



NURSIND

**IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

L'evoluzione giuridica,
normativa e
giurisprudenziale
delle reali

“mansioni” dell’infermiere:
*COSA DEVE E COSA
NON DEVE FARE!*

L'INFERMIERE

L'infermiere generico

Molti pensano che solo con il D.P.R. 14.03.1974 n. 225 è stata creata la figura dell'infermiere professionale. Non è così!

Già con Regio Decreto n. 1310 del 02.05.1940, intitolato: “*Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici*”, nel pieno della guerra mondiale, vennero differenziate le due figure infermieristiche.

In tutta l'evoluzione legislativa e giurisprudenziale, quella del generico è rimasta un'arte ausiliaria statica cioè ancorata ai vecchi schemi assistenziali mentre il professionale si è evoluto al passo con i tempi (tecnologia e nuove necessità cliniche).

Con R.D. n. 1832 del 1925, in Italia, vengono istituite le scuole convitto per infermiere (l'attività è preclusa agli uomini) della durata di un anno e il R.D. n. 2-330 del 1926 aumenta il corso a due anni e stabilisce anche la specializzazione in funzioni direttive.

Solo con il R.D. del 1929, esecutivo del n. 2330/1926, si richiedono per l'accesso alle scuole per infermiere, due requisiti: l'attestato di scuola elementare e un certificato di “*indiscussa moralità*”.

Con D.L. n. 233 del 1946 viene istituito l'albo professionale; con Legge n. 1048 del 1954 i collegi IPASVI e con Legge n. 1420 del 1956 il diploma di scuola media inferiore diviene obbligatorio per accedere alla scuole convitto.

Per permettere agli uomini di accedere alla scuola per infermieri si dovrà attendere la legge n. 124 del 1971.

Con la stessa legge si prevede la dismissione dei convitti e la sanatoria per gli infermieri generici realizzata poi completamente con legge n. 243 del 1980 (inserimento preferenziale e agevolato alle scuole per infermieri professionali).

Non solo. L'art. 4 stabilisce anche una sanatoria per gli ausiliari che possiedono solo la licenza di scuola elementare, frequentando un corso di soli 4 mesi diventano infermieri generici; l'importante è lavorare presso un ospedale da almeno 4 anni.

mdf

Questi ausiliari divenuti infermieri generici, grazie al successivo D.P.R. n. 509-/79 e poi n. 761/79 (appena 8 anni dopo), hanno potuto vedersi riconoscere le mansioni superiori di infermiere professionale pur non possedendo alcun titolo e senza obbligo di iscrizione all'albo professionale pur apparendo davanti l'opinione pubblica (gli utenti e le istituzioni) infermieri diplomati tout court al pari di tutti gli altri colleghi.

Il citato R.D. n. 1310 del 1940 indicava i limiti mansionali dell'infermiere generico: *“L'attività degli infermieri generici deve essere limitata alla eseguenti mansioni, per prescrizione del medico e, nell'ambito ospedaliero, sotto la responsabilità dell'infermiere professionale: assistenza completa all'infermo; somministrazione dei farmaci ordinati e delle diete nonché medicazioni comuni e bendaggi sotto la responsabilità della professionale preposta al reparto; presa e annotazione semplice (senza grafica) della temperatura, del polso e del respiro; raccolta di urine, feci, espettorati, vomito, ecc.; iniezioni ipodermiche ed intramuscolari; rettoclisi; frizioni, pennellature, impacchi; coppette, vescicanti e sanguisugio; clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi; applicazioni di lacci emostatici d'urgenza; respirazione artificiale; bagni terapeutici e medicati. Ogni soccorso d'urgenza deve essere seguito dalla chiamata del medico”*.

Il D.P.R. n. 225 del 1974 ha modificato le mansioni del generico attribuendo alcune altre attività, frutto dell'esperienza e del progresso clinico, in verità solo per quanto segue:

“L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni: assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria; pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione

del materiale sanitario; sorveglianza di fleboclisi; massaggio cardiaco esterno e manovre emostatiche di emergenza. Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti: a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro; a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie”.

Queste sono le novità, rimaste immutate dal 1974 tanto è vero che la legge n. 42 del 1999 ha operato solo una riforma dell'infermiere professionale abrogando tutto il mansionario tranne il titolo V ovvero l'infermiere generico.

L'INFERMIERE

Gli effetti della soppressione del generico

Ci si chiede a chi siano state ripartite le mansioni igienico-domestico-alberghiere dopo la soppressione delle scuole per infermieri generici operata con Legge 03 giugno 1980 n. 243.

Anche se il titolo V del D.P.R. n. 225/74 è vigente e, quindi, spetta ancora all'infermiere generico svolgere queste attività, la carenza di questa figura è oramai evidente.

Il legislatore non ha mai stabilito che l'infermiere professionale sostituisse il generico né la giurisprudenza ha mai stabilito un principio generale per cui il professionale debba sostituire il generico.

Molte caposala didattiche (o insegnanti di vario genere, soprattutto medici) hanno sempre sostenuto che in mancanza del generico dovesse svolgere dette mansioni di assistenza diretta il professionale.

Questa teoria, insegnata come dato di fatto, ha prodotto seri danni sul piano professionale ed anche molta confusione tra i professionali, basta effettuare delle semplici ricerche bibliografiche per scoprire che le cose non stanno affatto come le raccontano.

L'INFERMIERE

Le mansioni dell'infermiere professionale

Il Decreto 14 settembre 1994, n. 739 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 09 gennaio 1995, n. 6 - *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere* - che ha eliso la parola "ausiliario" nella definizione di infermiere, all'art. 1, comma 3, paragrafo f) recita: "Il ministro della Sanità dispone che ... L'infermiere per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto" e non che "si avvale, ove presente o se presente o se l'amministrazione provvede, del personale di supporto".

La presenza del personale di supporto è, quindi, necessaria nel servizio affinché l'infermiere, "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" - (art. 1, co. 1 succitato), pianifichi e gestisca gli interventi assistenziali ed anche igienico-domestico-alberghieri.

Molte caposala didattiche e vari insegnanti delle scuole per infermieri e, purtroppo, anche delle università, hanno confuso la parola "responsabilità" con la parola "competenza".

Un esempio per capire la differenza: il D.P.R. n. 128 del 1969 individua nella figura del primario il responsabile di tutta l'assistenza erogata ai degenti. Eppure nessuno oserebbe chiamare il primario per pulire una padella.

Questo esempio ci permette di capire che alla base dei problemi dell'infermiere c'è la dignità professionale sempre più spesso venduta per pochi soldi.

Un sindacato serio che tuteli realmente la dignità di una categoria che lo sostiene, concentra tutte le sue energie dapprima per diffondere la conoscenza giuridica-professionale e poi per tutelare, nei fatti, gli infermieri che si trovano ad affrontare molteplici problemi sul posto di lavoro.

I sindacati che fanno compromesso, svendono sempre i propri iscritti perché il compromesso, quando non è fondato sulla reciproca concessione di vantaggi, si traduce, sempre, a danno della parte più debole: gli infermieri.

L'INFERMIERE

Cosa si intende per responsabilità dell'assistenza

Responsabilità significa che ogni operatore assistenziale ausiliario deve far capo all'infermiere perché solo l'infermiere può gestire, pianificare e programmare l'assistenza.

Programmare non significa pulire la padella; pianificare non vuol dire rispondere al campanello per girare la manovella del letto; gestire non significa far bollire il latte.

Significa conoscere le esigenze del paziente ed impartire disposizioni esecutive al personale, che ci deve essere, perché ogni bisogno sia soddisfatto efficacemente.

Il tipo di lavoro (manuale o intellettuale) che è affidato all'infermiere si desume anche dalla normativa sanitaria in materia.

La legge 10 agosto 2000 n. 251 stabiliva l'apertura delle classi universitarie per il conseguimento della laurea in Infermieristica e le relative specializzazioni e master.

Il C.C.N.L. Comparto Sanità 1998-2001 individuava nella categoria C e successivamente nella categoria D il collaboratore professionale sanitario (infermiere) definendolo: *“Appartengono a questa categoria i lavoratori che, ricoprono posizioni di lavoro che richiedono, oltre a conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, autonomia e responsabilità proprie, capacità organizzative, di coordinamento e gestionali caratterizzate da discrezionalità operativa nell'ambito di strutture operative semplici previste dal modello organizzativo aziendale; Appartengono altresì a questa categoria - nel livello economico D super (Ds) - i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che, oltre alle conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, richiedono a titolo esemplificativo e anche disgiuntamente: autonomia e responsabilità dei risultati conseguiti; ampia discre-*

zionalità operativa nell'ambito delle strutture operative di assegnazione; funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo di risorse umane; coordinamento di attività didattica; iniziative di programmazione e proposta”.

mdf

La Legge 01 febbraio 2006, n. 43 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie - prevede all'art. 1, co. 1: *“Sono professioni sanitarie infermieristiche ... quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione”.*

L'art. 3 prevede a convertire in ordini professionali gli odierni collegi. Ergo, per svolgere la professione infermieristica è obbligatorio il possesso del relativo titolo, l'abilitazione dello Stato (rilasciata dopo un esame all'uopo previsto) e l'iscrizione al Collegio professionale.

Difatti l'art. 2229 C.C. collega la professione infermieristica al novero delle *locatio operarum* e non delle *locatio operis* e quale professione intellettuale, il suo svolgimento non può esaurirsi in una mera esecuzione manuale di operazioni non connotate da elementi scientifici.

A sostegno di ciò è oramai accreditata a livello internazionale la Scienza Infermieristica, introdotta con legge n. 1 del 2002 e regolamentata nel 2004 con Decreto MIURST del 09 luglio, 01 ottobre e n. 270.

L'infermiere, quale professionista laureato, è collocato in categoria D (ex VI livello) ed è obbligato a svolgere i corsi ECM, pena blocco della carriera (gli OTA e gli OSS non svolgono corsi ECM).

Il D.M. 14.09.1994 n. 739 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del profilo professionale dell'infermiere) evidenzia alcuni punti interessanti: *“l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza gene-*

rale infermieristica; L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali per l'espletamento delle funzioni e si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto”.

mdf

Attenzione! “*Ove necessario*” viene interpretato da molti “*ove è previsto*” per dimostrare che dove non ci sono OTA o OSS, l'infermiere li deve sostituire. “*Ove necessario*”, invece, significa che l'infermiere ha il potere di decidere se agire in prima persona, oppure inviare direttamente il personale di supporto per svolgere un determinato compito.

Difatti il D.P.R. n. 384/90 afferma che l'OTA svolge alcune attività direttamente o in collaborazione con l'infermiere.

