

**TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE  
PER LA LOMBARDIA**

**Ricorre:**

L'**Associazione Medicina Democratica onlus**, in persona del suo legale rappresentante e Presidente Nazionale e rappresentante legale pro tempore p.t dott. Piergiorgio Duca [c.f. DCUPGR48M05L746L], con sede in Milano, via Carracci 2 [c.f. e 97349700159],

**BARDI Maurizio**, nato a Brescia il 5.10.1957 e residente in Milano via cardinale [c.f. BRDMRZ57R05B157D]

rappresentati e difesi dagli avv.ti Francesco Trebeschi [TRBFNC72M27B157H, fax: 0304079008 pec: francesco.trebeschi@brescia.pecavvocati.it] e Federico Randazzo [RNDFRC75T26B157P, fax: 0304079008 pec: federico.randazzo@brescia.pecavvocati.it], del Foro di Brescia, per mandato in calce al presente ricorso ed elettivamente domiciliata presso il lor studio in Brescia, via delle Battaglie 50, **- ricorrente -**

**contro**

**Regione Lombardia**, in persona del Presidente pro tempore, con sede in Milano, Piazza Città di Lombardia 1 [c.f. 80050050154] **- resistente -**

**nonché contro e nei confronti di**

**Agenzia Tutela della Salute (ATS) Milano – Città metropolitana**, in persona del legale rappresentante p.t., con sede in Milano, corso Italia 19 [c.f. 09320520969]

**Iniziativa Medica Lombarda, I.M.L. società cooperativa a responsabilità limitata**, in persona del legale rappresentate p.t., con sede in Bergamo, Via Daste e Spalenga, 3

**- controinteressata -**

oggetto: definizione di nuovi modelli di presa in carico dei pazienti cronici e fragili  
in punto: annullamento, previa sospensiva e richiesta di abbreviazione dei termini, Delibera della Giunta Regionale 4.5.2017 n. X/6551 pubblicata sul B.U.R.L. serie ordinaria n. 19 del 9.5.2017, e comunque di tutti gli atti preordinati, conseguenti e comunque connessi, tra cui in particolare i provvedimenti e i regolamenti con i quali Regione Lombardia ha disciplinato la presa in carico dei pazienti cronici e fragili

## FATTO

***Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute Onlus***, ha tra i suoi scopi quello di perseguire *la promozione e la tutela della salute in ogni ambito di lavoro, sociale e di vita.*

In base all'art. 3 dello Statuto *l'Associazione tutela questi diritti costituzionalmente garantiti a ogni cittadina e a ogni cittadino, con particolare riferimento alle lavoratrici e ai lavoratori, ai pensionati/e, ai disoccupati/e e alle persone che, loro malgrado, sono escluse, emarginate e discriminate, opponendosi ogni qualvolta questi diritti siano lesi e, in primis, il diritto alla salute (ex art. 32 Costituzione) e il diritto all'ambiente (ex art. 9 Costituzione), con azioni concrete attraverso la promozione di iniziative sociali, culturali, politiche nonché con il ricorso all'Autorità Giudiziaria ogni volta che tali diritti siano violati".*

Tra le principali e prioritarie attività di Medicina Democratica rientrano la lotta contro manovre governative che riducano la possibilità di difesa della salute dei cittadini e possano costituire un attentato ai principi della universalità e democraticità del servizio sanitario pubblico.

Maurizio Bardi è medico di medicina generale (MMG)

Con la DGR 4.5.2017 n. X/6551, pubblicata sul BURL n. 19 s.o. del 9.5.2017, che si propone il *riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 LR 33/2009*, **Regione Lombardia pone**

**in essere una grave lesione del diritto alla salute dei cittadini cronici e fragili, in contrasto con la stessa legislazione regionale e comunque con i principi fondamentali dettati dal legislatore statale che riconoscono la centralità del ruolo del Medico di Medicina Generale nel garantire le cure primarie.**

L'art. 9 della citata L.R. 33/2009, come modificato dalla LR 23/2015 ha, infatti, previsto l'attivazione di nuovi *modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile*, ma non certo lo stravolgimento del ruolo del Medico di medicina Generale MMG.

