale, depositando anche memoria scritta.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo di ricorso principale il ricorrente deduce la "violazione e falsa applicazione dell'[art. 1 legge n. 1580/1931](#); [legge n. 328/2000](#); della [legge n. 833/1978](#); [decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112](#), convertito in [legge 6/8/2008, n. 133](#); [DPCM 14 febbraio 2001](#); [DPCM 29 novembre 2001](#); censura sollevata ai sensi dell'[art. 360](#), primo comma, n. 3, c.p.c."

La Corte d'Appello ha erroneamente ritenuto, quanto alla natura delle prestazioni rese in favore della

sig.ra C.C. che trattavasi di servizi socio-assistenziali, in via esclusiva, come risultava dalle cartelle cliniche.

In primo luogo, tale affermazione sarebbe erronea in ordine alla perdurante vigenza dell'[art. 1 della legge n. 1580 del 1931](#), essendo intervenuta la sua esplicita abrogazione per effetto dell'[art. 24 del decreto-legge n. 112 del 2008](#), della [DPCM del 14/2/2001](#) e del [DPCM del 29/11/2001](#).

Tra l'altro, la norma sarebbe stata già abrogata tacitamente ai sensi della [legge n. 833 del 1978](#), della [legge n. 328 del 2000](#) e del [D.Lgs. n. 109 del 1998](#), modificato dal [D.Lgs. n. 130 del 2000](#).

In ogni caso, la prestazione resa in favore della sig.ra C.C. era di natura sanitaria, quindi soggetta alla gratuità di cui al Servizio Sanitario Nazionale, trattandosi di "trattamento terapeutico individualizzato", dovendosi tener conto che la signora era affetta da Alzheimer, demenza e disturbi cognitivi.

La C.C. dunque, necessitava di continuo monitoraggio e di continua assistenza infermieristica per la somministrazione di farmaci.

In base a [DPCM 14/2/2001](#) (art. 3,) trattavasi di prestazione sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

In realtà, dunque, l'unico soggetto tenuto al pagamento della prestazione era il Servizio Sanitario Nazionale.

2. Con il secondo motivo di impugnazione si deduce "l'omesso esame della Cartella Clinica fatto decisivo per il giudizio; censura sollevata ai sensi dell'[art. 360](#), primo comma, n. 5, c.p.c."

La Corte d'Appello, apoditticamente, "senza alcuna motivazione", ha affermato che le prestazioni rese in favore della signora C.C. erano di natura socio-assistenziale, limitandosi a richiamare le cartelle cliniche acquisite in primo grado ex [art. 210](#) c.p.c.

Tale motivazione sarebbe "talmente inadeguata ed incoerente da non consentire la ricostruzione del percorso logico seguito dalla Corte d'Appello".

3. Con il terzo motivo di impugnazione si lamenta la "violazione e falsa applicazione dell'[art. 2697](#) c.p.c. e [art. 115](#) c.p.c.; violazione dei principi generali in ordine all'onere probatorio; omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio e vizio di motivazione; censura sollevata ai sensi dell'[art. 360](#), primo comma, numeri 3 e 5, c.p.c."

La Corte d'Appello avrebbe dovuto valutare la sussistenza della prova del credito vantato dal Comune, accertando se la tariffa stabilita con il regolamento comunale fosse applicabile.

La Corte territoriale si sarebbe limitata a ricavare la liquidità del credito, moltiplicando il costo giornaliero asseritamente sostenuto dal Comune, pari ad Euro 59,40, per i 3.362 giorni di ricovero.

Per il ricorrente, invece, il Giudice di prime cure aveva correttamente accertato che l'importo dovuto era correlato alla situazione patrimoniale della sig.ra C.C. al momento del ricovero, essendo stati fissati gli importi delle contribuzioni mensili quantificate in Lire 358.000, che il sig.B.B. aveva accettato e corrisposto prima del suo decesso.

La Corte d'Appello non avrebbe potuto desumere il dato certo da taluni documenti prodotti solo per gli anni 2007 e 2008 e non con riferimento all'intero periodo cui si riferiva la pretesa creditoria.

