



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI AREZZO
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Arezzo, in composizione monocratica in persona del giudice Leila Nadir Sersale, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I grado iscritta al n. 103 del ruolo generale per gli affari contenziosi dell'anno 2025 avente ad oggetto: ripetizione di indebito

promossa da

Parte_1 (C.F. **CodiceFiscale_1**) in proprio e quale unico erede di **Persona_1** rappresentato e difeso dall'avv. Gian Luca Castigli

parte ricorrente

nei confronti di

Controparte_1 (C.F. P.IVA: **P.IVA_1**, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*

parte convenuta

conclusioni:

per il ricorrente: *"voglia l'Ill.mo Tribunale di Arezzo, previa ogni più utile declaratoria del caso o di legge, contrariis reiectis accogliere le seguenti conclusioni: a) accertare il diritto del ricorrente, nelle spiegate qualità, alla restituzione delle somme mensilmente pagate alla **Pt_2** di Arezzo e all' **Controparte_1** [...] per la degenza della Signora **Persona_1** dal marzo 2013 al dicembre 2019 e per l'effetto b) condannare l' **Controparte_1** già **Pt_2** al pagamento al Signor **Parte_1** dell'importo complessivo di €. 96207,32, salvo il diverso importo che sarà ritenuto di giustizia, oltre interessi legali dal giorno del pagamento o, in subordine, dalla messa in mora, avvenuta il giorno 19.04.2022, al saldo. Con vittoria delle spese e dei compensi di avvocato con distrazione a favore del legale antistatario."*

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Parte_1 , in proprio e nella qualità di unico erede di Persona_1 ha instaurato il presente giudizio nei confronti di Controparte_1 (già Pt_2 , al fine di sentirla condannare alla restituzione dell'importo di € 96207,32, pagato a titolo di "retta sociale RSA" per il ricovero dal marzo 2013 al dicembre 2019, in quanto importo non dovuto perché relativo a prestazioni di carattere sanitario e che, dunque, non doveva essere corrisposto dalla beneficiaria, ma rimanere a carico del SSN.

Esponendo il ricorrente – coniuge al momento della morte di Persona_1 e unico erede (doc. 1) – che Persona_1 almeno dal 2011, era affetta da Morbo di Alzheimer, demenza, malattie cardiovascolari, incontinenza (doc. 2 e 4). Con referto del 02.10.2011, la dott.ssa Persona_2 disponeva l'avvio delle pratiche per l'inserimento presso struttura protetta in questi termini: *"Importante il monitoraggio clinico e farmacologico presso il Centro Alzheimer e l'avvio delle pratiche per l'inserimento presso struttura protetta"*. Il 25.10.2011 il dott. Per_3 certificava che: *"il quadro clinico si è complicato anche per la comparsa di disturbi comportamentali (irritabilità/aggressività/deliri). La valutazione funzionale documenta inoltre la compromissione del repertorio di condotte di autonomia e automantenimento (IADL=0/8 – ADL=1/6) con conseguente necessità di assistenza/supervisione continua."* (doc. 6). Nel dicembre 2011, Persona_1 veniva dichiarata dalla commissione medica della Arezzo portatore di *handicap* in situazione di gravità (art. 3, co. 3, l. n. 104 del 1992).

Per le patologie sopra esposte, dal marzo del 2013 e fino al suo decesso, avvenuto il 26 dicembre del 2019, la sig.ra Per_1 veniva ricoverata presso una RSA, ricovero gestito fino al 2015 dalla Pt_2 di Arezzo e successivamente dall' Controparte_1 (doc. 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15), subentrata dal 1° gennaio 2016 a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi alla Pt_2 come previsto dall'art. 83 co. 3, l. r. n. 84 del 2015.

