



**Giustizia amministrativa**  
A cura del Segretariato Generale della Giustizia amministrativa

**Consigli  
Tribunali**

[Indietro](#)

Publicato il 08/09/2017

**N. 01042/2017 REG.PROV.COLL.**

**N. 00937/2015 REG.RIC.**



**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Tribunale Amministrativo  
Regionale per il Piemonte**

**(Sezione Prima)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro  
generale 937 del 2015, integrato da  
motivi aggiunti, proposto da:

Fenascop - Federazione Nazionale  
Strutture Psicosocioterapeutiche,  
Fenascop Nord, Il Porto Onlus,  
Societa' Residence Du Parc S.r.l.,  
Societa' Soggiorno Primavera S.r.l.,  
Cooperativa L'Arte della Cura  
S.C.S., Societa' Bluacqua S.r.l.,  
Societa' M.A.C.S. S.r.l., Societa'

L'Arca S.r.l., Societa' Abros  
Gestioni S.r.l., Agriellera  
Cooperativa Sociale Onlus, Il  
Pozzo Cooperativa Sociale, Societa'  
Comunita' Pandora S.r.l., L'Alveare  
Cooperativa Sociale, Il Residence  
S.r.l., Coop. Ethos, Torre S.r.l.,  
Residenze Anni Azzurri, in persona  
dei rispettivi legali rappresentanti  
p.t., rappresentate e difese dagli  
avvocati Emilio Robotti, Maria  
Teresa Fanzini, Riccardo  
Ludogoroff, con domicilio eletto  
presso quest'ultimo in Torino,  
corso Montevecchio, 50;

*contro*

Regione Piemonte, in persona del  
legale rappresentante p.t.,  
rappresentata e difesa dall'avvocato  
Eugenia Salsotto, con domicilio  
eletto presso il suo studio in  
Torino, corso Regina Margherita,  
174;

Comune di Torino, non costituito  
in giudizio;

*nei confronti di*

Azienda Sanitaria Locale "Città di  
Torino" - Asl Unica della Città di

Torino (già Asl To1 e Asl To2), in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Stefano Cresta, con domicilio eletto presso il suo studio in Torino, via Principi D'Acaja, 47;

*e con l'intervento di*

ad opponendum:

Aziende Sanitarie: To3, To4, To5, Asti, Biella, Alessandria, Novara, Cuneo1, Cuneo2, Verbano Cusio Ossola e Vercelli, in persona dei rispettivi legali rappresentanti p.t., rappresentate e difese dall'avvocato Stefano Cresta, con domicilio eletto presso il suo studio in Torino, via Principi D'Acaja, 47;

*per l'annullamento*

della deliberazione della Giunta Regione Piemonte n. 30-1517 del 3 giugno 2015, pubblicata sul BURP n. 26 del 2 luglio 2015, avente ad oggetto il "Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria"; della deliberazione di Giunta regionale n. 26-1643 del 29 giugno 2015, pubblicata sul BURP N. 26 del 2 luglio 2015, avente ad oggetto

"interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R.n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.", relativamente alla riorganizzazione dei servizi residenziali della psichiatria;

di ogni altro atto antecedente, conseguente o comunque connesso al procedimento concluso con la deliberazione n. 30-1517 del 3 giugno 2015;

in relazione ai motivi aggiunti depositati il 16.10.2015:

della deliberazione della Giunta Regionale 35-2055 del 1.9.2015, " Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria. Modificazioni e integrazioni alla DGR n. 30.1517 del 3 giugno 2015" pubblicata sul B.U.R.P. n. 35 del 3.9.2015;

in relazione ai motivi aggiunti depositati il 16 dicembre 2016:

- della delibera DGR n. 29-3944 del 19.9.2016 pubblicata sul Bollettino regione Piemonte del 6 ottobre 2016;

- di ogni altro atto comunque connesso con il provvedimento concluso con la suindicata deliberazione;

in relazione ai motivi aggiunti depositati in data 14.04.2017:

della deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte 14-4590 del 23.1.2017 "DGR n. 29-3944 del 19.9.2016 di revisione della residenzialità psichiatrica: rettifiche e precisazioni", pubblicata sul BURP n. 62 del 9.02.2017;

della determinazione dirigenziale n. 701 "Istituzione dei Coordinamenti Regionali aree dipendenze, salute mentale, materno infantile, psicologia" e della determinazione dirigenziale n. 703 "Coordinamento regionale per l'area della salute mentale", entrambe dell'8.11.2016 e pubblicate sul BURP il 23.02.2017;

delle d.d. n. 817 del 19 dicembre 2016 ("Istituzione del tavolo di monitoraggio sull'applicazione della DGR n. 29-3944 del 19.9.2016 per la presentazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e per

l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche”) e 868 del 22 dicembre 2016 ("Proroga dei termini stabiliti dalla DGR n. 29-3944 del 19.9.2016 per la presentazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche”), pubblicate sul BURP del 2 marzo 2017;

di tutti gli altri atti preordinati, presupposti, consequenziali e connessi.

Visti il ricorso, i motivi aggiunti e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Piemonte e dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino" - Asl Unica della Città di Torino (già Asl To1 e Asl To2);

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 7 giugno 2017 il dott. Giovanni Pescatore e uditi per le

parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

#### FATTO

1. Agiscono in giudizio Fenascop e Fenascop Nord quali associazioni delle strutture comunitarie psichiatriche extraospedaliere ed alcune imprese ed enti non commerciali operanti in Piemonte nel settore dei servizi residenziali psichiatrici tramite strutture accreditate o in convenzione. Dette strutture svolgono una funzione socio-sanitaria e si pongono come risorse esterne del modello di Dipartimento di Salute Mentale (DSM), attraverso il quale - sotto l'avvento della legge 13 marzo 1978 n. 180 - è stato superato il precedente sistema di assistenza articolato su complessi ospedalieri-manicomiali.

2. Oggetto di contestazione sono le delibere della Giunta Regionale del Piemonte, meglio indicate in

epigrafe, con le quali è stato posto in essere il “Riordino della rete dei servizi residenziali della Psichiatria”. Con tale opera di riordino si è inteso modificare un preesistente sistema di accoglienza e cura degli adulti affetti da patologie psichiatriche articolato su tre tipologie di strutture - i Gruppi Appartamento (355 unità, con 1.365 posti letto, in base ai dati aggiornati al 31 dicembre 2014), le Comunità Alloggio (21 unità, con 208 posti letto) e le Comunità Protette (di tipo A e B, per un totale di 64 unità, con un totale di 1.263 posti letto) - graduate secondo livelli terapeutici-riabilitativi differenziati e con procedura d'accreditamento prevista solo per le ultime due tipologie di struttura.

Gli elementi di criticità che hanno motivato la riforma della residenzialità psichiatrica sono derivati dall'assenza prolungatasi nel tempo di una regolamentazione normativa inerente i Gruppi



Appartamento e le relative modalità autorizzative, di accreditamento, di organizzazione e vigilanza; dalla disomogeneità dell'offerta residenziale esistente e del relativo regime tariffario, sviluppatasi in modo eterogeneo e con una distribuzione territoriale irregolare proprio per il vuoto regolativo protrattosi a decorrere dalla delibera di Consiglio Regionale n. 357-1370 del 28 gennaio 1997; dall'obiettiva sovrabbondanza della dotazione esistente di posti letto, pari a oltre 3000 unità (3,2 ogni 5.000 abitanti a fronte di un fabbisogno ipotetico di 900 posti letto e di un rapporto ottimale auspicabile pari a 1 ogni 5.000 abitanti), oltre che dall'esorbitanza della spesa pubblica generatasi in conseguenza delle menzionate criticità.

Nell'assenza di regole uniformi, si è inoltre instaurata una prassi per cui in svariati Gruppi Appartamento è stata fornita un'assistenza di intensità pari o superiore a quella delle Comunità protette, attraverso

prestazioni non riferibili all'area "socio-riabilitativa" (propria dei G.A.) ma a quella "terapeutico riabilitativa", peculiare delle Comunità protette.

Il programma di riordino avviato con le deliberazioni della Giunta Regionale Piemonte 3 giugno 2015 n. 30-1517 e 1 settembre 2015 n. 35-2055, ha quindi inizialmente previsto la seguente riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche: a) S.R.P.1: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo; b) S.R.P.2: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo; c) S.R.P.3: Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale articolata in tre sotto tipologie, ossia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

La delibera ha disposto al contempo che le Comunità Protette di tipo A e B confluissero, rispettivamente, in S.R.P.1 ed in S.R.P.2, mentre i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio (qualificati dalla D.C.R. n. 357-1370/1997 quali soluzioni abitative per residenzialità assistita, il primo, e presidio socio-assistenziale, il secondo) nelle strutture S.R.P.3, con standardizzazione delle tariffe in base alla tipologia di struttura.

Per le Comunità Protette, inoltre, il provvedimento ha previsto la revisione del sistema di classificazione dell'utenza, adeguandolo ai nuovi bisogni, attraverso un meccanismo che considera il livello di intensità assistenziale e di intensità terapeutico riabilitativa necessaria, prevedendone tre livelli. Coerentemente, è stato aggiornato il sistema dei requisiti specifici di accreditamento ed il sistema tariffario.

Nel caso dei Gruppi Appartamento, invece, sono stati definiti i sistemi autorizzativi e di accreditamento fino ad oggi mancanti con le tariffe. La remunerazione delle prestazioni rese dalle strutture terapeutico-riabilitative a carattere intensivo ed estensivo (S.R.P.1 e S.R.P.2) è stata posta a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR), mentre analoga previsione ha riguardato la sola quota sanitaria delle prestazioni delle strutture a bassa intensità assistenziale (S.R.P.3), per le quali è stata prevista anche una compartecipazione da parte degli utenti/Comuni per la quota relativa all'assistenza non sanitaria (“sociale o alberghiera”).

