

Publicato il 17/04/2026

N. 00902/2026 REG.PROV.COLL.
N. 00450/2025 REG.RIC.
N. 00454/2025 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte

(Sezione Seconda)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 450 del 2025, integrato da motivi aggiunti, proposto da Biosfera S.C.S., Società Cooperativa Sociale Interactive, L'Altra Idea S.C.S., Panta Rei S.C.S., Cooperativa Paradigma S.C.S. Onlus, L'Altra Idea S.C.S., in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, rappresentate e difese dall'avvocato Luigi Gili, con domicilio fisico eletto presso lo studio di quest'ultimo in Torino, Corso Matteotti n. 31, e domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Comune di Torino, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dall'avvocato Antonietta Rosa Melidoro, con domicilio fisico eletto presso l'Avvocatura comunale in Torino, via Corte d'Appello n. 16, e domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;
ASL Città di Torino, Regione Piemonte, non costituite in giudizio;

sul ricorso numero di registro generale 454 del 2025, proposto da Esserci - S.C.S., Il Riccio - S.C.S., San Donato Società Cooperativa Sociale, Stranaidea -

S.C.S. Impresa Sociale, Cooperativa Sociale Puzzle – Società Cooperativa per Azioni, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentate e difese dall'avvocato Luigi Gili, con domicilio fisico eletto presso lo studio di quest'ultimo in Torino, Corso Matteotti n. 31, e domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Comune di Torino, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Antonietta Rosa Melidoro, con domicilio fisico eletto presso l'Avvocatura comunale in Torino, via Corte d'Appello n. 16, e domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

ASL Città di Torino, Regione Piemonte, non costituite in giudizio;

per l'annullamento

Per quanto riguarda i ricorsi introduttivi:

- della deliberazione della Giunta comunale della Città di Torino 19.12.2024 n. 826, ad oggetto “*Convenzione tra Città di Torino e Azienda Sanitaria Locale Città di Torino in materia di prestazioni socio-sanitarie a favore di persone con disabilità e persone minorenni e correlato albo dei prestatori di servizi socio sanitari Sezioni B e D. Periodo 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2026. Spesa parzialmente finanziata*”, e il relativo allegato, ad oggetto “*convenzione tra la Città di Torino ed ASL Città di Torino. Biennio 2025-2026*”;

- di tutti gli atti presupposti, connessi e consequenziali, ancorché non conosciuti, ivi inclusi, per quanto occorra: la determinazione dirigenziale della Città di Torino 30.12.2024, n. 8951, ad oggetto “*Rinnovo dell'iscrizione all'Albo prestatori di servizi socio-sanitari – Sezione B servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità. Anni 2025-2026. Adeguamenti tariffari*”; la nota della Città di Torino 30.12.2024 prot. n. 74403; la determinazione dirigenziale della Città di Torino 29.01.2025, n. 511, ad oggetto “*Proroga al 31 marzo 2025 dei contratti con i gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e conseguente conferma delle iscrizioni all'albo prestatori di servizi socio-sanitari – Sezione B*”; la nota congiunta della Comune di Torino e dell'ASL “Città di Torino” 03.02.2025, n.

7534; la deliberazione del Direttore generale dell'ASL "Città di Torino" 24.12.2024 n. 1784, con cui è stata approvata la *"Convenzione tra l'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino e il Comune di Torino – Dipartimento Servizi Sociali, Socio-sanitari e Abitativi, per interventi e attività in favore delle persone con disabilità, adulti e minori, e minori a rischio psico-evolutivo – Durata 01.01.2025 – 31.12.2026"* e dato atto del costo presunto e della spesa, nonché gli ulteriori atti (allo stato conosciuti) relativi e/o correlati alla procedura di rinnovo dell'iscrizione al predetto Albo, Sezione B per quanto riguarda la disciplina degli aspetti tariffari/rette dei servizi residenziali a favore delle persone con disabilità; per la declaratoria di inefficacia e/o accertamento della nullità, contrarietà a diritto della convenzione (qualora sottoscritta) tra la Città di Torino ed ASL Città di Torino, per il biennio 2025-2026.

Per quanto riguarda i motivi aggiunti:

- della determinazione dirigenziale della Città di Torino 31.03.2025, n. 1908, ad oggetto *"Proroga al 30 giugno 2025 dei contratti con i gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e conseguente conferma delle iscrizioni all'albo prestatori di servizi socio – sanitari - sezione B"*;
- di tutti gli atti presupposti, connessi e consequenziali, ivi inclusi quelli oggetto di impugnazione con i ricorsi introduttivi nonché, per quanto occorra, la nota della Città di Torino 31.03.2025 prot. n. 21742, la nota della Regione pervenuta all'ASL "Città di Torino" il 24.03.2025 e la nota dell'ASL "Città di Torino" prot. n. 44745 pervenuta alla Città di Torino in data 24.03.2025, ad oggetto la volontà della predetta ASL di prorogare di tre mesi i contratti dei servizi residenziali e semi residenziali destinati a persone con disabilità.

Visti i ricorsi i motivi aggiunti e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio del Comune di Torino;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 29 gennaio 2026 il dott. Alessandro Fardello e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;
Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Le ricorrenti sono tutte cooperative sociali iscritte all'Albo prestatori di servizi socio-sanitari istituito dal Comune di Torino con deliberazione della Giunta Comunale n. 9746 del 26.11.2002. In particolare, esse sono iscritte all'interno della Sezione B del predetto Albo, relativa ai servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità.

Con distinti ricorsi, tutti notificati in data 17.02.2025 e depositati in data 28.02.2025, le predette cooperative hanno impugnato, in via principale, la deliberazione della Giunta Comunale di Torino n. 826 del 19.12.2024 che, nell'approvare la nuova convenzione tra il Comune e l'ASL Città di Torino per l'erogazione di tali servizi nel biennio 2025-2026 e per la definizione delle rispettive quote di compartecipazione alla relativa spesa, ha stabilito un adeguamento tariffario del solo 3,5% limitatamente alla "quota sociale" di competenza comunale, in analogia a quanto previsto dalla Regione Piemonte con deliberazione di Giunta Regionale 38-8654 del 2024 per la "quota sanitaria" di competenza delle AA.SS.LL. Assieme a tale deliberazione comunale, le ricorrenti hanno impugnato anche la deliberazione dell'ASL Città di Torino n. 1784 del 24/12/2024 che ha approvato, a sua volta, la predetta convenzione (di cui chiedono pertanto di accertare l'inefficacia, ove *medio tempore* stipulata), nonché tutti gli altri atti in epigrafe meglio indicati della relativa procedura, ivi compresi quelli con cui il Comune di Torino ha frattanto posticipato i termini per presentare le richieste di rinnovo dell'iscrizione alla Sezione B dell'Albo, con contestuale proroga dei contratti in essere, prima sino al 31.03.2025 (determinazione dirigenziale n. 511 del 29.01.2025, anch'essa impugnata con i ricorsi introduttivi) e, poi, sino al 30.06.2025 (determinazione dirigenziale n. 1908 del 31.03.2025, impugnata

con i ricorsi per motivi aggiunti, tutti notificati in data 30.05.2025 e depositati in data 04.06.2025).