In base a tale disposizione il Servizio Sanitario Lombardo (SSL) avrebbe dovuto attivare ***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.***

*La Regione a tali fini avrebbe definito in particolare:*

- a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;*
- b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.*

Con la DGR X/6164/2017 la Regione procedeva quindi ad effettuare la cd.

*stratificazione della popolazione assistita, in 5 diversi livelli, assegnando ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità in relazione ai bisogni individuati e segnatamente*

*- Livello 1: prevalenti bisogni di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (integrazione dei percorsi ospedale / domicilio / riabilitazione / sociosanitario);*

*- Livello 2: prevalenti bisogni extra-ospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e semiresidenziali (coordinamento e promozione del percorso di terapia, prevalentemente farmacologica e gestione proattiva del follow-up);*

*- Livello 3: bisogni medio bassi di accessi ambulatoriali integrati (percorsi ambulatoriali riservati / di favore, controllo e promozione dell'aderenza terapeutica)";*

*- Livello 4: soggetti "non cronici" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali, etc.*

*- Livello 5: riguarda la fascia di soggetti che non usano i servizi, ma che sono comunque potenziali utenti del sistema*

Gli utenti che rientrano in uno dei primi tre livelli di domanda, dovrebbero quindi essere presi in carico da dei **“gestori”** ovvero *“soggetti sanitari e sociosanitari accreditati e/o a contratto, in possesso dei requisiti di idoneità alla presa in carico”*

A tali gestori erano quindi affidate le seguenti funzioni:

*- Sottoscrizione del patto di cura con il paziente;*

*- Definizione del piano di assistenza individuale (PAI) comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;*

*- Coordinamento e attivazione integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, sociosanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati*

*- Erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite partner di rete accreditati e/o a contratto;*

*- Monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;*

- *Garanzia della relazione proattiva con il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni/ servizi previste nel Piano di Assistenza;*
- *Garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina;*
- *Case management in raccordo con le professioni sanitarie, in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali e relativa classe di appartenenza.*

Quanto al ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG), la DGR 6164/2017 sottolineava la necessità che lo stesso mantenesse *il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale.*

Era quindi demandato ad un successivo provvedimento l'individuazione dei requisiti di idoneità alla presa in carico che sarebbero dovuti essere garantiti dai soggetti gestori.

Tali requisiti sono ora definiti con l'impugnata DGR 6551/2017, che, non potendo apertamente esautorare il *Medico di Medicina Generale (MMG)*, da una parte ne afferma il ***ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente cronico***, dall'altro, contraddittoriamente, cerca di incasellarlo nel nuovo sistema con funzioni non sue, in contrasto con l'ACN e comunque meramente eventuali di *gestore o co-gestore in collaborazione con altri soggetti gestori.*

Il nuovo ruolo dei MMG è quindi ora declinato, all'all. 1 punto 2.4., secondo le seguenti modalità:

a) il MMG può scegliere di *assumere il ruolo di **gestore** del paziente cronico organizzandosi in forma associata con altri MMG nei modi previsti dalla legge, quali la cooperativa e non singolarmente e garantendo le funzioni e i requisiti previsti per il soggetto gestore con il sup-*

*porto di altri enti erogatori per l'effettuazione delle prestazioni;*

b) Il MMG *singolo può candidarsi come **co-gestore**, redige il PAI e insieme al Gestore sottoscrive il Patto di cura con il paziente; a tal fine comunica formalmente alla ATS la propria disponibilità ad assumere tale ruolo e a collaborare con i soggetti gestori per garantire direttamente alcune prestazioni, tra le quali rientra tipicamente la definizione del PAI;*

c) Al **MMG che non partecipa al modello di presa in carico** infine viene trasmesso dal soggetto gestore, per la condivisione informativa, il PAI dei propri pazienti. Il MMG formula il suo parere, sempre limitatamente alle prestazioni contenute nei set di riferimento; il medico specialista può, motivando, non recepire le eventuali osservazioni fornite dal MMG. In questo caso il MMG ha facoltà di segnalare all'ATS il disaccordo e continua a svolgere le funzioni previste dall'ACN per la parte non relativa alla cronicità;