Il percorso di riordino della residenzialità psichiatrica è stato programmato in tre fasi:

- una fase istruttoria, destinata a risolversi nell'emanazione della disciplina generale di regolamentazione del settore;
- una fase transitoria, estesa fino a dicembre 2015, nel corso della

quale le Comunità Protette di tipo A e B, le Comunità Alloggio ed i Gruppi Appartamento, avrebbero dovuto presentare istanze d'autorizzazione all'esercizio e d'accreditamento, mentre i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) avrebbero dovuto rivalutare i pazienti attualmente presenti nelle strutture per verificare l'appropriatezza degli inserimenti in essere. A conclusione di tale fase sarebbe risultato noto il quadro della domanda e dell'offerta dei servizi psichiatrici nel territorio regionale, il che avrebbe consentito di procedere, entro fine 2015, all'accreditamento istituzionale e, quindi, alla stipulazione dei contratti con gli enti gestori;

- una fase di perfezionamento, dal gennaio 2016 e sino all'entrata a regime della nuova disciplina, che avrebbe consentito di apportare i correttivi suggeriti dalle risultanze della fase transitoria.

La successiva DGR 19 settembre 2016 n. 29-3944 ha in parte

innovato l'assetto sopra delineato, in particolare articolando le strutture S.R.P. 2 su due livelli di intensità assistenziale di cui, il primo - S.R.P. 2 livello 1 - destinato ad accogliere pazienti con bisogni sanitari di maggiore intensità che necessitano di un supporto assistenziale medio; e il secondo - S.R.P. 2 livello 2 - destinato ad accogliere pazienti con bisogni sanitari di minore intensità che necessitano di un maggior supporto assistenziale.

Sempre con la delibera n. 29-3944/2016, la Giunta regionale - all'esito del monitoraggio delle strutture residenziali psichiatriche operanti sul territorio regionale e della relativa utenza, e tenuto conto di quanto emerso in sede di confronto con detti soggetti (Sindacati, Erogatori/Gestori, Direttori Generali-Sanitari e Dipartimenti di Salute Mentale delle A.S.L., ANCI e Comune di Torino), oltre che nel corso dei tavoli di discussione nelle sedi

istituzionali competenti - ha definito i criteri di accesso alle strutture residenziali psichiatriche attraverso l'utilizzo di apposite Scale di Valutazione psichiatriche (GAF e Honos) previste dal documento AGENAS-GISM.

Sono infine intervenute la D.D. Regione Piemonte 22 dicembre 2016. n. 817, che ha disposto la proroga dei termini stabiliti dalla D.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016 per la presentazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche; la D.D. Regione Piemonte 22 dicembre 2016 n. 868, che ha istituito il tavolo di monitoraggio sull'applicazione della D.G.R. n. 29-3944 del 19.9.2016; e la D.G.R. n. 14-4590 del 23 gennaio 2017, con la quale l'Amministrazione ha apportato alcune rettifiche alla D.G.R. n. 29-3944, in particolare per quanto concerne l'assistenza medica garantita sulle 24 ore nelle strutture S.R.P. 3.

3. Il ricorso introduttivo qui all'esame è stato integrato da tre serie di motivi aggiunti (depositati in data 16.10.2015, 16.12.2016 e 14.4.2017), con le quali sono state gravate le delibere adottate tra il 2015 e 2017 a completamento dell'opera di riforma e meglio indicate in epigrafe. La Regione Piemonte e l'ASL intimate si sono ritualmente costituite in giudizio, resistendo con articolate deduzioni difensive alle istanze avversarie.

Le domande cautelari di sospensione delle delibere 3 giugno 2015 n. 30-1517 e 19 settembre 2016 n. 29-3944 hanno trovato accoglimento, rispettivamente, con le ordinanze collegiali n. 338 del 30.10.2015 e n. 45 del 26.01.2017.

La causa, arricchita dall'intervento ad opponendum delle ulteriori ASL piemontesi indicate in epigrafe, è stata discussa e posta in decisione all'udienza del 7 giugno 2017, tenutasi all'esito del rituale scambio di memorie e repliche ex art. 73 c.p.a..



4. I motivi di doglianza svolti nei due ricorsi si appuntano innanzitutto su taluni profili dell'iter procedimentale di approvazione della riforma.

I) Osservano le parti ricorrenti che la deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 1 settembre 2015 n. 35-2055 - al pari della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 3 giugno 2015 n. 30-1517 e 19 settembre 2016 n. 29-3944 - in quanto attuative delle precedenti deliberazioni del Consiglio regionale del Piemonte 23 dicembre 2013, n. 260-40596 e 22 febbraio 2000, n. 616-3149, avrebbero dovuto dare seguito alle indicazioni di indirizzo ivi contenute, concernenti le strutture residenziali psichiatriche e le relative modalità autorizzative e di accreditamento. Detti atti del Consiglio Regionale, in particolare, nel rimettere a successive misure normative la più dettagliata disciplina della materia, impongono che la regolamentazione di dettaglio

venga preceduta dalla acquisizione del parere della Commissione consiliare regionale competente.

Al contrario, le delibere di Giunta del 2015 e 2016 qui impugnate, pur ponendo mano ad una riorganizzazione programmatica su vasta scala del settore, sono state adottate in assenza di tale parere preliminare, il che le renderebbe illegittime, in quanto contrastanti con i sopra richiamati indicati atti d'indirizzo del Consiglio regionale (oltre che con lo Statuto della Regione Piemonte nelle parti in cui disciplina in termini generali la funzione del Consiglio Regionale di indirizzo e di controllo sull'attività della Giunta regionale e l'istituzione delle commissioni consiliari – cfr. artt. 26, comma 2, e 30, comma 4, Legge regionale 4 marzo 2005, n. 1);

II) le tre deliberazioni della Giunta Regionale Piemonte 3 giugno 2015 n. 30-1517, 1 settembre 2015 n. 35-2055 e 19 settembre 2016 n. 29-3944, sono inoltre censurate come

complessivamente illegittime poiché assunte in violazione delle norme che impongono alla Regione, in fase di programmazione della materia in esame, un obbligo di coordinamento con gli altri enti pubblici interessati, nonché l'acquisizione delle istanze provenienti dal territorio, nell'osservanza della legge 8 novembre 2000 n. 328 e della legge Regione Piemonte 8 gennaio 2004 n. 1 (artt. 2, co. 1 e 2, 4, co. 1, lett. b, 6, co. 1, 14, co. 1 e co. 2 lett. a, 35, co. 2).

Al contrario, nel caso di specie alcuno spazio sarebbe stato riservato non solo agli apporti degli enti pubblici sopra menzionati, ma anche ai contributi partecipativi delle associazioni dei pazienti e dei familiari.

Un ulteriore difetto d'istruttoria deriverebbe dall'irrituale avvio del processo di riordino che, per il suo carattere riformatore, avrebbe dovuto essere preceduto da (e non anteposto ad) un'attività di

rivalutazione delle strutture esistenti e delle attività in esse svolte, poiché solo tale preventiva acquisizione di elementi di conoscenza avrebbe consentito di adottare una compiuta e coerente regolamentazione del settore. Al contempo appare irragionevole il termine di soli 3 mesi (assegnato con la delibera del 2016 e successivamente prorogato) previsto per gli operatori privati del settore per uniformarsi alle nuove regole, in assenza di chiari e univoci criteri di orientamento sulla loro applicazione;

III) sempre sul piano procedimentale ritengono le parti ricorrenti che la delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944, in quanto recante una prosecuzione attuativa della delibera 3 giugno 2015 n. 30-1517, sia stata adottata in spregio all'ordinanza cautelare del TAR Piemonte n. 337/2015 che aveva in precedenza disposto la sospensione della DGR 30-1517. Dal che deriverebbe il vizio di nullità della DGR n. 29-3944 per

violazione e/o elusione del giudicato cautelare (art. 21 septies L. 241/1990);

Le censure di carattere sostanziale vertono invece sui seguenti profili.

IV) Innanzitutto le parti ricorrenti ritengono che l'analisi clinica dei pazienti e la valutazione di appropriatezza del loro inserimento nelle strutture attualmente in essere, posta a base della delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944, sarebbe frutto di un'indagine poco attendibile, stando alla quale circa il 39% degli utenti analizzati evidenzerebbe esigenze di supporto sanitario, mentre circa il 61% paleserebbe un'esigenza di supporto prevalentemente socio-assistenziale. In particolare, detta ricognizione sarebbe avvenuta attraverso l'utilizzo di scale di valutazione (GAF e Honos) che, oltre a non essere state sottoposte ad alcun confronto partecipativo con i soggetti interessati, sono ritenute dalla Comunità scientifica

inadeguate se assunte come unico criterio valutativo.

V) gli atti impugnati vengono censurati anche come lesivi del diritto dei pazienti alla libera scelta del loro luogo di cura (ex art. 32 Cost.). La doglianza fa riferimento, in particolare, alla previsione (contenuta nell'allegato B, pag. 10 della delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944) secondo cui nella scelta della struttura sarà data "priorità alle strutture presenti nella ASL di riferimento, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale".

