

N. R.G. 2287/2018



N. 2821/19	Sen.
N. 2963/19	Rep.
N. ....	FN.

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

Sezione terza civile

nelle persone dei seguenti magistrati:

dr. Vincenzo Barbuto	Presidente rel.
dr. Michele Montingelli	Consigliere
dr. Maria Teresa Brena	Consigliere

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al N. R.G. **2287/2018** promossa in grado d'appello

DA

M [REDACTED] (C.F. M [REDACTED]), F [REDACTED]  
(C.F. F [REDACTED]), entrambi elettivamente domiciliati in VIALE ABRUZZI,  
83 MILANO, presso lo studio dell'avv. CARDARELLA ANGELO, che li rappresenta e  
difende per procura a margine dell'atto d'appello, unitamente all'avv. AGOSTINO  
TAMARA MOIRA (GSTTRM71D70F205M) VIA PORDENONE 2 MILANO ed  
all'avv. GASPARRO CARLO TOMMASO (GSPCLT72L28C424X) VIALE  
ABRUZZI, 83 MILANO,

APPELLANTI,

CONTRO

**AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA "GOLGI REDAELLI"** (C.F. 80063990156), in persona del Direttore generale dr. S [REDACTED], elettivamente domiciliato in VIA BARTOLOMEO D'ALVIANO 78 MILANO, presso la sede dell'Azienda medesima, rappresentata e difesa dall'avv. RUGGERI GIANGIACOMO (RGGGGC59R05I079C), unitamente all'avv. MOLlicHELLA IVAN MARTIN (MLLVMR75M04F205F) VIA BARTOLOMEO D'ALVIANO, 78 MILANO, rispettivamente Dirigente e Collaboratore dell'Area giuridico-legale interna all'Azienda,  
**APPELLATO.**

Oggetto: Contratto di prestazioni sanitarie ed assistenziali.

Conclusioni.

Per [REDACTED] M [REDACTED] E [REDACTED] F [REDACTED]

Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello adita in riforma della impugnata sentenza, *contrariis reiectis*, così statuire:

IN VIA PRINCIPALE

Annulare e comunque dichiarare inefficace l'atto di ingiunzione impugnato e dichiarare che nulla è dovuto dai ricorrenti.

Condannare l'appellata alla restituzione di quanto eventualmente corrispostole dagli appellanti in esecuzione della sentenza di primo grado.

Con vittoria di spese e competenze dei due gradi di giudizio.

Per AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA "GOLGI REDAELLI"

Voglia l'Ill.ma Corte d'Appello di Milano, respinta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, così giudicare:

In via principale, dichiarare l'inammissibilità dell'appello per i motivi esposti nella comparsa di costituzione datata 11.10.2018.

In via subordinata, respingere l'appello perché infondato in fatto e in diritto; confermare la sentenza del Tribunale di Milano, sez. VII civile, n.12984/2017, pubblicata il 22.12.17, e per l'effetto confermare l'ingiunzione opposta e di conseguenza condannare in via solidale e/o alternativa i sig.ri [REDACTED]

[REDACTED] M [REDACTED] e [REDACTED] F [REDACTED] al pagamento della somma di €32.286,29.= o altra che dovesse

risultare nel corso del presente giudizio, il tutto con interessi e rivalutazione dal dovuto al saldo.

Con vittoria di spese e competenze professionali.

### SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione notificato a controparte in data 18.5.2018 i signori [REDACTED] M [REDACTED] e [REDACTED] F [REDACTED] hanno proposto appello avverso la sentenza del Tribunale di Milano, n.12984/2017, pubblicata in data 22.12.17, svolgendo le conclusioni in epigrafe.

S'è costituita, con comparsa depositata in data 16.10.2018, l'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli", che ha concluso pure come in epigrafe.

Senza istruttoria la causa è passata in decisione, decorsi i termini ex art.190 cpc.

