

**CONSIGLIO DI STATO – Sezione III – sentenza n. 3844 del 18 maggio 2021**

**IL CONSIGLIO DI STATO "PROMUOVE" IL GESTORE DEI PAZIENTI CRONICI**

*La figura di gestore del paziente cronico «non depotenzia» il medico di medicina generale in quanto le due figure agiscono in ambiti differenti e «si coordinano per tendere ad una maggiore efficienza». Il gestore del paziente cronico «organizza i servizi sanitari e sociosanitari necessari al paziente cronico», mentre il MMG «continua ad avere la responsabilità della competenza clinica in relazione al proprio paziente».*

*Lo prevede la deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. X/6551 del 4 maggio 2017 recante "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", e la nota operativa adottata in pari data dal Direttore Generale Welfare della Giunta regionale. Provvedimenti che non arrecano alcun «pregiudizio alla funzione e alle prerogative del MMG derivante dalla riforma regionale della presa in carico del paziente cronico» e che sono «conformi» alle previsioni legislative regionali e al Piano nazionale delle cronicità approvato in sede di accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 15 settembre 2016.*

*Lo ha stabilito il Consiglio di Stato che ha confermato la pronuncia con la quale il Tar Lombardia aveva dichiarato in parte inammissibili e in parte infondati i ricorsi i proposti contro tali provvedimenti dal Sindacato Italiano Medici del Territorio - S.I.Me.T e da un medico di medicina generale.*



**Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) ha pronunciato la presente**

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 4734 del 2020, proposto da S.I.Me.T (Sindacato Italiano Medici del Territorio) Sezione Regionale per la Lombardia, in persona del Segretario regionale pro tempore, e da Antonio Sabato, e da Sabato Antonio (in proprio quale medico di Medicina Generale in servizio presso l'ATS di Pavia), e in qualità di Responsabile Regionale Area Medicina Generale del S.I.M.e.T. Lombardia, entrambi rappresentati e difesi dall'avvocato Maria Grazia Tinarelli, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

**contro**

Regione Lombardia, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dagli avvocati Sabrina Gallonetto, Maria Emilia Moretti, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio dell'avv. Stefano Gattamelata in Roma, via di Monte Fiore 22;

Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliataria *ex lege* in Roma, via dei Portoghesi, 12;

***nei confronti***

Agenzia di Tutela della Salute della Montagna, Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo, Federazione Regionale Ordine dei Medici e Odontoiatri della Regione Lombardia, Agenzia di Tutela della Salute di Pavia, Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana, Agenzia di Tutela della Salute della Brianza, Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria, Agenzia di Tutela della Salute della Citta' Metropolitana di Milano non costituiti in giudizio;

***per la riforma***

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (Sezione Terza) n. 00002/2020, resa tra le parti.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

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

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 25 marzo 2021 il Cons. Giovanni Tulumello e uditi per le parti gli avvocati Maria Grazia Tinarelli, Sabrina Gallonetto, Maria Emilia Moretti e l'Avvocato dello Stato Beatrice Gaia Fiduccia;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

**FATTO e DIRITTO**

1. Con ricorso in appello notificato il 10 giugno 2020 e depositato il successivo 16 giugno, il sindacato SIMET e il dott. Antonio Sabato hanno impugnato la sentenza del TAR Lombardia, sede di Milano, n. 2/2020.

Si sono costituiti in giudizio, per resistere al ricorso, la Regione Lombardia, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero della Salute.

Con ordinanza n. 1097/2021 è stato disposto il rinvio all'udienza del 25 marzo 2021, per trattazione congiunta con il ricorso – connesso - n. 7772/2020.

Il ricorso è stato trattenuto in decisione all'udienza del 25 marzo 2021, svoltasi ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2020 n. 28, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2020, n. 70, e dell'art. 25 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, attraverso collegamento in videoconferenza secondo le modalità indicate dalla circolare n. 6305 del 13 marzo 2020 del Segretario Generale della Giustizia Amministrativa.

2. Gli odierni appellanti, nelle rispettive qualità (come indicate in epigrafe), hanno impugnato davanti al TAR Lombardia, sede di Milano, nel giudizio di cui al ricorso rubricato al n. 1553/2017, i seguenti provvedimenti:

2.1. con il ricorso introduttivo:

2.1.1. la deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. X/6551 del 4.05.2017, 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 BUR della Regione Lombardia, Serie Ordinaria, n. 19 del 9.05.2017;

2.1.2. la 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".