Mentre infatti l'art. 32 Cost. ed il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8-bis, co. 2, riconoscono il diritto del paziente alla scelta del luogo di cura, gli atti qui in contestazione sembrano comprimere tale diritto, configurando l'inserimento di pazienti residenti in altre Regioni come ipotesi «eventuale ed eccezionale» da concordare tra la Regione inviante e il DSM

piemontese e demandando a quest'ultimo la decisione unilaterale sulla collocazione dei pazienti, in via preferenziale tra le sole strutture del suo territorio di competenza o, al più, del territorio regionale;

VI) sussisterebbe poi una violazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 laddove le delibere escludono, nelle nuove S.R.P.3, l'erogazione di prestazioni terapeutiche. Infatti, i L.E.A. previsti in materia di assistenza residenziale per pazienti psichiatrici impongono sempre l'erogazione di prestazioni terapeutiche anche nelle strutture a bassa intensità assistenziale. Viceversa, la delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944 (allegato B, pag. 42) prevede solamente "un monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche al fine di permettere il mantenimento della condizione di stabilità clinica dell'utente", ma non la presenza di personale medico specializzato

capace di effettuare il previsto monitoraggio;

VII) più in generale, la DGR 29-3499/2016 e la 30-1517/2015 delineano un assetto del sistema di assistenza psichiatrica caratterizzato da un'impronta prevalentemente assistenziale piuttosto che terapeutica e caratterizzato dal contenimento degli orari delle prestazioni terapeutiche personali con una conseguente riduzione del personale professionale medico, interferendo in modo critico con i LEA. In tale contesto appare contraddittoria la duplice previsione che da un lato (punto 9 sezione 1 della DGR 29-3499/2016) sembra consentire al personale con titolo di psicologo di svolgere attività di tipo riabilitativo, e dall'altro (sezione 3) limita tale attività fino ad un massimo del 30% del monte ore previsto per educatore/tecnico della riabilitazione.

VIII) gli atti impugnati sono contestati per difetto d'istruttoria e motivazione anche con riguardo



alle tariffe ivi unilateralmente stabilite e non giustificate sulla base dei criteri e delle singole voci di costo prese in considerazione.

Le ricorrenti lamentano l'incongruità degli importi fissati dalla Regione ed il conseguente rischio di un peggioramento delle prestazioni attualmente erogate dalle strutture esistenti per impossibilità concreta da parte dei gestori di garantire lo standard di servizio sinora reso.

Le difficoltà nelle quali incorrono gli operatori del settore sono accresciute dalla necessità sugli stessi incombente di assumere nuove professionalità in linea con gli standard imposti dalla riforma e di procedere a modifiche talvolta anche radicali degli edifici in uso per adeguarli ai requisiti regionali, vedendo infrante le legittime aspettative maturate negli anni sulla base dell'assetto sin qui protrattosi.

Con riguardo alle tariffe riferite alle S.R.P.3, verrebbe a profilarsi un aggravio dell'obbligo di

compartecipazione a carico dei Comuni/utenti (quantomeno a partire dalla fine del 2018) per la quota “alberghiera” (recte di servizi sociali).

Sotto questo profilo, le DGR impugnate risulterebbero illegittime per violazione dell’art.149 comma 5 TUEL, in quanto non indicano i mezzi con i quali i Comuni devono fare fronte ai nuovi oneri posti a loro carico.

IX) i segnalati limiti risulterebbero aggravati dalla D.G.R. n. 14-4590 del 23 gennaio 2017, in quanto l’imposizione alle strutture residenziali psichiatriche di tipo 3 della presenza di personale notturno di carattere continuativo, comporta un aggravio di costi a carico delle imprese, poiché implica il passaggio dal servizio di “pronta reperibilità notturna” previsto in origine, ad un servizio di “presenza di personale in struttura durante le ore notturne”.

X) la legittimità dei provvedimenti impugnati è ulteriormente

compromessa sotto il profilo della violazione del principio di proporzionalità, essendo mancata una bilanciata comparazione degli interessi in gioco ed una effettiva considerazione del sacrificio imposto ai destinatari delle misure adottate, essendo questi chiamati ad una serie di gravosi adempimenti, ad adeguarsi ai nuovi standards residenziali e strutturali (articolati su livelli sovrabbondanti rispetto ai parametri nazionali) nonché a provvedere alla acquisizione di nuovo personale. Il tutto in assenza di una adeguata graduazione temporale dell'intervento di adeguamento, essendo fissato al 31.12.2015 (nella DGR 30-1517/2015) il termine finale entro il quale provvedere ai nuovi accreditamenti o autorizzazioni.

#### DIRITTO

1. In via preliminare, le parti ricorrenti hanno eccepito la tardività, e la conseguente inammissibilità, dell'intervento ad opponendum delle ASL piemontesi,

in quanto depositato il 6 maggio 2017 e notificato l'8 maggio (a fronte dell'udienza del 7 giugno), quindi in asserita violazione dell'art. 50, commi 2 e 3, c.p.a. (“L'atto di intervento è notificato alle altre parti ed è depositato nei termini di cui all'articolo 45... Il deposito dell'atto di intervento di cui all'articolo 28, comma 2, è ammesso fino a trenta giorni prima dell'udienza”). Tale ultima disposizione andrebbe infatti interpretata nel senso di imporre un termine di 30 giorni “liberi” tra il momento della notifica/deposito dell'atto di intervento e quello di celebrazione dell'udienza, dovendosi estendere al terzo intervenore, per ragioni di par condicio processuale, la disciplina che qualifica come “liberi” i 30 giorni intercorrenti tra il deposito di memorie e l'udienza di discussione (art. 73 c.p.a.). Nel caso di specie, secondo tale impostazione, il termine di 30 giorni risulterebbe scaduto il 6 maggio. Viceversa, a

voler ritenere il termine dei 30 giorni ex art. 50 c.p.a. non soggetto alla disciplina dei giorni “liberi”, lo stesso, in quanto scaduto il 7 maggio (giorno festivo) andrebbe prorogato all’8 maggio (ex art. 52, comma 3, c.p.a.), sicché l’intervento de quo risulterebbe tempestivo.

Il collegio ritiene l’eccezione di tardività non persuasiva. La tesi con la quale si intende assoggettare il termine ex art. 50 c.p.a. alla disciplina dei giorni “liberi”, infatti, pur evidenziando un profilo di effettiva disarmonia nella disciplina codicistica, non tiene conto del fatto che possono essere qualificati come giorni liberi solo quelli espressamente considerati tali dalla legge (cfr. Cons. St., sez. V, 31 maggio 2011 n. 3252 e 4 marzo 2008 n. 826; Cass. Sez. Lav. 20 maggio 2002 n. 7331), mentre l’art. 50 c.p.a. non contiene alcuna indicazione in tal senso, sicché all’assetto regolatorio auspicato dalle parti ricorrenti si potrebbe pervenire solo sulla base di una

interpretazione manipolativa, orientata da esigenze di tutela della par condicio tra soggetti in posizione processuale equivalente.

Ragionando in questi termini occorre tuttavia considerare che: a) l'unica forma di intervento generalmente ammessa nel processo amministrativo è quella dell'intervento adesivo dipendente (ad adiuvandum, nel caso in cui l'interveniente aderisca alla posizione della parte ricorrente, e ad opponendum, allorquando l'interveniente aderisca alla posizione della parte intimata). Esso è esperibile da parte di soggetti titolari di un interesse giuridicamente rilevante ma riflesso rispetto a quello azionato in via di principalità dal ricorrente o dal resistente, e comunque non direttamente coinvolto dall'atto già impugnato (ex multis Cons. Stato, sez. IV, 17 febbraio 2014, n. 747, 8 luglio 2013, n. 3597, 6 giugno 2008, n. 2677; sez. V, 22 marzo 2012, n. 1640; sez. VI, 18 febbraio 2015, n.

832, 26 marzo 2013, n. 1677, 1 febbraio 2013, n. 639, 13 settembre 2012, n. 4858); b) ne consegue che l'interventore si limita ad esprimere adesione (senza poter apportare contenuti innovativi) rispetto ad una posizione processuale già in precedenza da altri manifestata ed illustrata nell'atto introduttivo di causa o nella prima difesa della parte intimata (Cons. Stato, sez. VI, 6 agosto 2013, n. 4121); c) per quanto esposto, il riferimento all'art. 73 c.p.a. non appare decisivo, trattandosi di disposizione dettata per uniformare condizioni paritarie del contraddittorio tra i contendenti principali del giudizio, unici artefici del complesso deduttivo sul quale verrà assunta la decisione e in relazione al quale il terzo svolge una mera attività di argomentazione adesiva; d) infine, l'incombente da assolvere ai sensi dell'art. 50 c.p.a. è duplice - implicando la notifica e il successivo deposito dell'atto di intervento nel termine dei 30 giorni prima dell'udienza - e quindi

contenutisticamente diverso e più gravoso rispetto a quello disciplinato dall'art. 73 c.p.a., il che conferma l'assenza di condizioni per potere assimilare integralmente la disciplina delle due fattispecie poste a confronto.

Sul piano della sussistenza di un apprezzabile interesse di fatto ad intervenire in giudizio da parte delle ASL (aspetto posto in dubbio dalla difesa di parte ricorrente), non pare possano sorgere seri dubbi in merito agli effetti diretti che la riforma del settore psichiatrico implica sull'organizzazione e sull'operato dei Dipartimenti di Salute Mentale facenti capo alle ASL. Il fatto che tali effetti vengano valutati dalle ASL intervenienti in modo positivo sotto il profilo della razionalizzazione e della maggior efficienza del sistema della residenzialità psichiatrica, è sufficiente a legittimarle – in quanto portatrici di un interesse derivato e riflesso, collegato a quello primario fatto valere dalla Regione - ad



aderire alle ragioni portate a sostegno della riforma da parte della Regione, attraverso lo strumento dell'intervento adesivo dipendente.

