



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE

UFFICIO II – UFFICIO PER LE AUTONOMIE SPECIALI PER L'ESAME

DI LEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELLA LEGISLAZIONE REGIONALE

DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

UMBRIA

Legge n° 22 del 28/10/2024

BUR n°56 del 30/10/2024

ID: UM24022

(Scadenza 29/12/2024)

Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali), concernenti norme per l'istituzione dello psicologo di cure primarie.

Legge UMBRIA n. 22 del 28/10/2024 presenta profili di illegittimità costituzionale con riferimento:

1. all'art. 1, comma 1, primo periodo, di cui si prevede l'inserimento dopo il Capo VI, Titolo XV - Parte I, della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali), che istituisce la figura dello psicologo di cure primarie sulla base della lettera b- quinquies dell'art. 8, comma 1, del dlgs 502/92, inserendo l'art. 176 bis al "Capo VI bis (Norme per l'istituzione dello psicologo di cure primarie)", ponendosi in contrasto con la normativa statale di riferimento, viola il principio fondamentale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica (ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.) e quello relativo alla necessità di preservare l'equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche (ai sensi dell'art. 81 Cost.);
2. all'art. 1, comma 1, quarto periodo, di cui si prevede l'inserimento dopo il Capo VI, Titolo XV - Parte I, della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali), che, nel modificare la L.R. 9 aprile 2015 n. 11, istituisce l'elenco regionale degli psicologi di cure primarie, inserendo l'art. 176 quinquies al "Capo VI bis

(Norme per l'istituzione dello psicologo di cure primarie)"), ponendosi in contrasto con la normativa statale di riferimento, disattende il principio di unicità del rapporto di lavoro, di carattere oggettivo e assoluto, da cui deriva il divieto, per il medico dipendente, in rapporto esclusivo con il SSN, di svolgere contemporaneamente l'attività professionale presso strutture convenzionate, pena la violazione dell'art.117, terzo comma Cost..

(1) La legge regionale in esame istituisce la figura dello psicologo di cure primarie sulla base della lettera b- quinquies dell'art. 8, comma 1, del dlgs 502/92. In particolare, la citata disposizione prevede che la contrattazione collettiva nazionale possa disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) del suddetto articolo 8 sulla base di accordi regionali o aziendali, potendo prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Ciò posto, rispetto all'impianto generale della legge regionale in esame, la Regione non ha chiarito, come richiesto:

- a. il perimetro dell'area della "Organizzazione delle attività dei servizi di psicologia delle cure primarie" - in modo tale da fissare numericamente per ciascun distretto sanitario, il rapporto tra psicologi di assistenza primaria con medici di medicina generale o pediatri di libera-;
- b. la portata delle prestazioni e del servizio che si intende offrire a livello regionale, al fine di scongiurare una possibile estensione, in senso potenzialmente illegittimo, dell'ambito delle attività poste a carico delle risorse destinate alla copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Sul punto, si rammenta, infatti, che gli articoli dal 24 al 31 del DPCM LEA 2017, già definiscono specifiche casistiche di assistenza psicologica a: minori, donne, coppie, famiglie, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbi mentali, persone con disabilità, affette da dipendenze patologiche, con accesso diretto per l'assistito alle prestazioni erogabili.