2. Avverso tali provvedimenti le ricorrenti formulano le seguenti identiche censure:

“1. *Violazione/falsa applicazione dell’art. 1, comma 3, l. n. 328/2000 e degli artt. 2, comma 1, 3, comma 1, lett. c) e 11, comma 2, l.r. n. 1/2004. Violazione/falsa applicazione della d.G.R. 23.12.2003, n. 51-11389 e delle d.G.C. Città di Torino 26.11.2002 n. 9746 e 5.08.2003 n. 6283. Violazione/falsa applicazione dell’art. 97 Cost e dell’art. 1, comma 1, l. n. 241/1990. Violazione/falsa applicazione dell’art. 35, l.r. n. 1/2004. Eccesso di potere per omessa istruttoria e contraddittorietà manifesta*”: l’adeguamento tariffario della quota sociale per i soli servizi residenziali (con esclusione, quindi, dei servizi semiresidenziali) nella misura massima del 3,5% sarebbe stato disposto unilateralmente dal Comune, senza un previo effettivo confronto sul punto con i gestori dei servizi e con le loro rappresentanze e senza un’adeguata istruttoria sull’aumento dei costi di erogazione dei servizi, pur essendo notori i rilevanti aumenti del costo del lavoro derivanti dalla sottoscrizione in data 26.01.2024 del nuovo CCNL di categoria;

“2. *Violazione dell’art. 36 Cost. nonché del decreto direttoriale Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 14.06.2024 n. 30. Violazione dei principi di buon andamento, efficienza, economicità e di “non anomalia” delle prestazioni acquistate dalla p.a. Violazione/falsa applicazione dell’art. 3, comma 2, d.lgs. n. 201/2022. Violazione/falsa applicazione dell’art. 11 d.lgs. n. 36/2023, nonché eccesso di potere per contraddittorietà e per disparità di trattamento. Violazione/falsa applicazione dell’art. 8 sexies, comma 6, d.lgs. n. 502/1992. Violazione/falsa applicazione dell’art. 11 l. n. 328/2000. Violazione/falsa applicazione dell’art. 3, comma 2, lett. g), l.r. n. 1/2004. Violazione/falsa applicazione della d.G.R. 23.12.2003 n. 51-11389, nonché dei LEA così come previsti dal d.P.C.M. 12.01.2017 e s.m.i.*”: l’adeguamento tariffario avrebbe dovuto essere adeguato rispetto all’effettivo aumento del costo della manodopera (stimato tra l’11 ed il 15%), che costituirebbe il principale costo dei servizi in questione, non essendo altrimenti sufficiente a garantire

nemmeno la copertura del costo di produzione e quindi ad assicurare anche la qualità dei servizi offerti; d'altra parte, sarebbe contraddittorio richiedere il rispetto del CCNL da parte dei soggetti accreditati ma non assicurare una remunerazione sufficiente a garantirlo; così come sarebbe discriminatorio e contraddittorio che, nelle gare per l'affidamento dei servizi, l'importo a base di gara (e quindi la remunerazione dell'appaltatore) tenga in considerazione i costi del lavoro risultanti dai CCNL e dalle relative tabelle ministeriali, mentre rispetto ai servizi erogati in regime di accreditamento tali costi possano essere disattesi dall'amministrazione.

3. Si è costituito in giudizio il solo Comune di Torino, mentre sono rimasti contumaci l'ASL e la Regione, pur evocate in giudizio.

Ad avviso dell'Amministrazione comunale le censure avversarie sarebbero infondate in quanto: *a)* vi sarebbero stati, in realtà, plurimi incontri nel mese di novembre 2024, tra cui uno in presenza con il Gruppo misto partecipato disabilità (nel quale sono rappresentate tutte le parti sociali e le organizzazioni di tutela delle persone con disabilità); *b)* l'aumento tariffario riconosciuto si porrebbe in linea con quello concordato tra la Regione e le parti sociali nel Patto per il Welfare del 25.02.2024 recepito nella delibera della Giunta Regionale n. 38-8654 del 27.05.2024, relativamente alla quota sanitaria, con il quale le parti sociali avrebbero accettato tale aumento tariffario lineare non agganciato in maniera rigida agli aumenti salariali stabiliti dal nuovo CCNL di categoria; *c)* non vi sarebbe alcun vizio di motivazione e di istruttoria, perché i provvedimenti impugnati chiarirebbero il contesto e le ragioni per le quali è stato deciso di riconoscere l'adeguamento tariffario in questione, adeguandosi a quanto già concordato tra Regione e rappresentanze sociali per la quota sanitaria della tariffa (così come, peraltro, sarebbe sempre stato fatto anche per gli aumenti riconosciuti in passato); *d)* il Comune non potrebbe regolare in via autonoma l'aumento della tariffa, occorrendo un intervento a monte della Regione per garantire il rispetto delle quote di compartecipazione stabilite a livello statale e regionale, sulla cui base pervenire poi ad un accordo con

l'ASL, sentite le rappresentanze di categoria; e) d'altra parte, la convenzione approvata prevederebbe espressamente che, nel corso del biennio 2025-2026, possano applicarsi gli eventuali aumenti stabiliti con tale procedura congiunta; f) il riconoscimento integrale ed immediato degli aumenti del costo del lavoro derivanti dal nuovo CCNL potrebbe compromettere l'equilibrio economico-finanziario dell'ente locale, dovendosi pertanto riconoscere e concordare gli aumenti in modo scalare e progressivo nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

4. In vista della trattazione del merito del ricorso, le parti hanno depositato ulteriore documentazione e le memorie finali, prendendo posizione sulle deduzioni avversarie. In particolare, le cooperative ricorrenti hanno replicato alle difese comunali, evidenziando che: a) il confronto con le rappresentanze e con il Gruppo misto partecipato sarebbe stato meramente formale, ma non effettivo e sostanziale, perché non sarebbe stato ammesso alcuno spazio di negoziazione sugli adeguamenti tariffari e non sarebbe stata nemmeno anticipata la decisione di prescindere dall'aumento del costo del lavoro derivante dal nuovo CCNL; b) il Comune non potrebbe difendersi asserendo che le decisioni spetterebbero esclusivamente alla Regione, in quanto la competenza sulla quota sociale della tariffa sarebbe comunque comunale e la legislazione statale e regionale di riferimento attribuirebbe all'ente locale autonomia decisionale e finanziaria a tale riguardo; c) sarebbe confermato che il Comune, anziché svolgere istruttoria sull'aumento del costo del lavoro ed agganciare ad esso l'aumento della quota sociale delle tariffe, si sarebbe semplicemente adeguato a quanto previsto dalla Regione per la quota sanitaria.