2. Nel merito, al fine di contestualizzare la controversia nella sua cornice normativa di riferimento occorre ricordare, in sintesi, che con la legge 13 marzo 1978 n. 180 (c.d. "Legge Basaglia") e con i d.P.R. 7.4.1994 e 10.11.1999 (recanti l'approvazione dei progetti di Tutela della salute mentale 1994-1996 e 1998-2000), si è determinato il passaggio dal modello organizzativo-gestionale di cura del malato psichiatrico basato su strutture ospedaliere-manicomiali, ad un nuovo modello assistenziale basato sul Dipartimento di Salute Mentale (DSM) delle ASL e articolato in una rete integrata di servizi e strutture costitutive del DSM. Tra queste: i servizi ambulatoriali e domiciliari del Centro di Salute Mentale (CSM); il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di

Diagnosi e Cura (SPDC), rivolto a pazienti in fase acuta; le strutture residenziali distinte in Comunità protette di tipo A e di tipo B (massimo 20 posti letto) e Comunità Alloggio (massimo 10 p.l.), destinate ad ospitare pazienti per periodi medio lunghi in trattamento riabilitativo; le soluzioni abitative (Gruppi appartamento) per pazienti giunti ad una fase avanzata del loro reinserimento sociale (strutturate mediante nuclei abitativi in grado di accogliere fino a un massimo di 5 persone, con non più di due nuclei abitativi per ciascun GA); e le strutture semiresidenziali (Day Hospital e Centro Diurni).

Il d.P.R. 14 gennaio 1997 ha quindi definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, demandando alle Regioni le successive competenze.

La Regione Piemonte è intervenuta con le deliberazioni del Consiglio

regionale del 28 gennaio 1997, n. 357-1370 e 22 febbraio 2000, n. 616-3149, per definire gli standards strutturali, organizzativi e gestionali del dipartimento di salute mentale e delle strutture psichiatriche territoriali; e con Deliberazione di Giunta Regionale n. 63-12253 del 28.09.2009, per accreditare istituzionalmente le strutture residenziali per la salute mentale Comunità Protette, Comunità Alloggio e Centri Diurni.

L'atto rimandava ad un successivo provvedimento regionale la disciplina delle modalità autorizzative di accreditamento e di vigilanza dei Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici, ad integrazione della sopraccitata D.C.R. n. 357-1370 del 1997.

Con delibera di Giunta regionale 2 agosto 2013, n. 87-6289 è stato recepito il Piano di azione nazionale per la salute mentale approvato nella seduta del 24 gennaio 2013 della Conferenza Unificata; mentre la successiva Conferenza Unificata,

nella seduta del 17 ottobre 2013, ha sancito l'accordo sul documento concernente le strutture residenziali psichiatriche elaborato dal gruppo di lavoro GISM-AGENAS.

Con D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260-40596 la Regione Piemonte ha recepito, con delle modifiche di adeguamento, l'accordo approvato in Conferenza Unificata relativo alle strutture residenziali psichiatriche (modello AGENAS - GISM di revisione della rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici) al fine di superare definitivamente la "vecchia" delibera di Consiglio n. 357/1997 con un atto di pari grado dello stesso organo consiliare che ha demandato a successivi provvedimenti della Giunta regionale l'attuazione dell'adeguamento dell'offerta residenziale esistente sul territorio.

Il sistema prescelto prevede l'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche, sulla base dell'intensità terapeutico-

riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, quali:

le S.R.P.1: strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo;

le S.R.P.2: strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo;

le S.R.P.3: strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolate in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

Infine, in attuazione della D.C.R. del 23 dicembre 2013 n. 260-40596, oltre che del PSSR 2012-2015 (approvato con DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087) e dei Programmi Operativi 2013-2015 (approvati con DGR 30 dicembre 2013 n. 25-6992), è stata posta in essere l'opera di riordino oggetto del presente contenzioso (attuata con la prima

D.G.R. n. 30-1517 del 03.06.2015, seguita dalle successive delibere di cui si è dato conto in premessa).

3. Ciò posto, muovendo dalla disamina delle censure di carattere procedimentale, va innanzitutto respinta la doglianza riferita all'elusione del giudicato cautelare - argomentata con riferimento al fatto che l'Amministrazione regionale, pur a fronte della sospensione dell'efficacia della DGR n. 30-1517 del 3.06.2015, disposta con ordinanza cautelare n. 337 del 30.10.2015, avrebbe dato attuazione alla delibera sospesa, concludendo la fase transitoria ivi prevista e adottando, a tal fine, la successiva D.G.R. n. 29-3944 del 19 settembre 2016.

Sussisterebbe dunque un vizio di nullità di quest'ultima delibera, per violazione del giudicato cautelare e dell'art. 21 septies della legge n. 241 del 1990.

In dissenso da tale impostazione occorre osservare che l'ordinanza cautelare ha sospeso l'esecuzione

della delibera impugnata ma non ha inibito in senso assoluto l'esercizio del potere amministrativo. A fronte di ciò, l'amministrazione, nell'esercitare nuovamente il suo potere, mossa dall'intento di superare le criticità emerse in sede contenziosa, ha posto in essere una disciplina della materia almeno in parte (e su alcuni aspetti qualificanti) differente dalla precedente, realizzando in tal modo un autonomo esercizio della potestà amministrativa certamente suscettibile di impugnazione ma, per i caratteri di originalità e diversità che lo connotano, non qualificabile come meramente esecutivo delle determinazioni colpite dalla misura cautelare.

Non pare quindi configurabile l'ipotesi della violazione o dell'elusione del giudicato quale causa di nullità del provvedimento, potendo la stessa ravvisarsi nei soli casi in cui l'amministrazione veda del tutto inibite le sue facoltà di azione (anche di tipo rimediale

rispetto alle contestazioni sollevate su atti già assunti) o sia rigidamente vincolata nelle modalità di nuovo esercizio della potestà pubblica, già illegittimamente esercitata, e ciò nonostante violi i limiti che le sono assegnati o cerchi di aggirarli, con un'azione connotata da un manifesto sviamento di potere: tutte evenienze che non paiono rispondenti al caso qui in esame.

4. Viene quindi in rilievo la doglianza riferita alla mancata sottoposizione delle DDGR n. 30-1517/2015 e n. 35-2055/2015 al vaglio preventivo dell'organo consiliare consultivo, con conseguente asserita violazione delle indicazioni di indirizzo contenute nelle deliberazioni del Consiglio regionale del Piemonte 23 dicembre 2013, n. 260-40596 e 22 febbraio 2000, n. 616-3149, che impongono tale passaggio procedurale.

Ebbene, nell'adottare la DGR n. 29-3944/2016 la Giunta regionale, anche allo scopo di superare la



presunta illegittimità segnalate dalle ricorrenti, ha provveduto alla trasmissione dell'atto agli uffici consiliari, come risulta dal prospetto riepilogativo delle sedute della IV Commissione permanente, nonché degli atti ispettivi dell'organo consiliare (interrogazioni, mozioni ed ordini del giorno) ed infine dallo stesso testo della DGR n. 29-3944/2016, nelle cui premesse si dà atto del parere espresso dalla commissione del Consiglio Regionale in data 15.09.2016.

Poiché la DGR n. 29-3944/2016 integra e sostituisce le precedenti, dando corpo ad una complessiva revisione del sistema dei servizi residenziali per la psichiatria, di portata generale almeno equivalente a quella delle delibere sostituite, la lamentata lacuna procedimentale deve ritenersi integralmente superata.

5. In senso analogo deve concludersi con riguardo all'ulteriore censura di carattere

procedimentale secondo la quale le tre deliberazioni della Giunta Regionale Piemonte 3 giugno 2015 n. 30-1517, 1 settembre 2015 n. 35-2055 e 19 settembre 2016 n. 29-3944, sarebbero illegittime poiché assunte in violazione delle norme che impongono alla Regione, in fase di programmazione della materia in esame, un obbligo di coordinamento con gli altri enti pubblici interessati, nonché l'acquisizione delle istanze provenienti dal territorio, nell'osservanza della legge 8 novembre 2000 n. 328 (artt. 1, 3, 8) e della legge Regione Piemonte 8 gennaio 2004 n. 1 (artt. 2, co. 1 e 2, 4, co. 1, lett. b, 6, co. 1, 14, co. 1 e co. 2 lett. a, 35, co. 2).

La Regione Piemonte ha dato atto di avere fatto precedere la D.G.R. n. 29-3944/2016 da specifici tavoli di confronto/incontri con Sindacati, Direttori dei D.S.M., Erogatori/Enti gestori delle strutture, ANCI e Comune di Torino (doc. 5-9).

A tale rilievo la difesa di parte ricorrente ha replicato osservando che l'attuata modalità di partecipazione si sarebbe risolta in meri adempimenti formali, all'esito dei quali agli orientamenti e alle osservazioni critiche espresse dai soggetti consultati non sarebbe stata attribuita alcuna incidenza reale nella riorganizzazione dei servizi.

Si tratta di argomentazioni non condivisibili.

Innanzitutto l'art. 8 della legge 08.11.2000, n. 328, riferito alla programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, pur facendo riferimento al metodo della "concertazione con gli enti locali interessati" (art. 3, comma 1 lett. a), specifica che "le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10", ovvero degli enti privati a vario titolo operanti nel settore (art. 1 comma 5). Dunque, la legge 328/2000 prevede solo forme di

consultazione con soggetti privati della tipologia cui vanno ascritte le parti qui ricorrenti.

Neppure nel contesto della legge Regione Piemonte 8 gennaio 2004 n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento - ove il riferimento normativo più pertinente al caso qui in esame è rinvenibile all'art. 20, dettato proprio in tema di competenze della Giunta Regionale in tema di "prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria", a valle della programmazione disciplinata dall'art. 14) si prevede una programmazione in senso stretto "concordata" (o "concertata") tra Regione e operatori privati.

