

Pubblicato il 02/01/2020

N. 00002/2020 REG.PROV.COLL.

N. 01553/2017 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 la Lombardia

(Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 1553 del 2017, integrato da motivi aggiunti, proposto da S.I.Me.T (Sindacato Italiano Medici del Territorio) Sezione Regionale per la Lombardia, in persona del legale rappresentante pro tempore, e [REDACTED], rappresentati e difesi dall'avvocato [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], con domicilio eletto presso lo studio dell'avvocato [REDACTED] [REDACTED] in Milano, corso [REDACTED], n. 54;

contro

Regione Lombardia, in persona del Presidente della Giunta *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli avvocati [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] dell'Avvocatura Regionale, con domicilio eletto presso gli Uffici dell'Avvocatura stessa in Milano, piazza Città di Lombardia n. 1;

nei confronti

Agenzia di Tutela della Salute della Montagna, Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo, Agenzia di Tutela della Salute della Citta' Metropolitana di Milano, Agenzia di Tutela della Salute di Pavia, Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria, Agenzia di Tutela della Salute della Brianza, Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana, FIMMG Sezione Regionale per la Lombardia, Snamì Sezione Regionale per la Lombardia, SMI Sezione Regionale per la Lombardia, Federazione Regionale Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri Lombardia, in persona dei rispetti legali rappresentanti *pro tempore*, non costituiti; Ministero della Salute, in persona del Ministro *pro tempore*, e Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente *pro tempore*, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato, con domicilio *ex lege* in Milano, via Freguglia, n.1;

per l'annullamento

quanto al ricorso introduttivo:

- della deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. X/6551 del 4.5.2017, avente ad oggetto: "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n 33/2009", pubblicata sul B.U.R. della Regione Lombardia, Serie Ordinaria, n. 19 del 9.5.2017;
- della Nota del Direttore Generale Welfare della Giunta Regionale della Regione Lombardia, avente ad oggetto: "DGR n. x/6551 del 4 maggio 2017 "riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico di pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 33/2009" - prime indicazioni operative".

quanto al ricorso per motivi aggiunti depositato il 23 marzo 2018:

- della deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. X/7655 del 28.12.2017, avente ad oggetto: "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017",

pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, Serie ordinaria, n. 2 del 12.1.2018;

- dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale valido per l'anno 2018, pubblicato sul BUR della Regione Lombardia, Serie Ordinaria, n. 7 del 15 febbraio 2018, nella parte in cui si prevede la remunerazione del PAI e l'esecuzione del medesimo “nel contesto e con le modalità del modello organizzativo regionale di presa in carico del paziente cronico e fragile adottato in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale sperimentale 23/2015 e validato dall'ATS di riferimento”.

quanto al ricorso per motivi aggiunti depositato l'11 gennaio 2019:

- della Deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n XI/754 del 5.11.2018, avente ad oggetto “Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordine dei Medici Chirurghi e dei Odontoiatri della Lombardia”, pubblicata sul BUR Lombardia, Serie Ordinaria n. 46, del 12.11.2018.

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

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Lombardia, del Ministero della Salute e della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Visti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 19 novembre 2019 la dott.ssa Valentina Mameli e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. Con l'atto introduttivo del giudizio il dott. ██████████ ██████████, medico di medicina generale presso l'ATS di ██████████, e il Sindacato Italiano Medici del Territorio – SIMET, sezione regionale per la Lombardia, hanno impugnato la deliberazione della Giunta regionale 4 maggio 2017 n. X/6551, avente ad oggetto: “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge regionale n. 33/2009”, chiedendone l'annullamento previa tutela cautelare.
2. Con la predetta deliberazione la Regione Lombardia, in dichiarata attuazione dell'art. 9 della l.r. 33/2009, come modificata dalla l.r. 23/2015, ha previsto un nuovo sistema di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, tendente al “*superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multi disciplinare dei suoi bisogni al fine di promuovere la dignità della persona e la qualità della vita e quindi la salute nelle sue diverse dimensioni*” al fine dichiarato di “*ripensare l'articolazione della rete dei servizi a partire dal bisogno della persona ed individuare modelli di cura e presa in carico fondati sull'appropriatezza rispetto alla domanda*”. In tale prospettiva l'erogazione dei servizi “*deve essere orientata non solo ad erogare prestazioni in modo appropriato ed efficiente, ma anche a garantire il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura attraverso connessioni e interdipendenze organizzative tra i diversi livelli di erogazione*”. Il nuovo sistema di presa in carica punta ad “*offrire all'individuo e al sistema una gestione efficace delle malattie croniche che richiedono continuità nell'azione di prevenzione e cura, superando il possibile vuoto assistenziale... Tale discontinuità comporta costi, non solo economici, per il malato e la sua famiglia ed evidenzia la necessità di gestire meglio la cronicità in un'ottica di semplificazione per il paziente e la sua famiglia, implementando nel sistema misure che facilitano l'accesso e la continuità delle cure e alleggeriscono parallelamente le procedure amministrative*” (cfr. allegato 1 alla DGR 6551/2017).
3. Con la deliberazione impugnata la Regione ha dichiarato di agire nell'ambito del Piano Nazionale della Cronicità, teso a promuovere interventi basati sull'unitarietà

di approccio per una migliore organizzazione dei servizi e avendo come presupposto l'integrazione delle varie offerte assistenziali secondo un piano di cura personalizzato.

4. Con la DGR n. 6551/2017 è stato individuato il titolare della presa in carico, ovvero il Gestore, che deve garantire il coordinamento dell'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori del sistema.

Il gestore deve essere preventivamente iscritto in un apposito elenco di idonei attivato dalle ATS. La qualifica di gestore è riservata a due sole categorie di erogatori: le strutture sanitarie e sociosanitarie già contrattualizzate con il servizio sanitario regionale e i medici di medicina generale (MMG) organizzati in forme associative quali società di servizio cooperative.