4. Con il quarto motivo di impugnazione si deduce la "violazione e falsa applicazione dell'[art. 457](#) c.c. e [565](#) c.c.; censura sollevata ai sensi dell'[art. 360](#), primo comma, n. 3, c.p.c."

La Corte d'Appello ha ritenuto che A.A. era erede di C.C.

Tuttavia, il A.A. non era né erede legittimo, né testamentario.

Era solo nipote ex fratre del sig. B.B. coniuge della defunta C.C.

La dichiarazione di successione poi non può attribuire la qualifica di erede.

5. Con il motivo di ricorso incidentale si deduce la "violazione e falsa applicazione dell'[art. 2935](#) c.c.;

violazione dei principi in punto di decorrenza della prescrizione del credito per l'anticipazione delle spese di ricovero; errata e travisata interpretazione della natura giu-

ridica e della funzione dell'azione di rivalsa, con riferimento p 360, primo comma, n. 3, c.p.c.".

Ad avviso del Comune ricorrente incidentale, l'azione di rivalsa può essere esperita solo a seguito del decesso dell'assistito, sicché la prescrizione può decorrere solo da tale evento.

6. Il primo motivo del ricorso principale è fondato.

6.1. Trova applicazione l' [art. 1](#) della [legge 3/12/1931, n. 1580](#), a mente del quale "allo scopo di ottenere dai ricoverati che non si trovino in condizioni di povertà, e in caso di loro morte, dagli eredi legittimi e testamentari, la rivalsa delle spese di ospedalità o manicomiali, le Amministrazioni degli ospedali, dei comuni o dei manicomi pubblici, sulla base degli accertamenti eseguiti, comunicano, mediante lettera raccomandata spedita per posta con ricevuta di ritorno, ai singoli obbligati, l'ammontare delle somme da rimborsare, i motivi per cui viene chiesto il rimborso e le modalità di pagamento".

Ai sensi del comma 3 dell'[art. 1](#) della [legge n. 1580 del 1931](#), poi, "(l)'azione di rivalsa, con le stesse modalità di cui al primo comma, può essere esercitata, ove occorra, anche verso i congiunti dei ricoverati stessi nell'ordine stabilito dall'[art. 142](#) del codice civile, che erano per legge tenuti agli alimenti durante il periodo di ricovero e si trovino in condizione di sostenere, in tutto o in parte, l'onere delle degenze, nonché verso le persone civilmente responsabili delle ferite e delle malattie che resero necessaria l'assistenza nell'ospedale o nel manicomio".

Tale disposizione risulta abrogata dall'[art. 24](#) del [decreto-legge 25/6/2008, n. 112](#), convertito in [legge 6/8/2008, n. 133](#).

6.2. Tuttavia, tale normativa deve confrontarsi con le modifiche legislative in materia di Servizio Sanitario Nazionale di cui alla legge n. 831 del 1978, che ha previsto la gratuità per le prestazioni sanitarie.

Ed infatti la giurisprudenza di legittimità che si è pronunciata sulla questione, subito dopo le innovazioni di cui alla legge n. 831 del 1978, ha affermato che l'[art. 1](#) della [legge 3 dicembre 1931, n. 1580](#) che regola la rivalsa delle spese di ricovero, sostenute dagli ospedali, dai comuni e dai manicomi pubblici, nei confronti dei ricoverati, dei loro congiunti e dei terzi responsabili delle lesioni o delle malattie che resero necessario il ricovero - è rimasto in vigore anche dopo l'emanazione della [legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833](#), ma limitatamente alle ipotesi di onerosità, per il beneficiario, delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (ipotesi indubbiamente residuali, dato il principio di gratuità introdotto dalla riforma), e il relativo diritto è esercitabile, dopo la riforma, dagli enti gestori del Servizio Sanitario Nazionale, i quali hanno assunto i compiti prima svolti dagli ospedali, Comuni e manicomi pubblici ([Cass., sez. 1, 26/3/2003, n. 4460](#); [Cass., sez. 1, 20/1/1998, n. 481](#)).