Vige dunque nei confronti dei soggetti privati quali sono le parti ricorrenti (la cui posizione è esclusivo oggetto di valutazione in questa sede) una generica regola di leale collaborazione che impone un'attività di consultazione da parte

dell'autorità procedente; tuttavia la partecipazione e il confronto con le categorie interessate è cosa diversa dalla concertazione, la quale presuppone un esercizio condiviso del potere programmatico che non emerge in alcun modo dal quadro normativo di riferimento, dal quale si ricava, invece, l'opposto principio della doverosità della programmazione; ed il tenore di tale metodo collaborativo lascia intendere che l'eventuale dissenso espresso dai soggetti consultati non può costituire ragione di impedimento all'adozione delle scelte conclusive da parte del soggetto competente, nell'esercizio del potere autoritativo e discrezionale che per legge a questi compete - fermo restando il sindacato di legittimità che su tali determinazioni può essere esercitato dall'autorità giurisdizionale.

Dunque, il contraddittorio procedimentale previsto nell'ambito regolativo in esame richiede

certamente che le parti siano messe in grado di partecipare al procedimento, ma non può intendersi nel senso di intaccare l'autonomia delle scelte da parte dell'autorità procedente in ordine alle concrete posizioni da assumere (T.A.R. Piemonte, sez. II, n. 1323 del 2015). Ciò anche perché, com'è stato ulteriormente precisato (Cons. Stato, sez. III, sent. n. 2870 del 2014), spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, e ciò in attuazione delle specifiche esigenze di risanamento economico-finanziario sancite dai piani di rientro e affidate (dalla legge finanziaria del 2007 in poi, con reiterati interventi del legislatore nazionale) alla competenza normativa della Regione. Dunque, la regola di

cooperazione applicabile nello specifico settore della materia sanitaria o socio-sanitaria, non può che essere intesa in modo sistematico e alla luce delle più recenti indicazioni normative che puntano ad accrescere in ruolo decisorio della Regione, quale ente deputato alla realizzazione di vincolanti obiettivi di equilibrio economico.

Resta da aggiungere che nel caso di specie un parziale recepimento nelle determinazioni regionali dei rilievi sollevati dai soggetti consultati emerge sia dalla parziale revisione dei modelli residenziali, attraverso la nuova articolazione delle Strutture c.d. "S.R.P. 2", disposta anche in risposta ad una specifica censura sollevata sul punto dai soggetti qui ricorrenti; sia dalla definizione, di concerto con l'ANCI, di uno strumento omogeneo regionale (introdotto anch'esso nella D.G.R. n. 29-3944/2016), in grado di permettere l'analisi della capacità contributiva

dell'utente mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE. Ulteriore apertura alle indicazioni pervenute dalla Commissione consiliare e riportate nel parere del 15.9.2016 si è determinata attraverso l'impegno assunto da parte della Regione a coprire tutti i costi relativi ai servizi residenziali psichiatrici, sino a tutto il periodo di vigenza del Piano di rientro dal debito sanitario (punto 8 del dispositivo della DGR n. 29-3944/2016).

Dunque, l'asserita reiezione delle istanze critiche sollevate dai soggetti coinvolti nella fase istruttoria è affermazione, almeno in parte, contraddetta dai fatti, né risulta chiaro quale sia la soglia di condivisione delle scelte adottate sulla quale possa attestarsi la prassi della "concertazione" per potersi ritenere effettivamente attuata.

Va da ultimo considerato che al punto 10 del dispositivo della D.G.R. n. 29-3944/2016 si prevede espressamente di "istituire un tavolo di monitoraggio



sull'applicazione della delibera rispetto alla salute dei pazienti e anche al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica. Tale tavolo sarà composto dai soggetti portatori di interessi sul territorio piemontese e sarà istituito entro 90 giorni dalla pubblicazione della delibera".

Il Tavolo è stato istituito con Determinazione n. 868 del 22 dicembre 2016, anche qui in adesione ad una specifica sollecitazione espressa nel parere della Commissione consiliare del 15.9.2016.

La rilevanza di tale meccanismo partecipativo va valutata non solo alla luce di un criterio sostanzialistico di interpretazione delle disposizioni regolanti il procedimento amministrativo; ma anche tenendo presente che l'iter di riprogrammazione della rete dei servizi psichiatrici è stato concepito attraverso un articolata successione di statuizioni e conseguenti fasi di

monitoraggio, verifica e successiva rettifica, quindi secondo un continuum fatto di acquisizioni provvisorie e successivi correttivi e adattamenti. L'eventuale assenza di adeguati apporti partecipativi dei soggetti interessati va quindi vagliata anche alla luce di tale complessivo incedere dell'azione amministrativa.

In conclusione, l'insieme di misure di consultazione e di confronto posto in essere nell'impianto della riforma deve ritenersi complessivamente in linea con una interpretazione ragionevole degli obblighi di partecipazione e consultazione procedimentale, che non si traduca in un'improbabile negoziazione paritaria tra autorità procedente e categorie interessate e in un conseguente e insuperabile potere di veto opponibile da parte di queste ultime al fine di ostacolare determinazioni non gradite.

6. Le considerazioni che precedono si collegano (e in parte forniscono soluzione) anche al lamentato

difetto d'istruttoria che deriverebbe dall'irrituale anteposizione del processo di riordino dei servizi psichiatrici alla rivalutazione delle strutture esistenti e delle attività in queste svolte e, quindi, ad una compiuta acquisizione di tutti gli elementi di conoscenza necessari alla revisione della disciplina di settore.

Sul punto, a confutazione della lamentata inversione logica dell'iter procedimentale (tale per cui le decisioni sarebbero state assunte prima di un'accurata ricognizione della realtà sulla quale operare) è rilevante osservare che:

- la DGR n. 29-3944/2016 è stata preceduta da una “attività di rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale degli utenti presenti nelle strutture residenziali, volta a verificare la coerenza dai livelli di assistenza erogati e delle necessità assistenziali, in relazione all'appropriatezza degli inserimenti in struttura” (di cui si dà conto nel corpo della delibera);

- prima dell'adozione della DGR n. 29-3944/2016 “è stata effettuata una attività di mappatura delle strutture residenziali psichiatriche al fine di avere un quadro completo della realtà piemontese”;
- da tale opera di analisi preliminare la Regione ha tratto articolati elementi di conoscenza (riportati a pag. 4 della delibera) che hanno giustificato le misure di revisione della DGR n. 30-1517/2015 (dettagliatamente riportate a pag. 5 della DGR n. 29-3944/2016) e una riconsiderazione delle tappe dell'opera riordino “in un percorso temporale sufficiente a consentire la ricollocazione dei pazienti inseriti, la riconversione delle strutture residenziali, la riqualificazione degli operatori in possesso di titoli professionali non corrispondenti”;
- infine, ai fini della compiuta attuazione del riordino oggetto del provvedimento, la DGR n. 29-3944/2016 ha previsto espressamente una fase transitoria, che si concluderà entro tre anni

dall'emanazione del provvedimento, ed una fase di messa a regime che avrà avvio solo al termine della fase transitoria.

I passaggi procedurali sopra richiamati e la scansione organizzativa dell'opera di revisione dei servizi psichiatrici, programmata attraverso fasi di preliminare indagine istruttoria e di successiva implementazione progressiva della riforma, con modalità aperte a soluzioni correttive in itinere, consentono di ritenere complessivamente infondata la censura di carenza di istruttoria sotto tutti i profili dedotti.

7. Entrando nel merito delle scelte operate alla Regione, le associazioni ricorrenti ritengono inadeguata l'attività di analisi clinica dei pazienti e di valutazione di appropriatezza del loro inserimento nelle strutture attualmente in essere, posta a base della delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944, in quanto effettuata attraverso l'utilizzo di scale di valutazione

(GAF e Honos) che, oltre a non essere state sottoposte ad alcun confronto partecipativo con i soggetti interessati, sono ritenute dalla Comunità scientifica inadeguate se assunte come unico criterio valutativo.

Tra l'altro, l'imposizione di tali scale contrasterebbe con il principio di libertà prescrittiva del medico (cfr. D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270, art. 15-bis, comma 2), la cui autonomia nelle scelte terapeutiche sarebbe compressa dalla decisione amministrativa di applicare tout court solo uno strumento di valutazione.

Le censure in argomento, pur senza negare l'ampia diffusione delle due scale cliniche, sia in ambito di ricerca che di pratica terapeutica, ne contestano la validità quale parametro esclusivo di valutazione della corretta collocazione dell'utenza nelle strutture residenziali psichiatriche.

L'argomentazione dà correttamente atto del fatto che l'utilizzo delle

scale ha consentito all'Amministrazione regionale di effettuare un qualificato monitoraggio in merito all'utenza ricoverata presso le strutture residenziali psichiatriche; omette di considerare, tuttavia, che tale monitoraggio non implica affatto un'automatica ricollocazione dei pazienti in una tipologia strutturale piuttosto che in un'altra, in quanto per la definizione della collocazione strutturale più idonea rispetto ai bisogni assistenziali del paziente (ovvero per scegliere in quale struttura residenziale psichiatrica S.R.P.1, S.R.P.2 o S.R.P.3 il paziente debba essere ricollocato sulla base dei suoi bisogni sanitari o sociosanitari) la delibera del 2016 prevede una specifica e più articolata procedura, basata, oltre che sull'applicazione delle scale cliniche, anche sull'impiego di una check list e di una specifica relazione clinica da parte dell'équipes dei Centri di Salute Mentale.

