



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI ROMA
Prima Sezione Lavoro



in persona del giudice, dott. Antonio Maria LUNA
all'udienza dell'**11 luglio 2019**, all'esito della camera di consiglio (ore 18,40)
ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

ex art. 429, 1° comma c.p.c., nella causa civile iscritta al n. **35864** del Ruolo
Generale Affari Contenziosi dell'anno **2018**, vertente

T R A

██████████ elettivamente domiciliato in ██████████
presso lo studio dell'avv. ██████████ che lo rappresenta e difende in vir-
tù di procura a margine del ricorso introduttivo

RICORRENTE

E

██████████ ██████████ ██████████ ██████████
██████████ – in persona del Direttore generale e legale rappresentante *pro*
tempore, prof. ██████████ – elettivamente domiciliata in Roma, alla via
delle Tre Madonne, n. 8, presso lo studio degli avv.ti ██████████ e
██████████ che la rappresentano e difendono in virtù di procura in
calce alla memoria difensiva

CONVENUTA

OGGETTO: demansionamento – risarcimento danni

CONCLUSIONI DELLE PARTI:



L'avv. [REDACTED] per il ricorrente: “... accertare e dichiarare, in virtù di tutto quanto esposto e provato, che le mansioni igienico-domestico-alberghiere svolte dal ricorrente per quanto dedotto in ricorso, sono illegittime poiché non attinenti al profilo professionale dell’infermiere, ma proprie del personale ausiliario di supporto e, per l’effetto: ordinare [REDACTED] [REDACTED] di assegnare il ricorrente alle mansioni proprie di infermiere professionale, secondo quanto previsto dalla legislazione enunciata in ricorso e di conseguenza, condannare [REDACTED] [REDACTED] [...] al risarcimento del danno patrimoniale da lesione della professionalità e del danno morale ex art. 2087 C.C., valutato in chiave costituzionale, nella misura determinata in euro 102.000,00 quale valore parametrato al 50% della retribuzione media mensile a far data dalla diffida con retroattività decennale, oltre gli ulteriori identici danni da calcolarsi a far data dalla diffida fino a totale soddisfo, con interessi legali e rivalutazione monetaria. [...] Con vittoria in ogni caso di spese e competenze di giudizio oltre rimborso forfettario, I.V.A. e C.P.A. come per legge con distrazione al procuratore antistatario”.

Gli avv.ti [REDACTED] e [REDACTED] per la convenuta: “1. respingere il ricorso perché infondato in fatto ed in diritto; 2. condannare il ricorrente al pagamento delle spese di giudizio”.

ESPOSIZIONE DEI FATTI

Con ricorso depositato il 13 novembre 2018, [REDACTED] ha esposto **che** è dipendente della [REDACTED] [REDACTED] dal 2 marzo 2004, con qualifica di infermiere professionale, inquadrato nella categoria D, fascia 3, del contratto collettivo per i dipendenti della [REDACTED] [REDACTED] **che** dalla data dell’assunzione è stato assegnato al reparto “camere speciali solventi 2”, il 15 ottobre 2012 è stato trasferito al reparto ortopedia-traumatologia e chirurgia d’urgenza e, dal 22 gennaio 2018, al reparto riabili-



tazione cardiologica; **che** ha dovuto svolgere sempre in maniera marginale ed affrettata le mansioni proprie della sua qualifica professionale, come ad es., preparare e somministrare la terapia farmacologica, rilevare i parametri vitali ecc.; **che**, invece, in maniera assolutamente prevalente ha svolto attività di assistenza diretta dei pazienti in sostanza disimpegnando mansioni igienico-domestiche-alberghiere, come ad esempio, alzare ed abbassare lo schienale del letto, porgere una bottiglia, accendere un cellulare, prendere lenzuola e coperte, curare l'igiene personale, ecc.; **che**, a causa di tale preponderante impegno, non ha potuto praticare in maniera soddisfacente e intellettuale la propria professione e cioè non ha potuto assistere il più delle volte alle visite mediche, non si è potuto aggiornare sull'evoluzione terapeutica e patologica dei pazienti, non ha svolto ricerca infermieristica, non si è aggiornato sui processi di *nursing*, ecc.; **che** tale situazione è dipesa dal comportamento del datore di lavoro che non ha mai assegnato il personale ausiliario che è preposto allo svolgimento delle predette attività di accudimento generale dei malati; **e che** con lettera del 30 novembre 2016, tramite associazione sindacale, ha diffidato il datore di lavoro per averlo costretto a svolgere mansioni inferiori a causa della carenza di personale ausiliario, senza ottenere alcun riscontro.