Pertanto, deve tenersi conto della normativa sopravvenuta, in base alla quale il diritto di rivalsa in favore dell'ente territoriale risulta ancorato alla natura della prestazione: se la prestazione è di natura sanitaria non spetta il diritto di rivalsa, trattandosi di servizi resi gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale; in caso di prestazione di natura essenzialmente assistenziale, invece, spetta il diritto di rivalsa.

7. Particolarmente illuminante in tal senso è il [DPCM 8/8/1985](#), per il quale "non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecanti, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino".

Rientrano invece "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](#)".

Ancora più chiaramente il [DPCM 14/2/2001](#) distingue le tre tipologie di prestazioni.

7.1. "Sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite" (art. 3, comma 1).

In questo caso le prestazioni sono gratuite ([Cass., n. 21528 del 2021](#)).

7.2. Sono invece "da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tale attività, di competenza dei comuni, sono prestate con la partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi" (art. 3, comma 2).

In tal caso, dunque, la spesa non è a totale carico del sistema sanitario Nazionale, ma vi è un contributo o partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

7.3. Di particolare rilievo per la soluzione della controversia in esame è l'art. 3, comma 3, per il quale "sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'[art. 3-septies](#), comma 4, del [D.Lgs. n. 502 del 1992](#), e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga (...) patologie terminali, inabilità o disabilità conseguente a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più rapporti professionali sanitarie sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitarie sociali sui risultati dell'assistenza ed alla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza".

In tal caso, tali prestazioni, a elevata integrazione sanitaria, "sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario" ([Cass. n. 21528 del 2021](#); [Cass., sez. 3, 11/12/2023, n. 34590](#); [Cass., sez. 3, 28/11/2017, n. 28321](#)).

Tra tali prestazioni rientrano quelle relative alla malattia di Alzheimer, come nella specie.

Del resto, ai sensi del [DPCM 29/11/2001](#), All. 1, n. 2, lett. G, che definisce i livelli essenziali di assistenza, viene indicata anche l'attività "sanitaria e socio sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie", con costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

7.4. L'[art. 1](#) della [legge 8/11/2000, n. 328](#) (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) prevede che "(l)a Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali".

L'[art. 6](#), comma 4, della [legge n. 328 del 2000](#) stabilisce poi che "(p)er i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il Comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica".

L'[art. 25](#) della [legge n. 328 del 2000](#) chiarisce che "(a)i fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal [D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109](#), come Data pubblica cato dal [D.Lgs. 3 maggio 2000, n. 130](#)".

Il comma 6 dell'[art. 2](#) del [D.Lgs. n. 133 del 2000](#), a sua volta, sancisce che "(l)e disposizioni del presente decreto non modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alla prestazione degli alimenti ai sensi dell'[art. 433](#) del codice civile e non possono essere interpretate nel senso dell'attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all'[art. 438](#), primo comma, del codice civile nei confronti dei componenti il

nucleo familiare del richiedente la prestazione sociale agevolata".

L'art. 22, comma 2, lettera g) della [legge n. 328 del 2000](#) si sofferma sulla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo tra gli interventi indicati quelli che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, indicando gli "interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza al domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio".

8. A fronte del quadro normativo sopra delineato, la giurisprudenza di questa Corte ([Cass., sez. 1, 8/5/2019, n. 12042](#)) ha dunque distinto due categorie di prestazioni: da un lato le prestazioni sanitarie, che vengono svolte gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale; dall'altro le prestazioni relative ad attività socio-assistenziali, per le quali è prevista invece una compartecipazione da parte dei cittadini, con il diritto di rivalsa da parte dell'ente territoriale che ha effettuato i pagamenti in favore delle strutture private.

In caso di compartecipazione, l'intervento assistenziale pubblico è disciplinato dalla [legge n. 328 del 2000](#), in forza del rinvio dell'art. 25 di tale legge al sistema ISEE, sulla base dunque delle possibilità economiche ([Cass., n. 23932 del 2020](#); [Cass. n. 12042 del 2019](#)).