5. All'udienza pubblica del 29.01.2026, dopo ampia discussione tra le parti, la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

6. Preliminarmente, deve disporsi, ai sensi dell'art. 70 c.p.a., la riunione dei ricorsi in esame (R.G. nn. 450/2025 e 454/2025), per evidenti ragioni di

connessione oggettiva. Tutti i predetti ricorsi hanno, infatti, ad oggetto l'impugnazione dei medesimi atti e poggiano su censure di identico contenuto, che contestano, in estrema sintesi, la scelta del Comune di Torino di concedere ai gestori dei servizi residenziali per disabili, peraltro senza averli previamente coinvolti a tale riguardo, un adeguamento tariffario ritenuto insufficiente a coprire i rilevanti aumenti del costo del lavoro che deriverebbero dalla stipula del nuovo contratto collettivo nazionale applicabile al settore in questione (peraltro, senza riconoscere invece alcun incremento tariffario per i servizi semiresidenziali).

7. Prima di esaminare il merito delle predette censure si rende opportuna una breve ricostruzione del complesso quadro normativo relativo alle prestazioni sociosanitarie, con particolare riferimento a quelle oggetto di causa, vale a dire i servizi residenziali e semiresidenziali a favore di persone disabili.

7.1. Ai sensi dell'art. 3 *septies* del D.Lgs. 502/1992, per “*prestazioni sociosanitarie*” si intendono “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di 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*” (comma 1). Al loro interno si distingue ulteriormente tra “*prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*” e “*prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*” (comma 2). La precisa individuazione delle stesse e dei loro criteri di finanziamento “*per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni*” è rimessa ad un successivo atto di indirizzo e coordinamento (comma 3), spettando poi alle Regioni disciplinare “*i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari*” (comma 8).

Il previsto atto di indirizzo e coordinamento è stato adottato con D.P.C.M. del 14.02.2001, il cui art. 3, comma 2, ha stabilito, per quanto qui di interesse, che “*Sono 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. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso"; tra tali prestazioni ha incluso anche *"gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio"* (lett. d). L'art. 4 prevede, poi, che *"La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata"*. La tabella allegata, in relazione all'area *"disabili"*, prevede a sua volta la ripartizione percentuale delle spese tra servizio sanitario e comuni (con l'eventuale compartecipazione da parte dell'utente) per la *"assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali?"* nella misura rispettivamente del 70% e del 30%.

Le prestazioni di cui si discute rientrano, peraltro, tra i livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA) definiti prima dal D.P.C.M. del 29.11.2001 ed attualmente dal D.P.C.M. del 12.01.2017. In particolare, l'art. 34 di quest'ultimo Decreto ribadisce una compartecipazione a carico del SSN per la *"assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità"* (che rientra nella *"assistenza distrettuale"* assicurata dal SSN con risorse finanziarie pubbliche: artt. 1 e 3) per una percentuale del 70% o del 40% a seconda del diverso grado di disabilità e delle prestazioni necessarie.

Al contempo, la L. 328/2000 riconosce che gli *"interventi per la piena integrazione delle persone disabili"* e quelli *"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"* fanno parte del *"sistema integrato di interventi e servizi sociali"* (art. 22, comma 2, lettere f-g). Tale sistema si realizza a livello locale, regionale e statale attraverso una ripartizione delle relative competenze e mediante il più ampio coinvolgimento dei soggetti privati e degli operatori del c.d. **terzo settore** (artt. 1 e 5). Per quanto qui di

interesse, i comuni *“sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale”*, spettando ad essi, tra le altre cose, la *“programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete”*, la *“erogazione dei servizi”*, la *“autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti”* privati accreditati, nonché la previsione *“di collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività sociosanitarie”* (art. 6, comma 1, comma 2, lett. a, b e c, comma 3, lett. c). Le regioni, invece, *“esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria”*, determinando, tra le altre cose, i *“criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati”*. Quanto al finanziamento di tale sistema integrato di servizi, allo stesso concorrono, secondo competenze differenziate, sia i comuni che le regioni, anche attraverso risorse loro assegnate dal Fondo nazionale per le politiche sociali (art. 4).

7.2. In attuazione della disciplina statale, la Regione Piemonte ha emanato la L.R. 1/2004, recante *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”*.

Per quanto riguarda la ripartizione delle funzioni amministrative tra i vari livelli di governo, l'art. 6 conferma che i comuni *“sono titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale”* (comma 1) e che, tra le altre cose, *“programmano e realizzano il sistema locale degli interventi sociali a rete, stabilendone le forme di organizzazione e di coordinamento, i criteri gestionali e le modalità operative ed erogano i relativi servizi secondo i principi individuati dalla presente legge al fine di realizzare un sistema di interventi omogeneamente distribuiti sul territorio”* (comma 2, lett. a). Spetta, invece, alla Regione, per quanto qui rileva, *“la definizione, sulla base dei requisiti minimi definiti*

dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica o privata”, nonché “la definizione dei requisiti di qualità per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali, l'individuazione dei criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento dei soggetti erogatori di servizi ed interventi sociali, con l'istituzione di specifico registro, e l'identificazione dei criteri per la determinazione delle tariffe che i comuni corrispondono ai soggetti accreditati” (art. 4, comma 1, lett. f-g).