La Pt_2 prima e la Controparte_1 poi avevano addebitato alla sig.ra Per_1 la "retta sociale RSA" mensile dal marzo 2013 al dicembre 2019 per un importo complessivo di € 96.207,32, importo che è stato integralmente corrisposto (doc 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

Detto importo non risultava, tuttavia, dovuto, perché relativo a prestazioni di carattere sanitario e che, dunque, non doveva essere corrisposto dalla beneficiaria, ma rimanere a carico del SSN, ai sensi del combinato disposto degli artt. 30, l. n. 730 del 1983; 3, d.P.C.M del 14 febbraio 2001; 3-septies, co. 4, d. lgs. n. 502 del 1992.

2. Non si è costituita in giudizio la Parte_3 Verificata la regolarità della notifica, ne è stata dunque dichiarata la contumacia.

3. La causa è stata istruita su base documentale e mediante c.t.u. a firma del dott. Persona_4

4. All'udienza del 16 aprile 2026, la causa è stata trattenuta in decisione ai sensi dell'art. 281 *sexies* ultimo comma c.p.c.

5. Il d. lgs. 19 giugno 1999 n. 229, modificando il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ha demandato alle regioni l'organizzazione distrettuale delle Unità Sanitarie Locali, in modo da garantire *“l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate ai comuni”* (art.3-*quinquies*, co. 1, lett. c) ed ha espressamente definito *“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”* (art. 3 *septies*, co. 1).

Detto decreto legislativo ha demandato a successivo atto di indirizzo e coordinamento la dettagliata individuazione delle prestazioni da ricondurre alle diverse tipologie e la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse, per quanto compete, 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, al quale è subentrato il d.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

Secondo l'art. 3 del d.P.C.M.14 febbraio 2001, le *“prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”* vanno distinte sia dalle *“prestazioni sanitarie a rilevanza sociale”* che dalle *“prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”*.

Quanto all'interpretazione della nozione di *“prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria”*, la Suprema Corte (Cass. n. 28321/ 2017, Cass. n. 4558/2012; Cass. n. 22776/2016) ha affermato che, ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, *“nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano (...) essere eseguite “se non congiuntamente” alla attività di natura socio assistenziale, 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”*; nel contempo, ha precisato che *“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”.

La Cassazione ha peraltro chiarito che *“l’elemento differenziale tra prestazione socio assistenziale “inscindibile” dalla prestazione sanitaria e prestazione socio assistenziale “pura”, non sta (...) 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”* (Cass. n. 34590/2023).

Alla luce del quadro che precede, la Suprema Corte ha ravvisato nella *“individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato”* (e, dunque, non connotato da occasionalità) il discrimine per ritenere la prestazione socio-assistenziale *“inscindibilmente connessa”* a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest’ultima. In tal caso, infatti, l’intervento sanitario socio-assistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico, in quanto la struttura convenzionata/accreditata garantisce all’assistito, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, secondo un piano di cura personalizzato.

Peraltro, secondo quanto precisato dalla più recente giurisprudenza di legittimità, *“al fine dell’accertamento del suddetto discrimine, occorre far riferimento (non alle caratteristiche della struttura, nel quale il malato è ricoverato, ma) alle condizioni del malato. Non rileva, quindi, che fosse stato concordato o comunque previsto, per quel singolo paziente, un piano terapeutico personalizzato e neppure rileva la corretta attuazione di detto piano in conformità con gli impegni assunti verso il paziente o i familiari al momento del ricovero. Rileva invece che quel piano terapeutico personalizzato fosse dovuto, e che quindi sussistesse la necessità, per il paziente, in relazione alla patologia della quale risultava affetto (...), 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 (...)”* (Cass., n. 13714/2023; Cass., n. 2038/2023).