Alle ATS era quindi assegnato il compito di valutare l'idoneità dei gestori, al fine dell'iscrizione degli stessi in un apposito elenco degli idonei alla presa in carico di durata triennale, sulla base di requisiti oggettivi ivi definiti, il cui possesso dovrà essere dichiarato dagli aspiranti gestori al momento della presentazione della manifestazione di interesse all'ATS

Dall'all. 2 risulta quindi che i soggetti interessati sono tenuti a presentare l'apposita istanza entro e non oltre il **termine perentorio del 31.7.2017**, con la conseguenza che i Medici di Medicina Generale, entro tale data, dovranno formalizzare la propria adesione al sistema.

I provvedimenti impugnati, come quelli presupposti, connessi e consequenziali, anche d'incerta data ovvero non comunicati, sono illegittimi, nulli e gravatori per la ricorrente, che li impugna, pur con riserva d'altri, non appena sarà possibile prendere visione di tutti gli atti del procedimento, per i seguenti:

### ***MOTIVI***

**I: VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 9 e 10 LR 33/2009 INCOMPETEN-**

## **ZA - ECCESSO DI POTERE contraddittorietà, sviamento,**

Si rileva innanzitutto come con l'impugnata deliberazione 4.5.2017 n. 6551, la Giunta Regionale travalichi ampiamente i confini posti dalla stessa legislazione regionale che si propone di attuare.

La LR 33/2009, infatti, non ha messo in discussione né la centralità, né il ruolo né le funzioni dei MMG così come definiti anche dagli Accordi Collettivi di Categoria.

L'art. 10 L.R. 33/2009, così conferma che ***l'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale MMG ... secondo quanto previsto dai LEA e dagli 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.***

Anche con specifico riferimento alle persone fragili e croniche, l'art. 10, prevede che **il MMG partecipi alla presa in carico** secondo i modelli di cui all'art. 9.

Questi ultimi, però come s'è visto in narrativa, pur prevedendo l'adozione di *innovativi 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, e comunque criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata,* in alcun modo autorizzano la Giunta a creare un sistema in cui la *partecipazione alla presa in carico* avviene con forme e funzioni diverse e incompatibili con quelle definite dai LEA e dagli accordi collettivi nazionali e di categoria.

Al contrario al co. 7, l'art. 10 LR 33/2009 dispone in via generalizzata che *le azioni di presa in carico della persona – tutte, senza eccezioni per la cronicità - nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicu-*

*rate dalle AFT e dalle UCCP.*

Totalmente difforme è, invece, il sistema definito dalla DGR 6551 che non solo impone al MMG di optare tra un ruolo, non suo, di *gestore* o *cogestore* e la completa marginalizzazione con la *non partecipazione al modello di presa in carico* (all. 1 p.to 2.4), ma comunque *implica la necessità di ampliare il panorama dei possibili enti gestori, svolto in precedenza dai soli MMG, anche ai medici specialisti ed in genere alle strutture erogatrici (cfr p.to 4.4.)*.

Il MMG perde così il suo ruolo centrale e imprescindibile nella presa in carico divenendo una delle scelte possibili.

*La partecipazione alla presa in carico*, pur imposta dall'art. 10 L.R. 33/2009, dipende dall'adesione ad uno dei primi due modelli – che, comunque, come si vedrà nei successivi motivi, ne stravolgono le funzioni – perché nella terza ipotesi il MMG è relegato alla mera condivisione informativa e alla possibilità di segnalare all'ATS il proprio disaccordo.