### MOTIVI DELLA DECISIONE

Risulta dalla sentenza di prima cura che [REDACTED] M [REDACTED] e [REDACTED] F [REDACTED] hanno convenuto in giudizio l'Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli" (d'ora in avanti, l'azienda) per sentir dichiarare l'inefficacia dell'atto di ingiunzione emesso dalla convenuta, avente ad oggetto il pagamento della somma di 32.286,29 euro a titolo di corrispettivo delle prestazioni assistenziali erogate a favore del loro congiunto, A [REDACTED] durante il ricovero di quest'ultimo presso l'azienda convenuta dal maggio 2014 al mese di giugno del 2015. In particolare gli attori hanno allegato le seguenti circostanze di fatto: nel mese di aprile del 2013 A [REDACTED] è stato ricoverato presso l'azienda convenuta con anamnesi di ingresso "*demenza di grado medio-avanzato in vasculopatia cerebrale cronica, morbo di Alzheimer, miocardiosclerosi, ipertensione arteriosa, displipidemia, Ipb, Irc di grado moderato*"; la retta del ricovero era inizialmente totalmente a carico del sistema sanitario nazionale; nel mese di luglio del 2013 l'Azienda ha proposto agli odierni attori le dimissioni del proprio congiunto poiché risultava "*terminato il percorso riabilitativo*"; contro le dimissioni di A [REDACTED] gli attori hanno avanzato formale opposizione e pertanto il ricovero a carico del SSN è proseguito fino a che in data 12 maggio dell'anno 2014 la direzione dell'azienda ha comunicato agli attori che a far data dal 20 maggio 2014 A [REDACTED] sarebbe stato dimesso per "*il rientro a domicilio e/o presso i servizi di zona, assistenza domiciliare integrata e/o il ricovero in RSA con partecipazione economica dell'utente e/o dei familiari*"; che la suddetta partecipazione consisteva nella retta mensile di 2.482,00 euro; che in data 26 giugno 2015 A [REDACTED] è deceduto; che la retta non

sarebbe dovuta in ragione dei principi affermati dalla Corte di Cassazione con la sentenza n.4558 del 2012 secondo la quale nel caso in cui siano erogate congiuntamente prestazioni socio assistenziali e prestazioni sanitarie e per le condizioni di salute dell'assistito ci sia una stretta correlazione tra le medesime prestazioni, l'attività va ritenuta comunque di rilievo sanitario e come tale coperta dal SSN; che la distinzione tra gli aspetti della cura e quelli dell'assistenza presupporrebbe una scindibilità delle prestazioni che nel caso di specie non era possibile.

Si è costituita in giudizio l'Azienda per i servizi alla persona "Golgi-Redaelli" chiedendo la conferma della propria ingiunzione con la conseguente condanna degli attori di quanto dovuto per le rette rimaste inadempite. In particolare parte convenuta ha allegato che: l'azienda offre due tipologie di servizio: uno di carattere riabilitativo e uno di tipo socio assistenziale; che le RSA non possono svolgere in via principale compiti delle strutture ospedaliere ai sensi del disposto dell'art.10 comma 3 legge regionale 30 dicembre 2009 n.33; che tanto il DPCM 8 agosto del 1985 n. 519900 quanto la legge regionale Lombardia n.3 del 2008 statuiscono la compartecipazione dei cittadini con riferimento alle spese inerenti alla prestazione di servizi socio assistenziali connesse con quelle sanitarie; che nel caso in esame, data la natura cronica della patologia e lo stato di salute del [REDACTED], le prestazioni erogate in suo favore non potevano essere considerate di natura prevalentemente sanitaria.

La causa è stata istruita mediante l'acquisizione della cartella clinica del [REDACTED] e, all'esito del deposito delle memorie conclusionali e della discussione orale, è stata trattenuta in decisione ai sensi dell'art.281 *quinquies* c.p.c.

In esito, il Tribunale ha respinto l'opposizione in parola e confermato, perciò, l'ingiunzione di pagamento notificata dall'Azienda a controparti, condannando, altresì, i medesimi alla rifusione delle spese di lite del grado, liquidate in dispositivo.