Il medico di medicina generale può partecipare al percorso offrendosi come co-gestore e in tale veste redigere, d'intesa con gli specialisti, il PAI e insieme al gestore e al paziente il patto di cura. Anche qualora non si offra come gestore, in cooperativa, o co-gestore il medico ha diritto di ricevere il PAI redatto dallo specialista del gestore con la possibilità di formulare entro 15 giorni il suo parere in ordine alla previsione prestazionali.

5. Con l'atto introduttivo del giudizio i ricorrenti hanno lamentato la lesione e la dequotazione del ruolo del MMG nella presa in carico del paziente cronico, risultando con il provvedimento impugnato tale medico illegittimamente obbligato dalle disposizioni ivi contenute, travalicanti l'ambito di competenza della Regione, o a svolgere le mansioni proprie in forma associata con altri MMG, o ad assumere il ruolo di co-gestore, così obbligandosi alla definizione del PAI (il piano di assistenza individuale) in collaborazione con altri soggetti; mentre il medico di MMG che non partecipa a tale modello potrebbe continuare a svolgere le funzioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale solo per la parte non relativa alla cronicità.

6. Si è costituita in giudizio la Regione Lombardia, che, oltre a contestare nel merito la fondatezza del ricorso, ne ha eccepito l'inammissibilità per difetto di legittimazione attiva del sindacato ricorrente.
7. Si sono costituiti altresì il Ministero della Salute e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con memoria di mera forma.
8. Con ordinanza n. 1154 del 14 settembre 2017 questo Tribunale ha respinto la domanda cautelare.
 - 8.1. Il Consiglio di Stato sez. III con ordinanza n. 5278 del 6 dicembre 2017 ha accolto l'appello cautelare "*ai fini della sollecita decisione del merito*".
9. Successivamente, con ricorso per motivi aggiunti depositato in data 23 marzo 2018, i ricorrenti hanno impugnato la deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2017 n. X/7655, recante "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della d.g.r. n. 6551 del 4 maggio 2017" nonché l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale valido per l'anno 2018, nella parte in cui si prevede la remunerazione del PAI e l'esecuzione del medesimo "nel contesto e con le modalità del modello organizzativo regionale di presa in carico del paziente cronico e fragile adottato in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale sperimentale 23/2015 e validato dall'ATS di riferimento".
10. All'udienza pubblica del 28 novembre 2018 la causa è stata cancellata dal ruolo su richiesta della parte ricorrente.
11. Con ulteriore ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019 i ricorrenti hanno impugnato la deliberazione della Giunta regionale 5 novembre 2018 n. 754 recante "Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'Assessore al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia", con cui la Regione, anche recependo le

indicazioni delle associazioni di categoria, ha modificato alcuni rilevanti profili del nuovo sistema di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, tanto da eccepire la sopravvenuta carenza di interesse alla decisione.

12. In vista della trattazione nel merito le parti hanno depositato scritti difensivi, insistendo nelle rispettive conclusioni.

13. All'udienza pubblica del 19 novembre 2019 il Collegio, ai sensi dell'art. 73 c.p.a., ha rilevato profili di improcedibilità del ricorso in relazione all'impugnazione della DGR 6551/17 e della DRG 7655/2017, nonché profili di inammissibilità per difetto di giurisdizione in relazione all'impugnazione del contratto integrativo regionale.

14. Indi la causa è stata trattenuta per la decisione.

15. In via preliminare deve essere esaminata l'eccezione sollevata dalla Regione Lombardia fin dalla fase cautelare in ordine all'inammissibilità del ricorso per difetto di legittimazione ad agire del sindacato ricorrente.

15.1. A detta della difesa regionale più medici iscritti al SIME T avrebbero presentato la propria adesione al nuovo sistema di presa in carico, con la conseguenza che l'interesse perseguito dal sindacato non coinciderebbe con quello di tutti i propri associati.

15.2. Sul punto il sindacato ricorrente ha replicato sostenendo l'irrilevanza dell'adesione alla riforma da parte di altre sigle sindacali, così come anche di singoli medici aderenti allo stesso sindacato ricorrente, non potendo tale adesione sanare i numerosi rilevati profili di illegittimità degli atti impugnati.

16. La replica del sindacato ricorrente non coglie nel segno, risultando invece fondata l'eccezione della Regione Lombardia.

17. Deve premettersi, sotto un profilo generale, che il sistema di tutela giurisdizionale amministrativa ha il carattere di giurisdizione soggettiva e non di difesa dell'oggettiva legittimità dell'azione amministrativa, alla stregua di un'azione popolare, e non ammette, pertanto, un ampliamento della legittimazione attiva al di

fuori dei casi espressamente previsti dalla legge (Cons. Stato sez. IV 6 dicembre 2013 n. 5830; sotto tale profilo cfr. anche Ad. Plen. n. 4/2011).

17.1. Con riguardo al tema della legittimazione per la tutela giurisdizionale di interessi collettivi espressi da soggetti esponenziali, quali le associazioni di categoria e gli ordini professionali, la legittimazione ad agire è riconosciuta a tutela dell'interesse collettivo riferibile alla categoria unitariamente intesa, e non già a protezione dell'interesse particolaristico del singolo soggetto che vi appartiene.

17.2. Si è dunque condivisibilmente affermato che le associazioni di categoria sono legittimate a stare in giudizio solo quando venga invocata la lesione di un interesse omogeneo comune all'intera categoria e non anche quando si verta su questioni concernenti singoli iscritti ovvero su questioni capaci di dividere la categoria in posizioni contrastanti. L'interesse collettivo dell'associazione, infatti, deve identificarsi con l'interesse di tutti gli appartenenti alla categoria unitariamente considerata e non con gli interessi di singoli associati o di gruppi di associati (T.A.R. Venezia, sez. I, 25 ottobre 2019, n.1137), non potendo l'associazione agire laddove vi sia disomogeneità delle posizioni al suo interno.