L'art. 9 “individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni” (comma 1), ad eccezione dei comuni capoluogo di provincia, per i quali viene considerata idonea la gestione in forma singola (comma 2); per “le attività sociali a rilievo sanitario”, tra cui quelle “per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia” è previsto che i soggetti gestori (comuni capoluogo di provincia, comuni associati o ASL delegate) “assicurano le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL” (comma 5). Relativamente a “le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture”, le stesse “sono esercitate dalle ASL, dalla Città di Torino e dalla Regione”; in particolare, per quanto di interesse ai fini del presente ricorso, “La Città di Torino svolge le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza per i servizi e le strutture operanti sul proprio territorio, con esclusione delle strutture residenziali e semiresidenziali destinate agli anziani autosufficienti e non autosufficienti e delle strutture di cui all'articolo 26, comma 1, quali è titolare dell'autorizzazione al funzionamento il Comune stesso [vale a dire, in sostanza, quelle socio-assistenziali e socio-sanitarie gestite direttamente dalla Città di Torino, n.d.r.], che rientrano nella competenza delle ASL” (comma 5 septies, aggiunto dall'art. 2, comma 3, della L.R. 16/2016 e poi sostituito dall'art. 2, comma 1, della L.R. 15/2020). Per quanto riguarda la “integrazione sanitaria”, l'art. 20 stabilisce che, “in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, commi 6 e 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni?” [vale a dire, il sopra richiamato D.P.C.M. del 14.02.2001. n.d.r.], sia “la Giunta

regionale...con propria deliberazione” a fornire “indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento”. Infine, l’art. 35 prevede che “Fatti salvi i finanziamenti provenienti dallo Stato vincolati a specifiche finalità, il sistema integrato degli interventi e servizi sociali è finanziato dai comuni, con il concorso della Regione e degli utenti, nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate socio-sanitarie”, aggiungendo che “I comuni, quali titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie che, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dallo Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurino il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio”.

7.3. Nell’ambito di questo complesso sistema legislativo statale e regionale, si innestano plurime deliberazioni della Giunta Regionale del Piemonte volte a disciplinare concretamente l’erogazione dei servizi assistenziali e socio-sanitari, spesso con interventi solo settoriali su specifiche aree (anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o patologie psichiatriche).

Con specifico riferimento all’area della disabilità (che è quella di interesse nel presente giudizio), assumono particolare rilievo la D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997, con cui erano stati originariamente stabiliti i principali modelli di strutture residenziali e di centri diurni a favore delle persone disabili (prevedendo i relativi standard organizzativi, le rette applicabili e la ripartizione tra quota sanitaria e quota non sanitaria), nonché la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003, con cui si è poi fatta applicazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29.11.2001 in relazione all’area dell’integrazione socio-sanitaria (attraverso un modello di concertazione e condivisione tra regione, gli enti locali e le organizzazioni sindacali, del volontariato e del privato sociale, rappresentato dal Tavolo congiunto Regione-Territorio). In particolare, l’allegato B di quest’ultima deliberazione regionale è dedicato a *“L’articolazione dei servizi e degli interventi socio-sanitarie per persone con disabilità”* e

contiene una riorganizzazione dei modelli delle relative strutture residenziali e semiresidenziali, inserendole in tre differenti fasce (A, B e C, a seconda del grado di intensità delle prestazioni da erogare, rispettivamente alta, media e bassa), cui corrispondono diverse quote di partecipazione del fondo sanitario regionale alla relativa spesa (rispettivamente, pari al 70%, 60% e 50%). All'interno di ciascuna fascia si distinguono poi tre livelli di complessità delle prestazioni (base, medio ed alto), prevedendo per i due livelli più complessi (medio ed alto) degli incrementi percentualmente crescenti delle rette rispetto a quelle applicabili al livello base (senza, tuttavia, rideterminare con precisione quali siano le predette rette del livello base applicabili ai diversi tipi di servizi residenziali e semiresidenziali).

La D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 ha poi ridefinito “*requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*”, prevedendo, tra le altre cose, l'elaborazione di uno schema contrattuale per la definizione dei rapporti, anche economici, tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle predette strutture, successivamente approvato con D.G.R. n. 44-12758 del 07.12.2009.

Tale schema contrattuale è stato recepito, con alcune modifiche, anche dalla Città di Torino e dall'ASL Città di Torino (e, prima ancora, dalle ASL TO1 e ASL TO2 che in essa sono state poi accorpate), che, a partire dal 2011, hanno cominciato a sottoscrivere i relativi contratti con i gestori delle singole strutture accreditate iscritte alla Sezione B dell'Albo cittadino dei prestatori di servizi socio-sanitari (tra cui anche le cooperative odierne ricorrenti, come risulta dagli ultimi contratti dalle stesse depositati in giudizio: docc. 6-10). Tali contratti individuano le tariffe applicabili, richiamando, a tale riguardo, precedenti delibere della Giunta Comunale (n. 9746 del 26.11.2002, n. 6283/019 del 05.08.2003 e s.m.i.) e stabiliscono che “*I valori tariffari sopraindicati sono soggetti ad adeguamento al tasso di inflazione programmato con DPEF nazionale che decorre dal primo gennaio dell'anno successivo. Gli incrementi contrattuali e/o aggiornamenti annuali ISTAT saranno rideterminati dal Tavolo congiunto Regione –*

Territorio previo confronto con le OO.SS di categoria per gli aspetti contrattuali sulla base di atti e/o indicazioni regionali?” (art. 6, comma 2).

Gli ultimi contratti sottoscritti dalle odierne ricorrenti richiamano anche gli incrementi tariffari riconosciuti dal Comune di Torino, in accordo con l'ASL Città di Torino, con deliberazioni della Giunta Comunale n. 602 del 13.09.2022 (nella percentuale dell'1,3% con decorrenza dal 01.01.2022) e n. 700 del 07.11.2023 (nella percentuale del 2,5% con decorrenza 01.01.2023). Entrambe tali deliberazioni (docc. 28-29 ricorrenti) danno espressamente atto della *“assenza di una definizione regionale di tariffe e relativi massimali nell'ambito dei servizi per la disabilità”* e ritengono di applicare, in via analogica, gli aumenti riconosciuti dalla Regione con riferimento ai servizi socio sanitari residenziali per la diversa area delle persone anziane non autosufficienti (RSA).

7.4. Frattanto, in data 25.02.2024, è stato stipulato tra la Regione Piemonte e le associazioni di categoria dei gestori dei presidi residenziali sociosanitari (anziani non autosufficienti, disabili, salute mentali, minori e dipendenza), un *“Patto per un Welfare innovativo e sostenibile”*, recepito dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 38-8654 del 27.05.2024 (doc. 30 ricorrenti), con cui, *“a parziale recupero dell'inflazione maturata e dell'incremento del costo dei contratti di lavoro”*, le tariffe per il 2024 delle (sole) strutture residenziali accreditate e convenzionate con il SSR sono state aumentate del 3,5% per la sola quota sanitaria, con contestuale istituzione di un Tavolo di lavoro volto a verificare, in particolare, *“il mantenimento dell'equilibrio contrattuale tra prestazioni e corrispettivi”*, nonché *“la ricognizione degli aumenti di spesa indotti dai contratti collettivi di lavoro e dall'inflazione programmata...tenendo conto, altresì, di eventuali adeguamenti di rette già riconosciute”*, il tutto con l'obiettivo finale di individuare *“per gli anni 2025 e 2026 tariffe adeguate a garantire la sostenibilità del settore, anche alla luce dei rinnovi contrattuali e dei costi generali, cercando di raggiungere il 10% di aumento complessivo”*.