Per quanto qui rileva, risulta dalla sentenza di prima cura che "dalla cartella clinica di A [REDACTED], acquisita al fascicolo d'ufficio ex art.210 c.p.c. emergono i seguenti dati: 1) durante il ricovero presso l'area riabilitativa, avvenuta l'8.4.2013 il paziente è stato valutato, dal punto di vista fisiatrico, nei seguenti termini: *"deambulazione a piccoli passi e incerta e a rischio caduta; dipendente per igiene e vestizione; continenza fecale e portatore di cv a dimora. Durante il ricovero il paziente veniva quindi inserito nel programma di fisioterapia individuale per il miglioramento del cammino e dell'equilibrio"*; 2) il [REDACTED] è stato poi dimesso il 20/5/2014 dall'area di riabilitazione generale -

geriatria con la seguente diagnosi alla dimissione *“disturbo della condotta non specificato [...] altri postumi di malattie cerebrovascolari [...] malattia di Alzheimer ipertensione essenziale benigna [...] ipertrofia prostatica benigna senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie [...] disturbi dell'andatura”*; 3) all'atto delle dimissioni si è attestato che, nonostante il quotidiano trattamento fisioterapico, a causa dell'ingravescenza della malattia di base e delle sue complicanze, il paziente aveva subito un peggioramento del cammino; in particolare, mentre in occasione della prima proposta di dimissione dalla riabilitazione generale-geriatria, del luglio 2013 si dava atto del fatto che *“il paziente era in grado di deambulare per tratti medi con assistenza di una persona”*, alla data della seconda dimissione lo stesso necessitava *“di uno/due operatori per il trasferimento del letto, è completamente dipendente per igiene e vestizione; presenta incontinenza fecale; necessita di sola supervisione per l'alimentazione. Quando è seduto sulla carrozzina necessita della cintura di protezione in quanto presenta iniziativa motoria ed è a rischio elevato di caduta*; 4) dal punto di vista psico-educativo, la medesima lettera di dimissione presenta le seguenti valutazioni alla data del ricovero presso l'unità riabilitativa - geriatria: *“paziente molto aggressivo, tanto che è stato necessario posticipare la visita medica nei giorni successivi, oppositivo alle manovre assistenziali, non complianti la terapia farmacologica e insonne. Sul piano cognitivo, paziente disorientato nel tempo e nello spazio e parzialmente sul sé, dismenico e ripetitivo. Veniva quindi impostata terapia neurolettiva e tentato inserimento in attività di intrattenimento di gruppo”*; 5) all'atto delle dimissioni sono state fatte le seguenti valutazioni: *“peggioramento progressivo della cognitiv , con completo disorientamento T/S e parzialmente sul s , ripetitivo, gravemente dismenico, ecolalico, confuso e parzialmente estraniato dall'ambiente circostante. Sul piano psico-comportamentale, ripristino del ritmo sonno - veglia, collaborante alla terapia farmacologica; presenta sporadici episodi di opposivit  alle manovre assistenziali perseverazioni verbali; alimentazione regolare. Non   stato possibile inserire il paziente in attivit  di gruppo a causa sia del grave deficit cognitivo sia dei disturbi psico-comportamentali che peggiorano quando inserito in gruppo perch  infastidito dal rumore e dalla confusione*; 6) che dal punto di vista sanitario si registrano le seguenti prestazioni: somministrazione di farmaci, lavaggio vescicale occasionale, frequente sostituzione del catetere vescicale, cura delle ferite riportate dal paziente in occasione di due cadute avvenute il 15 luglio 2014 e il 4 aprile 2015.

Da tali risultanze si desume che il ██████████, durante tutto il periodo di ricovero presso l'azienda convenuta, ha fruito tanto di prestazioni sanitarie quanto di prestazione assistenziali/sociali.



Nel primo periodo del suo ricovero presso l'azienda convenuta, iniziato l'8.4.2013, con la diagnosi di *“demenza di grado medio – avanzato in vasculopatia cerebrale cronica, morbo di Alzheimer, miocardiosclerosi, ipertensione arteriosa, displipidemia, Ipb, Irc di grado moderato”* è stato avviato un percorso riabilitativo del paziente. Tale prima fase può ascriversi, così come risulta anche dagli atti delle parti, alla fase di intervento intensiva, *“caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari”*. In coerenza con le indicazioni normative, gli oneri relativi a questa fase di intervento sono stati posti interamente a carico del SSN. In relazione al periodo intercorrente tra il 5 luglio 2013 e il 20 maggio 2014, come si evince dalla lettera di dimissione del 20.5.2014 presente nella cartella clinica, il paziente è stato inserito nel programma di fisioterapia individuale per il miglioramento del cammino e dell'equilibrio, e *“veniva impostata terapia neurolettica e tentato inserimento in attività di intrattenimento di gruppo”*.