17.3. Infatti se si riconoscesse all'associazione di categoria la legittimazione ad agire anche in questi ultimi casi, si avrebbe una vera e propria sostituzione processuale in violazione dell'art. 81 c.p.c., secondo cui nessuno può far valere in giudizio in nome proprio un diritto altrui se non nei casi espressamente previsti dalla legge (T.A.R. Lecce sez. II 17 novembre 2014 n. 2802; T.A.R. Napoli sez. IV 12 giugno 2014 n. 3242; Cons. Stato sez. V 03 giugno 2013 n. 3033).

18. Ora, nel caso di specie va osservato che, come risulta dal doc. 11 prodotto dalla Regione e non contestato nel suo contenuto dalla difesa del sindacato ricorrente, diversi medici iscritti al sindacato ricorrente hanno aderito, fin dall'esordio (ovvero a seguito della adozione della DGR 6551/2017), al nuovo modello gestionale,

manifestando dunque un interesse contrario a quello azionato con il presente giudizio dal sindacato di appartenenza.

19. In altri termini risulta dimostrata l'eterogeneità delle posizioni assunte dal sindacato e da alcuni medici appartenenti allo stesso e, in ultima analisi, il conflitto di interessi tra l'associazione e alcuni dei suoi iscritti.

20. Tale circostanza porta inevitabilmente all'inammissibilità dei ricorsi in quanto proposti dal sindacato.

20.1. Come già anticipato, l'interesse collettivo di cui sono portatrici le associazioni di categoria si deve identificare con l'utilità giuridica ritraibile, attraverso l'intervento associativo, da parte di tutti e di ciascun consocio, di talché, quando una questione investa anche un numero significativo o elevato di questi ultimi ma per vicende singole di ognuno di essi, non può l'associazione assumere direttamente (ed in via sostitutiva) la legittimazione ad agire anche in questi casi (Cons. Stato sez. III 23 dicembre 2014 n. 6370; sez. V 23 settembre 2010 n. 7074; sez. VI 10 marzo 2011 n. 1540; sez. III, 7 marzo 2012 n. 1301).

20.2. In altri termini le associazioni di categoria sono legittimate ad impugnare unicamente i provvedimenti che ledono le prerogative delle categorie di cui le singole associazioni sono enti esponenziali, laddove facciano valere interessi omogenei degli iscritti, e quindi con l'unico limite dell'assenza di un conflitto di interessi fra singoli iscritti o fra gruppi di iscritti (T.A.R. Lazio - Roma, sez. III 1° febbraio 2019, n. 1295; T.A.R. Lecce sez. II 17 novembre 2014 n. 2802; Consiglio di Stato, sez. IV, 9 febbraio 2012, n. 686), come invece risulta palese nel caso di specie. 20.3. L'ipotesi di conflitto di interessi, infatti, secondo la costante giurisprudenza amministrativa, priva di legittimazione gli enti collettivi (cfr. tra le altre Cons. Stato, Ad. plen. 2 novembre 2015, n. 9).

21. In conclusione per le ragioni che precedono i ricorsi (introduttivo e per motivi aggiunti) devono essere dichiarati inammissibili per difetto di legittimazione ad agire del sindacato ricorrente, limitatamente al sindacato stesso.

22. I ricorsi sono stati altresì proposti da un medico di medicina generale rispetto al quale i gravami sono certamente ammissibili. Va precisato che le impugnazioni proposte nell'ulteriore qualità di responsabile regionale Area medicina generale del SIMET Lombardia vanno invece dichiarate inammissibili, trattandosi di un'ipotesi di rappresentanza dell'associazione di categoria, che patisce degli stessi profili di conflitto di interessi con gli associati poc'anzi rilevati.

23. Ora, va osservato che la "riforma" del sistema di presa in carico dei pazienti cronici e fragili ha visto il susseguirsi di diversi provvedimenti regionali.

23.1. In particolare con la deliberazione n. 754/2018 - impugnata con il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019 - la Regione ha modificato rilevanti profili rispetto al nuovo sistema di presa in carico, pur confermando l'impianto dello stesso.

23.2. Precisamente, ma in modo schematico, con la DGR n. 754/2018 sono state apportate le seguenti modifiche, stabilendo che:

- diversamente da quanto era stato previsto con la DGR 6551/2017 anche il MMG singolo può aderire al nuovo sistema di presa in carico, così assumendo il ruolo di *clinical manager* del suo assistito e redigendo di norma il PAI (Piano di Assistenza Individuale);

- il PAI, documento di natura esclusivamente clinica che rappresenta un documento di pianificazione delle attività sanitarie e socio sanitarie per la presa in carico del paziente, viene definito dal MMG/PLS *clinical manager* in rapporto extracontrattuale con l'assistito (come recepito negli Accordi integrativi regionali siglati in data 24 gennaio 2018 e 1° febbraio 2018 tra Regione Lombardia e le OOSS dei MMG/PLS la redazione del PAI è remunerata € 10,00 e viene riconosciuta come prestazione

aggiuntiva, inserita nel cedolino con cadenza semestrale quale quota parte della tariffa prevista per la funzione complessiva di accompagnamento alla presa in carico);

- il paziente, al momento della redazione del PAI, sceglie e comunica al MMG/PLS la struttura che fungerà, tramite il proprio centro servizi, da Gestore, affinché svolga le funzioni di accompagnamento della presa in carico definite dalla DGR n. 6551/2017; la scelta verrà effettuata tra le strutture presenti in un elenco, predisposto dall'ATS, individuato con criteri oggettivi che tengano conto anche delle strutture presso cui il paziente risulta "Frequent User" sulla base dell'analisi dei suoi consumi pregressi e garantendo comunque la libertà di scelta del cittadino.

Questo Gestore assicurerà le funzioni non cliniche di supporto alla presa in carico, ovvero le attività organizzative e gestionali di supporto, quali ad esempio la prenotazione e l'organizzazione delle prestazioni, i contatti col paziente per monitorare l'adesione PAI, recall per appuntamenti fissati, ecc.