Tanto premesso, il ricorrente ha dedotto che, fin dalla data di assunzione, egli svolge, per almeno il 90% del suo turno di lavoro, attività inferiori che sarebbero proprie di figure professionali ausiliarie; e che ciò ha comportato un impoverimento della sua capacità professionale con conseguente danno professionale e danno morale da perdita di chance, da valutare congiuntamente ed equitativamente sulla base del 50% della retribuzione annua.

Ha pertanto formulato le conclusioni sopra trascritte.

La [REDACTED] costituitasi telematicamente il 14 gennaio 2019, in via preliminare ha eccepito la indeterminatezza della domanda non essendo stati specificati i periodi in cui sarebbe



stata posta in essere la condotta illegittima del datore di lavoro, nonché la inammissibilità e/o infondatezza della stessa per mancata allegazione delle circostanze di fatto indispensabili ai fini della individuazione dell'oggetto della pretesa ed altresì la genericità e la conseguente infondatezza delle richieste risarcitorie non essendo stati indicati i parametri in forza dei quali dovrebbe quantificarsi la somma asseritamente dovuta. Ha poi eccepito la prescrizione decennale con riferimento al periodo antecedente il 30 novembre 2006 avendo il ricorrente inviato atto di messa in mora solo il 30 novembre 2016.

In fatto, la convenuta ha dedotto che essa, costituita nel dicembre del 2014, ha assunto dal 1° agosto 2015 la gestione del Complesso aziendale ospedaliero del [REDACTED] in precedenza strettamente integrato con la [REDACTED] [REDACTED] che il rapporto di lavoro del personale non dirigente è disciplinato da apposito contratto collettivo aziendale in vigore dal 1° luglio 2016, mentre in precedenza era regolato dal contratto collettivo di lavoro del personale non dirigente della sede di Roma [REDACTED] che nel corso del rapporto di lavoro, il ricorrente ha sempre svolto mansioni proprie dell'infermiere professionale e, comunque, riconducibili al livello di inquadramento riconosciuto; che, in particolare, è stata a lui affidata l'attività di assistenza tipica dell'infermiere, volta alla continua assistenza del paziente ed al controllo delle sue condizioni generali di salute, alla preparazione e somministrazione delle terapie farmacologiche ed all'esecuzione di ogni specifica medicazione e attività di reparto richiesta dal medico, in conformità con le definizioni del DM 14.9.1994, n. 739, contenente il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere; che le attività indicate dal ricorrente come indice di demansionamento in realtà rappresentano interventi elettivi per soddisfare bisogni fondamentali della persona identificati dalle diagnosi infermieristiche "NANDA"



(tassonomia delle diagnosi infermieristiche validata scientificamente e riconosciuta a livello internazionale); che presso il [REDACTED] è stato introdotto lo strumento informatico PAI (“Professional Assessment Instrument”) di supporto alla scelta delle diagnosi infermieristiche, degli interventi e dei risultati dell’assistenza permettendo agli infermieri di documentare in modo informatizzato il processo di *nursing* personalizzato, per cui il ricorrente svolge in maniera intellettuale la sua professione; che [REDACTED] dalla data dell’assunzione al 2012, ha lavorato presso il reparto Solventi 2 9°, ove l’organizzazione [REDACTED] prevedeva la presenza di personale infermieristico e di supporto (OTA/ASS), della cui collaborazione il personale infermieristico si avvaleva in relazione ai bisogni del malato e alle priorità assistenziali; - dal 2012 al 2017 ha prestato servizio il reparto Ortopedia Traumatologia e Chirurgia d’Urgenza, operando con la medesima modalità; che, dal mese di aprile 2017, inserito nella struttura organizzativa il personale OSS (Operatori Socio Sanitari), lo stesso opera sotto la responsabilità degli infermieri; e che dal mese di gennaio 2018 il ricorrente è stato inserito presso il reparto Cardiologia e Riabilitazione cardiologica 7°M, dove l’équipe multiprofessionale prevede un’organizzazione assistenziale affidata a infermieri, riabilitatori e OSS nel rispetto delle specifiche e normate competenze.