Stante l'imminente scadenza del triennio di accreditamento 2022-2024 e dei relativi contratti stipulati con i gestori delle strutture accreditate iscritte, il

Comune di Torino, con l'impugnata deliberazione della Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024 (doc. 14 ricorrenti), ha quindi approvato il testo della nuova convenzione con l'ASL della Città di Torino per il biennio 2025-2026, demandando a successivi atti dirigenziali l'adozione dei conseguenti provvedimenti necessari a garantire la continuità delle prestazioni, tra cui, per quanto qui di interesse, quella della Sezione B dell'Albo dei prestatori di servizi socio-sanitari. Con specifico riferimento agli aspetti tariffari, la predetta delibera prevede quanto segue: *“Inoltre le modalità di applicazione degli adeguamenti tariffari, che interverranno nel biennio 2025 - 2026, anche dipendenti da modifiche normative, saranno oggetto di valutazione congiunta preliminare tra la Città di Torino e l'ASL Città di Torino e di confronto con le rappresentanze. In particolare, in analogia all'adeguamento del 3,5% già avvenuto per la quota sanitaria - di cui alla DGR 38-8654 del 2024 che prevede l'aumento per il 2024 della sola quota sanitaria delle strutture residenziali accreditate e convenzionate con il SSN - si stabilisce sin da ora che, in esito alle sopra citate valutazioni congiunte, potrà eventualmente riconoscersi un incremento fino ad un massimo del 3,5% delle tariffe e rette - limitatamente alla quota sociale - relative ai servizi socio sanitari residenziali iscritti per il biennio 2025-2026 all'Albo prestatori di servizi socio-sanitari, sezione B a partire dal 1 gennaio 2025”*. È su quest'ultima previsione che si concentrano, come già anticipato, le dedotte censure, che possono adesso essere esaminate.

8. Con il primo motivo le esponenti lamentano l'assenza di un effettivo contraddittorio e confronto con le proprie associazioni di categoria, anche in sede di Gruppo misto partecipato, rispetto alla tematica degli adeguamenti tariffari, che sarebbero stati unilateralmente disposti dal Comune in relazione alla quota sociale di propria competenza, peraltro in assenza di adeguata istruttoria sull'aumento dei costi derivanti dalla sottoscrizione del nuovo CCNL di categoria.

La censura è fondata.

Tutto il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari è incentrato su un modello di sussidiarietà, coordinamento, integrazione e sinergia tra i soggetti pubblici

ed i soggetti privati del settore, attraverso un coinvolgimento di questi ultimi nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione dei relativi interventi (cfr. artt. 1 e 5 della L. 328/2000; artt. 2 e 11 della L.R. 1/2004).

Il loro coinvolgimento è, pertanto, essenziale ed imprescindibile anche nella definizione delle condizioni economiche destinate a regolare lo svolgimento di tali servizi in regime di accreditamento, in modo tale che le tariffe siano congrue e sufficientemente remunerative per gli operatori privati e, al tempo stesso, sostenibili dal punto di vista della spesa pubblica, nella ricerca, quindi, di un delicato punto di equilibrio tra esigenze tra loro potenzialmente confliggenti.

D'altra parte, il principale provvedimento regionale che tuttora regola l'articolazione dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone disabili, fissando criteri per la determinazione delle tariffe e per la ripartizione dei relativi oneri tra il fondo sanitario regionale e comuni (vale a dire la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003) è il risultato del lavoro del Tavolo congiunto Regione-Territorio, cui hanno partecipato anche organizzazioni sindacali e rappresentanze del **terzo settore**. Inoltre, lo schema del contratto con i gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate, approvato con D.G.R. 44-12758 del 07.12.2009 e recepito dalla Città di Torino, conferma che gli incrementi tariffari debbano essere stabiliti dal Tavolo congiunto Regione-Territorio previo confronto con le organizzazioni sindacali di categoria. A livello comunale, inoltre, è tuttora attivo (come confermato dalla stessa gravata deliberazione di Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024, che vi fa riferimento a pag. 1: cfr. doc. 14 ricorrenti) il Gruppo Misto partecipato, istituito con deliberazione di Giunta Comunale n. 6283 del 05.08.2003 e composto da quattro rappresentanti del Comune, un rappresentante dell'ASL cittadina, cinque rappresentanti dei gestori dei servizi e sette rappresentanti di enti o associazioni di volontariato o di tutela degli ospiti particolarmente significativi e/o partecipanti al Tavolo Cittadino "Disabili", nonché delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative confederali e di categoria, tra i cui

compiti rientra anche quello di *“monitorare, analizzare e individuare l’adeguatezza degli standard tecnici ed economico-finanziari anche in applicazione dei rinnovi dei contratti collettivi di lavoro sottoscritti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative per eventuali revisioni rette”*.

È evidente, quindi, che la revisione delle tariffe (sia per la quota sanitaria di spettanza regionale, quanto per la quota sociale di spettanza comunale) richieda non solo un confronto e coordinamento tra i vari enti competenti, ma anche un effettivo coinvolgimento delle rappresentanze delle strutture accreditate nella relativa istruttoria.

Ebbene, nel caso in esame, le cooperative ricorrenti contestano appunto che, pur essendosi svolte nel mese di novembre 2024 alcune riunioni tra le proprie rappresentanze ed il Comune ed anche un incontro del Gruppo misto partecipato, in quelle sedi l’Amministrazione comunale non abbia aperto alcuna discussione sull’adeguamento delle tariffe, che poi avrebbe fissato in modo unilaterale nella misura massima del 3,5% con la successiva deliberazione giuntale n. 826 del 19.12.2024.

A tale riguardo, la difesa comunale si è limitata a produrre le e-mail di convocazione delle predette riunioni (doc. 13), che, tuttavia, è incontestato che vi siano state. Non è, invece, stato depositato alcun documento (verbali delle riunioni, loro resoconti o comunicazioni di altro tipo) dal quale possa evincersi che tale incremento percentuale sia stato quantomeno oggetto di discussione tra le parti, essendo pacifico, invece, che nessuna previa intesa sia stata raggiunta a tale riguardo (al contrario di quanto accaduto per l’incremento della quota sanitaria, deliberata dalla Regione a seguito della stipula di uno specifico patto in tal senso stipulato con le associazioni di categoria dei gestori dei presidi residenziali sociosanitari).