Circa il pagamento degli oneri relativi a tale seconda fase non sono sorte contestazioni tra le parti essendo stati posti interamente a carico del sistema sanitario nazionale. La scelta risulta comunque corretta ben potendosi ricomprendere le prestazioni erogate in tale periodo nella fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; anche gli oneri di tale fase, come dianzi ricostruito, in base al D.P.C.M. 29 novembre 2001 sono a carico del SSN per le prestazioni ad elevata integrazione, per le quali non risulta possibile la distinzione tra prestazioni sanitarie e prestazioni socio-assistenziali.

Venendo all'ultimo periodo del ricovero di A [REDACTED], che è quello oggetto della controversia, esso ha avuto inizio il 20.5.14, una volta che è stato accertato il fallimento del programma riabilitativo. Al riguardo, dalle annotazioni contenute nella cartella clinica e richiamate nei precedenti punti emerge che il paziente aveva registrato un peggioramento nel cammino nonostante il trattamento fisioterapico posto in essere fino a tale data, un peggioramento nelle capacità cognitive e si presentava completamente dipendente dagli operatori per il cammino, per l'igiene e per la vestizione, oltre a necessitare di supervisione per alimentazione e di controllo se seduto in carrozzina. Il [REDACTED], dopo le dimissioni dall'area riabilitativa, è stato destinato all'area RSA senza che fosse elaborato un piano riabilitativo personalizzato atteso il peggioramento delle sue condizioni. Per ricostruire le prestazioni di tipo sanitario che gli sono state fornite occorre rifarsi al “diario unico degli eventi” inserito nella cartella clinica. Da tale documenti si evince che in tale ultima fase del ricovero le prestazioni rese ad

A [REDACTED] sono consistite nella somministrazione dei farmaci, alcuni dei quali inerenti il trattamento delle patologie cardiache e circolatorie preesistenti, nella sostituzione del catetere vescicale, in medicazioni sporadiche, nell'accudimento quotidiano sotto forma di assistenza durante i pasti e negli spostamenti e posizionamento a letto in occasione delle ore serali, nell'attività di sorveglianza e contenimento in occasione dei momenti di aggressività come rappresentati nella lettera di dimissione citata. Orbene tali prestazioni, sia sanitarie che socio/assistenziali, dal punto di vista dell'intensità dell'intervento si reputano ascrivibili alla fase di lungo-assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi. Per quanto riguarda invece la combinazione dei fattori sanitari e sociali si deve sottolineare che quanto rappresentato nella cartella clinica non consente di ricondurre le prestazioni offerte ad A [REDACTED] né alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale né a quelle ad alta integrazione sanitaria. In particolare, con riferimento alle prime, manca il requisito della finalizzazione delle prestazioni a rimozione ed al contenimento degli esiti degenerativi della patologia del [REDACTED], trattandosi di attività intervenute dopo la constatazione del fallimento della fase di riabilitazione e dell'aggravarsi della malattia in modo tale da non consentire più il perseguimento degli obiettivi della promozione della salute e della partecipazione alla vita sociale caratterizzanti le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Allo stesso tempo le prestazioni rese a favore di A [REDACTED] non possono annoverarsi tra le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria in quanto non si ravvisa il requisito della particolare rilevanza terapeutica e della intensità della componente sanitaria. Invero, come evidenziato dalla cartella clinica, al paziente infatti sono state rese prestazioni sanitarie di tipo routinario, quali somministrazioni di farmaci –prestazione questa eseguibile anche agevolmente a domicilio –la sostituzione del catetere vescicale e, in modo saltuario, lavaggio vescicale e medicazioni.

Pertanto le prestazioni erogate dall'azienda convenuta in tale lasso temporale vanno ricondotte all'ambito delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, i cui costi, secondo la disciplina sopra richiamata di cui al DPCM 14 febbraio 2001 ed al D.P.C.M. 29 novembre 2001, allegato 1C, si ripartiscono nella misura del 50% a carico del SSN e del restante 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente secondo la disciplina regionale e comunale. Per quanto riguarda la disciplina regionale vengono in rilievo le leggi della Regione Lombardia n.3 del 2008 e n. 33 del 2009 già richiamate, le quali pongono a carico dell'utente, e di coloro che sono civilmente obbligati per lo

stesso, la compartecipazione agli oneri di accesso alla rete sociosanitaria mediante il pagamento di una retta, fatti salvi le ipotesi di pagamento a carico del comune per l'indigenza dell'utenza.