Tutto ciò premesso, [REDACTED] ha sostenuto che il ricorrente non ha subito alcuna dequalificazione avendo sempre espletato l’attività tipica di assistenza del paziente, attraverso l’esercizio di specifiche valutazioni e nell’ambito degli obiettivi assistenziali e di guarigione, come caratteristico della prestazione professionale; che le mansioni così svolte sono esattamente corrispondenti alla categoria D, profilo “collaboratore professionale sanitario”, secondo il sistema di classificazione del personale non docente e non dirigente [REDACTED] nonché, in precedenza, alla categoria attribuita in base al contratto collettivo applicato ai dipendenti dell’Università; e che il ricorrente



non ha fornito la prova degli elementi necessari per la dimostrazione del pregiudizio asseritamente sofferto in conseguenza di una dequalificazione professionale.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. - Deve certamente escludersi che il ricorso sia “inammissibile” per mancata specificazione dei periodi in cui sarebbe stata posta in essere la lamentata dequalificazione e dei reparti in cui il lavoratore sarebbe stato costretto a svolgere in modo prevalente le mansioni igienico-domestiche-alberghiere, poiché si legge chiaramente, al punto 2 dell’esposizione in fatto dell’atto introduttivo, che ██████████ è stato assegnato dalla data di assunzione (2 marzo 2004) al reparto “camere speciali Solventi 2 (reparto 9°E)”; dal 15 ottobre 2012 al reparto 7°N dell’unità “ortopedia-traumatologia e chirurgia d’urgenza” e dal 22 gennaio 2018 al reparto 7°M dell’unità “riabilitazione cardiologica”; al successivo punto 3 si legge che il lavoratore avrebbe “sempre” (dunque fin dal 2004) svolto marginalmente ed affrettatamente mansioni di infermiere professionale (segue analitica ed anzi minuziosa elencazione dapprima delle attività ritenute tipiche dell’infermiere, come ad es. preparare e somministrare la terapia farmacologia orale, intramuscolare ed endovenosa, rilevare i parametri vitali, ecc., e poi delle mansioni c.d. di assistenza diretta, cioè “igienico-domestiche-alberghiere”, repute dequalificanti, tra cui rispondere ai campanelli di richiesta domestica e alberghiera, alzare e abbassare lo schienale del letto, aprire una bottiglia, riempire un bicchiere d’acqua, ecc.). Pertanto non si vede quali ulteriori specificazioni sarebbero state necessarie in ordine ai reparti di assegnazione ed ai periodi di lamentata dequalificazione.

2. - Lo stesso dicasi in ordine alla eccepita inammissibilità e/o infondatezza del ricorso a causa della mancata allegazione delle circostanze di fatto indispensabili ai fini della individuazione dell’oggetto della domanda giacché, anzi, l’atto introduttivo appare piuttosto sovrabbondante quanto alla indicazio-



ne delle attività lavorative che si asseriscono in fatto svolte, delle qualifiche e dei gradi previsti dal contratto collettivo o comunque dalle fonti normative citate e quanto alle argomentazioni circa la ritenuta non appartenenza delle mansioni di c.d. assistenza diretta alla figura professionale dell'infermiere.

Come detto, l'elenco analitico delle mansioni che si assumono svolte (ripetute al §4 dell'esposizione in diritto alla pag. 27) e di quelle che si ritengono esclusive del professionista è contenuto nel punto 3 dell'esposizione di fatto, cui segue diffusa argomentazione, persino con premessa introduttiva di carattere storico circa la figura dell'infermiere, per dimostrare che le mansioni di assistenza diretta non sono proprie dell'attuale professionista laureato.

3. - Irrilevante l'eccezione di prescrizione decennale dell'azione di accertamento della dequalificazione posto che lo stesso ricorrente limita espressamente la propria domanda al decennio antecedente la data dell'atto di messa in mora del 30 novembre 2016.