Non può, quindi, ritenersi dimostrato in giudizio che il contestato incremento della quota sociale delle tariffe sia stato oggetto, a livello comunale, di un effettivo e specifico confronto tra il Comune e le rappresentanze dei gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate. Al contrario, dal tenore letterale della

gravata deliberazione giuntale n. 826 del 19.12.2024 si evince piuttosto che tale confronto sia stato semmai rinviato ad un momento successivo rispetto all'adozione di tale delibera, ai fini del riconoscimento di eventuali adeguamenti nel biennio 2025-2026, ma entro il limite massimo del 3,5%, in (asserita) analogia a quanto stabilito dalla Regione, con D.G.R. 38-8654 del 27.05.2024, per la quota sanitaria.

9. Quanto al profilo di doglianza (sempre contenuto nel primo motivo di ricorso) che attiene all'asserito difetto di istruttoria sull'aumento dei costi di erogazione dei servizi residenziali e semiresidenziali a seguito della sottoscrizione del nuovo CCNL applicabile al settore in questione, lo stesso può essere trattato congiuntamente al secondo motivo di ricorso, che pone, invece, la correlata questione dell'insufficienza dell'incremento massimo del 3,5% della quota sociale delle tariffe stabilito dalla Città di Torino (peraltro, per i soli servizi residenziali e non anche per quelli semiresidenziali) a coprire tale rilevante aumento del costo del lavoro.

Anche tali doglianze meritano condivisione.

9.1. È pacifico ed incontestato che a febbraio 2024 sia stato sottoscritto il nuovo contratto collettivo nazionale applicabile al settore di riferimento (il CCNL Cooperative sociali, recepito nelle tabelle ministeriali del giugno 2024) e che lo stesso abbia comportato un sensibile aumento del costo del lavoro per l'erogazione dei servizi residenziali e semiresidenziali a favore delle persone disabili (stimato tra l'11 ed il 15%: cfr. docc. 33-36 ricorrenti). Né è contestato che tali servizi siano *labour intensive* e che, quindi, il costo del lavoro rappresenti la principale voce di spesa che le strutture private accreditate sostengono per poter erogare tali servizi.

Se così è, le relative rette e tariffe debbono essere aggiornate tenendo in considerazione l'intervenuto aumento del costo del lavoro, in modo tale da garantire una tendenziale copertura dei costi di erogazione di tali servizi, evitando, così, un progressivo impoverimento dell'offerta e dei suoi standard qualitativi, il che andrebbe a pregiudizio non solo degli operatori privati, ma

anche dell'utenza e del sistema socio-sanitario nel suo complesso. Ciò, peraltro, non significa che l'aumento delle rette e delle tariffe debba essere, giocoforza, direttamente proporzionale all'aumento del costo del lavoro (ed agganciato in via automatica a quest'ultimo), dovendo essere attentamente valutata la sua effettiva incidenza sul complessivo costo di erogazione dei servizi e sugli utili conseguibili dalle strutture accreditate, nella ricerca, come già detto, di un delicato punto di equilibrio con le esigenze di contenimento della spesa socio-sanitaria e di tenuta dei conti pubblici, che potrebbero portare, all'esito di un doveroso ed effettivo confronto con le rappresentanze degli operatori del settore, anche ad un riconoscimento scalare e progressivo dei relativi aumenti.

Resta il fatto, tuttavia, che un aumento considerevole del costo del lavoro derivante dalla stipula un nuovo contratto collettivo nazionale rende necessario un adeguamento tariffario e che quest'ultimo vada ragionevolmente parametrato proprio all'intervenuto aumento del costo del lavoro. Ciò è stato, peraltro, confermato anche dalla Regione con la delibera D.G.R. 38-8654 del 27.05.2024 (e con la sottoscrizione del *"Patto per il Welfare innovativo e sostenibile"* ad essa allegato) ed indirettamente dalla stessa gravata deliberazione comunale n. 826 del 19.12.2024, che della predetta deliberazione regionale ha ritenuto di fare applicazione analogica in relazione alla quota sociale di propria competenza. Allo stesso modo, già in passato la Regione aveva riconosciuto, anche con espresso riferimento all'area dell'assistenza residenziale/semiresidenziale per persone disabili, che *"preso atto degli intervenuti rinnovi dei contratti di lavoro"* fosse necessario procedere *"alla revisione ed adeguamento dei valori tariffari"* (si veda la D.G.R. n. 64-13649 del 22.03.2010, significativamente titolata *"Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli interventi CC.CC.NN.LL."*). Ma anche pochi mesi prima dell'adozione della delibera giunta qui contestata, la stessa Città di Torino, nella seduta del Consiglio Comunale del 15.04.2024, aveva dato atto che il rinnovo in questione

comportava a regime “*un aumento degli stipendi di circa il 15% con un almeno analogo incremento del costo del lavoro*”, impegnando, di conseguenza, Sindaco e Giunta a “*garantire le risorse necessarie per consentire la corretta applicazione del CCNL*” e “*procedere all’aumento delle rette per permettere una corretta applicazione dei CCNL*” anche intervenendo sugli altri enti preposti (mozione n. 32, *sub* doc. 13 ricorrenti).

9.2. Nonostante ciò, la gravata delibera della Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024 non ha fatto alcun riferimento all’aumento dei costi riferibili al sopravvenuto CCNL di categoria né all’effettuazione di approfondimenti istruttori a tale riguardo, scegliendo di aumentare la quota sociale della tariffa di propria spettanza in mera analogia rispetto a quanto precedentemente stabilito dalla Regione per la quota sanitaria. Ciò, ad avviso della difesa comunale, sarebbe infatti una soluzione obbligata e necessitata, in quanto la determinazione delle tariffe per i servizi socio-sanitari di cui si discute sarebbe di stretta competenza regionale.

Tale tesi non convince.