Come si può vedere una attenta esegesi del testo normativo permette alle diverse disposizioni di collimare esattamente fra loro senza sollevare alcun contrasto interpretativo.

Quando l'ospedale non garantisce la pianta organica e obbliga, di fatto, l'infermiere a sopperire alle carenze umane ausiliarie, commette un inadempimento contrattuale ex art. 1218 C.C., esaustivamente risarcibile.

Molti scrivono che il D.M. citato supera l'impostazione di mansione e crea quella di funzione e che la differenza è che il mansionario stila un elenco di compiti mentre quello di funzioni non pone limiti ma descrive ambiti entro cui esprimere funzioni e prestazioni.

Le funzioni sono svolte su iniziativa personale.

Il termine responsabilità non significa più rendere conto ma avere coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico.

Il mansionario aveva le sentenze come guida ora con il profilo si ha la conoscenza scientifica come guida.

mdf

Ebbene, niente di più sbagliato.

Gli infermieri sanno molto bene che dall'abrogazione del mansionario nulla è cambiato. Tutt'altro.

Ci si chiede quali "funzioni" si contemplano quando si risponde ad un campanello per aprire una finestra o quando si pulisce una padella o quando si ritira un vassoio contenente avanzi di cibo.

Oppure quale scienza ci guida quando si fanno queste cose.

La verità è che nulla è cambiato. Le mansioni sono rimaste e ci guidano essenzialmente per tre motivi: 1) il mansionario racchiude la minima capacità e competenza che possediamo.

Se un infermiere sa fare qualcosa di più è perché ha conseguito un'ulteriore capacità e gli è permesso svolgerla liberamente; 2) la giurisprudenza, giustamente, fa ancora riferimento al mansionario perché identifica il minimo bagaglio tecnico che dobbiamo possedere per non incorrere nella colpa grave ed anche perché c'è molta confusione

(es: ordini di servizio: **l'infermiere** può sostituire l'ausiliario assente per malattia o ferie; **competete** all'infermiere pulire il pavimento dell'infermeria in quanto stanza adibita alla sosta; **il taglio** dei capelli del paziente è compito dell'infermiere perché trattasi comunque di tessuto umano e quindi manipolabile solo dall'infermiere; **l'infermiere** deve preparare il tè perché la spremitura del limone attiene all'assistenza essendo collegata al controllo dell'acidosi metabolica; **le tapparelle** possono essere aperte solo dall'infermiere perché deve educare il paziente al ciclo sonno-veglia; **gli indumenti** del paziente devono essere ripiegati e sistemati nell'armadio dall'infermiere così può individuare eventuali macchie di

sangue e prevenire emorragie); 3) per ultimo non è vero che la giurisprudenza non ci guida più, è vero il contrario.

Mai come adesso la giurisprudenza ci guida con pregnante costanza tanto è vero che la confusione dovuta all'abrogazione del mansionario ha portato la recente giurisprudenza penalistica a non configurare l'abusivismo della professione infermieristica come reato.

L'assenza del mansionario e, soprattutto, l'assenza di un documento capace di individuare con chiarezza e precisione l'ambito di competenza, porterà la nostra professione a costellarsi di una esagerata mole di sentenze (per lo più discordanti) aumentando a dismisura l'incertezza e la confusione.

Leggendo attentamente il D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225 (abrogato) si evinceva che l'infermiere professionale non doveva espletare compiti meramente manuali.

Difatti la Suprema Corte di Cassazione già nel 1985 (sent. n. 1078, RG n. 9518-/80, Cron. 2210 del 09 febbraio 1985) statuì che: *“Non compete all'infermiere, ma al personale subalterno, rispondere ai campanelli dell'unità del paziente, usare padelle e pappagalli per l'igiene del malato e riassetare il letto”*.

Nella causa de qua, l'ausiliaria che si era rifiutata di svolgere queste mansioni adducendole erroneamente all'infermiere, è stata licenziata e la Suprema Corte di Cassazione ha confermato la legittimità del licenziamento per grave inadempimento contrattuale.

Il sindacato di categoria ha un compito arduo: deve sensibilizzare le coscienze degli infermieri e aiutarli a comprendere che solo pretendendo il rispetto del loro ruolo si potranno migliorare le condizioni economiche e lavorative degli infermieri.

Un sindacato che si impegna a far crescere la professione infermieristica, dimostra di aver preso a cuore gli interessi dell'unica categoria che rappresenta.

I principi di residualità, analogico e tipicità delle mansioni

Oggi il principio che guida le decisioni giurisprudenziali in materia di “mansioni” dell’infermiere, si muove sulla scorta della residualità cioè visto che le mansioni di tutti gli altri operatori sanitari sono chiaramente stabilite dai vari decreti, si deduce che quelle non indicate in queste declaratorie debbano essere svolte dagli infermieri.

Il **principio analogico**, invece, permette di accostare una mansione non riportata nei testi con una simile.

Vuol dire che prima di dichiarare a chi compete una specifica mansione, si deve verificare se la stessa mansione può essere sussunta cioè applicata in via analogica ad almeno una di quelle indicate espressamente nei vari ordinamenti legislativi relativi al personale ausiliario oppure nella giurisprudenza in materia.

Si deve verificare se una mansione non scritta nei testi legislativi può essere accostata ad una mansione, di fatto eseguita, perché simile.

(Es: se il D.P.R. n. 384/90 affida all’OTA il compito di pulire e disinfettare i presidi medico-chirurgici utilizzati per “*l’assistenza al malato*”, analogicamente anche quelli utilizzati per le attività diagnostiche devono essere puliti dall’OTA; **le pinze**, sia che vengano usate per disinfettare una ferita o che vengano usate per clampare un catetere durante un esame diagnostico, **devono sempre essere pulite e disinfettate dall’OTA**).

La tipicità postula che ogni professionalità, tranne qualche accostamento marginale, non può invadere la sfera mansionale di altra professionalità di modo che ognuna possa soddisfare una parte del tutto (cioè una parte di tutta l’assistenza).

Naturalmente, come stabiliscono anche le preleggi al codice civile e la dottrina, si deve operare una sinergia interpretativa tra questi tre principi.

Per questi motivi l’infermiere deve conoscere perfettamente tutte le mansioni che il personale ausiliario deve svolgere.

L'INFERMIERE

Il criterio della multi professionalità

Tale criterio è stato elaborato nel campo aziendale per gestire al meglio le risorse umane e strumentali ma, recentemente, con l'Accordo [Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001](#) relativo al profilo dell'O.S.S. è stato più volte applicato alla necessità di gestire le molteplici funzioni assistenziali utilizzando tutte le figure sanitarie e socio-sanitarie esistenti.

Così si stabilisce un lavoro di equipe con cui si abbatte, finalmente, l'errata concezione dell'infermiere tuttofare che, da solo e senza alcun supporto, deve soddisfare ogni esigenza di cura. Non è così!

Il criterio multiprofessionale permette di organizzare ed attuare sinergicamente le diverse competenze assistenziali completando l'intero processo di cura mirato al totale soddisfacimento dei bisogni del paziente.

Così, medico, infermiere, OTA e/o OSS, tutti insieme, di concerto ed ognuno nei propri ambiti di competenza, agiscono come un'unica persona, per la cura dei pazienti.

Non caricare più tutto su un unico operatore sanitario, significa per l'infermiere gestire e pianificare al meglio la tempistica e la modalità di assistenza da erogare all'utente/cittadino.

Significa preparare un piano di lavoro che vede tutti insieme gli operatori, distribuire in un determinato periodo le diverse attività assistenziali.

Così non si incroceranno, per esempio, la visita medica con il cambio della biancheria, i lavaggetti vescicali con il rilevamento dei parametri vitali, ecc..

Il coordinatore infermieristico dovrà distribuire i compiti e le funzioni (mansioni) ai diversi operatori, divenendo finalmente cosciente dei profili così da rispettarne la dignità professionale, diversamente da ciò che avviene oggi in

quanto l'infermiere viene utilizzato in sostituzione di tutto e tutti come se fosse ^{mdf}
il jolly del reparto.

Interagendo con il medico deciderà i momenti più opportuni per non congestionare le diverse attività e per non stressare il paziente.

Il demansionamento è la degenerazione patologica dell'intero processo assistenziale e dimostra la inequivocabile incapacità del coordinatore di saper svolgere compiutamente il proprio ruolo.

L'AUSILIARIO

L'ausiliario socio-sanitario specializzato di 4° livello

Il titolo V, art. 6 del D.P.R. n. 225/74 prevede, nella figura dell'infermiere generico, al secondo comma: *“assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente ...”*.

Con la diminuzione dei generici, tali incombenze, per ignoranza o per dolo, sono state attribuite, nei fatti, al professionale ma come abbiamo visto, lo svolgimento di prestazioni di assistenza completa (cioè igiene, aiuto nel cambio della biancheria, riassetto del letto, uso di padelle e pappagalli ovvero aiuto nelle operazioni fisiologiche, ecc.) costituiscono da sempre un grave pregiudizio alla professionalità e, certamente, una violazione dell'art. 2103 C.C. ovvero del D.P.R. n. 761/74 che vieta lo svolgimento di mansioni inferiori.

Per questo motivo il legislatore, nel corso del tempo, ha creato delle figure ausiliarie che sostituissero quella del generico.

Nelle more dell'esaurimento di infermieri generici, il legislatore ha creato diverse figure che avrebbero dovuto svolgere mansioni igienico-domestico-alberghiere in sostituzione dell'infermiere generico.

Nel comparto sanità si provvedeva ad individuare la figura che avrebbe dovuto affiancare l'infermiere generico per poi sostituirlo completamente con [D.M. Sanità 10 febbraio 1984](#) (G.U. 15 febbraio 1984 n. 45) quale regolamento del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761. Infatti si legge: *“L'ausiliario socio-sanitario specializzato assicura le pulizie negli ambienti di degenza ospedaliera ivi comprese quelle del comodino e delle apparecchiature della testata del letto. Provvede al trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà. Collabora con l'infermiere generico nelle pulizie del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto. E' responsabile della corretta esecuzione dei compiti che sono stati affidati dal caposala e prende parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente”*.

Con D.M. 15 giugno 1987 n. 590 è stato approvato il corso di riqualificazione per gli agenti soci-sanitari e sono state create tre figure assistenziali: ausiliario assistente; ausiliario socio-sanitario e ausiliario socio-sanitario specializzato.

mdf

Tutta l'assistenza diretta al malato e l'igiene degli ambienti e dei presidi medico-chirurgici sono state ripartite dal legislatore nei tre ambiti ausiliari appena descritti.