Nel caso di specie gli opposenti non hanno allegato un'ipotesi di indigenza del loro congiunto, tale per cui avrebbe avuto diritto ad accedere alle sovvenzioni comunali, né hanno contestato ovvero negato la loro qualità di eredi di A [REDACTED]".

Ciò posto, lamentano, in sostanza, gli appellanti che il primo giudice, senza motivazione condivisibile, abbia disatteso l'insegnamento del Supremo Collegio, secondo cui, quando –come nel caso concreto (appello, pag.14,15) vi siano condizioni di salute che richiedono stretta correlazione tra prestazioni sanitarie ed assistenziali, non v'è spazio per ripartizione di quote per oneri, essendo l'intero a carico del Servizio sanitario nazionale (appello, pag.12).

Replica, in sostanza, l'appellato che le R.S.A. non sono strutture ospedaliere (comparsa, pag.13), che nel caso concreto, per la patologia in questione, risultano erogate, per la fase finale, qui in contestazione, prestazioni di tipo assistenziale, in degenza prolungata (ivi, pag.20), mentre non risultano ben dimostrate le prestazioni sanitarie allegate *ex adverso*, ulteriori rispetto a quelle meramente routinarie indicate in sentenza di prima cura (ivi, pag.26,27).

Osserva la Corte che, sulla scorta del quadro normativo delineato dallo stesso Tribunale, emerge che occorre muovere da una lettura della norma contenuta nell'art.30, secondo comma, della legge n.730/'83 –per cui “sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali” – conforme non soltanto al tenore letterale della stessa disposizione, bensì ad un'interpretazione costituzionalmente orientata, in linea con l'art.32 della Carta fondamentale, nel senso di ritenere che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale, sicché, laddove, oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni

sanitarie, l'attività dev'essere considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio sanitario nazionale (in tal senso, *ex multis*, e da ultimo, Cass.n.22776/'16, par.11). Non vi è dubbio, poi, che tra i casi di rilievo sanitario deve farsi rientrare anche quello relativo alle spese derivanti non da una mera attività di sorveglianza e di assistenza, bensì da un trattamento farmacologico somministrato, in struttura residenziale protetta, in favore di soggetto affetto da grave patologia psichiatrica cronica (ivi, par.12). Restano, quindi, escluse dal totale carico del servizio sanitario soltanto quelle ipotesi, residuali, in cui siano somministrate prestazioni di carattere esclusivamente assistenziale (ivi, par.14).

Insomma, nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite se non congiuntamente con l'attività socio-assistenziale, sicché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, rispetto alla quale le altre prestazioni debbono ritenersi avvinte alle une da nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e, dunque, la complessiva prestazione dev'essere erogata a titolo gratuito (nel senso confermativo dei principi recepiti dalla pronuncia n.22776/'16, seppur in fattispecie diversa, Cass.n.28321/'17).

Ciò posto, sul piano delle premesse di principio, occorre osservare che il morbo di Alzheimer è, com'è noto, una malattia neurologica a carattere cronico-degenerativo, connotata, tra l'altro, da declino cognitivo in progressivo aggravamento, fino al decesso, e, altresì, da sindrome da allettamento e da complicanze correlate, quali decubiti, anchilosi ed infezioni, soprattutto nell'apparato respiratorio.

Ne deriva che, sebbene la patologia in sé sia incurabile, gli effetti inabilitanti richiedono un continuo ed assiduo monitoraggio sanitario, per sostenere al meglio possibile le condizioni di vita e di sopravvivenza del ricoverato, sicché i fattori produttivi sanitari risultano paritari, se non perfino preminenti, rispetto a quelli meramente assistenziali.



Ciò porta ad inquadrare le prestazioni da erogare preferibilmente nell'ambito di quelle socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, correlate ad "inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, ex art.3, terzo comma DPCM 14.2.2001, con intensità assistenziale per fase temporale estensiva, "caratterizzata da una minore intensità terapeutica [rispetto alla fase intensiva], tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito", ex art.2, quarto comma lettera b) del medesimo DPCM 14.2.01.