- da gennaio 2019 i MMG/PLS in forma singola che decidono di aderire al nuovo percorso devono presentare la propria candidatura a seguito di apposito avviso pubblicato trimestralmente dalle ATS territorialmente competenti.

24. Tuttavia nonostante le modifiche apportate dalla DGR 754/2018 con il ricorso introduttivo e con i successivi ricorsi per motivi aggiunti il ricorrente censura, innanzi tutto e prevalentemente, l'impianto del sistema nella sua essenza.

La contestazione di fondo diretta contro l'architettura del sistema permane, si dipana e viene ribadita nei tre ricorsi, che dunque vanno partitamente esaminati.

25. Va comunque precisato che l'esame dei motivi di gravame va condotto nei limiti dell'interesse di cui è portatore il ricorrente, che agisce nella qualità di medico di medicina generale e che deduce l'esistenza di un pregiudizio alla funzione e alle prerogative del MMG derivante dalla riforma regionale della presa in carico del paziente cronico.

26. *Il ricorso introduttivo.*

26.1. Il ricorso introduttivo è affidato ai motivi di gravame di seguito sintetizzati:

I) carenza di potere o incompetenza regionale all'adozione di norme idonee ad incidere sul rapporto di lavoro con il SSN dei medici di Medicina Generale, per violazione dell'art.117 Cost., degli artt. 25 e 48 della L. n. 833/1978, dell'art. 4 della L. 30.12.1991, n. 412; dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche; dell'art. 40 e successivi del D.lgs. n. 165/2001, dell'art.1 commi 2 e 3 della l. n. 189/2012. Carenza di motivazione e di istruttoria, violazione del giusto procedimento, e dell'art. 3 della l. n. 241/1990:

risulterebbe gravemente lesa e sminuito il ruolo del MMG nella presa in carico del paziente cronico, risultando con il provvedimento impugnato tale medico illegittimamente obbligato o a svolgere le stesse in forma associata con altri MMG, o ad assumere il ruolo di co-gestore, così obbligandosi alla definizione del PAI (il piano di assistenza individuale) in collaborazione con altri soggetti; mentre il medico di MMG che non partecipa a tale nuovo modello potrebbe continuare a svolgere le funzioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale solo per la parte non relativa alla cronicità. Il provvedimento risulterebbe viziato da carenza di potere o incompetenza della Regione alla emanazione delle predette disposizioni, considerato in primo luogo quanto stabilito dall'art. 48 della L. n. 833/1978 e dall'art. 8 del D.lgs. 502/1992, che demandano ad accordi collettivi nazionali l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale nonché il rapporto tra il SSN e i MMG. Risulterebbe altresì violato il principio di libera scelta del medico, di cui all'art. 25 della medesima legge. La deliberazione regionale impugnata risulterebbe infine adottata in violazione dell'art. 117 secondo e terzo comma, della Cost., secondo i criteri già in diverse occasioni espressi dalla Corte Costituzionale.

Risulterebbe infatti violato il principio fondamentale in materia sanitaria di cui al ricordato art. 8, comma 1, del D.lgs. n. 502/92, e successive già citate norme, secondo cui il rapporto tra il Servizio sanitario regionale e i medici di MG, rientra, in forza di leggi statali, nella “medicina convenzionata”, e non in un rapporto di dipendenza;

II) Violazione di legge, per violazione degli artt. 7, 8, 9 e 13 della l. 241/90; dell'art 7 della L. r. n. 6 del 18 febbraio 2002; degli artt. 8, 46 e 50 dello Statuto Regione Lombardia; dell'art. 26 ter dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina del rapporto con i Medici di Medicina Generale del 27.5.2009. Eccesso di potere per carenza di istruttoria e di motivazione, violazione del giusto procedimento, violazione dei principi di uguaglianza, imparzialità e buon funzionamento dei pubblici uffici di cui agli artt. 3, e 97, e del diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione:

la deliberazione impugnata sarebbe stata assunta in assenza di idonea fase partecipativa degli enti pubblici interessati e delle organizzazioni sindacali di categoria. Nonostante nella DGR si faccia riferimento ad un coinvolgimento delle OOSS maggiormente rappresentative, solo uno dei sindacati più rappresentativi avrebbe espresso orientamento favorevole alle innovazioni di cui alla deliberazione impugnata, mentre altri, al contrario, avrebbero già proposto, o in corso di proposizione, azione legali per l'annullamento del provvedimento. Il provvedimento sarebbe quindi in contrasto con l'art. 50 del vigente Statuto regionale, che stabilisce, quale criterio generale della programmazione, quello della necessaria concertazione della Regione con le forze sociali ed economiche nonché con le organizzazioni sindacali;

III) Violazione dell'art. 3, 23 e 97 della Costituzione; degli artt. 9 e 10 della legge regionale 30.12.2009 n. 33, così come modificata dalla l.r. n. 23 dell'11.8.2015, e/o illegittimità costituzionale per violazione dell'art. 117, commi 2 e 3, della Cost.