4. - Secondo l'orientamento giurisprudenziale, pienamente conforme ai principi generali in tema di ripartizione dell'onere della prova nelle azioni promosse per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento (Cass. civ., sez. un., 30/10/2001, n. 13533), *“Allorquando da parte di un lavoratore sia allegata una dequalificazione o venga dedotto un demansionamento, riconducibile ad un inesatto adempimento dell'obbligo gravante sul datore di lavoro ai sensi dell'art. 2103 c.c. è su quest'ultimo che incombe l'onere di provare l'esatto adempimento del suo obbligo attraverso la prova della mancanza in concreto di qualsiasi dequalificazione o demansionamento, ovvero attraverso la prova che l'una o l'altro siano stati giustificati dal legittimo esercizio dei poteri imprenditoriali o disciplinari o, comunque, in base al principio generale risultante dall'art. 1218 c.c. da un'impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile”* (Cass. civ., sez.



lav., 06/03/2006, n. 4766; v. anche Cass. civ., sez. un., 06/03/2009, n. 5454; Cass., 13/06/2014, n. 13485 e, da ultimo, Cass., 03/07/2018, n. 17365).

5. - Nella specie, il ricorrente ha fornito compiuta allegazione delle mansioni che egli, praticamente fin dalla data di assunzione, svolge. Non nega certo di compiere gli atti che sono pacificamente propri della sua professione (ad es. somministrare i farmaci), ma afferma che tali atti abbiano un rilievo marginale posto che, prevalentemente, egli deve occuparsi delle attività di assistenza diretta.

Deve perciò reputarsi pacifico che [REDACTED] effettua atti tipici della professione, quali quelli elencati ai punti 17 e 18 della memoria di costituzione, tra cui, ad es. gestione delle terapie parenterali, gestione del cateterismo vescicale, esecuzione elettrocardiogramma, contatti con il dietista per prescrizioni particolari, somministrazione terapia orale, aerosol e medicazioni, programmazione esami diagnostici, ecc.

La controversia verte invece sulla legittimità o meno dell'assegnazione, accanto alle dette mansioni certamente proprie della professione, anche di attività che il ricorrente definisce di assistenza diretta, come aprire una bottiglia, porgere un bicchiere, accendere e spegnere il televisore, imboccare i pazienti non autosufficienti, riassetto i letti, far usare *padelle* e *pappagalli* ed indivuotarli e pulirli, ecc.

In sostanza, la convenuta non nega che [REDACTED] svolga anche tal genere di atti ma sostiene che gli stessi rientrino tra gli interventi elettivi per soddisfare bisogni fondamentali della persona identificati dalle diagnosi infermieristiche NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) come specificato alle pagg. 11-13 della memoria difensiva (ad es. imboccare un paziente risponde alla diagnosi infermieristica di deficit nell'alimentazione autonoma e l'intervento da porre in essere consiste appunto nell'aiutare l'assistito nell'assunzione di cibo e bevande).



La convenuta sostiene, in sintesi, che l'infermiere è responsabile della presa in carico della persona nella globalità dei suoi bisogni cui risponde attraverso la pianificazione, attuazione e verifica degli interventi assistenziali da lui effettuati o da lui affidati alle figure di supporto, sotto la sua diretta responsabilità, laddove l'organizzazione lo preveda.

Anche secondo la convenuta, dunque, l'infermiere è essenzialmente un professionista che, in quanto globalmente responsabile della persona a lui affidata, stabilisce – ovviamente in conformità alle prescrizioni mediche – quali siano gli interventi che egli stesso direttamente deve porre in essere oppure può affidare a figure professionali di supporto.

Tuttavia, sulla base non già di una teorica e generale ricostruzione delle attività e delle diagnosi infermieristiche bensì in base ai testi normativi ed alle clausole del contratto collettivo applicabile deve stabilirsi se ordinariamente l'infermiere sia tenuto allo svolgimento di atti di assistenza diretta anche laddove questi, sulla base della sua valutazione professionale, non implicino alcun rischio per il paziente oppure possano essere compiuti da terzi osservando puntuali prescrizioni infermieristiche – non dissimilmente da quanto avviene per le attività mediche, ben potendo un medico eseguire direttamente la somministrazione di un farmaco (allorquando valuta che ciò richieda la sua competenza) oppure limitarsi ad ordinare al personale infermieristico di provvedere alla somministrazione secondo certe dosi, modalità e tempistiche – senza che determinate attività debbano o meno essere compiute da lavoratori di una certa categoria in dipendenza della presenza o meno di lavoratori di altro tipo per mera scelta discrezionale del datore di lavoro.

In pratica, posta una determinata classificazione del personale da una fonte vincolante per il datore di lavoro, non sarebbe legittimo affidare compiti propri di una determinata categoria di lavoratori a lavoratori appartenenti ad altra categoria per il solo fatto che, per decisione dello stesso datore di lavoro,



quelli che sono competenti secondo l'ordinamento applicabile sono mancanti o non sufficienti.