2.2. con il ricorso per motivi aggiunti depositato il 23 marzo 2018:

2.2.1. la 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 12.01.2018;

2.2.2. l'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".

2.3. con il ricorso per motivi aggiunti depositato l'11 gennaio 2019:

2.3.1. la 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 deli Odontoiatri della Lombardia", pubblicata sul BUR Lombardia, Serie Ordinaria n. 46, del 12.11.2018.

3. Il TAR Lombardia, con la sentenza n. 2/2020, impugnata nel presente giudizio:

- ha dichiarato inammissibile il ricorso introduttivo e i connessi motivi aggiunti proposti dal sindacato SIMET;

- ha dichiarato in parte improcedibile, e in parte ha rigettato, il ricorso introduttivo proposto dal dott. Antonio Sabato;

- ha dichiarato in parte inammissibile, e in parte ha rigettato i motivi aggiunti depositati il 23 marzo 2018;

ha rigettato i motivi aggiunti depositati l'11 gennaio 2019.

4. Gli appellanti hanno contestato con il ricorso introduttivo proposto nel giudizio di primo grado la legittimità dei provvedimenti con i quali la regione Lombardia ha modificato l'organizzazione dei servizi relativi al Piano nazionale della Cronicità, lamentando in sostanza, come riporta la sentenza gravata, "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 potreb-

be continuare a svolgere le funzioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale solo per la parte non relativa alla cronicità”.

4.1. Il TAR ha dichiarato anzitutto il difetto di legittimazione attiva, e la conseguente inammissibilità in parte qua del ricorso introduttivo, del SIMET.

Per la medesima ragione ha ritenuto inammissibile il ricorso proposto dal dott. Sabato in qualità “di responsabile regionale Area medicina generale del SIMET Lombardia”, mentre ha ritenuto ammissibile il ricorso dallo stesso proposto in qualità di medico di medicina generale, laddove tale gravame “deduce l’esistenza di un pregiudizio alla funzione e alle prerogative del MMG derivante dalla riforma regionale della presa in carico del paziente cronico”.

4.2. Il primo giudice ha quindi dichiarato improcedibile il primo motivo del ricorso introduttivo “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”, alla luce della nuova regolamentazione del servizio contenuta nella successiva DGR 754/2018.

4.3. Il TAR ha poi rigettato i motivi (primo, terzo, quarto e sesto) del ricorso introduttivo con cui si contestava la competenza regionale a regolare le funzioni del medico di medicina generale, rinvenendo il fondamento normativo di tale potere negli artt. 9 e 10 della legge regionale della Lombardia n. 33/2009, ed osservando peraltro che “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 Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016”.

4.4. Il primo giudice ha inoltre affermato, nel merito, che “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”, osservando che il medico di medicina generale “continua ad avere la responsabilità della competenza clinica in relazione al proprio paziente”, e “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”.

Quindi - preso atto che “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” – il TAR ha affermato che “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”.

4.5. Il TAR ha quindi escluso che i provvedimenti impugnati possano aver inciso sul trattamento economico dei medici di medicina generale, sicché è stata respinta la censura “con cui si deduce la violazione dell’art. 117 comma 2 lett. 1) 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”: fermo restando che comunque la giurisprudenza costituzionale relativa al richiamato titolo competenziale ha 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)”.

La sentenza gravata – nel rigettare i quattro motivi del ricorso introduttivo di primo grado sopra richiamati - ha quindi osservato che “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”.

4.6. Il TAR ha respinto anche il secondo motivo del ricorso introduttivo, con il quale si contestava “la mancata partecipazione delle organizzazioni sindacali nel processo formativo della nuova disciplina”, nonché il quinto motivo del medesimo ricorso, relativo alla pretesa “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”.

4.7. Quanto al ricorso per motivi aggiunti depositato il 23 agosto 2018, e rivolto contro 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 contro 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, il TAR ha respinto i motivi di ricorsi rivolti (per illegittimità derivata) contro il primo provvedimento, ed ha dichiarato il proprio difetto di giurisdizione in merito all’impugnazione del secondo.

