



Professioni sanitarie... non più ausiliarie

Il primo contratto di lavoro privatizzato



Luca Benci*

DOPO UN LUNGO ITER PARLAMENTARE, È STATA DEFINITIVAMENTE APPROVATA

la legge 26 febbraio 1999, n. 42¹ recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". È una legge importante per una molteplicità di aspetti e che riguarda tutte le professioni sanitarie non mediche, con importanti riflessi anche per la professione medica.

Registriamo in primo luogo, non senza una certa soddisfazione, la scomparsa della anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in "principali" e in "ausiliarie", laddove per principali si intendevano la professione di medico, di veterinario, di farmacista e, negli ultimi anni, di odontoiatra, mentre

venivano ricomprese in quella di ausiliaria originariamente le professioni di "ostetrica, assistente sanitaria visitatrice e di infermiera diplomata" e negli ultimi anni tutte le professioni che hanno visto la pubblicazione di un profilo professionale².

La scomparsa del carattere ausiliario, è una conseguenza del processo di professionalizzazione caratterizzato dall'autonomia concessa dai vari profili professionali e dall'istituzione dei diplomi universitari, oltre ovviamente ai passi in avanti fatti in tema di esercizio professionale.

* Giurista, Cedipros, Firenze

1. In Gazzetta Ufficiale del 2 marzo 1999.

2. Elenchiamo i profili pubblicati, seguendo la classificazione che ne ha fatto il recente contratto collettivo nazionale di lavoro (pubblicato per esteso in questo volume), pur essendo questa classificazione eccezionale da diversi punti di vista.

Personale infermieristico: *Infermiere*: DM 739/1994; *Ostetrica*: DM 740/1994; *Dietista*: DM 744/1994; *Assistente sanitario*: DM 69/97; *Infermiere pediatrico*: DM 70/1997; *Podologo*: DM 666/1994; *Igienista dentale*: DM 669/1994.

Personale tecnico sanitario: *Tecnico sanitario di laboratorio biomedico*: DM 745/1994; *Tecnico sanitario di radiologia medica*: DM 746/1994; *Tecnico di neurofisiopatologia*: DM 183/1995; *Tecnico ortopedico*: DM 665/1994; *Tecnico audiometrista*: DM 667/1994.

Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare: DM 316/1998.

Personale della riabilitazione: *Tecnico audioprotesista*: DM 668/1994; *Fisioterapista*: DM 741/1994; *Logopedista*: DM 742/1994; *Ortottista*: DM 743/1994; *Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva*: DM 56/1997; *Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale*: DM 57/1997

Terapista occupazionale: DM 136/1997.

Personale di vigilanza ed ispezione: *Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*: DM 58/1997.

Alcune delle professioni coinvolte saranno sicuramente rimaste deluse dello “stralcio” operato dalla Camera dei deputati e successivamente confermato dal Senato in merito alla mancata istituzione di nuovi albi professionali dei relativi Ordini. La materia, come è noto, si presenta delicata per il dibattito sul ruolo degli Ordini professionali, introdotto dall’Antitrust³ e attualmente è fermo in parlamento il disegno di legge di riforma complessiva di tutti gli Ordini professionali.

Per tre delle professioni coinvolte, e segnatamente la professione infermieristica, ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica, la forte novità di questa legge è data dalla abolizione dei mansionari, come fonte privilegiata da un punto di vista normativo dell’esercizio professionale. È interessante soffermarsi su questo aspetto. L’ultimo comma dell’art. 1 precisa che “Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie.....è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”.

Rispetto al passato, quindi, non ci sarà più una elencazione precisa delle attribuzioni ma tre criteri guida e due limiti. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico. Rispetto alle professioni precedentemente normate dai mansionari vi sono alcune considerazioni da fare. In primo luogo registriamo alcune lacune attuali rispetto ai criteri guida individuati, la prima delle quali è data dalla mancata attivazione dei corsi di “specializzazione”, indicati genericamente come formazione post base dalla legge, corsi che possono connotarsi come frontiera successiva e valutabile per l’esercizio professionale. Non vi sono dubbi che una figura, come per esempio sarà l’infermiere specializzato in area critica, possa vantare e dimostrare maggiori competenze e di conseguenza vedere attribuito a questa figura un’autonomia professionale maggiore rispetto all’infermiere non specializzato. Stesso discorso potrebbe essere fatto anche per le altre professioni.