6. Nella fattispecie in esame, nella relazione del 2 maggio 2013 a firma della dott.ssa **Per_5** [...] risulta che la sig.ra **Per_1**, "Ospite c/o **CP_2** dal 18/3 u.s. come ricovero temporaneo previsto da dimissione ospedaliera" con diagnosi di "Grave episodio di insufficienza respiratoria acuta su cronica per BPCO riacutizzata. Encefalopatia vascolare con deterioramento cognitivo e sindrome da immobilizzazione", alla valutazione compiuta alla data del 2 maggio 2013 si presentava "apatica, poco disponibile al colloquio, lucida compatibilmente con quanto possa valutare visto la scarsa accessibilità relazionale. Esegue comandi semplici, manifesta astenia generalizzata/ipotonia diffusa agli arti e piede sx in equinismo con plegia omolaterale (in un quadro di s. ipocinetica). Capacità critica di giudizio, esprime i suoi desideri in modo apparentemente circostanziato, forte senso dell'autodeterminazione". Tali caratteristiche hanno permesso alla dott.ssa **Per_5** "di rivalutare diagnosi di Malattia di Alzheimer effettuata in passato (manca doc. a riguardo) deponendo più per un quadro di demenza a genesi mista in cui lo stato depressivo ha un ruolo importante. Visti i recenti numerosi ricoveri ospedalieri e gli episodi di insuff. Resp. **Per_6** ritengo opportuno (almeno per un periodo più prolungato) proseguire assistenza c/o RSA. Utile rivalutare idoneità sociale (compliance familiare per assistenza domiciliare, pur non potendo trascurare la volontà della signora."

Nel piano individuale di trattamento datato 10 giugno 2013 a firma della stessa dott.ssa **Per_5** risulta la diagnosi di "demenza a genesi mista nella fase dei disturbi comportamentali" e la seguente terapia "... Seroquel 50 posologia 1+1+2 da ridurre gradualmente entro i prossimi due mesi a $\frac{1}{2} + \frac{1}{2} + 1$...". Del resto, anche il c.t.u. dott. **Per_4** a affermato "Non risulta che siano stati somministrati farmaci per l'Alzheimer, come la memantina (prescrivibile con MMSE>10), se non in un atto del 2011, cioè prima della degenza in RSA".

Non risultano, dunque, aspetti terapeutici che vadano oltre la mera somministrazione di farmaci di uso diffuso.

Anche dall'esame della relazione della U.O.S Pneumologia Territoriale [REDACTED] del 26 giugno 2013, emerge una paziente stazionaria ("Condizioni cliniche stazionarie SpO2 nella norma a riposo in aria ambiente 90% E.O.: sibili e ronchi sparsi. Emogasanalisi in aria ambiente: acidosi respiratoria compensata. Si rileva anemia (Hb 9,9 gr/dl) O2 gassono 1lm al bisogno. Controllo il 12/9/13 presso RSA di destinazione").

La documentazione relativa all'anno successivo, pur facendo emergere il quadro di una persona dipendente nelle attività della vita quotidiana e bisognosa di assistenza di base pressoché continua, riferisce anche di una paziente sostanzialmente stabile. Tanto si ricava, ad esempio,

dall'esame della relazione clinica del Presidio [redacted] Pronto Soccorso del 9 giugno 2014: "...riferiscono deviazione della rima buccale con astenia arto sn insorta nella mattina, attualmente non presenta sintomatologia descritta"; dal referto della TC cranio o encefalo del 9 giugno 2014: "Non TC-percettibili alterazioni parenchimali encefaliche in fase acuta. Segni di cerebropatia vascolare cronica. Strutture mediane di riferimento in asse"; dalla scheda di dimissione della R.S.A. [redacted]

[redacted] 1° settembre 2014: "L'ospite presenta: insufficienza respiratoria, bpc (seguita dalla Pneumologia Territoriale), IRA, esiti di subocclusione intestinale) pregressa frattura del bacino, Alzheimer; sindrome ipocinetica, poliposi del sigma, FA, Anemia microcitica ipocromica HB 9,7 il 18/08/14 encefalopatia vascolare con episodi ischemici, Diabete Mellito (al momento no terapia antidiabetica- Controllo glicemico 1 volta/die) frequenti infezioni da Clostridium Difficile (positiva al clostridium la coprocultura del 18/08/2014) e allergia ad Ampicillina, Incontinenza fecale (...) e portatrice di C.V A permanenza (C.F._2 sostituito in data /0/08/2014). Totalmente dipendente nelle ADL, si alimenta con vitto frullato seguendo una dieta per diabetici e disfagici (periodici controlli presso U.O. Nutrizione clinica)".