La Regione non ha dunque specificato se l'ampiezza della offerta di prestazioni dell'istituendo servizio di psicologia di cure primarie fosse coerente con quanto previsto dal DPCM LEA 2017. Qualora infatti si tratti di prestazioni più ampie rispetto a quanto previsto dagli articoli 24-31 del DPCM LEA sembra deporre la previsione regionale della modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti ai sensi dell'art. 176-sexies, comma 4, aggiunto dall'art. 1, comma 1, della legge in esame alla legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 ("Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione la Giunta regionale definisce con propria deliberazione: a) le eventuali modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti; b) le modalità di gestione degli incarichi convenzionali"). La previsione di un'eventuale partecipazione al costo a carico dell'assistito induce, pertanto, a dubitare della circostanza che si tratti di prestazioni ad accesso diretto e dunque riconducibili al citato art. 24 DPCM Lea. Ove invece si tratti di prestazioni riconducibili al DPCM Lea si rammenta comunque che l'eventuale introduzione del ticket non può comunque incidere sul diritto all'esenzione fissato a livello nazionale per alcune categorie, né costituire un ostacolo all'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie incluse nei Livelli essenziali di assistenza. Al riguardo, si evidenzia che, ad avviso della costante giurisprudenza della Corte Costituzionale, la disciplina in materia di ticket, determinando il costo per gli assistiti dei relativi servizi sanitari, non costituisce solo un principio di coordinamento della finanza pubblica diretto al contenimento della spesa sanitaria, ma incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza. La misura della compartecipazione dovrebbe

essere omogenea su tutto il territorio nazionale, giacché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni, considerato che di tale offerta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione (sentenza n. 203 del 2008). Da ciò deriva la potenziale violazione del principio fondamentale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica (ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.) e quello relativo alla necessità di preservare l'equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche (ai sensi dell'art. 81 Cost.);

- (2) Desta, inoltre, perplessità l'art.1 della legge in esame che, nel modificare la L.R. 9 aprile 2015 n. 11, inserisce l'art. 176 quinquies con cui viene disciplinata l'istituzione dell'elenco regionale degli psicologi di cure primarie. La norma regionale di nuova introduzione individua i requisiti che i professionisti devono possedere per essere iscritti nell'istituendo elenco, tra questi, in particolare, il comma 4 prevede che “accedono all'elenco degli psicologi di cure primarie della Regione, gli psicologi e gli psicologi psicoterapeuti che possono documentare l'esercizio di attività almeno annuale, con qualsiasi tipo di contratto, nelle aziende unità sanitarie locali, nelle aziende ospedaliere e nelle strutture accreditate e convenzionate regionali.”

Sul punto, al fine di salvaguardare il principio di unicità del rapporto di lavoro dei professionisti sanitari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, sancito dall'art. 4, comma 7, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991 (“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...(omissis...)”), è necessario che tra i requisiti richiesti per l'accesso ai suddetti elenchi, la Regione indichi espressamente l'assenza di rapporti di lavoro dipendenti a

tempo indeterminato con le strutture del Servizio sanitario nazionale o regionale.

Al riguardo, si rammenta che la Corte Costituzionale ha evidenziato che, col suddetto principio, il legislatore statale ha «inteso garantire la massima efficienza e funzionalità operativa al servizio sanitario pubblico»; allo stesso tempo, il legislatore ha ritenuto che «potesse spiegare effetti negativi il contemporaneo esercizio da parte del medico dipendente di attività professionale presso strutture convenzionate» (sentenza n. 457 del 1993). La portata di detto principio è stata riconosciuta anche dalla giurisprudenza amministrativa (ex multis, TAR Veneto, sezione terza, sentenza 24 luglio 2017, n. 743; TAR Campania, sezione quinta, sentenza 31 gennaio 2013, n. 685; Consiglio di Stato, sezione quarta, sentenze 22 giugno 2004, n. 4463, e 8 maggio 2003, n. 2430) che ne ha più volte sottolineato il carattere oggettivo e assoluto, da cui deriva il divieto, per il medico dipendente, di svolgere contemporaneamente l'attività professionale presso strutture convenzionate oggi accreditate pena la violazione dell'art. 117, terzo comma Cost.

Tanto premesso, non avendo la Regione specificato tra i requisiti la previsione dell'assenza di rapporti di lavoro dipendenti a tempo indeterminato al fine di conformare la disposizione regionale in esame al citato art. 4, comma 7, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991, ne deriva che la norma regionale, laddove prevede che una struttura sanitaria privata accreditata possa avvalersi di medici in rapporto esclusivo con il SSN, viola il principio di unicità del rapporto di lavoro, ex art. 117, terzo comma, Cost.

Flash