Altro problema che potrebbe sorgere a livello interpretativo, è dato dalla non esaustività dei profili professionali, in cui anche quelli di più alto livello, non ricomprendono la ricchezza delle situazioni operative e cognitive in cui si trovano operare i professionisti in questione. A tal proposito si pensa a ulteriori atti di tipo regolamentare, da

3. *L’Autorità Garante della concorrenza e del mercato* si è specificamente espressa sulla legge in questione, quando era ancora in fase di gestazione. Nel parere n. 43 del 29 ottobre 1998 l’Autorità ha precisato che “la costituzione di albi ed ordini professionali dovrebbe rivestire carattere del tutto eccezionale, ed essere limitata alle ipotesi in cui si possa ragionevolmente ritenere che, in assenza di un intervento regolamentativo, si verificherebbe una significativa perdita di benessere per i consumatori.....Per quanto concerne le professioni oggetto del disegno di legge, va osservato che attualmente esse possono essere svolte solo in seguito allo svolgimento di un preciso percorso formativo professionale, ovvero con il conseguimento di specifici diplomi universitari e, quindi, sono già oggetto di una regolamentazione sufficientemente idonea a garantire che le prestazioni vengano rese da soggetti qualificati ed in possesso di requisiti ritenuti necessari. Pertanto, l’introduzione di ulteriori vincoli regolamentativi potrebbe tradursi in una limitazione della concorrenza tra professionisti, senza tuttavia apportare benefici aggiuntivi a chi domanda i servizi”.

affiancare al profilo professionale, con il dichiarato intento di porsi come "Regolamento di esercizio" di chiara natura non mansionariale. A tal proposito è circolata la bozza del Ministero della sanità riguardante la professione infermieristica⁴ e una richiesta in tal senso viene fatta anche dalla professione ostetrica. Atti quindi di natura regolamentare per integrare e interpretare in un unico documento i tre criteri guida del nuovo esercizio professionale che però, al momento, non sappiamo se vedranno la luce e se verranno accettati dalle categorie interessate.

Registriamo con soddisfazione anche l'attività di innovazione e di revisione dei codici deontologici da parte delle professioni. Pubblichiamo in questo numero il nuovo codice di deontologia dei logopedisti e degli infermieri. Codici moderni che saranno utili per l'esercizio professionale.

Oltre ai tre criteri guida la legge pone anche due limiti: il limite delle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati. Il limite dell'atto medico si connota per la sua difficile individuazione per motivi che potremmo definire storici, in quanto nel nostro ordinamento da sempre vi è una sorta di equivalenza tra l'atto sanitario e l'atto medico. Equivalenza che ha trovato recentemente anche l'avallo della giurisprudenza della Suprema corte di cassazione che ha avuto modo di precisare che "solo una fonte normativa può

consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali"⁵.

A fronte di una situazione di equivalenza, venuta meno, tra atto sanitario e atto medico, risulta non facile il lavoro dell'interprete per l'individuazione degli atti di non esclusiva competenza medica e certo può esserci un certo rischio di ondeggiante giurisprudenza sul punto. Appare chiaro che il nostro ordinamento è passato da una situazione di evidente rigidità interpretativa, caratterizzata dall'esistenza stessa di mansionari, a una situazione di maggiore flessibilità, con una interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura in modo non precostituito, ma destinato a letture di carattere storico-evolutivo, con particolare riguardo alla evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

La nuova situazione si presenta pressoché antitetica rispetto all'interpretazione tradizionale della Suprema Corte di Cassazione che considerava vincolante per l'esercizio professionale il possesso del titolo e dell'abilitazione arrivando ad affermare che dovevano "considerarsi irrilevanti la perizia, la capacità e l'abilità del soggetto"⁶, criteri che oggi vengono invece posti, come abbiamo visto, come criteri guida per l'esercizio professionale.

È anche vero che i tradizionali ambiti

4. Il riferimento è alla bozza di lavoro del Ministero della sanità - Dipartimento professioni sanitarie umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale denominata *Regolamento concernente il campo di attività professionale dell'infermiere*.