Anche nel referto del dott. Persona_7 dell'U.O.C. Nefrologia della visita nefrologica del 26 settembre 2016 si legge: "... L'esame obiettivo non ha evidenziato significative alterazioni, assenti edemi declivi; ridotti i vi pressori arteriosi (PAS 80/PAD 50 mmHg) ... Importante un attento monitoraggio dei valori pressori arteriosi.".

Va inoltre evidenziato che, durante il ricovero, è stato sì prescritto ed autorizzato l'uso di mezzi di contenzione – segnatamente "sponde al letto e tavola nella carrozzina" -, ma non a fronte di un'accentuata aggressività mostrata dalla paziente, né per prevenire il compimento di atti auto-lesivi ovvero per scongiurare il pericolo di fuga dalla struttura ovvero, ancora, per evitare che la sig.ra Per_1 interferisse, interrompendoli, con i trattamenti terapeutici posti in essere dal personale, bensì al solo scopo di evitare cadute.

Dall'esame della documentazione in atti risulta che le prestazioni di carattere sanitario erogate in favore della sig.ra Per_1 siano consistite essenzialmente in visite mediche, controllo e monitoraggio dei parametri vitali e somministrazione di farmaci, ossia trattamenti terapeutici praticati piuttosto comunemente all'interno delle residenze sanitarie assistenziali in relazione ad una vasta platea di degenti, non contraddistinti da una alta complessità, né tali da richiedere un elevato livello di assistenza o tecnologie avanzate.

La somministrazione dei farmaci (anche mediante lo specifico accorgimento della triturazione), la loro prescrizione nonché l'individuazione delle dosi e dei tempi per l'assunzione in relazione alla patologia, l'effettuazione di visite costituiscono prestazioni che possono essere rese a domicilio, mentre la condizione di difficoltà nel deambulare, nel mangiare etc., se disgiunta da presidi somministrabili solo in regime di ricovero, non integra il presupposto per il riconoscimento richiesto poiché le cure sociali ed alberghiere non hanno perso la natura meramente assistenziale fino a diventare complementari ed indissolubili con la prestazione sanitaria.

Non può dunque essere condivisa la tesi sostenuta dal c.t.u., secondo cui *“già l'essere rimasta ospite di una RSA per oltre sei anni induce a ritenere, date le premesse, che la stessa necessitasse di assistenza sanitaria (infermieristica e/o medica) quotidiana e continuativa, con un preciso piano terapeutico”*.

In proposito, va evidenziato che *“Soltanto laddove il ricovero di un paziente non autosufficiente in R.S.A. sia “curativo”, al punto da assurgere ad unica possibilità terapeutica e di mantenimento in vita della persona, i costi sono a totale carico del S.S.N.”* (Corte app. Firenze, n. 1005/2026).

Nel caso in esame, non è possibile pervenire a simili conclusioni sino al mese di ottobre del 2018.

A diverse conclusioni è invece possibile giungere con riferimento al periodo successivo.

Depone in tal senso innanzitutto il certificato del dott. Per_8 del 31 ottobre 2018, nel quale si legge: *“La mia paziente Persona_1 affetta da: M. di Alzheimer, BPCO con episodi di insufficienza respiratoria, Polipatologia, diabete mellito, alterazione della deglutizione, encefalopatia vascolare con episodi ischemici, diverticolosi infezione da Clostridium, IRC, insufficienza renale cronica, subocclusione intestinale, postumi di frattura del bacino sindrome ipocinetica, sindrome da immobilizzazione, catetere Vescicale a permanenza. Per le numerose problematiche ed il quadro clinico complessivo che presenta la paziente, si valuta che la stessa ha assoluta necessita di una assistenza molto accorta e professionale e quindi bisognosa di una struttura attrezzata.”*.