4.8. Il TAR ha infine rigettato il ricorso per motivi aggiunti depositato in data 11 gennaio 2019.

5. Il primo motivo del ricorso in appello contesta la sentenza impugnata nella parte in cui ha escluso la legittimazione del SIMET.

Il mezzo è infondato sia perché gli argomenti di censura non superano le condivisibili argomentazioni esposte dal TAR nel capo di sentenza in questione, sia – soprattutto - alla luce della sentenza di questa Sezione n. 2095/2021, intervenuta nella medesima materia, che il Collegio condivide e alla quale per brevità rinvia.

Va peraltro osservato che il dott. Sabato non agisce lamentando una concreta lesione derivante dall’attuazione dei provvedimenti regionali, ma facendo valere, ancorché *uti singuli*, un interesse “di categoria”: il TAR ha infatti chiarito che il ricorso dallo stesso proposto “deduce l’esistenza di un pregiudizio alla funzione e alle prerogative del MMG derivante dalla riforma regionale della presa in carico del paziente cronico”.

L’odierno appellante, peraltro, lamenta l’illegittimità di un modello al quale non risulta (o quanto meno, non vi è prova) che abbia aderito.

Vero è che egli lamenta gli effetti dell’alternativa adesione/mancata adesione: ma nell’ottica della lesione concreta ed attuale del proprio interesse propone una serie di censure “di sistema”, e per tale ragione sembrerebbe rientrare nel perimetro applicativo del principio enunciato dalla citata sentenza n. 2095/2021.

Le osservazioni svolte in tale pronuncia potrebbero infatti esplicitarsi, *a fortiori*, per il singolo che agisce nell'interesse della categoria, intestandosi la relativa tutela.

Ancorché l'eccezione sollevata in primo grado riguardasse il solo sindacato (sicché può dubitarsi che il relativo passaggio motivatorio della sentenza gravata sia effettivamente dotato di portata decisoria, ovvero sia una semplice presa d'atto della differenza di posizione fra i due originari ricorrenti), nondimeno il capo di sentenza che ammette la sua legittimazione in questa veste non è stato però fatto oggetto di impugnazione incidentale, sicché sul punto si è evidentemente formato un giudicato interno.

Ferma restando l'infondatezza del primo motivo di appello per la parte relativa al Sindacato, il ricorso va dunque esaminato in relazione alla posizione del dott. Sabato.

6. Il secondo, terzo e quarto motivo di appello devono essere esaminati congiuntamente, perché involgono questioni tra di loro connesse.

Con il secondo motivo di appello si deduce “Erroneità della motivazione della sentenza nella parte relativa al rigetto del primo, terzo, quarto e sesto motivo del ricorso” (introduttivo).

6.1. Un primo profilo di censura contesta ancora la competenza regionale, e lamenta inoltre “l'esplicita previsione dell'affidamento della redazione del PAI (Piano di Assistenza Individuale dei pazienti fragili (cronici) ai soli medici di MG che abbiano aderito alla riforma; in evidente contrasto con le norme del vigente Acn, e PNC, che attribuiscono l'intero governo di tali pazienti ai Medici di MG, a prescindere dalla adesione al nuovo sistema”.

6.2. Un secondo profilo di censura contesta la sentenza gravata nella parte in cui ha ritenuto non riconducibile ai provvedimenti impugnati una lesione o comunque un ridimensionamento del ruolo del medico di medicina generale.

Il mezzo lamenta in sostanza l'impossibilità di presa in carico dei pazienti fragili “per i Medici di MG che non aderiscono al nuovo modello regionale di presa in carico, in contrasto con le norme statali che riservano tale competenza alla predetta categoria, a prescindere dalla adesione alla riforma”, e contesta il fatto che la delibera regionale impugnata “non elimina, nell'ipotesi di non adesione alla riforma, la perdita, per il Medico di MMG che non aderisca al sistema, della cura dei pazienti cronici che ad esso abbiano aderito”.

In sostanza l'appellante si duole del fatto che i benefici, sia per i medici che per i pazienti, deriverebbero (soltanto) dall'adesione al nuovo modello organizzativo regionale.