5. Corte di Cassazione, sez. VI, 21 febbraio 1997. La sentenza si riferiva ad un caso di esercizio abusivo di professione, contestato a un biologo che effettuava prelievi ematici. La Corte ha stabilito che "nessuna fonte normativa, primaria o regolamentare, abilita i biologi ad effettuare prelievi di sangue finalizzati all'analisi", non riconoscendo quindi tale attribuzione come lecita ai biologi.

6. Cassazione penale, 9 gennaio 1966, n. 383.

peculiari della professione medica sono da sempre, nella pubblicistica, nella trattatistica e nella giurisprudenza individuati come l'ambito della diagnosi e della cura⁷. Limiti, insopprimibili dell'attività medica, ma non sempre esclusivi. I riferimenti, anche normativi, in questi anni non sono mancati⁸, tanto da poter azzardare ad affermare che le norme contenute nella legge appena approvata costringono a un ripensamento e a un ridisegnamento delle competenze delle professioni sanitarie non mediche con la professione medica, visto anche il disposto finale della legge che precisa che l'esercizio professionale deve avvenire "nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". Il percorso professionalizzante comune alle professioni non mediche che ha visto tutti i passaggi essenziali - formazione universitaria, pubblicazione del profilo professionale, abolizione degli eventuali mansionari -, la soppressione del carattere di ausiliarità portano le professioni sanitarie a esercitare a due livelli: un livello autonomo e uno collaborante.

A titolo di esemplificazione, in relazione a quanto disposto dai vari profili professionali, possiamo evidenziare in alcune professioni i livelli appena visti. Nella professione ostetrica il livello autonomo è sottolineato nel primo

comma dell'art. 1 del D.M. 14 settembre 1994, n. 740 laddove si precisa che l'ostetrica "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza la neonato". Il limite dell'atto medico viene da sempre individuato nel parto non fisiologico, nel quale l'attività collaborante dell'ostetrica deve essere indirizzata, previa una precoce individuazione delle complicanze, verso l'attività del medico-ostetrico, in un rapporto di collaborazione tra professionisti. È utile ricordare che il summenzionato profilo richiede all'ostetrica la capacità e le conoscenze di praticare "ove occorra, le relative misure di particolare emergenza".

Nella professione infermieristica, il livello autonomo è dato in primo luogo dal disposto contenuto nel primo articolo del D.M. 14 settembre 1994, n. 739 nella parte in cui si precisa che l'infermiere "è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'attività collaborante viene invece sottolineata dal terzo comma, punto a) dello stesso articolo laddove viene sottolineata la funzione integrante medico-infermiere, quando si specifica che l'infermiere "partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività", laddove per par-

7. Vedi tra gli ultimi: Bilancetti M., *La responsabilità penale e civile del medico*, Cedam, 1995, p. 116: "Il concetto di trattamento sanitario è molto ampio e comprende ogni intervento attuato secondo i canoni della scienza medica che persegue il benessere psicosomatico del paziente in qualsiasi forma, diagnostica (biologica, differenziale, funzionale ecc...), terapeutica (eziologica, patogenetica, sintomatica, fisioterapia, psicoterapia, dietetica, chirurgica, farmacologica ecc...), profilattica o di controllo o in altra ancora purchè risponda ai predetti criteri; Barni M. "Il medico è responsabile della diagnosi e della terapia, cioè dell'attività diagnostica, delle scelte e delle attività terapeutiche", in Benci L. (a cura di) "Il medico e l'infermiere a giudizio, atti del 1° congresso nazionale sulle responsabilità condivise, p. 122. Vedi anche Norelli G.A., Mazzeo E., "L'obbligo di bene operare e il dovere di prestare assistenza", in Trattato di medicina legale e scienze affini, vol. I, p. 596, Cedam, 1998; vedi inoltre Iadecola G., *Potestà di curare e consenso del paziente*, Cedam, 1998, pp. 1-5.

8. Vedi ad esempio il D.M. 15 settembre 1975 recante le "Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche" che all'art. 10 da facoltà alle ostetriche di somministrare alcuni tipi di farmaco senza prescrizione medica (iniezioni antispastiche, uterotoniche, analettici, cardiotonici). Vedi anche il D.P.R. 27 marzo 1992 recante l'atto di indirizzo e di coordinamento... dove in presenza di protocolli si prevede la possibilità per l'infermiere di "somministrare farmaci e...

tecipare si intende una attività non autonoma, ma svolta in collaborazione e in equipe. Inoltre il punto d) stabilisce che l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche" poste in essere dal medico. Ancora, il punto e) ha modo di precisare, puntualmente, che l'infermiere "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali".