Ancora, nella scheda clinica e infermieristica dell' Controparte_1 del 5 novembre 2018, emergono condizioni di non autosufficienza variamente causate; nella lettera di dimissioni del 10 novembre 2018 seguita al ricovero del 7 novembre 2018 si leggono, tra l'altro, le seguenti indicazioni mediche: *“controllo di emocromo, azotemia, creatinina, elettroliti periodici (il prossimo tra 7-10 gg). Programmare sostituzione catetere vescicale secondo vostra precedente temporizzazione”*; nella valutazione del grado di autosufficienza del Distretto zona aretina della Unità di Valutazione Multiprofessionale CP_1 sud est, del 15 novembre 2018 si legge: *“... il soggetto è totalmente non autosufficiente ...”*; nel referto della visita specialistica Nutrizione Clinica dell' Controparte_1

2019 si legge: *“Prestazioni Valut. dietetica in nutrizione artificiale Paziente ospite della RSA Durante la degenza è stata valutata la deglutizione dalla logopedista con consiglio a modifica della consistenza del vitto e dei liquidi In dimissione con vitto cremoso omogeneo e liquidi addensanti di consistenza cremosa ...”*; dalla scheda di valutazione infermieristica del 2 giugno 2019 risulta, tra l’altro, che la paziente era disorientata nello spazio e nel tempo, che la stessa non risultava autonoma quanto ad igiene personale e che era stato applicato catetere.

È dunque possibile affermare che, dal novembre 2018, il ricovero della sig.ra Controparte_3 fosse l’unica possibilità terapeutica della persona.

7. Alla luce delle considerazioni che precedono, la domanda formulata dal ricorrente risulta fondata limitatamente al periodo novembre 2018- dicembre 2019.

Dall’esame della documentazione in atti (doc. 14 e 15) risultano versati, nel periodo suindicato, a titolo di retta sociale rsa, i seguenti importi:

- mesi di novembre e dicembre 2018: euro 2.428,41;
- mesi di gennaio e febbraio 2019: euro 2.350,79;
- mesi di marzo e aprile 2019: euro 2.271,13;
- mesi di maggio e giugno 2019: euro 2.430,41;
- mesi di luglio e agosto 2019: euro 2.470,22;
- mesi di settembre e ottobre 2019: euro 2.430,41;
- mesi di novembre e dicembre 2019: euro 1.912,81.

Si ha un totale di euro 16.294,18, che la convenuta Controparte_1 è tenuta a restituire all’odierno ricorrente. Sull’importo in questione sono dovuti gli interessi dalla data dell’atto di costituzione in mora del 19 aprile 2022 (Cass. n. 19406/2025) sino al saldo.

8. Le spese di lite seguono la soccombenza della parte convenuta e si liquidano in dispositivo, sulla base dei valori medi dello scaglione di riferimento, rapportati al valore dell’accolto. Si provvede alla distrazione in favore dell’avv. Castigli, dichiaratosi antistatario.

Le spese di ctu devono essere poste, nei rapporti interni tra le parti, a carico di [...]

Controparte_1

P.Q.M.

Il Tribunale di Arezzo, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, eccezione e deduzione disattesa o assorbita:

- condanna *Controparte_1* alla ripetizione in favore di *Parte_1* dell'importo di euro 16.294,18, oltre interessi al tasso legale dalla costituzione in mora (19 aprile 2022) sino al saldo;
- condanna *Controparte_1* al pagamento delle spese di lite, liquidate in euro 5.077,00 per compensi, oltre spese generali al 15%, iva e cpa come per legge, da distrarsi in favore dell'avv. Castigli, procuratore di *Parte_1* dichiaratosi antistatario;
- pone le spese di ctu, come separatamente liquidate in corso di causa, a carico di [...] *Controparte_1* nei rapporti interni tra le parti.

Così deciso in Arezzo, in data 12 maggio 2026

Il giudice
Leila Nadir Sersale