In particolare, secondo quanto si desume dall'allegato B alla delibera, il percorso valutativo si svolge in diverse fasi, consistenti: (a) nell'applicazione delle scale di valutazione clinica GAF e HONOS; (b) nell'applicazione della check list Agenas-GISM, contenente i criteri caratterizzanti ciascun tipo di struttura residenziale; (c) in una relazione clinica multidimensionale da parte dell'equipe competente (composta dalle variegate professionalità indicate al punto 1 di pag. 8 dell'allegato) che, anche alla luce delle risultanze delle precedenti fasi, individua il tipo di struttura più idonea per il paziente.

Al contempo, resta ferma la presa in carico del paziente da parte del DSM, che può nel tempo rivalutare la durata e l'adeguatezza del trattamento terapeutico, mentre l'evoluzione clinica del paziente (nell'ambito della quale si inquadra la collocazione presso la residenza psichiatrica) è oggetto di un



monitoraggio continuo, attuato attraverso la predisposizione del Piano di trattamento individuale (PTI), affidato alla supervisione di un responsabile del piano (da individuare in uno psichiatra del CSM); nonché attraverso l'elaborazione di un Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), predisposto dalla struttura di residenza in coerenza con il PTI e soggetto alla supervisione di un responsabile dello stesso PTRP (oltre che del responsabile del PTI).

Dall'insieme di tali previsioni (meglio dettagliate nell'allegato B della delibera di giunta del 2016), si desume che le scale di valutazione costituiscono solo uno strumento di ausilio nel contesto di una più ampia valutazione clinica e multidisciplinare che si affianca ad esse, senza limitare né l'autonomia e la responsabilità del personale medico curante; né la personalizzazione del percorso di cura e la sua rispondenza alle

“effettive esigenze cliniche e assistenziali del caso”, cui la delibera subordina espressamente il trattamento residenziale e la scelta della tipologia di struttura (cfr. pag. 9 allegato B).

In linea con la complessità di tali attività, alla rivalutazione/ricollocazione dei pazienti è deputata la fase transitoria di attuazione della riforma, destinata a protrarsi sino a 3 anni dall'adozione dell'atto.

Dunque, l'affermazione circa la presenza di “automatismi”, posti in essere in violazione delle esigenze di continuità terapeutica, senza alcuna considerazione delle concrete necessità terapeutiche del singolo paziente, oltre che in violazione del principio di libertà prescrittiva del medico, muove da un assunto di fondo che non pare trovare effettiva rispondenza nei contenuti dei provvedimenti impugnati.

8. Le ricorrenti rinvencono, ancora, un profilo di violazione del

D.P.C.M. 29 novembre 2001 nella prevista esclusione, nelle nuove S.R.P.3, dell'erogazione di prestazioni terapeutiche. E a tal fine sostengono che i L.E.A. in materia di assistenza residenziale per pazienti psichiatrici impongono sempre l'erogazione di prestazioni terapeutiche anche nelle strutture a bassa intensità assistenziale. Viceversa, la delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944 (allegato B, pag. 42) prevede solamente “un monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche al fine di permettere il mantenimento della condizione di stabilità clinica dell'utente”, ma non la presenza di personale medico specializzato capace di effettuare il previsto monitoraggio.

Sul punto è dirimente osservare che i pazienti ospitati presso le strutture di tipo S.R.P.3 sono clinicamente stabilizzati e ricevono da queste strutture prestazioni prevalentemente di assistenza e risocializzazione. Viceversa,

eventuali contemporanee esigenze di tipo terapeutico vengano comunque assicurate dai DSM in carico ai quali i pazienti restano assegnati, attraverso prestazioni di tipo domiciliare o ambulatoriale, la cui erogazione continua comunque ad essere loro garantita. Dunque, la componente terapeutica è presente in tale tipologia di strutture, sebbene modulata attraverso modalità coerenti con la tipologia delle esigenze socio-riabilitative ivi trattate.

9. Più in generale, il temuto ridimensionamento della componente terapeutica e riabilitativa, nel quadro delle attività di competenza delle strutture residenziali psichiatriche, appare solo genericamente enunciato e non pare tenere conto della scelta, posta a base della riforma, di superare l'attuale descritta di confusione tra strutture socio-assistenziali e strutture socio-terapeutiche, in modo da garantire ai pazienti la miglior risposta terapeutica in

relazione alle differenti loro esigenze; ed uniformare l'assetto complessivo delle strutture operanti alle specifiche disposizioni regionale e nazionali in materia, eliminando la distorsione dei ricoveri inappropriati e delle tipologie residenziali atipiche.

Per realizzare tale obiettivo, l'iter di riordino delle strutture residenziali psichiatriche ha previsto una prima fase di riconduzione delle specifiche tipologie assistenziali ai tre modelli previsti dall'Accordo nazionale, definendo i criteri di accesso, i requisiti per esercizio (rapportati a parametri funzionali oltre che strutturali) e per l'accreditamento, nonché il piano tariffario (S.R.P. 1, 2 e 3); ed una successiva fase di rivalutazione per verificare la corretta collocazione dei pazienti nelle tre tipologie di strutture.

Peraltro, il fatto che taluni Gruppi Appartamento abbiano erogato sino ad oggi prestazioni sanitarie di alta intensità, con livelli intermedi o elevati di intensità riabilitativa e

assistenziale (dunque con un profilo del tutto diverso da quello delle strutture S.R.P.2, livello 2, o S.R.P. 3), non si vede come possa costituire valida obiezione alle ragionevoli finalità di razionalizzazione e di regolamentazione del sistema perseguite dalla Regione attraverso le delibere contestate.

L'intento della Regione, infatti, non è quello di stabilizzare la situazione (eterogenea e irregolare) esistente, quanto invece di ricondurla ad ordine, e gli effetti benefici di tale opera di riordino andranno valutati all'esito della stessa, pur nella consapevolezza delle inevitabili problematicità a carico degli enti pubblici e privati che emergeranno medio tempore nella fase di riorganizzazione complessiva del sistema.

Nondimeno, la rimodulazione delle strutture S.R.P.2 su due livelli di intensità assistenziale, delineata dalla DGR n. 29-3944/2016, ha corrisposto proprio alla specifica

esigenza, avvertita dalle ricorrenti, di tenere conto della eterogeneità tipologica delle strutture socio-riabilitative esistenti (Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio) e della presenza in alcune di esse anche di pazienti affetti da esigenze di carattere sanitario (seppure di minore intensità) non riconducibili alle S.R.P.3.

L'innovazione consente infatti che le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento possano essere ricondotti alla nuova tipologia S.R.P. 2 livello 2, purché garantiscano la copertura h24 risultino avere almeno il 50% dell'utenza con bisogni sanitari.

10. Circa la doglianza secondo cui i nuovi requisiti strutturali imposti agli operatori privati soggetti ad accreditamento risulterebbero di gran lunga superiori a quelli indicati a livello nazionale (d.P.R. 14 gennaio 1997), se ne rileva innanzitutto la sostanziale genericità - non risultando specificati i profili di asserita esorbitanza dei requisiti.

Nel merito è opportuno osservare che il menzionato d.P.R. 14 gennaio 1997 definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi “minimi”, e non massimi, richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Dunque, anche una eventuale eccedenza dei requisiti regionali rispetto ai parametri nazionali, quand'anche effettivamente sussistente, non potrebbe considerarsi ex se illegittima, né le deduzioni contenute in ricorso forniscono argomenti di rilievo per dimostrare l'astratta irragionevolezza delle dotazioni minime imposte alle strutture residenziali dagli atti regionali.

13. La logica di razionalizzazione del sistema e di contemperamento degli interessi primari in esso coinvolti rende ragione anche delle disposizioni dettate in materia di diritto dei pazienti alla libera scelta del loro luogo di cura (ex art. 32 Cost.). La doglianza svolta sul



punto dalle ricorrenti fa riferimento alle previsioni (contenute nell'allegato B, pag. 10 della delibera 19 settembre 2016 n. 29-3944) secondo cui: a) nella scelta della struttura sarà data "priorità alle strutture presenti nella ASL di riferimento, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale"; b) la decisione sulla collocazione dei pazienti, in via preferenziale tra le sole strutture del suo territorio di competenza o, al più, del territorio regionale, è demandata al D.S.M.; c) l'inserimento di pazienti residenti in altre Regioni è contemplata come ipotesi «eventuale ed eccezionale».

Tali disposizioni, a detta delle ricorrenti, entrerebbero in conflitto con l'art. 32 Cost. e con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8-bis, co. 2, nella misura in cui sembrerebbero comprimere il diritto del paziente alla libera scelta del luogo di cura.

L'argomentazione non convince, in quanto omette di considerare che, secondo quanto affermato dalla Corte costituzionale (sent. n. 200 del 2005), la facoltà di libera scelta della struttura sanitaria, alla luce dell'evoluzione della disciplina concernente il sistema di erogazione e retribuzione delle prestazioni specialistiche, non costituisce, nel sistema sanitario nazionale, un principio assoluto, dovendo invece essere temperata con altri interessi, costituzionalmente tutelati, puntualmente indicati da norme di principio della legislazione statale. Dalla evoluzione della legislazione sanitaria (art. 19 della legge n. 67 del 1988; art. 8, comma 5, del d.lgs. n. 502 del 1992; art. 2, comma 8, della legge n. 549 del 1995; art. 32, comma 8, della legge n. 449 del 1997; art. 8-bis, comma 2, del d.lgs. n. 502 del 1992), secondo quanto chiarito dalla Corte costituzionale, emerge che, subito dopo l'enunciazione del principio della

parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell'assistito, si è progressivamente imposto il principio della programmazione, allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica e una razionalizzazione del sistema sanitario, temperandosi, così, il predetto regime concorrenziale attraverso i poteri di programmazione propri delle Regioni e la stipula di appositi "accordi contrattuali" tra le ASL competenti e le strutture interessate per la definizione di obiettivi, volume massimo e corrispettivo delle prestazioni erogabili (cfr. T.A.R. Piemonte, sez. II, n. 1323/2015).