In pratica si è trattato di realizzare una attività di base (ausiliario assistente) a cui sono stati demandati compiti squisitamente manuali sotto il controllo dell'ausiliario socio-sanitario (di 3° livello) al quale spettavano compiti descritti dal D.M. Sanità 10 febbraio 1984 (in ruolo al S.S.N.) prettamente dedicati all'igiene dell'ambiente e dell'unità del malato.

L'ausiliario socio-sanitario specializzato, invece, ha sostituito le attività di assistenza igienico-domestico-alberghiera che prima erano deputate al generico (residuando anche una minima attività ambientale).

L'incrocio delle mansioni di igiene ambientale tra i tre tipi di ausiliari e le differenze retributive che non trovavano una logica nella scala delle responsabilità (maggior stipendio, maggior competenza, meno lavori manuali, incoerenza dei principi di multi professionalità e tipicità) ha indotto il legislatore ad unificare, con il D.P.R. n. 384/90, in un unico profilo tutte e tre le figure ausiliarie creando l'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza.

Si legge: *“I profili professionali di agente tecnico ed ausiliario socio-sanitario, ricollocati ai sensi del comma 1, e l'ausiliario socio sanitario specializzato già collocato nella posizione funzionale corrispondente al III livello retributivo sono riuniti in un solo profilo che assume la denominazione di ausiliario specializzato. Le attribuzioni del nuovo profilo sono definite nell'allegato 2 che costituisce parte integrante del presente regolamento e sono distinte in relazione all'assegnazione dei dipendenti interessati ai servizi tecnico economici o socio assistenziali”*.

Tutto questo nel ruolo del S.S.N., come già precisato.

Ma anche nei ruoli dell'università (policlinici universitari) è avvenuto lo stesso fenomeno. mdf

Difatti con D.P.C.M. 24 settembre 1981 (G.U. serie generale n. 340 dell'1-1.12.1981) “*Declaratoria delle qualifiche funzionali e dei profili professionali del personale non docente delle Università*”, si legge all'allegato B: “*Profili professionali di 4° livello. Area funzionale socio-sanitaria. Agente socio-sanitario: addetto alle mansioni integrate di assistenza al malato particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente, di trasporto dei degenti e delle salme e relativa documentazione, di ritiro e consegna della biancheria, medicinali, vitto, materiali sanitari e organici, pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario e dei locali o attrezzature assegnati, di trasporto dei rifiuti e del materiale infetto; o alla guida di autoambulanze, con mansioni di barelliere e competenze di prima assistenza, in particolare respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche di emergenza*”.

Si noti (dalla locuzione “*mansioni integrate*” e dalla lettura del testo) che, al pari dell'OTA, il legislatore ha voluto fondere le mansioni di assistenza al malato assegnate al generico, di cui al D.P.R. n. 225/74, con quelle prettamente igieniche ambientali ed economiche che erano proprie dell'ausiliario socio-sanitario.

Si noti che l'intera definizione qui utilizzata è identica alla prima parte dell'articolo di legge (D.P.R. n. 225) dedicata all'infermiere generico!

Con questa manovra è stata finalmente creata un'unica figura ausiliaria assistenziale che garantisce tutte le attività esterne all'infermiere.

La prassi degli ausiliari di rispondere all'infermiere che chiede l'espletamento di determinate attività assistenziali: “o assisto il malato o faccio le pulizie”, non è lecita perché tutte le succitate attività rientrano nelle competenze dell'OTA e assolverne alcune a dispetto di altre rimane solo una questione di **organizzazione del lavoro**.

Aldilà delle piante organiche approvate con atto aziendale, si vuole ricordare il **D.M. 13 settembre 1988** (Determinazione degli standards del personale ospedaliero pubblicato nella Gazz. Uff. 24 settembre 1988, n. 255) con cui il Ministro della Sanità (visto il decreto-legge 08 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 08 aprile 1988, n. 109, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria), **ha decretato all'art. 4, gli standards del personale ausiliario socio-sanitario nelle unità operative di terapia intensiva e sub intensiva in 1 ogni posto letto; per le funzioni di riabilitazione, di lungodegenza e di geriatria: 0,25 per posto letto; per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per posto letto e per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.**

L'AUSILIARIO

L'Operatore Tecnico addetto all'Assistenza

Con [D.P.R. 28.11.1990 n. 384](#) sono state soppresse le tre figure ausiliarie succitate. Infatti [all'art. 1, co. 2](#) si legge che i profili professionali di agente tecnico e ausiliario socio-sanitario (e specializzato) sono riuniti in un solo profilo che assume la denominazione di O.T.A - Operatore Tecnico addetto all'Assistenza il quale viene così definito: *“L'operatore tecnico addetto all'assistenza svolge la propria attività nei seguenti campi ed opera sotto la diretta responsabilità dell'operatore professionale di categoria coordinatore (Capo sala) o, in assenza di quest'ultimo, dell'infermiere responsabile del turno di lavoro: attività alberghiere; pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi, presidi usati dal paziente e dal personale medico ed infermieristico per l'assistenza al malato; in collaborazione con l'infermiere professionale per atti di accudimento semplici al malato. Nell'ambito di competenza oltre a svolgere i compiti dell'ausiliario addetto ai servizi socio sanitari, esegue le seguenti ulteriori funzioni: lavaggio, asciugatura e preparazione del materiale da inviare alla sterilizzazione e relativa conservazione; provvede al trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà, trasporto del materiale biologico, sanitario ed economico secondo protocolli stabiliti; rifacimento del letto non occupato e l'igiene dell'unità di vita del paziente (comodino, letto, apparecchiature), preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto e aiuto nella distribuzione e nell'assunzione; riordino del materiale e pulizia del malato dopo il pasto”.*

In conclusione il D.P.R. succitato non ha fatto altro che riportare la giurisprudenza che nel corso del tempo si è andata formando sulle mansioni del personale ausiliario e infermieristico e aggiornare, attualizzando, le diverse attività necessarie per soddisfare i bisogni dei malati.

Anche se questa figura si esaurirà nel tempo, il suo studio permette sin d'ora di comprendere i principi che regolano i profili professionali evitando di assegnare i compiti non specificatamente previsti dalla normativa all'infermiere e viceversa.

In poche parole potremo compiere gli stessi passaggi logico-giuridici che il magistrato segue per addivenire alla soluzione di un quesito mansionale.

L'AUSILIARIO

L'Operatore Socio Sanitario

L'O.S.S. non è alieno all'O.T.A. ma una sua naturale evoluzione.

Oltre a svolgere i compiti dell'OTA, l'OSS garantisce ulteriori attività assistenziali che gli permettono di crescere e sviluppare maggiori competenze.

Sono convinto che nel prossimo futuro questi operatori si organizzeranno in specifici sindacati e costituiranno un albo professionale (del resto non ne sono impediti visto che nel corso del tempo la scolarità richiesta per l'accesso a questo ruolo sarà superiore rispetto ad oggi; per esempio, i geometri pur non essendo laureati hanno ottenuto tale diritto).

Alcuni di loro, ignorantemente, rifiutandosi di svolgere determinate attività di assistenza diretta al malato, non fanno altro che impedire l'evoluzione verso una professionalizzazione dell'arte ausiliaria che produrrebbe enormi vantaggi economici e di prestigio.

La declaratoria delle funzioni dell'O.S.S. (Operatorio Socio Sanitario) del V livello (ora categoria C), è stabilita [dall'Accordo Conferenza Stato Regioni del 22 Febbraio 2001](#): *“Disciplina del Profilo Professionale di Operatore Socio Sanitario e relativo ordinamento didattico”*.

L'Accordo Stato-Regioni (legge cornice), stabilisce le minime funzioni dell'O.S.S. invitando le Regioni a recepire con legge i contenuti ivi previsti.

Questo significa legge cornice; è simile alla direttiva nel diritto comunitario. Mentre il Regolamento comunitario stabilisce con precisione una normativa immediatamente precettiva (come la legge), la Direttiva fornisce i principi e le regole fondamentali su cui costruire una normativa che tenga conto delle necessità locali.

In poche parole la Direttiva comunitaria deve essere convertita in legge dallo Stato che la recepisce.

Così ci saranno Direttive diverse secondo lo Stato comunitario in cui si applicano ma, tutte, conterranno principi e norme identici (stabilite per tutti dalla Direttiva stessa).

La Legge Cornice suindicata, stabilisce il minimo indispensabile che l'O.S.S. deve saper fare ovvero i contenuti didattici, teorici e tecnici che tale profilo deve possedere.

Le Regioni sono vincolate dalla Legge Cornice finché non approveranno la relativa Legge Regionale.

Per esempio la Regione Lazio non ha ancora provveduto a recepire l'Accordo, per cui, come prevede l'Accordo stesso, nelle more della formazione legislativa, si applica a tutti gli O.S.S. del Lazio quanto segue: *“PROFILO DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO di cui all'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001. L'Operatore Socio-Sanitario svolge la sua attività sia nel settore Sociale che in quello Sanitario in servizi di tipo socio-assistenziali e socio-sanitari residenziali e non residenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente. Svolge la sua attività su indicazione - ciascuno secondo le proprie competenze - degli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, ed in collaborazione con gli altri operatori, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale. Le attività dell'Operatore Socio-Sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita, al fine di fornire:*

- 1) Assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente di vita;
- 2) Intervento igienico sanitario e di carattere sociale;
- 3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Allegato A - Elenco delle principali attività previste per l'Operatore Socio-Sanitario.

- *Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero: assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale; realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi; coadiuva il personale sanitario e sociale nell'as-*

sistenza al malato anche terminale e morente; aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita; cura la pulizia e l'igiene ambientale.

- *Intervento igienico sanitario e di carattere sociale: osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente, collabora all'attuazione degli interventi assistenziali, valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre, collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi, riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione relazione appropriati in relazione alle condizioni operative, mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.*
- *Supporto gestionale, organizzativo e formativo: utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio, collabora alla verifica della qualità del servizio, concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione, collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento, collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici. In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro. E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.). E' in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia: nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria, nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti, quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti e nella sanificazione e sanitizzazione ambientale. E' in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti. Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare. Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti. Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto dei presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.*

In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di: aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il

corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso, aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie, osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.). Attuare interventi di primo soccorso, effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse, controllare e assistere la somministrazione delle diete, aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali, collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi, provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella o carrozzella, collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento, utilizzare semplici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio, svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche e accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

- *Competenze relative alle conoscenze richieste: Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse. Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati. Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale, ecc.. E' in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche. Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente. Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione. Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro familiari. Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.*
- *Competenze relazionali: Sa lavorare in équipe. Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo. E' in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente. Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori. Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale. E' in grado di partecipare all'accoglimento dell'utente per assicurare una puntuale in-*

formazione sul servizio e sulle risorse. E' in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità. Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi”.