Né a diverse conclusioni porta l'esame dell'art. 37 L.R. 33/2009, come ora modificato dalla LR 3.3.2017 n. 6, che pure si limita a prevedere che *La Regione, le ATS, le ASST e le strutture private accreditate di cui all'articolo 8, nei limiti delle rispettive competenze e funzioni, così come definite dal Titolo I, al fine di assicurare l'appropriatezza, la sicurezza, la qualità e l'efficacia delle cure, in coerenza con l'articolo 9, organizzano reti clinico-assistenziali quali modalità di presa in carico della malattia diabetica, della malattia renale cronica e delle malattie croniche a maggior impatto sul SSL e che le reti clinico-assistenziali costituiscono una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale omogenei che mirano anche allo sviluppo dell'innovazione clinico-assistenziale.*

Anche da tali disposizioni non possono ricavarsi né l'esautoramento dei

MMG in merito alla presa in carico dei pazienti cronici, né lo snaturamento delle loro funzioni nella ambito dei nuovi soggetti gestori.

**II: VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 32, 117 co. 3 e co. 2 lett. m) Cost., art. 25 e 48 L. 833/1978, 8, 19 D.Lgs 502/1992, artt. 12, 13 bis, 45 Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale 23.3.2005, integrato dall'ACN 29.7.2009 ECCESSO DI POTERE sviamento, perplessità, contraddittorietà**

Alla luce del riparto delle competenze previsto dall'art. 117 Cost. Compete al legislatore statale la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (co. 2 lett.m) e comunque dei principi fondamentali in materia di tutela della salute (co.3).

Tra tali principi, vanno innanzitutto annoverati quelli ricavabili dalla L.833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue riforme organiche (riforma sanitaria *bis* e *ter*) confluite nel D.Lgs 502/1992, come espressamente previsto dall'art. 19, co. 1, D.lgs. n. 502/1992, *il quale stabilisce che «Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 Cost. e, come ripetutamente evidenziato dalla Corte costituzionale, fa da cornice alle disposizioni di cui all'art. 8 del predetto decreto (e multis C.Cost., sentt. 59/2015, 124/2015, 245/2010 e 150/2010).*

Sulla *competenza statale in materia di determinazione delle prestazioni sanitarie* peraltro si è, da ultimo, pronunciato anche codesto Tribunale (TAR Milano, sent. 10.4.2017 n. 835).

Sotto questo profilo, andrebbe indubbiata la costituzionalità dei citati artt. 9, 10 e 37 LR 33/2009, laddove non dovessero essere interpretati in maniera conforme ai principi fissati dall'art. 25 L. 833/1978 per cui *l'assistenza medico-generica è presta-*

ta dal sanitario scelto come medico di fiducia e dall'art. 8 co. 1 D.Lgs. 502/1992 che definisce l'imprescindibile centralità del ruolo del MMG con rinvio anche agli Accordi Collettivi Nazionali di cui detta i principi che li devono informare.

Tra l'altro, anche *con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica* l'art. 8 co. 1 lett. *f-bis*) riconosce l'imprescindibile ruolo dei MMG prevedendo *la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare con essi accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, , secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale.*

Sulla base di tali principi l'Accordo Collettivo Nazionale, che viene sottoscritto dalle stesse Regioni e che codesto Tribunale ricollega ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 117 co. 2 lett.m) Cost (TAR Milano, Sez. III, sent. 11.3.2011 n. 716), prevede:

- all'art. 13 bis che il MMG **assuma il governo** del processo assistenziale relativo a **ciascun paziente** in carico, facendosi *parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti.*

- all'art. 12 co. 2 lett. g) che il MMG gestisca *contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti*, dovendo, tra l'altro, *fare un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti* (lett.b).

- all'art. 45 che tra *le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria* annovera *quali servizi essenziali: la gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute.*

Funzioni e ruoli con ogni evidenza incompatibili con quelli previsti dalla disciplina impugnata che nel caso di **MMG che non partecipa** al modello di presa in

*carico* inequivocabilmente afferma che continui a svolgere le funzioni previste dall'ACN esclusivamente **per la parte non relativa alla cronicità** dalla quale è totalmente pretermesso, ma comunque in generale con la devoluzione ad un gestore delle medesime funzioni.