Eccesso di potere per errata individuazione dei presupposti, carenza di motivazione e di istruttoria, illogicità e contrasto con il pubblico interesse:

l'art. 9 della l.r. 33/2009 consentirebbe l'adozione di modelli organizzativi di raccordo e collaborazione, non già di limitazione o privazione delle competenze professionali dei soggetti coinvolti. Il successivo art. 10 della stessa legge richiamerebbe esplicitamente la titolarità dell'erogazione dell'assistenza primaria in capo ai MMG, secondo quanto previsto negli accordi collettivi nazionali e di categoria e dalla normativa statale. Per la denegata ipotesi in cui si ritenessero le predette norme idonee a legittimare la competenza regionale all'adozione dei provvedimenti in esame, le stesse sarebbero incostituzionali per violazione dell'art. 117, secondo comma, lett. l), Cost.;

IV) Violazione degli artt. 3, 23, 32 e 97 della Costituzione; degli artt. 12, 13 bis e 23 bis e ter, 40, 48 e 51 e 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina del rapporto con i Medici di Medicina Generale del 27.5.2009 (quadriennio normativo 2006-2009; biennio economico 2006- 2007); degli artt. 3, 4, 12, 20 e 40 del vigente Codice di deontologia medica; dell'art. 1 della l. 189 del 2012, Eccesso di potere per carenza di motivazione e di istruttoria, errata identificazione dei presupposti:

la DGR impugnata risulterebbe in contrasto con numerose disposizioni dell'Accordo Collettivo nazionale, (artt. 12, 13 bis e 23 bis e ter, 40, 48 e 51 e 54) che hanno come punto centrale che il medico di medicina generale “*assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico*”. Nella delibera regionale la titolarità del processo assistenziale dei pazienti cronici sarebbe affidata invece non più al medico ma al gestore;

V) Violazione dei principi di buon funzionamento dei pubblici uffici, dell'art. 2 della L. R. n. 23 dell'11.8. 2015 e dell'art. 27 del vigente codice deontologico medico: sarebbe violato il principio stabilito dalla norma regionale che separa le funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione. Nella deliberazione

impugnata il processo di cura del paziente cronico e la programmazione dell'intervento assistenziale individuale (PAI) risulterebbero affidate di fatto esclusivamente al gestore, il quale è anche il soggetto che, direttamente o indirettamente, eroga le prestazioni sanitarie.

VI) Eccesso di potere, per errata individuazione dei presupposti e carenza di istruttoria. Violazione dell'art. 32 della Costituzione - Contrasto con l'intesa Stato-Regioni approvata ai sensi dell'art. 8 comma 6 della l. n. 131/2003 dalla Conferenza Stato-Regioni il 10.7.2014 - Patto per la Salute per gli anni 2014-2016; con il Piano nazionale della Cronicità, approvato con l'Accordo fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15.9.2016:

la deliberazione impugnata sarebbe in contrasto anche con il Patto per la Salute 2014-2016, che risulta imperniato sulla figura del medico di medicina generale organizzato in AFT e UCCP e sulla valorizzazione del Distretto, con puntuali e ripetuti richiami alla coerenza con quanto previsto dall'ACN per la medicina generale, e sui Presidi Territoriali/Ospedali di Comunità.

27. Il primo motivo di gravame, così come formulato nel ricorso introduttivo, deve essere dichiarato improcedibile nella parte in cui contesta le "regole" poste affinché il MMG aderisca al sistema di presa in carico, in particolare quanto alla necessità di associarsi con altri medici oppure di partecipare come co-gestore.

27.1. Come già rilevato, con la DGR n. 754/2018 la Regione ha previsto la possibilità che anche il singolo medico possa aderire al nuovo sistema di presa in carico, così assumendo il ruolo di *clinical manager* del suo assistito e redigendo di norma il PAI, senza alcuna necessità che lo stesso si associ con altri medici. La previsione iniziale contenuta nella DGR 6551/2017 è stata dunque superata e sostituita da quanto previsto con la DGR 754/2018.

27.2. Con il primo motivo di gravame poi si deduce l'incompetenza della Regione ad emanare disposizioni che incidono sul ruolo e sulle funzioni del medico di

medicina generale, determinandosi in tal modo la violazione dell'art. 48 della L. 833/1978 e dell'art. 8 del D.lgs. 502/1992, che demandano ad accordi collettivi nazionali l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale nonché il rapporto tra il SSN e i MMG, nonché dell'art. 117 secondo e terzo comma, della Cost.. Risulterebbe altresì violato il principio di libera scelta del medico.

27.3. I profili dedotti con tale motivo di gravame possono essere esaminati congiuntamente al terzo, al quarto e al sesto mezzo, in quanto intimamente connessi. Il Collegio tuttavia non può non rilevare un certo grado di genericità nelle deduzioni impugnatorie, posto che a fronte di un'articolata e complessa architettura del sistema regionale il ricorrente ha formulato generiche contestazioni dell'impianto senza indicare specificamente le singole disposizioni oggetto di censura e le relative ritenute illegittimità.

27.4. Ciò rilevato, va premesso che le deliberazioni regionali hanno il proprio fondamento legislativo nella l.r. 33/2009 che, all'art. 9, come modificato dalla l.r. 23/2015, dispone: *“1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali”*.

Il successivo art. 10 conferma che *“1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.*

2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

a) l'assistenza sanitaria primaria;

b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;

c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali”.

27.5. Le norme regionali tendono ad un modello organizzativo che assicuri l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, mantenendo in capo ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta l'erogazione dell'assistenza primaria.

27.6. Le deliberazioni regionali attuative di tale modello organizzativo appaiono conformi alle previsioni legislative regionali e sono state assunte anche tenendo conto del Piano nazionale delle Cronicità approvato in sede di Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016.

In tale Piano si rileva che la spesa sanitaria per i pazienti cronici e gli anziani si attesta tra il 70% e l'80% della spesa sanitaria complessiva (deve ricordarsi che la spesa sanitaria incide per oltre i due terzi sul bilancio regionale). Anche sulla base di tale dato, destinato inevitabilmente ad aumentare per l'incremento della vita media, con il Piano si promuove l'integrazione delle diverse offerte assistenziali per tali pazienti, per conseguire, certamente, un migliore utilizzo delle risorse, ma anche per rendere più efficace ed appropriata la risposta del sistema all'esigenza sempre più pressante di una certa fascia di pazienti.

27.7. Nella sua costruzione il nuovo modello regionale di presa in carico si pone proprio quale misura organizzativa di *governance* del sistema sanitario, volta ad una maggiore efficacia, sotto il profilo dell'appropriatezza, della continuità

dell'erogazione dei servizi, e dell'efficienza, anche in termini di migliore impiego delle risorse finanziarie destinate alla spesa per i pazienti cronici e fragili.