Sembrerebbe un errore affermare che l'OSS sappia comportarsi secondo le direttive del codice etico-dentologico visto che non esiste un codice del genere per gli OSS ma solo per gli infermieri e i medici.

Ebbene nel programma scolastico è incluso anche lo studio di questi codice semplicemente per vincolare l'OSS ad un comportamento che deve ispirarsi a questi principi.

L'unico effetto giuridico che produce la mancanza di un codice (atteso che nulla vieta di redigerlo) è che l'OSS non può essere perseguito sul doppio binario (disciplinare contrattuale e associativo) però la commissione di disciplina il giudice possono valutare la gravità delle infrazioni tenendo conto dei principi etici violati.

Le mansioni sopra indicate costituiscono il minimo essenziale del profilo dell'O.S.S..

Alcune regioni hanno promulgato la Legge relativa alla Legge Cornice. Per esempio la [Legge Regionale del Veneto n. 20 del 16.08 2001](#), prevede: *“A) Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero: assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, alla riattivazione e al recupero funzionale; realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi; coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente; aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita; cura la pulizia e l'igiene ambientale. B) Intervento igienico-sanitario e di carattere sociale: osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente; collabora all'attuazione degli interventi assistenziali; valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre; colla-*

bora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi; riconosce e utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative; mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale e il mantenimento e recupero dell'identità personale.

C) *Supporto gestionale, organizzativo e formativo: utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio; collabora alla verifica della qualità del servizio; concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione; collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento; collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici*".

La Legge Regionale Campania n. 63 del 28 ottobre 2005 individua le mansioni dell'O.S.S. come segue: **“Figura Professionale di “Operatore Socio Sanitario (O.S.S.). Descrizione profilo.** *Il profilo dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è definito con Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. La Regione Campania ha recepito l'Accordo con DGR 3956/2001. L'operatore socio sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine della specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario; favorire il benessere e l'autonomia dell'utente. L'Operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.*

Contesti operativi. *L'Operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore del sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali e semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.*

Competenze di base. *L'operatore socio-sanitario conosce: le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse, le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale ecc., situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto*

le differenti competenze tecniche, modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente, condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione, principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro familiari l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

Competenze tecnico-professionali. L'operatore socio sanitario è in grado di: attuare i piani di lavoro, utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc...), collaborare con l'utente e la sua famiglia: nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria; nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti; quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti; nella sanificazione e sanitizzazione ambientale, curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti, curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare, garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti, svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette. In sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del Personale preposto è in grado di: aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso, aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie; osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.); attuare interventi di primo soccorso; effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse; controllare e assistere la somministrazione delle diete; aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali; collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilizzazione semplici su singoli e gruppi. Provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella-carrozzella, collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento, utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio, svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche e accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

Competenze trasversali. *L'operatore socio sanitario è in grado di: lavorare in équipe, avvicinarsi e rapportarsi con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo, interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente, coinvolgere le reti informali, rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori, sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale, partecipare all'accogli-mento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse, gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità, trasmettere i propri contenuti operativi ai tirocinanti”.*

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 86 del 05 giugno 2001 *“Attuazione delle linee guida di cui alla delibera di Giunta Regionale delle Provincie di Trento e Bolzano n. 1404/200 e recepimento dell'Accordo sancito in Conferenza Stato Regioni in relazione al profilo di OSS e approvazione del modello regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di OSS”,* indica all'interno della formazione iniziale: *“Modulo di Base Obiettivi: Utilizzare i principali strumenti informativi di base in relazione alle diverse funzioni dell'attività professionale e sapersi orientare nell'offerta formativa e lavorativa; Modulo Professionaliz-zante Obiettivi: Riconoscere e classificare i bisogni e interpretare le problematiche assistenziali in relazione alle principali caratteristiche dell'utente o in situazioni di pericolo; Identificare tutti gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le diverse figure professionali preposte per la presa in carico del caso; Riconoscere le principali alterazioni delle funzioni vitali, al fine di attivare altre competenze e/o utilizzare tecniche comuni di primo intervento. Area di Atti-vità Presa in carico del caso. Raccogliere dati sull'assistito utili per la definizione del piano di intervento, anche utilizzando strumenti informativi specifici. Compe-tenze: Leggere e saper compilare gli strumenti informativi specifici per rappresen-tare i dati raccolti, per quanto di propria competenza. Organizzare la rilevazione dei dati e l'osservazione finalizzata. Individuare, riconoscere e selezionare i dati signi-ficativi . Codificare i dati e le informazioni in modo chiaro e sintetico. Area di At-tività Realizzazione di attività operative di assistenza di base. Competenze: Assi-istere l'utente nella mobilità, assistere nella preparazione e assunzione di cibi; assi-istere nell'igiene personale”.*

Come è di facile evidenza, si è trattato di raccogliere, de facto, l'intero ambito assistenziale diretto in un'unica figura che adempia sia le esigenze igienico ambientali, sia quelle alberghiere, sia quelle precipuamente dedicate alla cura della persona. mdf

Il problema sta solo nel disporre delle giuste risorse umane e di una buona organizzazione del lavoro per non congestionare tutte queste attività su poche persone.

L'infermiere, nella continua evoluzione scientifica e clinica, sarà sempre più dedicato alla gestione e alla responsabilità dell'assistenza, operando in tal modo con l'ausilio di apposito personale sempre più preparato e competente.

Ovviamente le tecniche assistenziali che abbisognano di particolare preparazione, resteranno affidate all'infermiere che avrà facoltà di organizzare tale prestazione anche per mezzo di un adeguato supporto ausiliario.

LE MANSIONI

Lo ius variandi ex art. 2103 C.C.

Lo ius variandi è il potere del datore di lavoro di gestire il proprio dipendente sia variandone le mansioni (co. 1) che trasferendolo in un altro posto di lavoro (co. 2).

Il riferimento legislativo principale si trova all'art. 2103 C.C..

L'art. 2103 C.C. recita: *“Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione. Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta, e l'assegnazione stessa diviene definitiva, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione di lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi. Egli non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive. Ogni patto contrario è nullo”.*

Questo principio è confermato in tutti i C.C.N.L. europei.

Lo ius variandi ha però dei limiti:

- **limiti interni** (interpretazione letterale delle definizioni - art. 12 preleggi cioè delle norme scritte prima dell'inizio del codice che servono ad interpretarlo – di: unità organizzativa, mansione immediatamente inferiore, ragioni tecniche, produttive ed organizzative, trasferimenti e spostamenti.
- **limiti esterni** (correttezza e buona fede artt. 1175 e 1375 C.C.). La giurisprudenza ha sempre sindacato la scelta datoriale quando supera detti limiti. – Cass. n. 2763/2003; n. 4060/2008 e n. 24293/2008.

(Es. tizio viene trasferito perché in esubero. Quando tizio chiede di visionare la pianta organica per sapere se c'è veramente l'esubero, l'azienda non gliela concede; tizio viene spostato per sostituire una collega in maternità, invece viene a sapere che nessuna collega è in maternità). In questo caso, l'azienda occulta al la-

avoratore la verità, commettendo una scorrettezza che invalida il provvedimento adottato anche se formalmente legittimo. mdf

Parimenti il [Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165](#) “*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 106 del 09 maggio 2001, Supplemento Ordinario n. 112, [all'art. 52](#) “*Disciplina delle mansioni*” (art. 56 del D.Lgs. n. 29 del 1993, come sostituito dall'art. 25 del D.Lgs. n. 80 del 1998 e successivamente modificato dall'art. 15 del D.Lgs. n. 387 del 1998), prevede, al [comma 1](#), che “*Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi, ovvero a quelle corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o di procedure concorsuali o selettive*”.

Il [D.Lgs. n. 29 del 03 febbraio 1993](#) (abrogato), integrato con le modifiche apportate dai decreti legislativi n. 470 del 10 novembre 1993 e n. 546 del 23 dicembre 1993, [all'art. 56](#) “*Mansioni*” affermava, al [comma 1](#), che “*Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni proprie della qualifica di appartenenza, nelle quali rientra comunque lo svolgimento di compiti complementari e strumentali al perseguimento degli obiettivi di lavoro*”.

Anche [l'art. 29 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761](#) “*Esercizio delle mansioni inerenti al profilo e alla posizione funzionale*” conferma che “*Il dipendente ha diritto all'esercizio delle mansioni inerenti al suo profilo e posizione funzionale e non può essere assegnato, neppure di fatto, a mansioni superiori o inferiori*”.

In conclusione quando l'azienda usa il diritto a proprio vantaggio occultando al lavoratore la verità, commette una scorrettezza che invalida il provvedimento adottato anche se formalmente legittimo.

LE MANSIONI

La declaratoria delle mansioni assistenziali

In definitiva, esaminando tutta la giurisprudenza (*ius receptum*) pubblicata in materia, la dottrina e la normativa sanitaria, nonché altre fonti di cognizione come le riviste giuridiche e professionali

(es: L'infermiere agg. prof. anno XLII, n. 4, luglio-agosto 2000 p.33-40), si può stilare un elenco delle mansioni più comuni dedicate al malato, ricordando che questo elenco non è *numerus clausus* ma è aperto a nuovi specifici compiti che nella pratica potrebbero essere valutati:

MANSIONI AUTONOME DELL'OTA:

- preparazione dell'unità letto con presidi e ausili terapeutici;
- sistemazione del paziente e dei suoi effetti personali;
- esecuzione dell'igiene parziale e totale del paziente dipendente;
- supporto al paziente che segue autonomamente l'igiene a letto;
- lavaggio e asciugatura capelli;
- trasporto del paziente;
- esecuzione manicure e pedicure;
- posizionamento storta e comoda a letto;
- distribuzione del vitto;
- aiuto ai pazienti dipendenti per l'alimentazione;
- verifica dell'assunzione del pasto e registrazione sulle diarie alimentari;
- compilazione foglio minzioni;
- accompagnamento del paziente dipendente fino al mezzo di trasporto;
- pulizia dei locali infermieristici;
- pulizia dei locali e arredi usati dal paziente;
- pulizia e riordino del vuotatoio;
- chiusura sacchi della biancheria e dei rifiuti speciali;
- pulizia, controllo e rifornimento dei carrelli e armadi di servizio;
- pulizia, controllo e manutenzione dei presidi in dotazione;
- fornire informazioni agli utenti sull'organizzazione del servizio;
- trattamento e smaltimento rifiuti;

- igiene apparecchi elettromedicali;
- preparazione del paziente per il riposo notturno;
- sorveglianza del paziente durante il riposo notturno;
- controllo dei sistemi sicurezza fisica e dei locali;
- pulizia dei ferri chirurgici;
- rifacimento letti;
- animazione e svago (tv, radio);
- trasmissione del movimento;
- rispondere al campanello, uso di padelle e pappagalli (Cass. 21.05.84 n. 221-0);
- raccolta documentazione effetti personali;
- presa in carico del paziente;
- barellamento;
- gestione aspetti alberghieri;
- trasporto della salma.