E tanto per l'evidente motivo che, a norma dell'art. 2103 c.c., sia nella sua formulazione in vigore fino all'entrata in vigore del d.gs. 15.6.2015, n. 81, sia nella attuale formulazione, il lavoratore, in buona sostanza, ha diritto di svolgere le mansioni corrispondenti all'inquadramento che gli spetta e non può, corrispettivamente, il datore di lavoro attribuirgli mansioni inferiori. Secondo l'attuale formulazione sono consentite deroghe solo in caso di modifiche degli assetti organizzativi che incidano sulla posizione del lavoratore (sorta di codificazione della legittimità della dequalificazione in situazioni tali che giustificerebbero il licenziamento per motivo oggettivo) oppure in casi previsti dalle fonti collettive a condizione che non comportino modifiche della categoria legale di inquadramento, circostanze che nella specie non vengono in alcun modo in considerazione, ed anzi [REDACTED] ha dedotto di aver inserito nella propria struttura organizzativa da aprile 2017 operatori socio-sanitari (OSS) e di aver creato quindi una equipe multiprofessionale composta da infermieri, riabilitatori e OSS – ad esempio nel reparto in cui [REDACTED] è inserito dal gennaio 2018 – affidando a questi ultimi attività proprie dell'infermiere, da compiere comunque sotto la responsabilità del medesimo. Dunque, la convenuta ha prospettato una situazione in evoluzione negli anni recenti, da ciò comprendendosi che in precedenza la totalità degli atti di assistenza (diretti ed indiretti) era affidata esclusivamente agli infermieri, per cui non si profila assolutamente una situazione di riorganizzazione per la quale la dequalificazione costituirebbe una sorta di conseguenza necessitata.

6. - Il contratto collettivo applicato dalla convenuta dall'anno 2016 prevede che gli infermieri siano inquadrati nella categoria D cui appartengono, in generale, *“i dipendenti che, ricoprono posizioni di lavoro che richiedono, oltre a conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di stu-*



dio 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". Fa poi rinvio *"per le attribuzioni ed i requisiti culturali e professionali"* *"ai decreti del Ministero della Sanità o alle disposizioni di leggi e regolamenti indicati a fianco di ciascuno"* e, quindi, per gli infermieri valgono le disposizioni di cui al D.M. n. 739/1994. Inoltre, il c.c.n.l. consente l'attribuzione ai lavoratori di tale categoria anche di *"funzioni di carattere strumentale – quali, ad esempio, la tenuta di registri – nell'ambito delle unità operative semplici"* ed impone agli infermieri di assicurare *"i turni previsti dalle modalità organizzative già in atto presso la Fondazione ed, in particolare, quelli che garantiscono l'assistenza sulle 24 ore"*; essi inoltre *"collaborano all'attività didattica nell'ambito dell'unità operativa e, inoltre, possono essere assegnati, previa verifica dei requisiti, a funzioni dirette di tutor in piani formativi; all'interno delle unità operative semplici possono coordinare anche l'attività dei dipendenti addetti per predisporre i piani di lavoro nel rispetto dell'autonomia operativa dei i dipendenti assegnati e delle esigenze del lavoro di gruppo"*; infine, svolgono *"anche attività complementari e strumentali a quelle sopra descritte, assegnate dal Responsabile"*.

Secondo le definizioni del citato D.M. n. 739/1994, *"l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"* la quale, *"preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa"*. Le principali funzioni dell'infermiere sono: *"la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*. *"L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività"*.



ività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale". "Contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".

La convenuta ha precisato che per il periodo precedente era in vigore altro contratto collettivo cioè quello per il personale non dirigente [REDACTED] ma non ha dedotto che lo stesso contenesse prescrizioni particolari per quanto riguarda la individuazione della figura dell'infermiere ed anzi afferma che la disciplina del D.M. n. 739/1994 corrisponde a quella applicata dall'allora sede [REDACTED] (v. punti 36 e 37 della memoria di costituzione).

Dalla definizione normativa dunque emerge che quella dell'infermiere è, al pari di altre professioni intellettuali ed anche specificamente sanitarie e non dissimilmente da quella medica, attività essenzialmente fondata su un sapere scientifico ed anche se si estrinseca in atti di carattere pratico-manuale, presuppone necessariamente non un comune saper fare in forza di esperienza ed imitazione, ma un insieme di conoscenze complesse ed articolate, tanto che, *ex lege*, non può essere esercitata se non da persone che abbiano acquisito titolo di laurea *ad hoc*.