Stessa operazione potrebbe essere fatta per le professioni della riabilitazione. Il profilo professionale del fisioterapista, recepito con il D.M. 14 settembre 1994, n. 741 forse con ancora più nettezza rispetto ai precedenti, stabilisce il doppio campo, autonomo e di collaborazione, di questo professionista. Si legge infatti testualmente che il fisioterapista "svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie gli interventi di prevenzione...". Nel profilo del logopedista, recepito con il D.M. 14 settembre 1994, n. 742 viene indicata invece l'attività autonoma nella prima parte del profilo e l'attività collaborante invece deve essere svolta "in riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico, nell'ambito delle proprie competenze", frase che per altro è presente anche nel profilo del fisioterapista.

Il limite delle competenze previste per le professioni mediche (al plurale nella

legge), ci induce una riflessione anche per la professione che nata in seno alla professione medica, ha iniziato da tempo un suo percorso autonomo⁹: la professione odontoiatrica.

Questa professione, infatti, dalla sua istituzione, ha trovato invece un "campo proprio di attività" molto ben definito dalla legge istitutiva. Recita testualmente l'articolo 2 della legge istitutiva della professione¹⁰: Formano oggetto della professione di odontoiatra "le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione".

Il campo specifico riconosciuto all'odontoiatra non pone particolari problemi di conflitto con la figura dell'igienista dentale, il quale ha compiti essenzialmente preventivi e, soprattutto è limitato dal suo stesso profilo professionale¹¹ che lo pone "alle dipendenze degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria". Ancora meno problemi di interferenza normativa possiamo riscontrare tra l'odontoiatra e l'odontotecnico, figura non professionalizzata e non

9. Il riferimento è al disegno di legge n. 72/B (atto Camera), già approvato dal Senato e che sancisce il distacco degli odontoiatri dalla professione medica.

10. L. 24 luglio 1985, n. 409 "Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee." Pubblicata nella Gazz. Uff. 13 agosto 1985, n. 190, S.O.

11. D.M. 14 settembre 1994, n. 669 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'igienista dentale". In base al profilo l'igienista dentale:

- a. svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- b. collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta di dati tecnico-statistici;
- c. provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- d. provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- e. indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

toccata dalla legge di riforma delle professioni sanitarie, rimasta quindi “arte della professione sanitaria ausiliaria”, stante il divieto per l’odontotecnico di eseguire ogni qualsivoglia tipo di manovra nella bocca del paziente¹². La storia dell’esercizio abusivo di professione ci dimostra in realtà il contrario, data l’ampiezza del fenomeno¹³ ma l’attività illecita dell’odontotecnico, tutte le volte che è stata contestata è stata anche sanzionata.

Di non facile individuazione inoltre, è il secondo limite individuato dalla legge 42/1999, il limite per “le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea”. Date le improbabili interferenze professionali che si possono verificare ad esempio tra infermiere e biologo, tra ostetrica e psicologo e simili, con tutta probabilità questa norma trova la sua unica ragione di essere nel paventato contrasto tra tecnici sanitari di laboratorio biomedico e i biologi, o quanto meno questo potenziale conflitto sembra il più probabile. Il profilo professionale del tecnico di laboratorio precisa però che tale professionista “svolge con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione

lavorativa in diretta collaborazione con il personale laureato di laboratorio preposto alle diverse responsabilità operative di appartenenza”; inoltre è “responsabile...del proprio operato, nell’ambito delle proprie funzioni in applicazione dei protocolli di lavoro definiti dai dirigenti responsabili”; infine “verifica la corrispondenza delle prestazioni erogate agli indicatori e standard predefiniti dal responsabile della struttura”.