MANSIONI DELL'OTA ESEGUITE SOTTO LA SUPERVISIONE DELL'INFERMIERE:

- pulizia e disinfezione presidi per l'evacuazione e l'igiene del paziente;
- attivazione servizio parrucchiera e barbiere;
- cura e ordine degli effetti personale del paziente dipendente;
- passaggio letto/carrozzina/comoda e viceversa;
- vestizione del paziente con abbigliamento idoneo;
- pulizia e saponificazione dell'unità letto e dei presidi in dotazione nell'unità letto;
- recupero capi di abbigliamento per i pazienti indigenti;
- invio e recupero di materiale lettereccio;
- preparazione e pulizia dei presidi antidecubito;
- ritiro e stoccaggio della biancheria pulita;
- cura del microclima;
- pulizia, riordino e rifornimento del carrello per l'igiene del malato;
- invio richieste alla cucina e all'economato;
- stoccaggio del materiale consegnato;
- intervista al paziente per il menù giornaliero;

- igiene e posizionamento del paziente per il pasto;
- preparazione sala da pranzo;
- recupero carrello della cucina;
- riscaldamento e preparazione dei cibi per pasti fuori orario;
- ritiro dei vassoi e consegna del carrello portavivande alla cucina;
- riordino della cucina, stanze e sala da pranzo;
- smaltimento dei rifiuti alimentari;
- contatti con la cucina per prescrizioni fuori orario;
- mobilitazione paziente con sollevatori meccanici;
- allestimento e controllo del carrello per la visita medica;
- registrazione appuntamenti e referti;
- sollecito di richieste inevase e di urgenza;
- archiviazione dei referti;
- pulizia e riordino del carrello dei farmaci e dell'armadio farmaci;
- esecuzione tricotomia;
- sorveglianza e protezione;
- preparazione e applicazione borsa del ghiaccio;
- allestimento carrello medicazione;
- preparazione materiale sterile;
- invio e ritiro materiale sterile;
- preparazione e posizionamento materiale antidecubito;
- mobilitazione del paziente secondo protocollo Norton;
- stoccaggio del materiale in arrivo dalla farmacia e dei servizi economici;
- recupero materiale di proprietà di altri servizi dopo la dimissione;
- compilazione di questionari e schede per indagini statistiche;
- cambio sacche di raccolta liquidi biologici;
- esecuzione igiene a letto e in vasca;
- preparazione e trasporto materiale per sterilizzazione.

MANSIONI AUTONOME DELL'INFERMIERE.

- compilazione cartella infermieristica e schede di valutazione;
- preparazione e registrazione richieste di diagnostica;
- registrazione su agenda di movimento, registro nosologico, elenco presenze, foglio diete;

- controllo, registrazione e conservazione documentazione sanitaria precedente al ricovero;
- segnalazione al medico del nuovo ingresso;
- cura della tracheotomia, cannula, cannula nasofaringea e tubo endotracheale;
- verifica e aggiornamento della prescrizione medica;
- valutazione grado di autonomia dei pazienti attraverso schede validate;
- stesura dei piani educativi e riabilitativi;
- addestramento per l'esecuzione di manovre specifiche per lo svuotamento vescicale;
- addestramento paziente per uso di prodotti per la cura della cute;
- educazione familiari sulla scelta di presidi, approvvigionamento e corretto utilizzo;
- gestione delle terapie parenterali;
- gestione del cateterismo vescicale;
- rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali;
- verifica della terapia somministrata;
- esecuzione di stick;
- esecuzione elettrocardiogramma;
- controllo e gestione dei bilanci in out e monitoraggio;
- compilazione, verifica e registrazione richieste esami prescritti dal medico;
- preparazione della documentazione clinica necessaria per eseguire esami diagnostici;
- preparazione del materiale per l'esecuzione degli esami diagnostici;
- contatti con i diversi laboratori o servizi per l'ottimizzazione del protocollo diagnostico;
- organizzazione del trasporto;
- controllo e segnalazione al medico dei referti pervenuti;
- preparazione e rifornimento del carrello farmaci;
- aggiornamento della cartella infermieristica;
- verifica, sorveglianza e segnalazione degli effetti terapeutici e collaterali;
- medicazione cateteri, stomie, ferite, aghi cannula, drenaggi;
- toilette chirurgica secondo protocolli stabiliti;
- preparazione impostazione e gestione delle pompe di infusione;

- attuazione di manovre rianimatorie;
- preparazione della modulistica per l'approvvigionamento dalla farmacia;
- verifica delle scadenze e giacenze nell'armadio scorte e sui carrelli;
- verifica dell'integrità e sterilità dei presidi medico-chirurgici;
- controllo della prescrizione medica e trascrizione sulle schede di terapia;
- registrazione carico e scarico stupefacenti;
- controllo, registrazione e gestione delle richieste di sangue ed emoderivati;
- preparazione e controllo di tutto il materiale in uso del carrello di emergenza;
- registrazione e compilazione modulistica farmaci speciali;
- compilazione della scheda di dimissione infermieristica;
- contatti con le strutture territoriali;
- educazione sanitaria pazienti e parenti;
- controllo igiene del paziente e verifica delle cure;
- controllo igiene dell'ambiente e richiesta di interventi straordinari;
- verifica della continuità del programma terapeutico;
- revisione col paziente delle prescrizioni dei farmaci e dei presidi;
- verifica funzionamento elettromedicali;
- gestione manutenzione straordinaria di interventi sui locali e sulla struttura;
- compilazione e verifica dell'inventario di reparto;
- compilazione richieste riparazioni e trasferimento dei beni economici;
- fornire istruzioni sui programmi assistenziali e sul regolamento ospedaliero;
- fornire informazioni sui servizi territoriali per il prosieguo del programma terapeutico;
- tutoraggio del neoassunto o dello studente universitario;
- compilazione schede di valutazione;
- organizzazione e partecipazione a riunioni formative ed informative;
- partecipazione addestramenti nuovi presidi;
- partecipazione e collaborazione ai corsi ECM;
- preparazione della salma e controllo contestuale della vitalità;
- triage;
- compilazione scheda ambulanza;
- redazione e lettura di consegne e rapporti;

- controllo del paziente durante il trasporto;
- scelta apparecchiature e mezzo per il trasporto;
- preparazione visita medica.

MANSIONI DELL'INFERMIERE ESEGUITE SOTTO LA SUPERVISIO- NE DEL MEDICO

- fornire informazioni sul programma diagnostico terapeutico, tempi, modalità e tecniche che siano state acconsentite dal medico;
- assegnazione posto letto;
- contatti con la dietista per prescrizioni particolari;
- somministrazione terapie parenterali;
- esecuzione cateterismo vescicale;
- esecuzione test secondo protocolli stabiliti;
- preparazione terapia infusiva;
- somministrazione terapia orale, intr., topica;
- somministrazione terapia aerosol e medicazioni;
- somministrazione terapie vacciniche;
- preparazione provette per i prelievi particolari;
- esecuzione prelievi per esami ematochimici;
- raccolta e conservazione di materiali biologici;
- collaborazione per procedure invasive;
- compilazione modulistica dei vari servizi;
- programmazione esami diagnostici via fax o telefono;
- compilazione e aggiornamento della grafica;
- modalità per il ritiro sacca emotrasfusioni;
- preparazione/somministrazione emotrasfusione (potere di rifiutare la delega medica);
- somministrazione e controllo terapia peridurale (potere di rifiutare la delega medica);
- posizionamento pazienti per l'assunzione delle terapie;
- preparazione, somministrazione e sorveglianza della terapia enterale;
- esecuzione lavanda vaginale;
- esecuzione clistere evacuante e medicamentoso;
- posizionamento cateteri vescicali;

- rimozione sondini e cateteri;
- applicazione sonda rettale;
- applicazione sondino nasogastrico;
- posizionamento via venosa;
- posizionamento catetere venoso centrale (potere di rifiutare la delega medica);
- collaborazione per l'intubazione;
- preparazione, somministrazione e gestione NPT;
- controllo e revisione delle terapie infusive;
- somministrazione, controllo e monitoraggio della ossigenoterapia;
- applicazione bendaggi, fasciature e calze antiembolo;
- collaborazione all'esecuzione di punture evacuative;
- verifica della sorveglianza e protezione;
- contenzione;
- assistenza durante la piccola chirurgia.

MANSIONI DEL TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE

- esecuzione di massaggio addominale per la rieducazione intestinale;
- addestramento all'esecuzione di esercizi perineali;
- mantenere la postura corretta anche mediante applicazione di ortesi.

LE MANSIONI

Il principio di accessorietà

Questa normativa introduce un principio fondamentale per l'individuazione delle mansioni dell'infermiere dopo l'abrogazione del D.P.R. n. 225/74 e cioè che le mansioni c.d. inferiori, non possono essere ritenute tali se sono “*accessorie, complementari o strumentali*” alla prestazione principale.

Tutta la giurisprudenza in materia ha accolto da tempo il principio qui espresso che chiamerò: principio di accessorietà.

Es.: gettare la siringa utilizzata nell'apposito contenitore dei rifiuti o disinfettare il fagiolo.

Queste ed altre operazioni simili, pur essendo meramente manuali, succedono immediatamente alla prestazione principale come, nel caso qui descritto, alla somministrazione di un farmaco per via intramuscolare.

Ad litteram leges, cioè secondo quanto stabilisce testualmente la norma (D.P.R. n. 384/90), dovrebbe essere il personale ausiliario a smaltire i presidi medico-chirurgici, ma in questa circostanza l'atto manuale e immediatamente consecutivo alla prestazione principale e, anche per ragioni di economicità, sicurezza ed efficacia, è opportuno effettuare lo smaltimento del materiale usato senza soluzioni di continuità.

Tale operazione non può essere definita “prestazione” ma **operazione** tecnica causalmente legata alla prestazione infermieristica in quanto accessoria cioè si fonde e si consuma nella prestazione principale.

Diversa ratio è contenuta, per esempio, nella prestazione del cambio della biancheria del letto dove la prestazione (mansione principale) resta assorbita nella tecnica che si manifesta in un procedimento che è fine a se stesso.

Difatti tale mansione, avendo contenuto alberghiero, non rientra tra quelle infermieristiche ma ausiliarie.