6.3. Un ulteriore profilo di censura concerne la remunerazione, che la sentenza gravata ha escluso fosse interessata dai provvedimenti impugnati, e che invece secondo l'appellante lo è, in quanto “la remunerazione del Pai, come prestazione extra contrattuale riservata ai medici che hanno aderito alla riforma risulta invece anzitutto PREVISTA, da una delle delibere impugnature, ovvero dall'allegato I alla DGR 754/2018; nel quale viene altresì riservata ai medici che avranno aderito alla riforma, la ripresa di efficacia ed implementazione di alcune prestazioni aggiuntive (già previste dalla DGR n. X/2989 del 23.12.2014)”.

Si lamenta dunque la violazione del vigente contratto collettivo nazionale, oltre che in generale una diminuzione del trattamento economico.

Si contesta il fondamento, siccome individuato nella l.r. 33/2009.

6.4. Con ulteriore profilo di critica interno al secondo motivo del ricorso in appello si deduce “Erroneità della pronuncia di rigetto del quinto motivo di ricorso ed alla evidenziata palese carenza di motivazione ed istruttoria dei provvedimenti impugnati”.

7. Con il terzo motivo del ricorso in appello si deduce “Erroneità della sentenza nella parte relativa al rigetto del secondo motivo del ricorso e dei motivi aggiunti, concernente violazione dell’art. 26 dell’ACN del 27.05.2009; degli artt. 7, 8, 9, 13 della l. n. 241/90; degli artt. 8,46 e 50 dello Statuto della Regione Lombardia. violazione del giusto procedimento, e dei principi di uguaglianza, imparzialità e buon funzionamento dei pubblici uffici di cui agli artt. 3 e 97 Cost”. La censura è inammissibile nella parte in cui lamenta la lesione delle prerogative del sindacato appellante, carente di legittimazione.

8. Con il quarto motivo del ricorso in appello si deduce “Erroneità della sentenza nella parte relativa al rigetto del VI motivo del ricorso, e dei motivi aggiunti, concernente violazione del vigente Piano Nazionale della Cronicità quanto ai compiti del MMG”.

L’appellante lamenta che “qualora il MMG/PLS non abbia aderito alle nuove modalità di presa in carico, il clinical manager possa di regola essere identificato (quindi anche al di fuori delle ricordate eccezionali ipotesi previsti dal Piano della Cronicità) come uno “specialista individuato sulla base degli assetti organizzativi del gestore”.

9. Tutti tali argomenti di critica alla sentenza gravata, e di censura verso i provvedimenti impugnati in primo grado, si rivelano infondati: essi infatti risentono dell’erronea percezione, già stigmatizzata dalla sentenza di primo grado, del ruolo del medico di medicina generale e di quello del gestore nell’ambito della disciplina recata dagli atti impugnati.

La figura del gestore si fonda evidentemente sulla necessità di un approccio multidisciplinare alla gestione dei pazienti fragili, nell’ottica di una maggiore integrazione dei servizi sanitari: quindi laddove l’appellante lamenta (a pag. 24) che i medici di medicina generale “si ritroveranno del tutto esautorati quanto alla cura delle patologie croniche dei propri pazienti che avranno invece aderito alla riforma; potendo i predetti sanitari, in tale caso soltanto curare eventuali patologie occasionali di tali assistiti”, descrive un effetto dei provvedimenti regionali non contrastante con le competenze mediche (esclusive), e comunque – come meglio si dirà in seguito – conseguente ad una libera scelta dell’assistito.

D’altra parte, l’appellante a pag. 28 ammette che “la possibilità che il MMG sia il redattore del Pai e clinical manager del proprio assistito, in caso di adesione della riforma, non comporta affatto la conformità dell’intero sistema alle norme statali evidenziate nel predetto motivo, residuando, come sopra già esposto, svariate ipotesi in cui il redattore del Piano di cura e coordinatore del percorso assistenziale non sia il medico di MG scelto dal paziente, ma altro medico nominato dal Gestore”: il che implica che comunque la competenza in materia è riservata a un medico.

Va poi osservato che la legge regionale 23/2015, che modifica in parte la l.r. 33/2009, è oggetto di uno specifico protocollo d’intesa tra il Ministero della salute e la Regione Lombardia per disciplinare le modalità di monitoraggio dell’attuazione del modello di assistenza sanitaria, il che appare conforme alla competenza concorrente stabilita in materia dall’art. 117 della Costituzione.