Nel caso di specie, la scelta di privilegiare "l'inserimento del paziente in una struttura ubicata preferibilmente sul territorio di competenza del DSM, o comunque sul territorio regionale", oltre a porsi come criterio derogabile con

scelta motivata (sebbene riferibile a presupposti necessariamente variabili e, quindi, non esaustivamente tipizzabili), appare giustificata dalla esigenza, del tutto ragionevole, di “agevolare il processo di socializzazione e di reinserimento nella comunità locale, oltre che la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale” (cfr. allegato B pag. 9). Detta scelta è inoltre demandata ad una valutazione dell’utente o della famiglia dello stesso, da operarsi sotto la supervisione e con il supporto dell’equipe pluriprofessionale del CSM, quindi senza alcuna imposizione unilaterale da parte della struttura medica di riferimento (cfr. allegato B pag. 10).

Rispetto a questo modello ottimale, la prassi di accogliere nelle strutture piemontesi un numero assai elevato di pazienti provenienti da altre Regioni (secondo quanto emerso all’esito del monitoraggio condotto dagli uffici regionali), presenta il

duplice inconveniente di svilire le finalità di reinserimento sociale del paziente medesimo e di collegamento dello stesso con i servizi dipartimentali (dipartimento di salute mentale, centro di salute mentale, centro diurno, psichiatra di riferimento), oltre che con la rete familiare e quella sociale; e di ampliare in maniera artificiosa il fabbisogno di posti letto piemontese, rendendo così difficile una vera politica di programmazione a livello regionale ed aziendale.

14. Viene quindi in rilievo la censura di difetto d'istruttoria e motivazione dedotta con riguardo alle tariffe definite nella delibera del 2016, contestate in quanto unilateralmente stabilite dalla Regione Piemonte, in assenza di una preventiva consultazione con tutte le parti interessate, e senza alcuna motivata giustificazione dei criteri e delle singole voci di costo prese in considerazione.

A fronte di un tale e inadeguato regime tariffario, sussisterebbe il rischio di un peggioramento delle prestazioni attualmente erogate dalle strutture esistenti, per impossibilità concreta da parte dei gestori privati di garantire lo standard di servizio sinora reso; e, con riguardo alle tariffe riferite alle S.R.P.3, verrebbe a profilarsi un aggravio dell'obbligo di compartecipazione a carico dei Comuni/utenti.

In termini generali deve premettersi che vengono qui in contestazione misure di macro-organizzazione e di razionalizzazione operate nell'ambito di un settore nel quale la Regione gode di un'ampia sfera di valutazione discrezionale, che si esplica attraverso la selezione e il bilanciamento delle varie esigenze rilevanti, ivi incluse quelle di natura finanziaria.

In particolare, in materia di spesa sanitaria l'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502 del 1992 prevede che, con decreto ministeriale, siano stabilite

le tariffe massime ed i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, fermo restando che le tariffe regionali superiori al limite stabilito a livello nazionale restano a carico dei bilanci regionali. È poi previsto che, con le medesime procedure, siano effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

In linea con quanto stabilito dal d.lgs. n. 502 del 1992, l'art. 6 della L.R. Piemonte n. 8 del 1995 (Modalità di definizione delle tariffe per le prestazioni erogate dalle Aziende Sanitarie) stabilisce che<sup>1</sup>. Le tariffe delle prestazioni erogate dalle Aziende Sanitarie e dalle

istituzioni sanitarie pubbliche e private sono definite annualmente dalla Giunta Regionale, in sede di riparto del Fondo sanitario. 2. Nella definizione delle tariffe si deve tener conto dei criteri generali fissati dal Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 8, comma 6, del decreto”.

Dalle richiamate coordinate normative e dalla qualità degli atti regionali adottabili nel settore normativo qui di interesse, deve desumersi che sulle scelte operate dall'ente competente è ammissibile un sindacato sul piano giurisdizionale solo per profili di macroscopica o manifesta illogicità od arbitrarietà, che evidenzino un irragionevole contemperamento degli interessi in gioco o la definizione di assetti di equilibrio palesemente incongrui (cfr. TAR Bari, sez. II, n. 1720/2013; TAR Piemonte, sez. II, n. 531/2013).

I provvedimenti della Regione, come già accennato, per il profilo programmatico e organizzatorio



che li caratterizza, rispondono anche ad un'esigenza prioritaria e ineludibile di riequilibrio della spesa sanitaria, che impone interventi correttivi immediati, con sacrifici posti a vario titolo su tutti coloro che sono presenti nello specifico settore di attività e quindi anche su tutte le strutture convenzionate. Le stesse, d'altra parte, restano libere di valutare la convenienza a continuare ad operare in regime di accreditamento accettando il tariffario imposto, o porsi fuori del Servizio Sanitario Nazionale operando privatamente a favore dei soli utenti solventi (cfr. Ad. Plen. n. 4/2012).

La determinazione tariffaria, quindi, in quanto strettamente correlata con le esigenze di programmazione e sostenibilità finanziaria del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, fa sì che, attraverso la leva delle tariffe il legislatore regionale possa orientare il mercato delle strutture pubbliche e private verso criteri di efficienza e

competitività, ottimizzando il livello delle prestazioni ottenibili in ragione delle risorse disponibili e dell'adeguatezza e appropriatezza delle prestazioni, in un'ottica di contemperamento del diritto alla salute e dell'iniziativa imprenditoriale privata con esigenze di bilancio e di rientro dal debito (Cons. Stato, sez. III, n. 1590/2015).

Nel caso di specie, nel quadro complessivo delle determinazioni assunte dalla Regione non paiono rinvenibili indici di manifesta irrazionalità o disequilibrio, e ciò alla luce sia degli articolati passaggi procedurali e istruttori che hanno orientato le scelte della Regione (riportati più in dettaglio nelle memorie della difesa regionale) - inclusivi di una preliminare ricognizione dei costi delle strutture esistenti; di un loro confronto con le evidenze emerse dall'analisi condotta su altre realtà regionali (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto); di

una successiva scomposizione e stima dei singoli fattori produttivi che concorrono a determinare il costo complessivo del servizio; di un confronto con i prezzi di riferimento in ambito sanitario definiti dall'Anac e con i valori medi dei contratti collettivi di lavoro (inclusivi anche degli istituti contrattuali accessori, quali i turni notturni e festivi).

Le parti qui ricorrenti (comunque rappresentative di una quota minoritaria della totalità degli operatori del settore) non hanno fornito una confutazione analitica del procedimento adottato dalla Regione, attraverso una specifica contestazione della metodologia adottata e delle rilevazioni e delle stime operate in applicazione della stessa - della cui razionalità e veridicità non è dato dubitare in ragione della mera divergenza di cifre emergente dalle quantificazioni di maggiore importo allegate in atti. Deve inoltre considerarsi che il principale dato al quale la Regione

ha ancorato la definizione delle tariffe è costituito dalla rilevazione a della media dei costi determinatisi nella pluriennale attività delle strutture private già esistenti e sino ad oggi operanti. Tale dato è stato poi corretto al rialzo nella DGR n. 29-3944/2016 (e sarà oggetto di revisione in corrispondenza dei rinnovi contrattuali).

Così, ad esempio, nel quantificare i costi del personale si è tenuto anche conto dei contratti in uso presso gli enti gestori, mentre nella determinazione dei costi dell'attività alberghiera sono state considerati anche i costi sino ad oggi sostenuti dalle strutture piemontesi.

La qualità del parametro assunto a riferimento è di particolare pregnanza, poiché nell'esperienza concreta maturata dalle strutture residenziali già esistenti viene ad integrarsi l'incidenza di quel fattore di ottimizzazione della spesa che una stima preventiva e del tutto astratta dei costi non è in grado (ex ante) di cogliere.

D'altra parte, le strutture private accreditate operano nel libero mercato soggetto a dinamiche fluttuanti - certamente valide anche ai fini dell'acquisizione dei fattori di produzione - la cui più concreta ed efficace rappresentazione non può ricavarsi che da una rilevazione statistica e mediana della spesa storica consolidatasi in un arco temporale sufficientemente ampio. Nelle simulazioni dei costi offerte dalle parti ricorrenti - impostate su una composizione di costi astratti e non storicamente sperimentati, desunti da contesti di mercato in parte avulsi da quello specifico della residenzialità socio-sanitaria - non si tiene conto del fatto che gli importi fissati nei provvedimenti impugnati mirano a sollecitare obiettivi di efficienza ottimale e, quindi, anche alla luce dell'esperienza maturata nel settore qui di interesse, a selezionare gli operatori maggiormente in grado di garantire il servizio con modalità competitive

e al contempo adeguate alle esigenze dell'utenza.

Dunque, l'asserita insostenibilità dei costi e l'inadeguatezza in senso assoluto delle tariffe andrebbero dimostrate confutando il dato storico sin qui consolidatosi e facendo riferimento al caso dell'operatore virtuoso, ovvero assumendo un parametro di svolgimento ottimale e altamente efficiente del servizio che, al contrario, non viene preso in considerazione nelle simulazioni e nelle argomentazioni esposte in atti.