LE MANSIONI

Il principio di prevalenza

Si introduce, come nel caso del principio di accessorietà appena esaminato, il principio conseguente che ci permette di verificare se si stanno svolgendo, di fatto, mansioni inferiori vietate ovvero se si configura il demansionamento con conseguente lesione della professionalità.

Tale principio lo definirò: principio di prevalenza.

Facciamo un esempio per comprendere meglio la questione.

Supponiamo di voler verificare se un dato compito può essere svolto o meno dall'infermiere. Applichiamo il principio di accessorietà.

Una volta accertato che il compito esaminato non spetta all'infermiere (in caso negativo vuol dire che non c'è incompetenza e quindi neppure demansionamento), verifichiamo se tale compito può essere definito pienamente "mansione" e se è inferiore, perché solo in questo caso vi è lesione della professionalità che giustifica un risarcimento del danno (non tutti i compiti sono mansioni né tutte le mansioni inferiori sono risarcibili).

Per esempio ci si chiede se la preparazione della colazione rientri tra le competenze dell'infermiere; applichiamo i due principi:

- **Principio di accessorietà:** mettere l'acqua sul fuoco per portarla in ebollizione, riempire la caraffa, mettere in acqua la bustina del tè, mettere sul fuoco il latte e portarlo in ebollizione, versarlo nelle tazze, preparare le fette biscottate e le marmellate nel cestino e mettere il tutto sul carrello portavivande, è un compito accessorio e strumentale ad una prestazione principale infermieristica? **Risposta: no.** Sono tutte prestazioni principali di natura alberghiera e quindi direttamente attribuibili al personale ausiliario.
- **Principio di prevalenza:** premesso che sono mansioni attribuibili ad un'altra qualifica, tutte queste attività prevalgono quantitativamente rispetto alle altre prestazioni infermieristiche? **Risposta: si,** infatti l'infermiere per attuarle si deve dedicare precipuamente a queste tralasciando altri compiti.

Tutte queste attività sono continuative cioè vengono svolte con una certa regolarità? **Risposta: si**, ogni mattina a colazione. mdf

Tutte queste attività sono esclusive? **Risposta: si**, vengono svolte dagli infermieri, qualche volta dagli ausiliari ma mai dalla caposala o dai medici.

Conclusione: l'infermiere non deve preparare le colazioni, in caso positivo ha diritto al risarcimento dei danni per demansionamento.

LE MANSIONI

Le mansioni superiori nel privato

Le mansioni superiori, nel privato, sono regolate dai C.C.N.L. sulla base di quanto disposto dal comma 2 dell'art. 2103 C.C.: “... *Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta, e l'assegnazione stessa diviene definitiva, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione di lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi*”.

Nel diritto privato non si devono garantire i diritti costituzionali relativi all'accesso all'impiego pubblico per cui un dipendente può fare carriera scalando l'intera scala gerarchica, ovviamente in rispetto della normativa per l'accesso alle professioni abilitate dallo Stato, senza che ciò produca discriminazione.

Anche in questo caso i C.C.N.L. pongono alcuni limiti che però possono essere abrogati dai successivi C.C.N.L. (o, addirittura, il datore può non aderirvi perché non rappresentato dai sindacati dei datori).

LE MANSIONI

Le mansioni superiori nel pubblico impiego

Il [Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165](#), recante: “*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”, [all'articolo 52](#) “*Disciplina delle mansioni*” (Art. 56 del D.Lgs n. 29 del 1993, come sostituito dall'art. 25 del D.Lgs n. 80 del 1998 e successivamente modificato dall'art. 15 del D.Lgs n. 387 del 1998), [comma 2](#), dispone: “*Per obiettive esigenze di servizio, il prestatore di lavoro può essere adibito a mansioni proprie della qualifica immediatamente superiore: a) nel caso di vacanza di posto in organico, per non più di sei mesi, prorogabili fino a dodici qualora siano state avviate le procedure per la copertura dei posti vacanti come previsto al comma 4; b) nel caso di sostituzione di altro dipendente assente con diritto alla conservazione del posto, con esclusione dell'assenza per ferie, per la durata dell'assenza.*”

[Ai commi 3 e 4](#): “*Si considera svolgimento di mansioni superiori, ai fini del presente articolo, soltanto l'attribuzione in modo prevalente, sotto il profilo qualitativo, quantitativo e temporale, dei compiti propri di dette mansioni. 4. Nei casi di cui al comma 2, per il periodo di effettiva prestazione, il lavoratore ha diritto al trattamento previsto per la qualifica superiore. Qualora l'utilizzazione del dipendente sia disposta per sopperire a vacanze dei posti in organico, immediatamente, e comunque nel termine massimo di novanta giorni dalla data in cui il dipendente è assegnato alle predette mansioni, devono essere avviate le procedure per la copertura dei posti vacanti*”.

Dalla normativa suesposta si evince che le mansioni superiori nel pubblico impiego sono ammesse e retribuite fino alla revoca delle stesse quando:

- 1. vi è l'atto di nomina.**
- 2. il posto è previsto dalla pianta organica;**
- 3. sul posto vacante non è stato bandito alcun concorso per oltre un anno.**

In assenza dell'atto di nomina, la giurisprudenza riconosce le mansioni superiori

svolte, effettivamente, da almeno 12 mesi.

Con sentenza del 17.09.2008 n. 23741, a cui hanno fatto seguito ulteriori pronunce confermative, la sezione lavoro della Suprema Corte ha stabilito che al sanitario cui sono state assegnate al di fuori dei casi consentiti mansioni superiori, spetta una retribuzione proporzionata e sufficiente ai sensi dell'art. 36 Cost.. - Corte costituzionale cfr. sentenze n. 908 del 1988; n. 57 del 1989; n. 23-6 del 1992; n. 296 del 1990.

Il principio qui sostenuto, trova integrale applicazione, senza sbarramenti temporali di alcun genere, nel pubblico impiego privatizzato, sempre che le mansioni superiori assegnate siano state svolte, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, nella loro pienezza. - Ex plurimis Suprema Corte di Cassazione, SS.UU. n. 25837 dell'11.12.2007.

Le mansioni superiori determinano l'obbligo di integrare il trattamento economico del dipendente nella misura della quantità del lavoro effettivamente prestato. - Corte Cost. 27 maggio 1992 n. 236.

Il Consiglio di Stato, in Adunanza Plenaria, con decisione del 24 marzo 2006, n. 3 ha chiarito l'applicazione delle mansioni superiori nel pubblico impiego: *“Per effetto della modifica apportata sul punto dall'art. 15 del D.Lgs. n. 387/1998, al dipendente pubblico che abbia svolto le funzioni superiori, si deve riconoscere il trattamento economico relativo alla qualifica immediatamente superiore”.*

Tale diritto va riconosciuto con carattere di generalità solo a decorrere dalla data di entrata in vigore del medesimo D.Lgs. n. 387/1998 (e, dunque, dal 22 novembre 1998) ai sensi dell'art. 36 Cost., art. 98 Cost. e art. 97 Cost..

Quanto qui sostenuto è ius receptum: Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, 23 febbraio 2000, nn. 12 e 11; n. 10-/2000; 18 novembre 1999, n. 22); sez. IV: nn. 5799, 5798, 5797 e 5796 del 2005; 14 settembre 2005, nn. 4768, 4767 e 4755; 22 giugno 2004, n. 4433; 7 giugno 2004, n. 3606; 30 giugno 2003, n. 3920; sez. V: 5 ottobre 2005, n. 5323; 29 agosto 2005, n. 4398; n. 3699/2005; 8 febbraio 2005, n. 333; 3 febbraio 2005, n. 264; 19 febbraio 2004, n. 665; 9 giugno 2003, n. 3235; 22 novembre 2001, n. 5924; sez. VI: n. 5632/2005; n. 3365/2005; 16 giugno 2005, n. 3189; 7 giugno 2005, n. 2915; 26 aprile 2005, nn. 1888 e 1887; Cassazione Sezione Lavoro n. 14466 del 22 giugno 2006; Tribunale di Trieste, Sent. n. 403 del 29.09.2000 e Cons. Stato, V, 16 giugno 2005, n. 3153; V, 05 aprile 2005, n. 1534.

LE MANSIONI

Il demansionamento

Tralasciando l'individuazione della figura professionale sostenuta da copiosa normativa, è sufficiente premettere che l'attività lavorativa dell'infermiere rientra tra le **locatio operarum** (professioni intellettuali) e non tra le **locatio operis** (mestieri) cioè in quella tipizzazione prevista dall'art. 2229 C.C., per cui è una professione intellettuale.

Detto ciò, posto che le mansioni inferiori sono vietate e non ammesse neppure di fatto, demansionare l'infermiere significa cagionare un danno alla professionalità, immediatamente risarcibile ex art. 1226 C.C. (artt. 1218 e 2043 C.C.).

Per mansione inferiore si intende quella assegnata (da una norma) ad una diversa qualifica e che, invece, viene svolta da una qualifica superiore con carattere di continuità, prevalenza ed esclusività - Cass. Sez. V, sent. n. 1116 del 21-07-1995.

Ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 16 ottobre 1979 n. 509 le mansioni che abbiano carattere di accessorietà e strumentalità non possono definirsi inferiori (es: per l'infermiere sciacquare immediatamente il fagiolo sporco di sangue oppure per il tecnico di laboratorio smaltire immediatamente una tanica con residui reattivi tossici oppure per il fisioterapista staccare e gettare immediatamente la carta posta sul lettino).

Il contenzioso nasce dall'accertamento di tali requisiti.

Solo per fare qualche esempio, esaminiamo alcune mansioni assistenziali più frequenti come le **cure igieniche del malato, preparazione e distribuzione delle colazioni, riassetto del letto, uso di padelle e pappagalli, cure igieniche al malato, svuotamento delle sacche di urina**: con un articolo pubblicato nella rivista "L'infermiere" - gennaio-febbraio 1992, a pag. 46, il Prof. Avv. Nicola Ferraro, docente di diritto civile all'Università Federico II di Napoli, ha disaminato la questione della pulizia del malato (*rectius* cure igieniche) ritenendo che, ai sensi del D.P.R. n. 225/74, essendo state assegnate dette competenze all'infermiere generico, non spettassero all'infermiere professionale soprattutto in virtù degli

artt. 99 e 100 T.U. Leggi Sanitarie che definivano l'attività dell'infermiere come *"professione"* includendola nel novero delle attività intellettuali di cui all'art. 22-29 C.C..

mdf

Considerava altresì, che a seguito della soppressione delle scuole per infermieri generici effettuata con Legge 03 giugno 1980 n. 243 e della creazione, sostitutiva, dell'O.T.A. con D.P.R. 28 novembre 1990 n. 384, spettasse a quest'ultima figura l'espletamento delle cure igieniche del malato.