27.8. Ora, le critiche mosse dal ricorrente a tale sistema muovono da un errato presupposto, ovvero che il ruolo del MMG subisca una *deminutio* nelle proprie prerogative e funzioni.

27.9. Tuttavia la lettura complessiva delle singole disposizioni dell'articolata architettura del nuovo modello portano ad escludere tale assunto, che risulta non dimostrato.

27.10. Nel sistema costruito dalla Regione il medico di medicina generale – anche a prescindere dalle rilevanti modifiche apportate con la DGR 754/2018 – non viene costretto ad aderire al nuovo modello né i pazienti sono obbligati in tal senso. Sotto tale secondo profilo non è ravvisabile alcuna violazione del principio di libera scelta del medico.

27.11. Il medico di medicina generale continua ad avere la responsabilità della competenza clinica in relazione al proprio paziente.

27.12. La doglianza del ricorrente si incentra sul ruolo del gestore, costituito da una struttura pubblica o privata, figura che a suo dire limiterebbe i compiti affidati ai MMG e il diritto degli utenti di scegliere l'erogatore delle prestazioni.

27.13. Ora, come definito dalla DGR 6551/2017, il gestore è il titolare della presa in carico del paziente e garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori. Il gestore può essere una struttura sanitaria, socio-sanitaria accreditata e a contratto o il MMG organizzato in forme associative. Deve assicurare l'intera filiera delle prestazioni, anche specialistiche e di ricovero, che sono state programmate in apposito Piano individuale di cure (PAI) che spetta di norma al medico di medicina generale. Più nel dettaglio al gestore competono attività quali la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei partner di rete, il monitoraggio

dell'aderenza del paziente al percorso programmato, l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI.

27.14. Si tratta, evidentemente, di attività che non competono al medico di medicina generale, che neppure avrebbe mezzi e organizzazione per assolvere a tali compiti.

27.15. Le due figure, gestore e MMG, agiscono quindi in ambiti di competenza differenti che nel sistema si integrano e si coordinano per tendere ad una maggiore efficienza.

27.16. La figura del MMG non viene affatto erosa nelle proprie competenze né lesa nella propria professionalità, essendo invece attore centrale di un complesso modello organizzativo in cui l'integrazione dei diversi livelli di erogazione delle prestazioni è volta a garantire l'obiettivo della prevenzione e della continuità di cura del paziente cronico e/o fragile.

27.17. Sotto altro ma concorrente profilo non sussiste alcuna violazione dell'art. 48 della L. 833/1978 che stabilisce l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale, garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, né dell'art. 8 del D.lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) che prevede che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale (SSN) ed i medici di medicina generale sia disciplinato da convenzioni di durata triennale «conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 [...]».

27.18. La DGR n. 6551/2017 non si occupa del trattamento economico dei medici di medicina generale, di talchè le censure con cui si assume la violazione del principio secondo cui il rapporto tra il Servizio sanitario regionale e i medici di MG rientrerebbe, in forza della predetta normativa statale, nella "medicina convenzionata", e non in un rapporto di dipendenza non hanno alcun fondamento, a margine della loro genericità non avendo indicato il ricorrente da quali singole

disposizioni della deliberazione impugnata si ricaverebbe questa sorta di trasformazione del rapporto dei MMG.

27.19. Non vi è alcuna evidenza nella deliberazione impugnata (come neppure nelle altre gravate con i ricorsi per motivi aggiunti) che la Regione sia intervenuta sul trattamento economico del MMG, non risultando che la mancata adesione del MMG al nuovo sistema comporti una diminuzione del suo trattamento economico (piuttosto, come già accennato, è previsto dall'Accordo Integrativo Aziendale che la redazione del PAI sia remunerata come prestazione extracontrattuale).

27.30. Sulla base di quanto sopra esposto, risulta infondata la doglianza (sia riferita ai provvedimenti amministrativi sia in relazione all'art. 9 della l.r. 33/2009) con cui si deduce la violazione dell'art. 117 comma 2 lett. l) Cost. non avendo la Regione interferito con la disciplina del medico di medicina generale sotto il profilo dell'ordinamento civile. La censura muove, come già rilevato, da un falso presupposto di fatto.

27.31. Va comunque osservato che con particolare riferimento al tema dell'organizzazione sanitaria, la giurisprudenza della Corte Costituzionale, formatasi in relazione all'art. 117 comma 2 lett. l) Cost., ed in particolare alla competenza legislativa a disciplinare l'impiego pubblico regionale, ha costantemente affermato che i profili pubblicistico-organizzativi dell'impiego pubblico regionale *"rientrano nell'ordinamento e organizzazione amministrativa regionale, e quindi appartengono alla competenza legislativa residuale della Regione"* (sentenze n. 241 del 2018; n. 149 del 2012).

27.32. Piuttosto la disciplina oggetto del giudizio – fin dal suo presupposto legislativo – rientra nella previsione di cui all'art. 117 comma 3 Cost. ovvero nella materia "tutela della salute", di competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni.

La giurisprudenza della Corte Costituzionale ha ascritto all'ambito di tale materia, e dunque all'ambito della potestà legislativa concorrente di cui al comma 3 dell'art. 117 Cost., per quanto qui rileva, i profili organizzativi e gestionali della sanità

regionale che quindi può essere oggetto di differenziazione, ma nel rispetto dei principi fondamentali posti dalle leggi statali (Corte cost., sentenze nn. 150/2010, 245/2010, 59/2015).

27.33. Nessun profilo di incostituzionalità è ravvisabile nell'impianto del nuovo sistema di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, in relazione ai profili di gravame dedotti.

27.34. Per le ragioni che precedono vanno rigettati il primo motivo (per le parti appena esaminate) nonché i motivi terzo, quarto e sesto.