Come dedotto dal Ministero della Salute nella memoria depositata il 30.12.2020, “nella complessa opera di riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo il ruolo dei medici di medicina generale rimane fondamentale. Essi, infatti, possono collocarsi nel percorso di presa in carico secondo differenti modalità: come gestori, organizzandosi con altri MMG, in forme associative, quali cooperative e altre forme previste dalla normativa vigente; quali co-gestori e, in questo caso, redigono, insieme al Gestore, il Piano di assistenza individuale (PAI) e sottoscrivono il Patto di cura; infine, pur non partecipando al modello di presa in carico ma essendo, in ogni caso, destinatari del PAI dei pazienti assistiti, ai fini della necessaria condivisione informativa. Peraltro, per la parte non relativa alla cronicità, il MMG continua a svolgere le funzioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina di base. Nell'impugnata DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017 il ruolo dei MMG, dunque, appare fortemente strategico e, inoltre, coerente con l'attuale assetto organizzativo nazionale”. “Sulla base delle osservazioni svolte non si riscontrano profili di illegittimità nella scelta della Regione Lombardia, tenuto conto che, in ogni caso, l'effettiva riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari è di esclusiva competenza regionale e viene, comunque, riconosciuto negli atti regionali un ruolo specifico del medico di medicina generale”.

9.1. Da tali, condivisibili osservazioni consegue la conferma del dato sopra segnalato, per cui le censure proposte dall'appellante risultano viziata, alla radice, dall'erroneità del loro presupposto interpretativo: quello secondo cui la figura del medico di medicina generale verrebbe svuotata delle sue funzioni e comunque depotenziata.

Così non è, in quanto la redazione dei principali documenti sanitari spetta sempre al medico; laddove al gestore sono demandate attività amministrative finalizzate al coordinamento delle prestazioni terapeutiche ed assistenziali.

Proprio la diversità di tali funzioni elimina in radice la possibilità di un conflitto di interessi, segnalato nell'appello; altresì escluso, come dedotto in memoria dalla Regione appellata, dal fatto che “gli erogatori verranno pagati per le prestazioni che erogano e non avranno a disposizione un budget definito a priori sul quale poter “speculare” (cfr. DGR 6551, allegato 1, paragrafo 4.3 – doc. 6 fasc. di primo grado)”.

Altra questione, evidentemente, è quella relativa al profilo dell'efficacia in concreto, nell'ottica del risultato, del modello contestato: profilo che però, all'evidenza, esula dall'ambito del sindacato di legittimità.

9.2. D'altra parte la libertà di adesione o meno a tale modello, sia per il medico di medicina generale che per il paziente, salvaguarda la sfera di libertà che l'appellante ritiene viceversa minacciata.

Non è poi corretto affermare che l'adesione del paziente al modello integrato rechi quale conseguenza che il medico di medicina generale che invece non vi abbia aderito non possa più occuparsi della sua cura.

La responsabilità della competenza clinica in relazione al paziente, e l'assistenza primaria, rimangono infatti in capo al medico di medicina generale, pur se nel contesto di un modulo orga-

nizzativo che, per gli aspetti non medici, si avvale anche di altre figure (sarebbe illogico ed irragionevole, nell'interesse pubblico ad una efficace assistenza, pretendere il contrario).

Lo scopo del contestato modello è infatti quello di garantire l'obiettivo della prevenzione e della continuità di cura del paziente cronico o fragile.

L'appellante lamenta a pag. 19 del ricorso in appello che in realtà il medico di medicina generale secondo il modello organizzativo in questione è redattore del PAI e clinical manager del proprio assistito solo nel caso di adesione alla riforma: ancora una volta si pretende, del tutto infondatamente, che, esercitata – in regime di libera scelta - l'opzione negativa, il medico goda comunque dei benefici del sistema cui ha volontariamente deciso di non aderire; il che dimostra già di per sé l'infondatezza di ogni connessa pretesa.

Da una lettura non parziale della disciplina del modello regionale contestato emerge che il medico continua ad avere la responsabilità della competenza clinica in relazione al proprio paziente: ciò che cambia, è che per la cura della propria patologia cronica, il paziente può scegliere di avvalersi di un modulo organizzativo cui delega una serie di attività di programmazione e prenotazione.