La Regione Piemonte ha fatto richiamo nella determinazione delle tariffe anche all'allineamento dei corrispettivi fissati agli importi vigenti in altre Regioni italiane per prestazioni equivalenti. Si tratta di un ulteriore dato munito di particolare e qualificata pregnanza istruttoria, sul quale le parti ricorrenti non hanno fornito alcun argomento critico, in grado di validare, sia pure in termini macroscopici - suscettibili di

apprezzamento nel contesto di un sindacato giurisdizionale sull'eccesso di potere - la complessiva ragionevolezza e sostenibilità dell'impianto tariffario oggetto di contestazione.

Infine, la reale perseguibilità di obiettivi di efficienza compatibili con il regime tariffario approvato è circostanza desumibile dal fatto che gli scostamenti rilevabili tra le tariffe definite dalla Regione e quelle proposte dalle associazioni ricorrenti sono di entità obiettivamente contenuta (si vedano in tal senso le allegazioni fornite nella memoria di parte ricorrente del 4 maggio 2017, pag. 25), il che contraddice ulteriormente la sussistenza di indici sintomatici di un esercizio manifestamente illogico e arbitrario del potere.

Circa l'ulteriore doglianza riferita all'assenza di una adeguata esplicitazione delle ragioni sottese alle determinazioni tariffarie esaminate, non integrabile da una

motivazione postuma affidata a note istruttorie depositate in giudizio, occorre osservare che ai sensi del comma 2 dell'art. 3 della legge 241/1990 "la motivazione non è richiesta per gli atti normativi e per quelli a contenuto generale".

Le delibere impugnate paiono riconducibili alla seconda delle due categorie menzionate, in quanto esplicative di un'attività di pianificazione e programmazione dell'intera rete socio-sanitaria regionale, nel settore della residenzialità psichiatrica, dimensionata su vaste aree di interesse e caratterizzata da un'ampia discrezionalità - sia pure nei limiti delle direttive normative sovraordinate.

Deve quindi ritenersi che le singole scelte compiute dall'amministrazione non necessitassero singolarmente di un'apposita motivazione, oltre quella che si ricava dai generali criteri seguiti nella impostazione



della programmazione nella quale si inscrivono.

Nondimeno, come già esposto, l'allegato D della DGR 29-3944/2016 dà conto dell'attività svolta dalla Regione per approfondire l'analisi dei costi di gestione rendicontati dalle strutture analizzate, e fornisce indicazione dei costi medi riscontrati - comprensivi sia degli oneri sostenuti dalle strutture per l'attività alberghiera (pulizia, pasti, lavanderia, etc.), sia delle spese inerenti le attività di supporto (canone di locazione, manutenzione, utenze, oneri, etc..) (cfr. pagg. 9 – 12 allegato D).

Deve quindi ritenersi che la Regione abbia fornito una base giustificativa delle determinazioni tariffarie adottate, avendole ancorate, essenzialmente, alla media dei costi determinatisi nella pluriennale attività delle strutture private già esistenti e operanti secondo criteri di mercato.

15. Ancora, la lamentata violazione del principio di proporzionalità appare enunciata in termini del tutto generici, sia con riferimento alla asserita esiguità dei margini temporali previsti per le procedure di adeguamento da parte delle strutture private, posto che gli stessi termini iniziali sono stati a più riprese prorogati dalla Regione e nulla più è stato dedotto da parte delle ricorrenti circa l'adeguatezza delle nuove scadenze temporali; sia con riferimento alla gravosità degli oneri di spesa conseguenti alle opere di adeguamento richieste, anche questa paventata in termini astratti (senza cioè riferimento a dati complessivi, riferibili alla globalità degli operatori interessati e quindi apprezzabili sulla scala della programmazione generale che è propria dei provvedimenti gravati) oltre che contraddittori (non si tiene conto, ad esempio, del fatto che la lamentata la contrazione del personale medico specialistico da adibire presso le strutture

residenziali e destinato ad essere sostituito da personale non specialistico, dovrebbe determinare una correlata riduzione di una rilevante voce di spesa per i gestori che ne sono interessati). Più in generale, il sospetto che nel bilanciamento di opposti interessi (pubblici e privati) siano prevalse ragioni di contenimento della spesa pubblica a detrimento delle esigenze di continuità e qualità della cura dei pazienti, è ulteriormente contraddetto dal fatto che il budget assegnato dalla Regione ai servizi territoriali psichiatrici per l'anno 2017 è rimasto invariato rispetto a quello assegnato per l'annualità precedente.

Infine, la lamentata rigidità dei tempi di attuazione della riforma, nel contesto di un quadro regolativo in evoluzione e di non immediata lettura - appare ragionevolmente mitigata dalla previsione di una fase transitoria triennale per l'attuazione del riordino, oltre che dalla istituzione

(con D.D. n. 868 del 22.12.2016) di un tavolo aperto alle associazioni e categorie di settore e deputato al monitoraggio, durante la fase transitoria, sull'applicazione della DGR 29-3944/2016. Le due determinazioni vanno lette nel senso della apertura del percorso applicativo della riforma a possibili modifiche in itinere, anche per ciò che concerne gli incombenti imposti alle strutture private, il che lascia intendere come la Regione abbia scelto - in un'ottica complessiva certamente apprezzabile sotto il profilo del bilanciamento degli interessi - di affidare ad una fase di sperimentazione iniziale la valutazione di eventuali effettiva criticità meritevoli di intervento correttivo.

16. Anche i rilievi di carattere contabile non persuadono.

Le ricorrenti lamentano il fatto che la Regione Piemonte non avrebbe fornito alcuna indicazione relativa all'entità della copertura finanziaria

imposta agli Enti locali per il pagamento della quota sociale. In realtà, la Regione non ha fatto altro che dare seguito a indicazioni normative preesistenti e di rilievo nazionale (prima tra tutte il DPCM 29.11.2001), che già gravavano l'ente comunale della compartecipazione al pagamento della quota sociale della retta delle strutture socio-riabilitative, nei limiti innanzi segnalati. Dunque, in disparte il fatto (in sé irrilevante) che a tale regola non si sia data sino ad oggi alcuna attuazione, deve respingersi in radice l'affermazione secondo cui la Regione avrebbe accollato al Comune una nuova voce di spesa. Dal che consegue che grava sul solo ente comunale, ai sensi degli artt. 153 commi 4 e 5 e 191 del T.U.E.L. (D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i.), la gestione delle problematiche di impegno e di copertura della spesa in oggetto, oltre che di salvaguardia dei propri equilibri finanziari.

Nello stesso senso depone l'art. 35 della legge regionale n. 1/2004, il quale nel prevedere il concorso dei comuni al finanziamento delle spese socio-sanitarie, per la parte riferibile agli interventi sociali, impone agli stessi enti comunali il reperimento e l'iscrizione nel proprio bilancio delle risorse finanziarie necessarie, destinate ad affiancarsi a quelle messe a disposizione dallo Stato, dalla Regione e dagli utenti.

Dunque non pare corretta l'affermazione delle parti ricorrenti - sulla cui base viene argomentata il profilo di contrasto con l'art. 81 Cost. - secondo cui" .. . la Giunta con un atto unilaterale impone una compartecipazione alla spesa di Comuni/Utenti per tutti gli attuali pazienti dei Gruppi Appartamento e delle Comunità protette".

17. Quanto al rischio di disparità di trattamento fra Gestori soggetti o meno ad I.V.A., conseguente alla previsione secondo cui le tariffe "sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli

effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA", si rimanda a quanto già ritenuto da questa sezione sul regime di inclusione dell'Iva nel sistema tariffario remunerativo di prestazioni socio-sanitarie con la pronuncia n. 512/2017.

18. Il fatto, poi, che la D.G.R. n. 14-4590 del 23 gennaio 2017 sia stata adottata in concomitanza temporale con l'approvazione del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (recante l'aggiornamento dei nuovi livelli essenziali di assistenza) non ne comporta automaticamente l'illegittimità, innanzitutto perché il d.P.C.M. da ultimo menzionato è entrato in vigore il 19 marzo (giorno seguente a quello della sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale), quindi in epoca successiva all'adozione della DGR del 2017. Inoltre il nuovo d.P.C.M. è privo, nella materia che qui occupa, dei provvedimenti regionali attuativi, che richiedono, ai sensi del d.lgs. 502/1992, una ulteriore fase

di confronto in sede di Conferenza Stato-Regioni e Regioni-territorio; né le ricorrenti indicano sotto quali specifici profili la delibera regionale risulterebbe in contrasto ( e andrebbe armonizzata) con la nuova normativa in materia di LEA. Per tutte queste ragioni, la censura appare priva di fondamento.

19. Conclusivamente, il ricorso, come integrato dai motivi aggiunti, deve essere integralmente respinto.

Nondimeno, la natura e la complessità delle questioni trattate giustificano la compensazione delle spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Prima), definitivamente pronunciando sul ricorso integrato da motivi aggiunti, come in epigrafe proposto, lo respinge.  
Compensa le spese di lite.



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

Così deciso in Torino nella camera  
di consiglio del giorno 7 giugno  
2017 con l'intervento dei magistrati:

Domenico Giordano,

Presidente

Roberta Ravasio, Consigliere

Giovanni Pescatore, Primo

Referendario, Estensore

<b>L'ESTENSORE</b>	<b>IL PRESIDENTE</b>
<b>Giovanni Pescatore</b>	<b>Domenico Giordano</b>

IL SEGRETARIO

© 2014 - [giustizia-amministrativa.it](http://giustizia-amministrativa.it)

[Mappa del sito](#)

[Guida al sito](#)

[Regole di accesso](#) [Accessibilità](#)

[Condizioni di utilizzo](#) [Informativa privacy](#)