Nel quadro delineato dal legislatore e fatto proprio dalla fonte collettiva, l'infermiere è il soggetto preposto a tutto quanto è necessario per assicurare l'assistenza dei pazienti (nell'ambito della propria professione) e, in quanto re-



sponsabile in prima persona, a lui è conferita la discrezionalità tecnica di stabilire se un determinato atto debba, in ragione proprio della sua rilevanza, essere compiuto da lui personalmente o se possa essere eseguito – sotto la sua responsabilità – da un suo ausiliario o collaboratore, così come, secondo il codice civile, il professionista deve eseguire personalmente l’incarico assunto ma, sotto la sua direzione e responsabilità, può avvalersi di sostituti ed ausiliari se ciò è consentito dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l’oggetto della prestazione (art. 2232 c.c.).

Il medesimo contratto collettivo prevede altre figure di lavoratori che prestano attività di assistenza a favore degli infermi e cioè sia l’operatore socio sanitario sia, ad esaurimento, l’infermiere generico, figura prevista dall’art. 6 del d.P.R. 14.3.1974, n. 225.

Il primo “svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in servizi di tipo socioassistenziale e sociosanitario in ambiente ospedaliero e al domicilio dell’utente. Svolge la sua attività su indicazione – ciascuna secondo le proprie competenze – degli operatori professionali proposti all’assistenza sanitaria e 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: a) assistenza diretta e di supporto alla gestione dell’ambiente di vita; b) intervento igienico sanitario e di carattere sociale; c) supporto gestionale, organizzativo e formativo”.

Il secondo “coadiuva l’infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni: 1) 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; 2) raccolta degli escreti; 3) cli-



steri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi; 4) bagni terapeutici e medicati, frizioni; 5) medicazioni semplici e bendaggi; 6) pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario; 7) rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro; 8) somministrazione dei medicinali prescritti; 9) iniezioni ipodermiche ed intramuscolari; 10) sorveglianza di fleboclisi; 11) respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza”.

Non sembra possa negarsi che se il medesimo ordinamento professionale prevede, insieme con la figura di un professionista appartenente ad una delle c.d. professioni protette, altre figure che pur occupandosi parimenti dell’assistenza agli infermi, operano sotto diretta indicazione degli operatori preposti all’assistenza sanitaria (medici e infermieri), allora non è mera facoltà del datore di lavoro assegnare ordinariamente all’infermiere lo svolgimento delle mansioni che sono caratteristiche dei livelli inferiori in quanto per essere eseguite non richiedono il livello di conoscenze scientifiche e professionali caratterizzanti le professioni intellettuali, fermo che sia il primo a valutare se anche singoli atti propri della figura di inferiore livello debbano essere compiuti da lui direttamente in ragione delle peculiarità del caso.

Dunque, se è compito precipuo dell’operatore socio sanitario e dell’infermiere generico (fino a quando lavoratori aventi tale qualifica continuano ad essere in servizio) curare l’attività di assistenza diretta del paziente, cioè compiere tutti gli atti materiali necessari per la consentire la “vita quotidiana” del malato, come espletare le funzioni fisiologiche, ed atti elementari che la condizione stessa di malato non permette, come aprire una bottiglia, accendere il televisore o comporre un numero telefonico, oppure tutti gli atti che assicurano il mantenimento di un ambiente sano e confortevole (far occupare al paziente un letto con lenzuola pulite, tenere in ordine il suo comodino, ecc.), allora tutte tali attività – per la cui esecuzione sono richieste, in generale, “co-



noscenze teoriche di base relative allo svolgimento dei compiti assegnati, capacità manuali e tecniche specifiche riferite alle proprie qualificazioni e specializzazioni professionali” e non già “conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti” nonché “autonomia e responsabilità proprie, capacità organizzative, di coordinamento e gestionali caratterizzate da discrezionalità operativa” – devono essere, di norma, affidate ai lavoratori inquadrati nella categoria B e non possono invece essere svolte dagli infermieri semplicemente per mancanza o insufficienza di personale di qualifiche inferiori, e non già perché – esercitando la sua responsabilità e la sua discrezionalità operativa – l’infermiere giudica necessario o quanto meno opportuno il proprio personale intervento.