10. I rilevati elementi di criticità rendono complessivamente infondati il secondo, terzo e quarto motivo di appello.

Nondimeno, in relazione ad alcuni degli specifici profili dagli stessi dedotti può ulteriormente osservarsi quanto segue.

10.1. Una volta ricostruito correttamente il quadro normativo di disciplina del modello sanitario, ne risulta non intaccato il regime normativo ed economico del medico di medicina generale: il che determina l'infondatezza delle censure relative alla ritenuta invasione da parte della Regione delle competenze statali in materia di "ordinamento civile", nonché di quelle relative al trattamento economico.

In relazione a tale ultimo aspetto, in disparte l'eccezione di inammissibilità sollevata dalla Regione appellata per mancata impugnazione della DGR 1591/2019, va segnalato che i provvedimenti impugnati non incidono sul trattamento retributivo, ad eccezione di quanto previsto per la redazione del PAI (si dispone semplicemente la remunerazione del PAI per il medico che compie tale adempimento in rapporto extracontrattuale con l'assistito): si tratta peraltro, ancora una volta, di una conseguenza della libera scelta o meno.

10.2. La mancata partecipazione al procedimento dei sindacati risulta smentita dal consenso originario fornito, a tale modello di riforma, dalla FNMG e successivamente dalla SNAMI Lombardia (sigle sindacali che, insieme, coprono l'84% degli iscritti).

Inoltre, come dedotto da Regione Lombardia, con successive DGR (n. 7851 del 2018, n. 1590 del 2019), non impugnate, sono stati approvati gli accordi regionali relativi alla redazione e all'aggiornamento del PAI e al "governo clinico" dei pazienti cronici.

10.3. Per quanto riguarda la censura di difetto di motivazione, la stessa è infondata sia perché dai provvedimenti censurati emerge chiaramente, come già riferito, la ragione che ha indotto l'amministrazione ad emanarli; sia perché, trattandosi di atti amministrativi generali, l'art. 3,

comma 2, della legge n. 241 del 1990 stabilisce che “La motivazione non è richiesta per gli atti normativi e per quelli a contenuto generale”.

10.4. Il Piano nazionale della Cronicità indica come obiettivo l’integrazione delle prestazioni relative all’offerta assistenziale, sicché i provvedimenti contestati rappresentano un’attuazione e non una violazione dello stesso.

11. Con il quinto motivo del ricorso in appello si deduce “Erroneità della sentenza, nella parte relativa alla compensazione delle spese relativamente alla dichiarata improcedibilità del IV motivo del ricorso”.

Si lamenta la mancata presa d’atto, sullo specifico punto, della soccombenza virtuale regionale: “La sentenza ha tuttavia ciò nonostante compensato le spese del giudizio, senza tenere conto che tale sopravvenuta improcedibilità derivava dalla modifica del modello organizzativo della riforma, adottata dalla Regione Lombardia in sede di evidente rimozione di prescrizione illegittima, adottata successivamente alla notifica del ricorso introduttivo del presente giudizio (nel quarto motivo del quale era stato evidenziato dai ricorrenti il contrasto della predetta disposizione con l’art. 54 del vigente ACN, secondo il quale le società cooperative che possono essere costituite fra medici di MG non possono fornire prestazioni sanitarie, dovendo assicurare esclusivamente beni e servizi ai medici”.

La censura è infondata.

Le statuizioni della sentenza sono infatti plurime, e per lo più sfavorevoli ai ricorrenti: sicché un’applicazione analitica del principio della soccombenza, quale quella sollecitata nel gravame, avrebbe dovuto condurre ad una condanna alle spese della parte ricorrente in primo grado, piuttosto che alla compensazione.

12. Il ricorso in appello è infondato, e come tale deve essere rigettato.

Sussistono le condizioni di legge, avuto riguardo alla peculiarità della fattispecie, per disporre la compensazione fra le parti delle spese del giudizio.

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

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull’appello, come in epigrafe proposto, lo rigetta.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 25 marzo 2021 con l’intervento dei magistrati:

Michele Corradino,	Presidente
Giulio Veltri,	Consigliere
Paola Alba Aurora Puliatti,	Consigliere
Solveig Cogliani,	Consigliere
Giovanni Tulumello,	Consigliere, Estensore