



Posizione degli Ordini dei Medici della Emilia-Romagna sul progetto di legge "Modifica art 3, comma 5, della legge regionale 23 dicembre 2004, n 29".

Il progetto di legge della Regione Emilia Romagna (RER) in materia di organizzazione sanitaria (modifica art 3, comma 5, della legge regionale 23 dicembre 2004, n 29), propone l'istituzione di una Direzione assistenziale anch'essa parte integrante della Direzione strategica aziendale. La previsione di una direzione assistenziale, in un percorso presentato in assenza di una preventiva consultazione degli Ordine dei medici, risponde essenzialmente alla necessità di consolidare un modello organizzativo che, fra l'altro, consenta al direttore assistenziale, in stretta sinergia con gli altri membri della direzione aziendale e in attuazione delle direttive del Direttore Generale di concorrere al perseguimento strategico della mission aziendale. Con ciò, garantendo il governo complessivo della funzione assistenziale e assicurando la direzione e la gestione delle risorse professionali di competenza, secondo i principi della autonomia, della responsabilità e della integrazione multiprofessionale, nonché promuovendo lo sviluppo e il mantenimento delle competenze.

Si affiderebbero all'istituendo Direttore Assistenziale, per il tramite di un mero atto aziendale, compiti e funzioni direttamente incidenti sui "processi assistenziali" e riguardanti anche le competenze del medico, ospedaliero o territoriale, a vari livelli di responsabilità. Le modifiche proposte dalla RER in materia d'organizzazione strategica della sanità ospedaliera e del territorio prevede la creazione ex novo di una figura dirigenziale aziendale, non prevista dalle Leggi vigenti. Una situazione che comporta una serie d'interrogativi in ordine della liceità di una Legge regionale che supera quelle vigenti e sul fatto che in ambito di legislazione concorrente tenda a modificare gli assetti organizzativi e gestionali della sanità pubblica. In altre parole, l'istituendo Direttore Assistenziale con un semplice atto aziendale assume compiti e funzioni direttamente incidenti sui "processi assistenziali" e riguardanti quindi anche la sfera di competenza del personale medico tutto, ivi compresi i direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e i dirigenti responsabili di struttura.

Una "questio" non formale che ha portato a valutare in ambito giuridico, dopo la modifica del Titolo V della Costituzione italiana, i limiti e le estensioni della delega legislativa concorrente assegnata alle regioni in materia sanitaria.

Le modifiche partono dall'assegnazione dei compiti e delle mansioni ora in capo all'esistente direttore sanitario all'istituenda figura del direttore delle professioni sanitarie *in coerenza con le strategie complessive aziendali, mirando ad una marcata integrazione professionale, a una flessibilità organizzativa, al fine di ottimizzare i percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali. Nonché di prevedere processi integrati di assistenza, nell'ottica di un miglioramento della qualità dei servizi e dell'appropriatezza, in sintonia del governo dei costi e dell'ottimale gestione delle risorse.*

L'istituzione della figura del direttore assistenziale, così come sembra di capire leggendo il progetto regionale, è **attualmente non necessaria, non utile al concorrere al perseguimento strategico della mission aziendale, la cui introduzione può solo complicare la gestione complessiva delle funzioni assistenziali e della gestione delle risorse professionali, non essendo chiaro il mandato operativo che tale figura avrà nell'attuale modello organizzativo delle aziende sanitarie regionali.**

In primis appare sproporzionato il ruolo assegnato al direttore assistenziale il quale agisce in stretta sinergia con gli altri membri della direzione strategica aziendale e in attuazione delle direttive del Direttore Generale. Appare limitativo pensare che nell'evoluzione di competenze in altri ruoli, sociologicamente pensate da questa regione, si abbia a gestire le risorse umane, *dicotomizzando* inizialmente le figure professionali, sanitarie e mediche, ma in realtà ponendo le basi per una valutazione assistenziale comune e indifferenziata di tutte le figure presenti pur in diverse funzioni.

Appare azzardato pensare che si possa arrivare ad avere, comunque anche teoricamente, un sistema gestito autonomamente da un punto di vista infermieristico e tecnico e clinico, magari con gestione per protocolli, delle persone assistite, e prevedendo un compito "specialistico" del medico. Di fatto istituendo con le competenze acquisite in altri ruoli un'inaccettabile task shifting professionale.

Il passaggio non è indifferente perché le parole hanno un senso e sottintendono idee che le confermino, per cui si prevede, istituendola, una nuova gradazione di responsabilità delegata del Direttore generale (DG) delle aziende sanitarie, istituendo una nuova figura che collabora, ma che in realtà dà un contributo in piena indipendenza, ovvero in autonomia assoluta, al raggiungimento dei fini aziendali non certo senza sovrapporsi alle figure già esistenti.

Appare sproporzionata la visione della direzione infermieristica paritetica alle altre dirigenze, nel loro ambito generale in collaborazione "subordinata" con il direttore generale aziendale, anche perché il direttore sanitario è per funzione propria garante dell'organizzazione medico sanitaria e all'interno del sistema strategico **manca ancora una volta la figura "pura" del Direttore medico, che cooperi per ogni funzione peculiare e complessa nell'ambito delle responsabilità, che non può limitarsi alla mera funzione specialistica di cura.**

Visione miope e non rispettosa dei ruoli e delle responsabilità degli attori della salute pubblica e anche privata, che devono trovare corrispondenza in un'attualità funzionale in cui il ruolo consolidato del medico non può né deve essere messo in discussione, men che meno per motivazioni politiche o economicistiche.

Da qui il dissenso chiaro per ogni modifica degli assetti di tipo asimmetrico e che ancora una volta, come per le voci stipendiali dei medici, non sono proporzionati all'attività svolta e alla loro responsabilità.

In conclusione, pende storicamente, il giudizio di liceità legislativa da parte delle regioni in materia di professioni e tutela della salute, con pronunciamenti attraverso sentenze della Corte fin dalla modifica costituzionale del Titolo V, sulla materia per cui la Regione dovrebbe magari attenersi ai principi fondamentali fissati dallo Stato a lui riservati in via esclusiva¹. Da qui il mutato atteggiamento delle Regioni in tema di gestione decentrata della Sanità e dalla loro attività legislativa autonoma se non coordinata fra tutte le altre Regioni in questo campo così delicato e cruciale.

Inoltre, si ritiene che nell'attuale momento storico, dove le risorse del Recovery plan serviranno per ridisegnare e riprogettare il piano nazionale per la Tutela della salute, l'istituzione di una nuova figura dirigenziale qual è il Direttore Assistenziale appare inopportuna e intempestiva.

Potrebbe essere più coerente con l'attuale situazione sociosanitaria italiana, rinviare l'adozione di tale modifica all'art.3, c.5, legge regionale n 29 del 23.12.2004 a successiva data, cercando un coordinamento nazionale tra le Regioni, nell'ottica del superamento delle diversità regionali in tema di tutela della salute, omogenizzando pur nella diversità dei ruoli e funzioni gli interessi e i valori dei professionisti nell'ambito della migliore risposta alle necessità sanitarie del nostro Paese.

¹ Sul punto la Corte Costituzionale ha espresso la propria posizione, già all'indomani della riforma Costituzionale del 2001 (sent. 282/02), consolidando poi il proprio orientamento con pronunce d'incostituzionalità di leggi regionali che tentavano l'individuazione di nuove figure professionali (Sent. n. 179/08; n. 93/08 e 300/07).