A ben vedere il profilo del tecnico di laboratorio è un profilo anticipatore della legge di riforma, in quanto riconosce a questa figura una funzione collaborante pur nell’ambito di *protocolli* nell’ambito del lavoro da svolgere, senza mai calcare la mano sulla dipendenza. Appare infatti particolarmente felice l’espressione, riferita alla prestazione lavorativa, da svolgere “in diretta collaborazione” che oggi, riletta alla luce della legge 42/1999 diventa bilaterale, nel senso che anche il personale laureato di laboratorio deve agire in *diretta collaborazione* “nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”. Pur essendo alcuni compiti sovrapponibili tra medico di laboratorio, biologo¹⁴ e tecnico sanitario di

12. L’attività dell’odontotecnico è vincolata e prevista dall’art. 11 del R.D. 31 maggio 1928, n. 1334: “Gli odontotecnici sono autorizzati unicamente a costruire apparecchi di protesi dentaria sui modelli tratti dalle impronte loro fornite dai medici chirurghi e dagli abilitati a norma di legge all’esercizio della odontoiatria e protesi dentaria con la indicazione del tipo di protesi da eseguire. È, in ogni caso, vietato agli odontotecnici di esercitare, anche in presenza ed in concorso con il medico, o dell’abilitato all’odontoiatria, alcuna manovra, cruenta o incruenta, nella bocca del paziente sano od ammalato”.

13. Conte C., *Professione dentista abusivo*, Liviana ed., 1993.

14. Legge 24 maggio 1967, n. 396 “Ordinamento della professione di biologo.

Art. 3 Oggetto della professione.

Formano oggetto della professione di biologo:

- a. classificazione e biologia degli animali e delle piante;
- b. valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell’uomo, degli animali e delle piante;
- c. problemi di genetica dell’uomo, degli animali e delle piante;
- d. identificazione di agenti patogeni (infettanti ed infestanti) dell’uomo, degli animali e delle piante; identificazione degli organismi dannosi alle derrate alimentari, alla carta, al legno, al patrimonio artistico; mezzi di lotta;
- e. controllo e studi di attività, sterilità, innocuità di insetticidi, anticrittogamici, antibiotici, vitamine, ormoni, enzimi, sieri, vaccini, medicamenti in genere, radioisotopi;
- f. identificazioni e controlli di merci di origine biologica;
- g. analisi biologiche (urine, essudati, escrementi, sangue; sierologiche, immunologiche, istologiche, di gravidanza, metaboliche);

laboratorio a quest'ultimo è ovviamente precluso il potere di firma¹⁵.

Uno strumento di regolazione dei rapporti professionali potrebbe essere rappresentato proprio dall'adozione di protocolli e linee guida, prendendo spunto dall'esempio anglosassone.

Premesso che non esiste una univoca definizione di protocollo e di linea guida e che spesso vengono erroneamente confuse e che comunque non è questa la sede giusta per un approfondimento della questione, ci sembra di poter suggerire l'adozione dell'uso di questi strumenti come atti di carattere regolamentare monoprofessionale e interprofessionale. Ogni professione cioè, avvia una riflessione sul proprio specifico professionale, quale si evince dai criteri guida indicati dalla legge – profilo, formazione ricevuta e deontologia – e successivamente, per le zone grigie, per le attività professionali che richiedono apporti congiunti, per le zone di confine, si può provare ad arrivare alla definizione di linee guida e protocolli interprofessionali. È pure vero che si aprirebbe il dibattito sulla titolarità degli organismi titolati a emanare le *guidelines* di riferimento – Ordini e Collegi professionali?, Associazioni?, Società scientifiche? – ma comunque questa appare, quanto meno a una prima lettura, la strada più praticabile e più in linea con la ratio della legge che indica nella autoregolamentazione e nella elaborazione

professionale la strada del nuovo esercizio professionale.