**III: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32, 97 e 117 Cost., art. 4 co. 7 L. 412/1991, 8 D.Lgs 502/1992, 17 ACN - ECCESSO DI POTERE, contraddittorietà, sviamento, perplessità**

Tra i principi fondamentali nell'ambito della tutela della salute, richiede, una particolare sottolineatura l'**incompatibilità** del rapporto di servizio con l'esercizio di altre attività che possono configurare **conflitto d'interesse**.

Per l'art. 4 co. 7 L. 412/1991, infatti, *con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso.*

A sua volta, l'art. 17 co. 1 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale ritiene incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal suddetto accordo *il medico che eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il SSN o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interesse con il rapporto di lavoro con il SSN*, incompatibilità estesa dall'art. 17 co. 2 lett. d) anche al medico che *intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ex art. 8 quinquies D.Lgs 502/1992 e s.m.i.*

La Regione sembra ben consapevole del problema, se ripetutamente la DGR 6551/2017, richiede ai MMG *sia nel ruolo di gestori che come co-gestori, la sottoscrizione di*

*una dichiarazione che attesti che non vi siano conflitti di interesse nei confronti dei soli erogatori proposti dall'ATS come idonei alla presa in carico.*

In realtà il conflitto di interessi si rivela strutturale, e certamente non superabile attraverso una semplice dichiarazione.

E' di tutta evidenza il MMG, *gestore* o *cogestore* e, come tale, *titolare* o *compartecipe di quote di imprese che esercitano attività* remunerate dal servizio sanitario, avrà un insopprimibile interesse a indirizzare i propri pazienti cronici e fragili verso quel soggetto gestore di cui sia titolare o contitolare.

Non solo, ove si pensi che remunerazione del gestore è calcolata in funzione delle classi di patologia, è di tutta evidenza come il conflitto di interessi si riverbererà in concreto anche sui singoli PAI e sulle singole prestazioni sulla cui prescrizione penderà l'interesse – opposto a quello del paziente – alla massimizzazione del profitto.

**IV: VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 32, 97, 117 co. 3 e co. 2 lett. m) Cost., art. 25 L. 833/1978, 8 D.Lgs 502/1992, art. 2 co. 1 lett. a) L.R. 33/2009, 40 ACN ECCESSO DI POTERE, contraddittorietà, illogicità, sviamento**

La questione del conflitto d'interessi è, peraltro, strettamente collegata a quella della libertà di scelta, che la delibera impugnata pone in termini contraddittori: se il MMG può optare tra i diversi ruoli (gestore-cogestore-non gestore) ne consegue che tale scelta non è indifferente per il cittadino, che si vedrà in difficoltà a optare per soluzioni diverse vedendo così imitata la propria libertà di scelta, non solo in relazione al termine annuale o alla scelta dei singoli erogatori non collegati con il gestore ma proprio nella scelta del gestore.

Come precisato dall'art. 40 ACN *il rapporto di fiducia tra medico e assistito non può che fondarsi sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci.*

Invero la libertà di scelta è tra i principi cardine del sistema sanitario di *uno Stato come il nostro, organizzato, per fondamentali scelte vergate nella Carta costituzionale, sul pluralismo dei valori, e che mette al centro del rapporto tra paziente e medico il principio di autodeterminazione e la libertà di scelta* (come da ultimo ribadito da Cons. di Stato, sent. 21.6.2017 n. 3058, conf. TAR Milano, Sez. III, sent. 650/2016).

Così, con specifico riferimento alla scelta del MMG, tra i principi fissati dall'art. 8 co.1 D.Lgs. 502/1992 si prevede che tale scelta debba poter essere liberamente effettuata dall'assistito (lett.a) e si pone la necessità di *regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità* (lett. b).

Analogamente, peraltro, tale principio è fortemente impresso anche nel sistema regionale, che tra i principi informativi sanciti dall'art. 2 co. 1 L.R. 33/2009 alla lett. b) annovera il diritto alla *scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL*.