28. Con il secondo mezzo di gravame, il ricorrente deduce la mancata partecipazione delle organizzazioni sindacali nel processo formativo della nuova disciplina.

28.1. A margine dei profili di inammissibilità di tale motivo, posto che il ricorrente agisce quale medico di base (come già rilevato infatti nella qualità di "responsabile regionale dell'area Medicina Generale del Simet Lombardia" il ricorso deve essere ritenuto inammissibile per le ragioni sopra espresse in relazione all'associazione sindacale) e in tale qualità non ha legittimazione né interesse a far valere una censura di tale contenuto, va comunque rilevato che la doglianza è smentita *per tabulas*, avendo la DGR 6551/2017 espressamente dato atto, come lo stesso ricorrente riconosce, che *"le OO.SS. maggiormente rappresentative, coinvolte in una logica di percorso partecipato, hanno condiviso e concordato le modalità degli interventi di cui alle evidenze in atto"*.

29. Infine con il quinto motivo di gravame il ricorrente deduce la violazione dell'art. 2 della L. R. n. 23/2015 ed il principio ivi stabilito di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione.

29.1. Il motivo appare fuori bersaglio.

29.2. A prescindere dalla non pertinenza della norma che si assume violata (che riguarda il nuovo assetto di competenza ripartito tra Agenzie di Tutela della Salute - ATS e Aziende Socio Sanitarie Territoriali - ASST), il principio invocato riguarda profili e fattispecie non pertinenti nel caso in esame, afferendo al riparto delle

funzioni organizzative in materia di programmazione, di competenza della Regione, acquisto delle prestazioni sanitarie e controllo, di competenza delle ATS, e erogazione delle prestazioni, che compete alle strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate con il Sistema Sanitario regionale.

Precisato quanto sopra, non si vede come possa sostenersi che la redazione del PAI sia qualificabile come attività di programmazione che il gestore non potrebbe svolgere sulla base del suddetto principio.

Come già precisato il PAI è un documento di natura esclusivamente clinica di pianificazione delle attività sanitarie e socio sanitarie, che è sempre predisposto da un medico (di medicina generale o specialista, in casi particolari).

30. In conclusione il ricorso introduttivo in parte va dichiarato improcedibile e in parte va rigettato.

31. *Il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 23 marzo 2018.*

31.1. Con il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 23 agosto 2018 il ricorrente ha impugnato la deliberazione della Giunta Regionale n. 7655 del 28.12.2017, recante “Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della d.g.r. n. 6551 del 4 maggio 2017” nonché l’Accordo Integrativo Regionale stipulato il 24 gennaio 2018, nella parte in cui assume come riferimento organizzativo il nuovo modello di presa in carico del paziente cronico/fragile delineato nelle delibere regionali.

31.2. Come rilevato in occasione dell’udienza pubblica, l’impugnazione dell’Accordo Integrativo Regionale va dichiarata inammissibile per difetto di giurisdizione del giudice amministrativo, rientrando la cognizione di tale accordo nell’ambito riservato alla giurisdizione del giudice ordinario in funzione di giudice del lavoro.

31.2. Quanto all’impugnazione della DGR 7655/2018 la stessa sarebbe viziata per illegittimità derivata.

Il ricorrente ripropone analoghi motivi già dedotti con il ricorso introduttivo.

Ne consegue che il rigetto del ricorso introduttivo comporta parimenti la reiezione anche del ricorso per motivi aggiunti.

32. *Il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019.*

32.1. Con il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019 il ricorrente ha impugnato la DGR 754 del 5 novembre 2018, avente ad oggetto “Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'Assessore al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia”.

32.2. Con tale deliberazione la Giunta regionale, facendo espressamente salva l'impostazione generale del processo di presa in carico, ha fornito precisazioni sul ruolo del MMG/PLS, al fine, tra l'altro, di “valorizzare il ruolo di referente clinico svolto dal medico di assistenza primaria”.

Anche il MMG singolo può aderire al nuovo sistema di presa in carico, così assumendo il ruolo di *clinical manager* del suo assistito e redigendo di norma il PAI, documento di natura esclusivamente clinica di pianificazione delle attività sanitarie e socio sanitarie per la presa in carico del paziente, definito dal MMG/PLS *clinical manager* in rapporto extracontrattuale con l'assistito.

32.3. Avverso tale deliberazione il ricorrente ha dedotto i motivi di gravame di seguito riportati, in parte largamente riproductivi di censure già sollevate con gli altri ricorsi e già esaminate. Per ragioni di sinteticità saranno scrutinati singolarmente, facendo rinvio alle argomentazioni già espresse per le identiche censure.

33. Con il primo mezzo di gravame il ricorrente ha dedotto: Incompetenza regionale o carenza di potere all'adozione di norme idonee ad incidere sulle mansioni di cura dei pazienti cronici/fragili e sul rapporto di lavoro dei MMG/PLSS con il SSN; violazione di legge per violazione dell'art. 117 Cost, degli artt. 25 e 48 della l. n. 833/1978, dell'art. 4 della legge 30.12.1991, n. 412; dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del

1992 e successive modifiche; dell'art. 40 del D.lgs. n. 165 del 2001, dell'art.1 commi 2 e 3 della l. n. 189/2012; Violazione degli artt. 2, 3, 12, 13 bis, 26 bis e ter, 40, 48, 51 e 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina del rapporto con i Medici di Medicina Generale del 27.5.2009 (quadriennio normativo 2006-2009; biennio economico 2006-2007). Eccesso di potere per violazione del giusto procedimento. Illegittimità derivata dalle deliberazioni regionali presupposte e dall'AIR valevole per il 2018.

33.1. Con riferimento all'asserita incompetenza della Regione a disciplinare la materia in discussione si rinvia a quanto già esposto (cfr. punti dal 27.4 al 27.34), rammentando che si tratta di riforme organizzative volte a migliorare la presa in carico del paziente cronico/fragile, senza che sia stato diversamente disciplinato "*il rapporto di lavoro con il SSN dei medici di Medicina Generale*" (pag. 8 del ricorso per motivi aggiunti) e senza che le funzioni, le prerogative e il trattamento economico del medico di medicina generale siano stati intaccati.