7. - Nella fattispecie ora in esame, sia in base alla posizione difensiva assunta dalla convenuta – di cui si è detto – sia in forza degli elementi istruttori disponibili (prove testimoniali e documentali), può affermarsi che [REDACTED] sia stato adibito ordinariamente a disimpegnare personalmente ogni atto di assistenza ai pazienti, diretta ed indiretta, e non già solo nei casi in cui egli stesso o personale medico avesse ritenuto necessario l’operato personale e diretto del professionista qualificato, mentre solo di recente e parzialmente è divenuto possibile attuare il rapporto tra i lavoratori che concorrono, secondo il modello della *multiprofessionalità*, ad assicurare una integrale assistenza dei pazienti.

Il teste [REDACTED] dal mese di luglio 2012 dirigente responsabile delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, ostetriche e riabilitative [REDACTED] dopo aver affermato, in ragione della sua qualifica (e non per conoscenza diretta) che [REDACTED] svolge tutti i compiti propri di un infermiere laureato e cioè sia quelli di assistenza di base al paziente che possono consistere nella cura dell’igiene o nella nutrizione, e sia compiti tecnico-professionali come terapie o atti rianimatori, ha spiegato che dalla fine del 2013 è in uso uno strumento informatico denominato PAI che serve per delineare il percorso di



assistenza e di cura nel senso che dopo l'accertamento compiuto dall'infermiere sul paziente, il programma fornisce una o più diagnosi ed i correlati interventi che devono essere compiuti, ma ha aggiunto che è sempre nell'autonomia dell'infermiere decidere quali interventi in concreto effettuare, sotto la sua responsabilità (oltre che, necessariamente del medico): il programma cioè non è altro che uno strumento che ha standardizzato i compiti dell'infermiere. Il teste ha affermato che le attività di assistenza in concreto possono essere svolte anche da personale di supporto, sotto la responsabilità dell'infermiere che ha redatto il piano di assistenza, in quanto è sempre l'infermiere che stabilisce caso per caso chi deve svolgere le attività rientranti nel piano di cura del paziente (*“ad esempio, in caso di evacuazione del paziente, è il personale di supporto ad occuparsi delle relative operazioni, se gli è stata affidata, ma è l'infermiere che, sotto la sua responsabilità, può stabilire di svolgere egli stesso la concreta attività in ragione di eventuali complicanze, come ad esempio il rischio di melena (cioè la presenza di sangue digerito nelle feci) [...] se ad esempio un paziente chiede di far svuotare un “pappagallo”, è sempre l'infermiere che deve aver valutato se è un'operazione che può essere affidata all'OSS sulla base del piano di assistenza, in quanto, per chiarire, potrebbe trattarsi di un paziente con patologia renale per cui è necessario un controllo diretto da parte dell'infermiere”*). Il teste ha poi riferito che quando egli ha iniziato a lavorare non vi erano dipendenti con qualifica di operatore socio sanitario mentre attualmente il personale di supporto è circa il 10% degli infermieri (che sono circa 2400), per cui in precedenza tutte le operazioni anche di assistenza di base venivano compiute soltanto dagli infermieri.

Collimanti con le dichiarazioni del teste [REDACTED] sono quelle della teste [REDACTED] dirigente delle professioni sanitarie per il settore “cardio vascolari toracica” e che dunque conosce [REDACTED] da quando lo stesso è stato assegnato al reparto di riabilitazione cardiologica. Ella ha affermato che il mede-



simo, in concreto, si fa carico dei pazienti che gli sono affidati, compila piani di cura e valuta le risposte ai bisogni dei pazienti, quali bisogni di alimentazione, di eliminazione, di mobilità, psicologici e relazionali, il bisogno terapeutico, cioè di somministrazione di terapie prescritte da altri professionisti, i bisogni del mantenimento dell'igiene e del comfort, in autonomia o con personale di supporto, i bisogni di riabilitazione (parimenti in autonomia o insieme con altri professionisti). Ha poi riferito che negli ultimi quattro anni sono stati inseriti circa 250 OSS (cioè appunto circa il 10% del totale degli infermieri) i quali svolgono attività socio sanitarie di supporto alle attività necessarie alla cura del paziente e sono sotto la diretta responsabilità del personale infermieristico. In particolare costoro svolgono attività di somministrazione dei pasti, cura dell'igiene del paziente etc. La teste ha infine riferito che l'equipe di assistenza è composta da infermieri (3 di mattina, 2 di pomeriggio e 2 di notte) e OSS (2 la mattina e 1 il pomeriggio, nessuno di notte), i quali svolgono attività di supporto sia agli infermieri che ai riabilitatori. Per quanto riguarda le pulizie degli ambienti e la movimentazione dei pazienti da un reparto all'altro, opera personale di ditte appaltatrici.