Il 16 maggio 1994 con prot. n. 85/UL/94 ad oggetto: Competenza dell'infermiere e dell'OTA, il Collegio IPASVI dichiarava, da parte del professionale, illegittime le seguenti mansioni: preparazione e distribuzione delle colazioni, riassetto del letto, uso di padelle e pappagalli, cure igieniche al malato, svuotamento delle sacche di urina.

Queste mansioni non sono attribuibili all'infermiere professionale, si legge nella lettera, così come prevede anche il Capitolo 1 dell'Accordo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, ratificato in Italia con legge 15 novembre 1973 n. 795 (che portò alla successiva redazione del D.P.R. n. 225/74).

Con articolo pubblicato nella rivista "L'infermiere" - marzo-aprile 1993 pag. 46, il Prof. Avv. Salvatore Carruba, dirigente generale del Ministero della Sanità, spiegava che all'infermiere non compete preparare e distribuire la colazione e il vitto.

Il [D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#) - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche - TITOLO IV - Rapporto di lavoro - [all'art. 52](#) - Disciplina delle mansioni. (Art. 56 del D.Lgs n. 29 del 1993, come sostituito dall'art. 25 del D.Lgs n. 80 del 1998 e successivamente modificato dall'art. 15 del D.Lgs n. 387 del 1998), stabilisce al [comma 1](#): *"Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi, ovvero a quelle corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o*

di procedure concorsuali o selettive. L'esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alla qualifica di appartenenza non ha effetto ai fini dell'inquadramento del lavoratore o dell'assegnazione di incarichi di direzione”.

mdf

Il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 - Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali - all'art. 29 recita: “Esercizio delle mansioni inerenti al profilo e alla posizione funzionale. - Il dipendente ha diritto all'esercizio delle mansioni inerenti al suo profilo e posizione funzionale e non può essere assegnato, neppure di fatto, a mansioni superiori o inferiori. Può eccezionalmente svolgere mansioni superiori ...”.

Da queste norme la giurisprudenza ha tratto un semplice principio giuridico che sino ad ora è stato sempre rispettato: **l'infermiere professionale deve svolgere le proprie mansioni e non può, mai, svolgere né quelle del generico né quelle dell'ausiliario (OTA, OSS, ecc.). In determinati casi può svolgere mansioni superiori (caposala).**

La Sezione Lavoro della Corte di Cassazione (Sent. 24293/2008) chiamata a decidere sul caso di mansioni inferiori, ha stabilito che: “Richiamando la consolidata giurisprudenza di questa Corte al riguardo, la modifica delle mansioni di cui all'art. 2103 C.C. non può avvenire in maniera dequalificante ma deve essere mirata al perfezionamento e all'accrescimento del corredo di esperienze, nozioni e perizie acquisite nella fase pregressa del rapporto. Le mansioni inferiori svolte dal ricorrente, sono state ritenute elementari, estranee alle esperienze professionali pregresse, aventi in sé un maggior rischio di fossilizzazione delle capacità della dipendente medesimo”.

In poche parole: le mansioni inferiori sono vietate!

Cass. Sez. Lav. n. 7018 del 27.5.2000 ha postulato la prevalenza delle mansioni sostanziali su quelle formali nel senso che, per individuare l'illecito mansionale, non è indispensabile acclarare la presenza di un atto formale, essendo sufficiente che il lavoratore svolga mansioni inferiori de facto.

Perché si concretizzi un illecito da demansionamento non è necessario che l'infermiere riceva un ordine di servizio dove si disponga l'assegnazione alle man-

sioni inferiori, ma è sufficiente che l'infermiere le svolga anche senza alcuna disposizione. mdf

Difatti la giurisprudenza ha sempre ritenuto responsabile il datore di lavoro per demansionamento quando non dimostra di aver vigilato assiduamente per impedire lo svolgimento di mansioni inferiori (Inversione onere della prova per colpa contrattuale).

Cassazione Sezione Lavoro n. 7453 del 12 aprile 2005 (Pres. Mercurio, Rel. De Luca) vieta all'azienda di mutare le mansioni senza l'accordo del dipendente.

Allo stesso modo nel pubblico impiego sono vietate le mansioni inferiori o promiscue. - Cass. Sez. Lav. n. 6419 del 17.5.2000.

“Se l'organico è inadeguato e il dipendente è obbligato, anche di fatto, a svolgere mansioni non attinenti al proprio profilo funzionale, ha diritto al risarcimento per lesione della dignità professionale in quanto deve sopperire ad un gravoso ed improprio cumulo di mansioni. Ne consegue che ha diritto al risarcimento valutato in via equitativa ex art. 1226 C.C.”. - Tribunale Civile di Milano, Sezione Lavoro n. 2908 del 5.11-29.12.99, Est. Peragallo.

E se non c'è il personale, l'infermiere è obbligato a svolgere mansioni inferiori?

“L'organico del personale deve essere adeguato alle normali esigenze aziendali affinché di dipendenti in servizio non siano sottoposti ad abnormi prestazioni lavorative che esulino dalle proprie competenze”. - Cassazione Sezione Lavoro n. 1307 del 5 febbraio 2000.

“Il dipendente può rifiutarsi di eseguire la prestazione lavorativa contestata se essa è ritenuta dequalificante”. - Cassazione Sezione Lavoro n. 1307 del 07 febbraio 1998, Pres. Rapone, Rel. Sciarelli (**La Corte ha richiamato un suo precedente, sentenza n. 8939 del 1996, secondo cui “può ritenersi legittimo il rifiuto della prestazione lavorativa purché tale reazione risulti proporzionata e conforme a buona**

fede, come avviene nel caso in cui il dipendente continui ad offrire le prestazioni corrispondenti alla qualifica e non quelle di altre”).

“Il potere gerarchico del datore di lavoro non comporta che il lavoratore debba eseguire, a richiesta dei superiori, prestazioni non previste dal C.C.N.L. In questo caso è legittima la mancata esecuzione dell’ordine”. - Cassazione Sezione Lavoro n. 5643 dell’08 giugno 1999.

L’infermiere deve rifiutarsi di svolgere mansioni inferiori dopo che è trascorso un congruo periodo di tempo (15 gg.) dalla diffida con cui ha invitato l’amministrazione ad integrare il personale carente.

La diffida deve ricordare che in ogni turnazione devono essere presenti tutte le categorie assistenziali previste dalla legge per garantire una completa ed efficiente assistenza.

Il [Decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1987, n. 567](#) (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 11 febbraio, n. 34) - all’art. 8, “Turnazioni”, al paragrafo d) stabilisce che: “Il ricorso al lavoro su turni presuppone la distribuzione del personale nei vari turni, ripartito sulla base delle professionalità che devono essere presenti in ciascun turno, con assoluta preminenza, quindi nell’interesse dell’amministrazione su ogni altro”.

Ad adiuvandum, il [D.Lgs. 26.11.1999 n. 532 a norma dell’art. 17, co. 2, L. 0-5.02.1999 n. 25](#), all’art. 11, comma 1, recitano: “Durante il lavoro notturno il datore di lavoro assicura un livello di servizi equivalente a quello previsto per il turno diurno” e il [Decreto Legislativo 08 aprile 2003, n. 66](#), all’art. 14, co. 2 si legge: “Durante il lavoro notturno il datore di lavoro garantisce, previa informativa alle rappresentanze sindacali di cui all’articolo 12, un livello di servizi o di mezzi di prevenzione o di protezione adeguato ed equivalente a quello previsto per il turno diurno”.

Il danno da demansionamento deve essere risarcito

Con sentenza n. 19434 dell'11 settembre 2006, la Cassazione ha affermato che la circostanza secondo la quale un lavoratore sia già provato per stress a causa della sua vita familiare non esclude che sullo status abbia agito, quale concausa all'insorgere dello stato depressivo, la durezza dei carichi lavorativi relativi all'attività svolta.

Come ha stabilito Cass., Sez. lavoro 23 marzo 2005 n. 6326: *“L'adibizione a mansioni inferiori a quelle originariamente svolte, produce un danno liquidato in via equitativa, nel minimo pari al 30% del trattamento economico corrisposto nello stesso periodo, oltre accessori”*.

“La equivalenza delle mansioni, che condiziona la legittimità dell'esercizio dello ius variandi, a norma dell'art. 2103 C.C. e che costituisce oggetto di un giudizio di fatto che, se congruamente e logicamente motivato, è incensurabile in Cassazione, va verificata, infatti, sia sul piano oggettivo, e cioè sotto il profilo della inclusione nella stessa area professionale e salariale delle mansioni iniziali e di quelle di destinazione, sia sul piano soggettivo, in relazione al quale è necessario che le due mansioni siano professionalmente affini, nel senso che le nuove si armonizzino con le capacità professionali già acquisite dall'interessato durante il rapporto lavorativo, consentendo ulteriori affinamenti e sviluppi”. - Cass., lavoro, n. 11457/2000.

“Di regola, peraltro, in relazione agli atti datoriali, contrastanti con i principi di correttezza e buona fede, ex artt. 1175 e 1375 C.C., la giurisprudenza usa il termine di illegittimità dell'atto. Anche quando si modificano di fatto le mansioni del lavoratore, per abuso del comportamento datoriale, si violano i canoni ermeneutici succitati”. - Cass. n. 11271/1997; Cass., Sez. Un. 500/1999; Cass. n. 11957/2003.

“Sussiste, dunque, secondo la giurisprudenza di legittimità, un diritto del lavoratore all'effettivo svolgimento della propria prestazione di lavoro, la cui lesione da parte del datore di lavoro costituisce un inadempimento contrattuale che determina, oltre all'obbligo di corrispondere le retribuzioni dovute, l'obbligo del risarcimento

del danno da dequalificazione professionale. La prova del nocumento può essere anche presuntiva". - Cass. 15 giugno 1983 n. 4106; Cass. 06 giugno 1985 n. 3372; Cass. 10 febbraio 1988 n. 1437; Cass. 13 novembre 1991 n. 12088; Cass. 15 luglio 1995 n. 7708; Cass. 04 ottobre 1995 n. 10405; Cass. 2001/14199; Cass. n. 16792/2003 e n. 13580/2001.

Tale importo è stato determinato equitativamente ex art. 2056 co. 1° c.c., secondo il più recente orientamento giurisprudenziale (Cass. Sez. Un. 17 febbraio 1995, n. 1712).

"Il demansionamento produce danno alla dignità e personalità morale del lavoratore, ex articolo 41 Costituzione, liquidabile in via equitativa e pregiudica l'opportunità di progressione in carriera". - Cass. sez. lav., 06 novembre 2000, n. 14443.