Questi protocolli e linee guida a contenuto operativo e disciplinare, per altro già sperimentati nel nostro ordinamento¹⁶ – anche se non dalle professioni direttamente – non potranno ovviamente avere una cogenza tale da essere resi obbligatori, senza un processo di maturazione interna al gruppo di lavoro. Come la migliore letteratura sull'argomento ha da sempre sottolineato i protocolli devono avere delle caratteristiche essenziali quali la condivisibilità, la trasparenza, l'applicabilità e la mutabilità nel tempo in relazione ai cambiamenti scientifici e professionali. Sbaglierebbe quindi strumento chi pensasse di porre in essere i protocolli in modo coattivo, in virtù di sovraordinazioni gerarchiche aziendali o di altro tipo. L'imposizione dei protocolli e delle linee guida fa venire meno la natura di protocollo che come abbiamo visto vede nella condivisione la sua stessa ragione di essere. Si rende necessario quindi un vero e proprio processo di implementazione delle linee guida e dei protocolli ai vari livelli operativi¹⁷. Come è stato dimostrato nell'esperienza statunitense, le linee guida rese operative senza un adeguato supporto formativo condiviso possono portare a un'organizzazione del lavoro deresponsabilizzante¹⁸, esattamente il contrario cioè di quanto indi-

L'elencazione di cui al presente articolo non limita l'esercizio di ogni altra attività professionale consentita ai biologi iscritti nell'albo, né pregiudica quanto può formare oggetto dell'attività di altre categorie di professionisti, a norma di leggi e di regolamenti.

15. T.A.R. Friuli Venezia Giulia, sentenza n. 761/1996, in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 2, 1998, 108, con nota di L. Benci. Vedi anche Consiglio di Stato, V sezione, sentenza 11 dicembre 1992, n. 1456.

16. Il riferimento è alle linee guida del Ministero della sanità sulle trasfusioni di sangue del 1993.

17. Commissione "Linee guida e indicatori di qualità" della FISM (Federazione delle società medico-scientifiche italiane). Nel descrivere il processo di implementazione la Commissione della FISM suddivide questo processo in quattro stadi: Stadio 1 – Definizione della necessità e dell'obiettivo delle linee guida; Stadio 2 – Sviluppo vero e proprio delle linee guida; Stadio 3 – Implementazione delle linee guida; Stadio 4 – Valutazione ed aggiornamento delle linee guida.

18. Fineschi V., Frati P., *Linee guida: a double edged-sword. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*, Rivista italiana di medicina legale, 4-5, 1998, p. 665.

cato dalla legge di riforma dell'esercizio professionale che riconosce alle ex professioni sanitarie ausiliarie un proprio campo di attività e di responsabilità.

A questa situazione di carattere squisitamente professionale si affianca la firma definitiva del contratto collettivo di lavoro del comparto della sanità pubblica che riguarda le professioni sanitarie non mediche (e non soltanto) che si configura come primo contratto di diritto privato.

Le conseguenze sono evidenti: scomparsa dell'inquadramento introdotto dal D.P.R. 761/1979; reinquadramento di tutto il personale in quattro categorie; inquadramento del personale sanitario interessato dalla riforma dell'esercizio professionale di cui sopra nelle categorie C, D con funzioni di coordinamento e Ds; introduzione di un sistema di carriere orizzontali, numerate con la tecnica della reiterazione del precedente C1, C2 ecc.; introduzione di un sistema improntato sulla discrezionalità della dirigenza; abolizione dei concorsi per titoli ed esami per i passaggi di carriera verticale; l'introduzione di una posizione organizzativa di carattere dirigenziale o simildirigenziale con relativa responsabilità e revoca in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi e altre importanti novità (pubblicato in allega-

to al presente numero).

Potrà essere azzardato un parallelo tra la situazione professionale e quella contrattuale, ma vi sono più caratteristiche comuni. Entrambe tendono alla flessibilità e sono caratterizzate dalla caduta di vincoli rigidi - i mansionari da un lato, il sistema degli inquadramenti dall'altro - e dalla necessità di un forte ripensamento delle situazioni consolidate.

Insomma la legge in tema di disposizione delle professioni sanitarie e il nuovo contratto collettivo di lavoro lanciano una nuova sfida e aprono una nuova epoca, sancendo la fine del monopolio della figura medica, quanto meno come unica figura riconosciuta come professionista a livello normativo e dall'altro la fine dell'inquadramento unico dei professionisti sanitari non medici.

È necessaria quindi un'opera di forte coinvolgimento di tutte le professioni coinvolte, di elaborazione, di riflessione, di ri-costruzione del proprio specifico professionale, senza possibilmente scivolare in posizioni precostituite o rigidamente corporative, con il chiaro scopo di ridisegnare le competenze sulla base dei criteri guida - profilo, formazione ricevuta e deontologia - indicati dalla legge di riforma dell'esercizio professionale.