9.2.1. Innanzitutto, deve rilevarsi che l’applicazione analogica della D.G.R. 38-8654 del 27.05.2024 è stata solo parziale ed incompleta, nel senso che la predetta delibera regionale ha fissato un aumento del 3,5% della quota sanitaria, ma già per il 2024 e comunque quale aumento iniziale, prefigurando di portare l’aumento tariffario al 10% complessivo nel biennio 2025-2026, all’esito degli accertamenti istruttori affidati ad uno specifico tavolo di lavoro. Al contrario, la delibera comunale impugnata ha prefigurato la possibilità di aumenti tariffari solo per il biennio 2025-2026 (escludendo quindi il 2024) e comunque “*fino ad un massimo del 3,5%*”. In altre parole, ciò che per la quota sanitaria regionale è stato individuato come un incremento immediato e minimo, per la quota sociale comunale è diventata un incremento posticipato e massimo. È irrilevante, peraltro, che i successivi atti dirigenziali attuativi di tale deliberazione comunale abbiano, in sostanza, riconosciuto l’applicabilità dell’aumento del 3,5% già dal 01.01.2025, perché ciò non esclude che tale

incremento sia stato previsto come quello massimo conseguibile nel biennio di riferimento.

9.2.2. In ogni caso, poi, non può sostenersi che il Comune non abbia alcuna competenza o spazio di manovra nella definizione della quota sociale delle tariffe per l'erogazione dei servizi residenziali e semiresidenziali a favore di persone disabili sul proprio territorio, in quanto sarebbe di esclusiva competenza regionale la determinazione di tali tariffe e dei relativi incrementi.

Intanto, per espressa ammissione del Comune di Torino, contenuta nelle deliberazioni della Giunta Comunale n. 602 del 13.09.2022 e n. 700 del 07.11.2023, non sussiste una *“definizione regionale di tariffe e relativi massimali nell'ambito dei servizi per la disabilità”*. Eppure, nonostante ciò, proprio con le predette deliberazioni il Comune, in accordo con l'ASL cittadina, aveva già concesso alcuni incrementi tariffari, parametrando, per propria scelta e senza attendere indicazioni regionali in tal senso, alle tariffe stabilite dalla Regione per le RSA destinate agli anziani non autosufficienti. Né, in corso di causa, è stato chiarito quali sarebbero gli atti regionali che stabiliscono le tariffe attualmente applicate. Difatti, la D.G.R. n. 38-8654 del 27.05.2024 prevede solo l'ultimo incremento percentuale delle tariffe (peraltro, limitatamente alla quota sanitaria), mentre la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 (invocata dalla difesa comunale) stabilisce la ripartizione di spesa tra fondo sanitario regionale e comuni a seconda della tipologia delle prestazioni e, per quelle più complesse, riconosce delle maggiorazioni rispetto alle tariffe “base”, ma non contiene una espressa individuazione e/o rideterminazione di tali tariffe “base”. Tant'è vero che ancora negli ultimi contratti stipulati con le strutture private accreditate (relativi al triennio 2022-2024 e successivamente prorogati: cfr. docc. 6-10 ricorrenti) continuano ad essere richiamate le tariffe risultanti da precedenti e risalenti delibere della Giunta Comunale (n. 9746 del 26.11.2002 e n. 6283/019 del 05.08.2003 e s.m.i.: cfr. docc. 28-29 ricorrenti).

Ad ogni modo, resta il fatto che, con la D.G.R. n. 38-8654 del 27.05.2024, la Regione ha limitato la propria determinazione al solo incremento percentuale

della quota sanitaria, senza assumere nessuna decisione in ordine alla quota sociale e, più in generale, rispetto alla complessiva tariffa da riconoscere a favore delle strutture private accreditate.

Ora, se è vero che tale *modus operandi* rischia di portare a disallineamenti tra le due componenti della tariffa, con una conseguente possibile alterazione delle quote di ripartizione della spesa complessiva tra Regione/ASL e Comune/utenza (cosicché sarebbe stato piuttosto opportuno procedere ad una rideterminazione condivisa delle tariffe, anche attraverso l'attivazione del Tavolo Regione-Territorio, in coerenza con quanto previsto a livello contrattuale), nondimeno ciò conferma che il Comune abbia senz'altro competenza ad intervenire sulla quota sociale (cosa che, peraltro, ha fatto proprio con l'impugnata deliberazione n. 826/2024) e che, conseguentemente, nell'esercizio di tale potere disponga di margini di autonomia decisionale e finanziaria.

D'altra parte, la legislazione statale e regionale più sopra richiamata riconosce un ruolo centrale ai comuni nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sociali sul proprio territorio (cfr., in particolare, art. 3, comma 2, D.P.C.M. 14.02.2011; art. 6 della L. 328/2000; art. 6 della L.R. 1/2004), prevedendo, altresì, che siano i comuni a reperire le risorse necessarie ed a finanziarli, pur con il concorso di Regione ed utenti, nonché del fondo sanitario regionale per le attività integrate socio-sanitarie (cfr., in particolare, art. 35 della L.R. 1/2004). Anche sotto il profilo della definizione delle tariffe, alla Regione spetta l'individuazione dei criteri per la loro determinazione, ma non anche necessariamente la loro concreta fissazione, che di norma spetta proprio ai comuni. Quindi, anche sulla quota sociale dei servizi integrati socio-sanitari, i comuni mantengono uno spazio di autonomia decisionale, pur nel rispetto della disciplina regionale chiamata a garantire la corretta integrazione dei servizi ed a determinarne i relativi criteri di finanziamento.

9.2.3. Pertanto, la gravata delibera giuntale del Comune di Torino non può considerarsi legittima per il solo fatto di aver determinato l'incremento della quota sociale delle tariffe facendo applicazione analogica (peraltro, come detto, solo incompleta e parziale) di quanto stabilito dalla Regione rispetto alla quota sanitaria, perché la determinazione delle tariffe e dei relativi adeguamenti avrebbe comunque dovuto essere il risultato non solo di un percorso condiviso tra i vari livelli di governo e gli operatori privati del settore, ma anche di un'adeguata istruttoria sugli effettivi costi di erogazione dei servizi in questione e sull'incidenza degli aumenti derivanti dai contratti collettivi nazionali frattanto stipulati (che, nel caso di specie, il Comune di Torino non ha effettuato). Conseguentemente, se un incremento del 3,5% della quota sociale è insufficiente a garantire la sostenibilità e continuità di tali servizi, non rileva che un identico aumento sia stato precedentemente stabilito dalla Regione rispetto alla quota sanitaria, perché anche quest'ultimo finisce per risultare ugualmente inadeguato e non può, pertanto, legittimare il successivo operato del Comune. Peraltro, nemmeno risulta che il tavolo di lavoro attivato dalla Regione con la D.G.R. n. 38-8654 del 27.05.2024 abbia ancora concluso i propri lavori, cosicché, almeno allo stato attuale, l'unico incremento riconosciuto alle strutture private accreditate resta quello insufficiente del 3,5%. Né può ammettersi che il ritardo nella conclusione dei lavori del predetto tavolo regionale possa esimere la Città di Torino dall'esercitare in modo adeguato e legittimo il proprio (concorrente) potere di revisione del sistema tariffario, facendo ricadere sugli operatori privati l'onere dell'attuale perdurante situazione di stallo.