Inoltre, si è sottolineato che la prestazione sanitaria è contraddistinta soprattutto dalla personalizzazione dell'intervento sanitario, che risulta prevalente rispetto ad ogni altro tipo di assistenza, qualora il trattamento terapeutico personalizzato "non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio-assistenziale" ([Cass., 29/10/2020, n. 23932](#); [Cass., 28/9/2017, n. 28321](#)), la cui inscindibilità comporta "l'intero e definitivo carico pubblico dei costi" ([Cass., 9/11/2016, n. 227/36](#)).

In tali casi, poiché la prestazione è tutta a carico del sistema sanitario Nazionale, non è previsto il diritto di rivalsa ([Cass., sez. 3, 18/9/2014, n. 19642](#); [Cass., Sez. U, 27/1/1993, n. 1003](#); [Cass., 20/11/1996, n. 10150](#)).

Al contrario, in caso di attività socio-assistenziali vi è diritto di rivalsa.

Pertanto si è ritenuto che la [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha introdotto la regola della gratuità delle prestazioni sanitarie da esso erogate a tutti i cittadini, senza tuttavia cancellare del tutto l'istituto della rivalsa, previsto dall'art. 1 della [legge 3 dicembre 1931, n. 1580](#), che trova ancora residuale applicazione negli interventi socio-assistenziali non immediatamente e prevalentemente diretti alla tutela della salute del cittadino, tra cui rientrano le spese per l'attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria resa in favore di un anziano ultrasessantacinquenne ([Cass., sez. 3, 18/9/2014, n. 19642](#)).

9. In modo più specifico, questa Corte ha ritenuto, con particolare riferimento alla malattia di Alzheimer, che rientra tra le presta-

zioni sanitarie, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto prevede un trattamento terapeutico personalizzato, con somministrazione di farmaci da parte di personale specializzato ([Cass., sez. 1, 22/3/2012, n. 4558](#); [Cass., sez. 3, 11/12/2023 n. 34590](#); [Cass., sez. 1, 10/6/2021, n. 16410](#)).

Nell'ipotesi di patologie mentali (demenza fronto-temporale), ove, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività deve essere comunque considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, atteso che le prestazioni rese in favore del malato psichico rientrano tra le prestazioni socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria, interamente a carico del S.S.N. ([Cass., 27/7/2021, n. 21528](#)).

Di recente si è affermato che le prestazioni socio-assistenziali svolte nei confronti di un soggetto

affetto da morbo di Alzheimer, ricoverato in istituto di cura, sono a carico del S.S.N., se, sulla base di un piano terapeutico personalizzato, che tenga conto della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura, esse siano necessarie per assicurare allo interessato la doverosa tutela del diritto alla salute, in uno con la tutela della sua dignità personale, essendo in tal caso inscindibili da quelle sanitarie, non potendo queste ultime essere eseguite se non congiuntamente alle prime, senza che assuma rilievo la prevalenza delle une o delle altre ([Cass., sez. 3, 29/7/2024, n. 21162](#)).

Risulta dirimente anche, ai fini della individuazione della prestazione tra quelle di rilievo sanitario, la circostanza che non si tratti di una mera attività di sorveglianza e di assistenza, ma di un trattamento farmacologico somministrato in struttura residenziale protetta, in favore di un soggetto affetto da grave patologia psichiatrica ([Cass. n. 22776 del 2016](#)).

Di qui la deduzione per cui deve ritenersi che le attività assistenziali dirette in via prevalente alla tutela della salute del cittadino siano a totale carico del Servizio sanitario e che rimangano escluse le ipotesi, indubbiamente residuali, in cui vengano somministrate prestazione di natura esclusivamente assistenziale ([Cass., sez. L, 9/11/2016, n. 22776](#)).

È dunque necessario, al fine dell'accertamento del discrimine tra prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, fare riferimento al fatto che al paziente fosse dovuto o meno un piano terapeutico personalizzato, e che quindi sussistesse la necessità, in relazione alla patologia dalla quale risultava 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 stadi più avanzati, in comportamenti autolesionistici o potenzialmente dannosi per i terzi ([Cass. n. 21162 del 2024](#)).