Cassazione, Sezione Lavoro, Sentenza 26 maggio 2004, n. 10157 ha statuito che: *"Il danno da dequalificazione professionale attiene alla lesione di un interesse costituzionalmente protetto dall'art. 2 della Costituzione, avente ad oggetto il diritto fondamentale del lavoratore alla libera esplicazione della sua personalità nel luogo di lavoro secondo le mansioni e con la qualifica spettategli per legge o per contratto, con la conseguenza che i provvedimenti del datore di lavoro che illegittimamente ledono tale diritto vengono immancabilmente a ledere l'immagine professionale, la dignità personale e la vita di relazione del lavoratore, sia in tema di autostima e di eterostima nell'ambiente di lavoro ed in quello socio familiare, sia in termini di perdita di chances per futuri lavori di pari livello. La valutazione di tale pregiudizio, per sua natura privo delle caratteristiche della patrimonialità, deve essere effettuata dal giudice alla stregua di un parametro equitativo, essendo difficilmente utilizzabili parametri economici o reddituali"*.

"Anche il danno esistenziale da dequalificazione professionale del lavoratore per fatto ascrivibile al datore di lavoro è risarcibile". - Cass. SS.UU. sent. 24 marzo 2006 n. 6572 e SS.UU. 24 novembre 2006 n. 25033 nonché Cass. Sez. Lav. 07 marzo 2007, n. 5221.

"Il danno morale e biologico da demansionamento è risarcibile". - Cass. Sez. Unite, Sent. 24 marzo 2006, n. 6572.

Anche Cass. n. 14302/2006 ha affermato il diritto al risarcimento oltreché per danno professionale anche per quello morale e biologico in favore del lavoratore obbligato a svolgere mansioni non adeguate alla propria qualifica. La Corte ha stabilito che *"il risarcimento del danno morale in favore del soggetto danneggiato per lesione del valore della persona umana è costituzionalmente garantito e prescinde dall'accertamento di un reato in suo danno"*.

"Il demansionamento costituisce lesione della dignità del lavoratore, tutelata dall'art. 41 Cost. e dall'art. 2087 C.C.. Ne consegue il diritto al risarcimento del danno da liquidarsi in via equitativa, anche se non via sia la prova di conseguenze patrimoniali negative". - Cass., Sezione Lavoro n. 14443 del 06 novembre 2000, Pres. Trezza, Rel. Mammone.

Il direttore generale, rappresentante legale dell'ente, è responsabile per i danni derivanti dalle mansioni inferiori. - Cassazione Civile, Sezione III, Sentenza n. 7980 del 27.04.2004.

La dequalificazione opera anche se si tratta di figure professionali appartenenti allo stesso livello contrattuale di inquadramento (es. caposala). - Cassazione Sezione Lavoro n. 7040 del 17 luglio 1998, Pres. Fanelli, Rel. Mileo. In particolare i giudici deducono che: *"mentre le mansioni di addetta alle pulizie possono essere espletate da chiunque, quelle particolari abbisognano di un pur minimo bagaglio di specifiche competenze tecniche del settore"*.

"Il risarcimento del danno per la dequalificazione da mobbing va dimostrato in giudizio con tutti i mezzi consentiti dall'ordinamento, assumendo peraltro precipuo rilievo la prova per presunzioni". - Cassazione, Sezione lavoro, sentenza 26 marzo 2008, n. 7871.

"Il dipendente che abbia subito una dequalificazione può ottenere la condanna del datore di lavoro a reintegrarlo nelle mansioni che gli spettano, oltre al risarcimento del danno". - Cassazione, Sezione Lavoro n. 4221 del 27 aprile 1999, Pres. Sommella, Rel. Prestipino.

“La dequalificazione è una violazione contrattuale. Il datore di lavoro è vincolato dal dovere di correttezza e buona fede (limiti al ius variandi) che non gli permette di attribuire mansioni inferiori al dipendente. Tale violazione corrisponde ad un inadempimento contrattuale e quindi è risarcibile quando il lavoratore dimostri che il datore abbia disatteso i predetti canoni”. - Cass. Sez. Lav. n. 11291 del 2-8.8.2000.

“Il danno da demansionamento è in re ipsa”. - Corte di Cassazione, Sezioni Unite del 24 marzo 2006 n. 6572.

“Lo svolgimento di mansioni inferiori influisce negativamente sulla formazione e sulla crescita professionale del dipendente tanto da depauperarne il proprio bagaglio tecnico-culturale fino a limitare gravemente le proprie capacità e possibilità di sviluppo, danneggiando il prestigio, la carriera e la competenza specialistica in un determinato settore”. - Corte di Cassazione, Sezione Lavoro Civile, Sentenza del 23 marzo 2005, n. 6326.

Il principio giuridico che assurge dalla disamina di tutta la giurisprudenza in materia e dalla normativa succitata è il seguente: l'infermiere non può svolgere nessun atto proprio del personale ausiliario o del generico ma può svolgere ulteriori mansioni che siano frutto della crescita professionale, dell'aggiornamento e dei miglioramenti che rendono le sue prestazioni sanitarie più raffinate, precise, competenti ed efficaci.

LA TUTELA DELLE MANSIONI

Il Tentativo di Conciliazione

Per vedersi riconosciuti i diritti retributivi scaturiti dalle mansioni superiori o per far valere un risarcimento da demansionamento, ovvero per obbligare il datore di lavoro a rispettare il proprio profilo funzionale, il sistema giuridico appresta una particolare tutela.

Con questo atto, redatto personalmente dall'infermiere o per mezzo del sindacato o dell'avvocato, ma comunque sottoscritto anche da chi dovrà rappresentare il lavoratore in seno alla Commissione Conciliativa, si comunica alla DPL (Direzione Provinciale del Lavoro) e al datore di lavoro (direttore generale), l'intenzione di addivenire ad una bonaria composizione della vertenza, invitando il datore a conciliare ad una determinata transazione che deve essere esplicitata nel Tentativo di Conciliazione.

L'atto che contiene il Tentativo di Conciliazione può essere spedito o depositato presso il DPL e spedito o protocollato presso il datore di lavoro (ovviamente la spedizione con raccomandata a/R).

Si preferisce depositarlo presso la DPL per evitare smarrimenti o fraintendimenti.

Il D.P.R. n. 165/2001, novellato dal D.Lgs. n. 150/2009 e il C.C.N.L. di Comparto (pubblico o privato), prevedeva il **Tentativo Obbligatorio di Conciliazione**.

Dal 23 novembre 2010 con legge 04 novembre 2010 n. 183 sono stati modificati gli artt 410, 411 ed in particolare è facoltà promuovere un previo tentativo di conciliazione. Le commissioni di conciliazione sono formate dal direttore dell'ufficio sito alla DPL o da un suo delegato o da un magistrato collocato a riposo (pensione) oltre quattro rappresentanti dei datori di lavoro (designati dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro anche maggiormente rappresentative a livello territoriale) oltre quattro rappresentati dei lavoratori (idem). In ogni

caso la commissione è valida con la presenza del presidente e di almeno un rappresentante dei datori e uno dei lavoratori.

mdf

PROCEDURA

Il lavoratore può farsi assistere da un sindacalista che può redigere il TC e spedirlo o depositarlo all'URP della DPL e spedirlo con raccomandata a/R al proprio datore. Seguono due effetti giuridici:

- Datore. Ricevuto il TC il datore può accettare la trattativa depositando alla DPL, entro 20 giorni dalla ricezione del TC, una memoria difensiva avversa, anche riconvenzionale o propositiva. Se entro 20 giorni non deposita la memoria, ambedue possono adire l'autorità giudiziaria.
- DPL. Entro 10 giorni dal deposito, la DPL deve fissare la data di trattazione che deve tenersi entro i successivi 30 giorni. Ovviamente se non riceve la memoria entro i 20 giorni succitati, potrà cancellare la trattazione senza dover redigere un processo verbale negativo di mancata conciliazione (cosa prevista prima della novellazione).

Se la conciliazione riesce (art. 411 C.P.C.) ogni parte può far dichiarare dal giudice l'esecutività del processo verbale.

Se la conciliazione riesce presso una sede sindacale (procedura prevista dal C.C.N.L.), il direttore della DPL ne accerta l'autenticità e lo deposita in tribunale poi ogni parte, su istanza, ne può chiedere l'esecutività con decreto.

Se la conciliazione non riesce, la commissione formula una proposta transattiva. Se la parte non accetta la proposta, nel processo verbale devono essere riportati i motivi di diniego che saranno valutati dal giudice in sede di giudizio. Il giudice valuterà la legittimità del diniego cioè l'adeguata motivazione.

Davanti il tribunale (art. 420 C.P.C.), il giudice propone una conciliazione e formula una proposta transattiva che, rifiutata senza giustificato motivo, costituirà comportamento valutabile ai fini della giudizio (non come prima "della decisione").

La vertenza può essere affidata ad una commissione arbitrale sia rituale che irri-
tuale.

Anche la legge n. 183/2010 novellando l'art. 410 C.P.C. prescrive che: *“Dinanzi alla commissione il lavoratore può farsi assistere anche da un'organizzazione cui*

aderisce o conferisce mandato”.

Quindi:

1. può presentarsi da solo;
2. può farsi assistere da chiunque, per cui non deve essere necessariamente un sindacalista o un avvocato (da un parente, da un amico, da un vicino di casa).

E' bene indicare nella procura la facoltà che il procuratore sia sostituito.

Prima della trattazione può essere richiesta l'ostensione della memoria di controparte.

Durante la trattazione il lavoratore esprime per primo le proprie deduzioni.

Ogni atto deve essere necessariamente allegato al ricorso ex art. 414 C.P.C..

Il ricorso

La tutela giudiziale prevede il deposito di un ricorso in cui deve essere indicato anche il comportamento tenuto dal datore prima e durante il Tentativo di Conciliazione.

Nel ricorso si chiedono tutti i danni subiti e tutto quello che necessita per ripristinare la legalità.

Non sempre le spese seguono la soccombenza. Il Tribunale può condannare alla spese legali anche la parte vittoriosa che però si è comportata scorrettamente durante il processo (ed anche durante il Tentativo di Conciliazione).

La sentenza è sempre immediatamente esecutiva salvo che venga impugnata e la parte soccombente abbia chiesto ed ottenuto l'inibitoria.

Per l'esecuzione della sentenza si può procedere sia con procedimento civile, sia (solo per il pubblico impiego) con quello amministrativo.

Quello amministrativo, benché più complesso, è auspicabile perché su richiesta viene nominato un commissario ad acta (frequentemente proprio l'avvocato di controparte) che dovrà ottemperare a quanto stabilito dal Tribunale Amministrativo Regionale, pena, particolari sanzioni anche deontologiche.

La sua attività esecutiva sarà verificata da una successiva udienza dove il lavoratore potrà dichiararsi soddisfatto o meno.

Prof. Mauro Di Fresco