10. Per tali ragioni, è illegittima e va annullata la delibera di Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024 nella parte in cui limita l'incremento tariffario dei servizi residenziali per persone disabili alla percentuale massima del 3,5% per il biennio 2025-2026 e nella parte in cui non riconosce addirittura nessun incremento tariffario per i servizi semiresidenziali, posto che anche per questi ultimi è ragionevole ritenere che il rinnovo del contratto collettivo nazionale

abbia determinato un aumento del costo del lavoro ed inciso sulla sostenibilità e remuneratività delle relative prestazioni. Anche rispetto a tali servizi non ha, pertanto, alcun rilievo esimente per il Comune che anche la delibera DGR n. 38-8654 del 27.05.2024 abbia circoscritto l'incremento della quota sanitaria ai soli servizi residenziali, senza prendere in considerazione quelli semiresidenziali.

Per effetto dell'annullamento di tale delibera comunale, la Città di Torino dovrà quindi riesercitare il proprio potere/dovere di determinazione degli incrementi tariffari relativamente alla quota sociale di propria competenza senza indugio (trattandosi di servizi in corso di esecuzione) e senza potersi limitare ad attendere le ulteriori determinazioni che la Regione dovrà assumere in esito ai lavori dello specifico tavolo di lavoro istituito con la D.G.R. n. 38-8654 del 27.05.2024, rispetto alle quali l'ente comunale dovrà semmai attivarsi per sollecitarne una rapida conclusione e per offrire il proprio contributo istruttorio, essendo al contempo auspicabile che anche la Regione (rimasta contumace nel presente giudizio) voglia garantire un coinvolgimento della Città di Torino e degli altri enti competenti, nonché delle rappresentanze dei gestori delle strutture private accreditate, in modo tale da pervenire quanto prima ad una soluzione condivisa sui necessari adeguamenti tariffari. Per tali ragioni, deve essere annullata anche la nota prot. 7534 del 03.02.2025 (doc. 21 ricorrenti) con cui l'Amministrazione comunale e l'ASL Città di Torino hanno riscontrato le istanze di maggiori incrementi tariffari presentate dalle odierne ricorrenti dichiarando, in sostanza, di rimanere in attesa di ulteriori indicazioni regionali.

11. Non ritiene, invece, il Collegio che debbano essere annullati i successivi atti dirigenziali (in parte impugnati con i ricorsi introduttivi e in parte con i ricorsi per motivi aggiunti: docc. 17, 18, 20 e 31 ricorrenti) con cui sono state stabilite disposizioni attuative per il rinnovo dell'iscrizione delle strutture accreditate nella Sezione B dell'Albo comunale dei prestatori dei servizi socio-sanitari alla luce della deliberazione giunta n. 826/2024 e, poi, via via

prorogati i relativi termini per il rinnovo di tale iscrizione, con contestuale proroga anche dei contratti in essere con le predette strutture. Tali atti, pur comportando l'attuale persistente efficacia delle precedenti pattuizioni contrattuali, hanno comunque espressamente consentito di applicare sin dal 01.01.2025 quantomeno l'adeguamento del 3,5% della quota sociale delle tariffe. Pertanto, gli atti dirigenziali in questione non hanno arrecato un pregiudizio ulteriore rispetto a quello provocato dalla delibera di Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024, ma anzi consentono, allo stato, il riconoscimento ed il mantenimento di tale (pur insufficiente) adeguamento tariffario del 3,5% nelle more del riesercizio del potere e della fissazione delle nuove tariffe. Va da sé che, all'esito del doveroso riesercizio del potere, saranno adottati i necessari atti per l'applicazione, anche eventualmente retroattiva, degli ulteriori incrementi tariffari che saranno previsti per il biennio di riferimento.

12. Quanto, invece, alla nuova convenzione stipulata tra la Città di Torino e l'ASL, la stessa non riporta il limite dell'incremento tariffario al 3,5%, ma prevede, più in generale, che *“Le modalità di applicazione degli adeguamenti tariffari, che interverranno nel biennio 2025-2026, anche dipendenti da modifiche normative, saranno oggetto di valutazione congiunta preliminare tra la Città di Torino e l'ASL Città di Torino e di confronto con le rappresentanze”*. Pertanto essa non ha, di per sé, portata autonomamente lesiva per l'interesse sostanziale azionato dalle ricorrenti nel presente giudizio, talché deve essere respinta la domanda di dichiarazione della sua inefficacia o nullità.

13. Per le stesse ragioni, il Collegio ritiene che non debba essere disposto l'annullamento della gravata deliberazione dell'ASL n. 1784 del 24.12.2024 di approvazione dello schema di convenzione (doc. 17 ricorrenti), posto che quest'ultima non riporta il medesimo riferimento al limite dell'incremento tariffario della quota sociale al 3,5%, che peraltro è, come detto, di competenza comunale e che la stessa delibera di Giunta Comunale n. 826 del 19.12.2024 pone ad esclusivo carico delle casse comunali. Né la mera

indicazione dei costi totali presunti delle prestazioni socio-sanitarie per il biennio 2025-2026, indicati nella predetta delibera ASL, costituisce un limite a maggiori incrementi tariffari derivanti dal doveroso riesercizio del potere da parte del Comune e/o dall'emanazione di concorrenti provvedimenti della Regione o della stessa ASL.

14. In definitiva, i riuniti ricorsi vanno accolti nei limiti e nei sensi sopra indicati.

15. La peculiarità e complessità delle questioni trattate induce, tuttavia, il Collegio a disporre la compensazione integrale delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Seconda), definitivamente pronunciando sui ricorsi, come in epigrafe proposti ed integrati da motivi aggiunti:

- ne dispone la riunione;
- li accoglie in parte e, per l'effetto, annulla la delibera della Giunta Comunale di Torino n. 826 del 19.12.2024, nei sensi e nei limiti di cui in motivazione, nonché la nota congiunta del Comune di Torino e dell'ASL Città di Torino prot. n. 7534 del 03.02.2025.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 29 gennaio 2026 con l'intervento dei magistrati:

Gianluca Bellucci, Presidente

Marco Costa, Referendario

Alessandro Fardello, Referendario, Estensore

L'ESTENSORE
Alessandro Fardello

IL PRESIDENTE
Gianluca Bellucci

IL SEGRETARIO