### **ISTANZA CAUTELARE EX ART. 55 c.p.a.**

Come s'è visto in narrativa, la Regione ha impresso al passaggio al nuovo sistema una tempistica incalzante.

In particolare, l'all. 2 della DGR 6551/2017 impone ai soggetti interessati sono tenuti di presentare l'apposita istanza entro e non oltre il termine perentorio del **31.7.2017**, con la conseguenza che anche i Medici di Medicina Generale, e lo stesso ricorrente dott. Bardi, entro tale data, dovranno formalizzare, irreversibilmente, la propria adesione o mancata adesione al sistema.

Oltre *fumus* di cui si è detto, sussiste quindi anche il *periculum* sia *in generale*, a causa del definitivo, irreversibile passaggio al nuovo sistema, che, come s'è visto, pone in essere una grave lesione del diritto alla salute dei cittadini cronici e fragili, esautorando i MMG della propria centralità nella cura della persona e mina alla base il legame fiduciario tra MMG e pazienti imponendo una scelta in strutturale conflitto di interessi, sia, in particolare, per il ricorrente dott. Bardi, che appunto entro il 31.7.2017 sarà chiamato a decidere di aderire o meno al nuovo sistema.

### **ISTANZA DI ABBREVIAZIONE DEI TERMINI EX ART. 53 c.p.a.**

Se, come s'è detto, entro il termine del 31.7.2017 è necessario presentare la richiesta di adesione al nuovo sistema, la fissazione dell'istanza cautelare entro tale data pare necessaria al fine di evitare il definitivo passaggio al nuovo sistema e comunque l'effettuazione di scelte irreversibili da parte dei MMG in merito alla partecipazione al sistema.

A tal fine, non sussistendo i termini ordinari, la scrivente difesa formula istanza di abbreviazione dei termini di legge ai sensi dell'art. 53 c.p.a.

\* \* \* \*

Per i suesposti motivi, e per ogni altro di ragione e di legge, con riserva di altro dedurre e produrre, si confida nell'accoglimento delle seguenti

#### **conclusioni**

*salvis juribus, adversis rejectis*, con rifusione di spese competenze e onorari, voglia il Presidente

***in via cautelare ex art. 53 c.p.a.***, abbreviare i termini per la fissazione della camera di consiglio di trattazione dell'istanza cautelare, al fine di poter ottenere le richieste misure cautelari entro la data del 31.7.2017

voglia quindi il Tribunale:

*in via cautelare ex art. 55 c.p.a.*, sospendere la Delibera G.R. n. 6551 del 4.5.2017, pubblicata sul B.U.R.L. serie ordinaria n. 19 del 9.5.2017 e comunque tutti gli atti preordinati, conseguenti e comunque connessi,

*in via principale* dichiarare irriti, nulli, privi di giuridico effetto e comunque annullare:

- la Delibera G.R. n. 6551 del 4.5.2017, pubblicata sul B.U.R.L. serie ordinaria n. del 9.5.2017

e comunque tutti gli atti preordinati, conseguenti e comunque connessi,

*in via subordinata* rimettere alla Corte Costituzionale la questione di legittimità costituzionale degli artt. 9 e 37 LR 33/2009 stante il contrasto con gli artt. 3, 32, 97 Cost. nonché l'art. 117 co. 3 Cost. in relazione ai principi fondamentali in materia di tutela della salute come si ricavano dall'art. 25 L. 833/1978 e dall'art. 8 D.Lgs 502/1992

\* \* \* \* \*

Ai sensi di legge si dichiara che il presente ricorso ha valore indeterminato e pertanto, ex art. 13 co. 6 bis D.P.R. 115/2002, il relativo contributo unificato ammonta ad € 650,00.

Si producono i seguenti documenti:

1. DGR 4.5.2017 n. 6551 (provvedimento impugnato)
2. Statuto Medicina Democratica
3. ACN

Brescia, 3.7.2017

avv. Francesco Trebeschi

avv. Federico Randazzo