Solo qualora si escluda in concreto la necessità che, per il singolo paziente affetto da Alzheimer, alla luce della sua storia sanitaria personale, la prestazione socio-assistenziale sia inscindibilmente legata con la prestazione sanitarie, è legittimo che parte della retta di degenza sia posta a carico del paziente ([Cass. n. 21162 del 2024](#); [Cass., 22/2/2024, n. 4752](#); [Cass., 17/10/2024, n. 26943](#); [Cass., 4/ 9/2023, n. 25660](#); [Cass. 11/12/2023, n. 34590](#)).

10. La motivazione della sentenza della Corte d'Appello, che ha escluso la natura di prestazione sanitaria, con riferimento ai servizi espletati in favore della sig.ra C.C. affetta dal morbo di Alzheimer, risulta meramente apparente.

La Corte d'Appello ha infatti affermato che nella specie "la natura socio-assistenziale delle prestazioni erogate in favore di C.C. Iris emerge per tabulas dalle cartelle cliniche - acquisite in primo grado ex [art. 210 c.p.c.](#) - dalle quali risultano tanto le condizioni dell'assistita al momento del ricovero - così come già indicate - quanto i motivi del ricovero stesso (definiti: "assistenziale"); sia gli sviluppi delle condizioni di salute della medesima, così come la (scarsa) partecipazione alle attività ricreative proposte, tipiche di un percorso avente natura esclusivamente socio-assistenziale in favore di un soggetto fragile e non autosufficiente (cartelle cliniche di C.C.)".

Tuttavia, in precedenza era stato contraddittoriamente affermato che la C.C. di anni 73, non poteva più essere assistita al proprio domicilio dal coniuge perché affetta da "deterioramento mentale con rallentamento ideomotorio, atrofia cerebrale con dilatazione del sistema ventricolare".

Il Giudice di merito, dunque, non ha accertato, sulla base dei documenti a sua disposizione, se la signora fosse affetta da morbo di Alzheimer, sicché, sulla scorta della giurisprudenza di legittimità ormai consolidatasi, in tale situazione, caratterizzate da trattamento terapeutico personalizzato, si fosse in presenza di prestazioni sanitarie e non socio-assistenziali, con conseguente inesistenza del diritto di rivalsa da parte dell'ente territoriale locale.

Del resto, nel motivo di ricorso per cassazione si è sottolineato che dalla documentazione sanitaria emergeva una diagnosi di "demenza di Alzheimer in soggetto con grave ipoacusia e pregressa sindrome ipocinetica. Ricovero dalla 19/10/99 a 10/11/99 presso il PAT di Milano diagnosi vasculopatia cerebrale con grave decadimento delle funzioni cognitive superiori. Pregressa sindrome di allettamento. Coxartrosi bilaterale ipoacusia grave".

Inoltre, si è evidenziato che nella cartella clinica, nella clinica dementi arating il punteggio CER era stato di 3 "ovvero di demenza grave".

La Corte d'Appello, invece, al di là della contraddittorietà delle due affermazioni riportate in motivazione, non ha in alcun modo tenuto conto di tali fatti decisivi.

11. Restano assorbiti i restanti motivi di ricorso principale.

12. Il motivo di ricorso incidentale è infondato.

La prescrizione dell'azione di rivalsa inizia infatti a decorrere dal momento del ricovero e non dal decesso dell'assistito (Cass., sez. 1, 12/11/1974, n. 3564).

13. La sentenza impugnata deve, quindi, essere cassata, con rinvio alla Corte d'Appello di Milano, in diversa composizione, che provvederà anche sulle spese del giudizio di legittimità.

P.Q.M.

accoglie i primi due motivi di ricorso principale; dichiara assorbiti i restanti motivi; rigetta il ricorso incidentale; cassa la sentenza impugnata, in relazione ai motivi accolti, con rinvio alla Corte d'Appello di Milano, in diversa composizione, cui demanda di provvedere anche sulle spese del giudizio di legittimità.

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

Conclusione

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 23 settembre 2025.

Depositato in cancelleria il 14 ottobre 2025.