33.2. In relazione alle censure mosse alla figura e al ruolo del gestore si rinvia a quanto esposto al punto 27.12.

33.3. La ricorrente censura poi la delibera impugnata nella parte in cui (vedasi punto 11 a pag. 14) subordina lo svolgimento delle mansioni di *Clinical Manager* da parte del MMG/PLS alla presentazione di "istanza" all'ATS di riferimento. Si tratta, con tutta evidenza, di una disposizione che prevede un adempimento - certamente non gravoso - che non incide affatto sullo svolgimento delle mansioni del MMG, ma è funzionale all'organizzazione del nuovo modello, particolarmente articolato e complesso.

33.4. L'asserita contrarietà delle disposizioni della deliberazione impugnata con l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale risulta smentita dagli Accordi Integrativi regionali, sottoscritti nel corso del 2018, tenuto conto che l'Accordo Collettivo Nazionale stabilisce all'art. 2 comma 3

che il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

33.5. Il primo motivo di ricorso va pertanto rigettato.

34. Con il secondo motivo di gravame sono stati dedotti: Violazione di legge, per violazione degli artt. 3, 7, 8, 9 e 13 della l. 241/90; dell'art 7 della L. r. n. 6 del 18 febbraio 2002; dell'art. 50 dello Statuto Reg. Lomb.; degli artt. 2 e 3 dell'ACN 23.3 05 integrato con l'ACN 29.7.2009. Violazione o errata interpretazione e applicazione dell'art. 4 l n. 3/18. Eccesso di potere per carenza di istruttoria e di motivazione, violazione del giusto procedimento, violazione dei principi di uguaglianza, imparzialità e buon funzionamento dei pubblici uffici (art. 3, e 97 della Costituzione). Sarebbe mancato, secondo il ricorrente, il coinvolgimento delle associazioni di categoria.

34.1. Si rinvia a quanto già esposto al punto 28.1 tenendo presente che la DGR 754/2018 conferma l'impianto complessivo del sistema, sul quale la maggior rappresentanza sindacale si era già espressa favorevolmente.

35. Con il terzo mezzo di gravame sono dedotti: Violazione degli artt. 3, 32, 97, 117 comma 2 della Costituzione; degli artt. 9 e 10 della l. della Regione Lombardia 30 dicembre 2009 n. 33, così come modificata dalla l. r. n. 23 dell'11 agosto 2015. Violazione dell'art. 2 della L R. n. 23 dell'11.8.2015 e dei principi fondamentali del codice deontologico medico (artt. 3, 4, 20, 23, 30 e 31); degli artt. 24 e 28 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483; art. 5 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484; dell'art. 21 del D.lgs. n. 368 del 1999, e successive modifiche. Eccesso di potere per errata individuazione dei presupposti, carenza di motivazione e di istruttoria, illogicità e contrasto con il pubblico interesse.

35.1. In relazione alla censura secondo cui la possibilità di affidare l'assistenza primaria ad un *clinical manager* diverso dal MMG sarebbe in contrasto con la normativa statale, regionale e con il CCN dei MMG si rinvia a quanto già esposto ai punti dal 27.4 al 27.34, precisando che la DGR 754/2018 ha previsto che il MMG/PLS “*sia di norma il redattore del PAI e clinical manager del proprio assistito, fatta salva la possibilità che in caso di pazienti monopatologici o polipatologici complessi, il clinical manager, inteso come coordinatore della presa in carico, sia il medico specialista di una struttura*”. Deve essere rigettato anche tale mezzo di gravame.

36. Con il quarto motivo di ricorso si deduce la violazione del vigente Piano Nazionale della Cronicità quanto ai compiti del MMG.

36.1. Anche tale motivo non è meritevole di accoglimento, posto che è lo stesso Piano Nazionale a tendere verso una maggiore integrazione dei servizi sanitari per la fascia dei pazienti cronici/fragili, che incidono, come già detto, per il 70/80% della spesa sanitaria, anche attraverso al riorganizzazione delle attività del MMG.

37. Con il quinto motivo di gravame si deducono: violazione dei principi di buon funzionamento dei pubblici uffici di cui agli artt. 3 e 97 della Costituzione. Carezza ed inadeguatezza di motivazione e di istruttoria. Risulterebbe, a detta del ricorrente, una scarsa adesione al sistema, che dimostrerebbe l'insufficiente istruttoria condotta.

37.1. A prescindere dal rilievo che il dato, genericamente riferito, risulta contestato dalla Regione, va osservato che la profonda novità portata dal sistema e il target di popolazione cui è destinato sono elementi che portano ragionevolmente a prevedere una lenta diffusione del nuovo modello, senza che ciò possa condurre ad un giudizio di carezza di istruttoria o di motivazione, valutazione che deve necessariamente esser condotta *ex ante*.

38. In conclusione per le ragioni che precedono anche il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019 va rigettato.

39. Tenuto conto della complessità e della novità delle questioni trattate, le spese di giudizio possono essere compensate tra le parti costituite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sul ricorso introduttivo e sui ricorsi per motivi aggiunti, come in epigrafe proposti,

- li dichiara inammissibili quanto al Sindacato SIMET;
- dichiara in parte improcedibile e in parte rigetta il ricorso introduttivo;
- dichiara in parte inammissibile e in parte rigetta il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 23 marzo 2018;
- rigetta il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019.

Spese compensate.

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

Così deciso in Milano nella camera di consiglio del giorno 19 novembre 2019 con l'intervento dei magistrati:

Ugo Di Benedetto, Presidente

Stefano Celeste Cozzi, Consigliere

Valentina Santina Mameli, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE
Valentina Santina Mameli

IL PRESIDENTE
Ugo Di Benedetto

IL SEGRETARIO