Con riguardo, poi, al profilo del criterio di finanziamento del servizio in parola, lo stesso è per intero a carico del S.S.N., apparendo preferibile limitare la compartecipazione prevista nella tabella allegata al DPCM 14.2.01, e prevista dall'art.4, primo comma del DPCM medesimo, alle forme di "lungoassistenza" per patologie cronico degenerative che richiedono un'assistenza sanitaria meno assidua e continua.

Il discorso è identico anche con riguardo alla tabella in allegato 1-C al DPCM 29.11.01, con riguardo al macro-livello n.9, assistenza territoriale residenziale, micro-livello attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani, e prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva -con l'ovvia precisazione che nel caso in parola l'accento va posto sulle prestazioni di cura, non di recupero.

Nel caso concreto, seppur le prestazioni sanitarie non possano dirsi, nella terza ed ultima fase, finalizzate alla rimozione degli esiti degenerativi della patologia del [REDACTED], non residuando più margine per la riabilitazione ed essendosi, piuttosto, aggravata la malattia, in modo tale da non consentire più il perseguimento degli obiettivi della promozione della salute e della partecipazione alla vita sociale, pur tuttavia tali prestazioni possono ben utilmente correlarsi al contenimento dell'esito degenerativo, pur ormai irreversibile, della patologia stessa, contribuendo, anche in minima misura a

migliorare il modo di manifestarsi ed atteggiarsi della persona del ricoverato, pur peggiorato nelle proprie capacità cognitive, verso il mondo esterno.

Come risulta dalla stessa sentenza di prima cura –pag.9, quarto capoverso –si tratta di vere e proprie cure sanitarie, atte non soltanto a contenere i disturbi dell’infermità cronica, ma anche a trattare le “patologie cardiache e circolatorie preesistenti”, la cui somministrazione dev’essere affidata a personale sanitario, professionalmente in grado di valutare al momento le misure da prendere con efficacia e sicurezza, circa la posologia e le modalità applicative.

E’ noto, a tal riguardo, che, nel novero degli interventi curativi delle patologie in atto, secondo il DPCM del 2001, rientrano non soltanto i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente, bensì anche quelli volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite (in tal senso, Cons. Stato n.3377/’03, n.152/’04, n.479/’04).

Tanto comporta senz’altro l’accoglimento dell’impugnazione qui proposta, e, perciò, l’annullamento dell’ingiunzione fiscale adottata secondo R.D.n.639/1910, e notificata agli appellanti in date 14 e 19 gennaio 2016, con conseguente condanna di parte qui appellata alla restituzione a controparti di quanto eventualmente percepito in esecuzione dell’ingiunzione medesima.

Dato atto, infine, del contrasto di giurisprudenza *in subiecta materia* –la pronuncia qui appellata è di segno contrario, oltre che al richiamato orientamento di Cassazione, a due precedenti pronunce dello stesso tribunale ambrosiano (n.7020/2015 e n.9017/2015), ma in linea con la pronuncia del Consiglio di Stato, n.2046/2015 –si configurano, secondo questa Corte, gravi ragioni, ex art.92 cpc, secondo la lettura di Corte Costituzionale n.77/2018, per disporre l’integrale compensazione di tutte le spese di lite tra le parti.

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

La Corte d’Appello di Milano, definitivamente pronunciando, così dispone:

1. In accoglimento dell'appello proposto da ██████████ M██████ e ████████ F██████ con atto di citazione notificato ad Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli" in data 18.5.2018, previa riforma della sentenza del Tribunale di Milano, n.12984/2017, pubblicata in data 22.12.2017, accoglie l'opposizione all'ingiunzione ex R.D.n.639/1910 notificata dall'Azienda di servizi alla persona "Golgi-Redaelli" ai due appellanti, in date 14/19.1.2016, ed annulla l'ingiunzione medesima;
2. Compensa interamente tra le parti tutte le spese di lite, per ambo i gradi di giudizio.

Così deciso in Milano il 27.5.2019

Il Presidente estensore

Vincenzo Barbuto



IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
dott.ssa EVA PANELLA