La teste [REDACTED] che ha lavorato insieme con [REDACTED] presso il reparto "solventi 2" dal 2004/2005 al 2011, ha riferito che in quel periodo non erano addetti lavoratori di altre qualifiche, come ad esempio gli OSS, ma soltanto infermieri i quali quindi svolgevano ogni mansione relativa all'assistenza infermieristica del paziente, come la somministrazione della terapia ed altri atti professionali (ad es. gestione delle terapie parenterali, gestione del catererismo vescicale), portare la *padella*, sistemare il letto, aiutare a mangiare, accendere o spegnere la luce della stanza, aprire o chiudere le finestre, rispondere al telefono del paziente.

Il teste [REDACTED] collega del ricorrente dal 2012 al dicembre 2017 presso il reparto chirurgia d'urgenza e traumatologia ortopedica, ha parimenti



riferito che essi si occupavano di tutte le esigenze del paziente durante il ricovero, come la terapia orale, endovenosa, il controllo dei parametri vitali, cure igieniche, nonché, data la condizione dei ricoverati, della assistenza anche per il compimento di gesti molto semplici e che tutto il personale di assistenza era composto da infermieri, salvo i portantini che curavano le pulizie interne al reparto e si occupavano della movimentazione dei pazienti o del trasporto di referti o altri oggetti.

Il quadro delineato dai testimoni trova ulteriore conferma nei documenti prodotti dal ricorrente. Dagli estratti di diari infermieristici relativi ai mesi di febbraio e settembre 2017 ed indicati nell'atto introduttivo come meramente esemplificativi di prassi ordinaria – senza che la convenuta abbia sollevato contestazioni o addotto la sussistenza di situazioni eccezionali e contingenti in quei periodi – risulta che le semplici cure igieniche ed il cambio della biancheria erano effettuati esclusivamente e direttamente dagli infermieri (docc. 25-65).

Il piano di attività infermieristiche dell'Unità operativa ortopedia-traumatologia-chirurgia d'urgenza 7°N (doc. 73/3), cui il ricorrente è assegnato dal mese di gennaio 2018, prevede che l'infermiere, il quale può chiedere il supporto e la collaborazione degli altri infermieri in turno, oltre alle attività sue proprie e specialistiche come la pianificazione dell'assistenza con valutazione delle priorità organizzative, la somministrazione delle terapie, debba curare l'igiene dei pazienti, aiutarli a mangiare, riordinare i carrelli per le cure igieniche, sistemare i carrelli della biancheria, pulire i carrelli per le terapie, rifornire il materiale sanitario del magazzino.

8. - In definitiva, non può negarsi che il ricorrente, oltre a svolgere certo le sue caratteristiche funzioni professionali, nonché quelle connesse di natura strumentale previste dal contratto collettivo per i lavoratori inquadrati nella categoria D, come ad esempio la tenuta di registri (compilazione dei diari infer-



mieristici), e direttamente funzionali alla corretta complessiva gestione del servizio di assistenza, compie ordinariamente e stabilmente mansioni che sono proprie invece della figura dell'operatore socio sanitario o dell'infermiere generico ascritti alla inferiore categoria B, non essendo disponibile affatto (fino al 2015 e da allora nei turni di notte) personale ausiliario o essendo presente (dal 2015 sono nei turni della mattina e del pomeriggio) evidentemente in numero non adeguato a soddisfare le esigenze dei pazienti.

Il ricorrente, quindi, non può esercitare a tempo pieno esclusivamente le mansioni proprie della categoria di appartenenza, dovendo sopperire direttamente e personalmente alla mancanza o carenza di personale ausiliario. Tanto appare in contrasto con il precetto dell'art. 2103 c.c. potendo attribuirsi ad un lavoratore mansioni caratteristiche di lavoratori inquadrati in livelli inferiori solo se si tratti di mansioni marginali e funzionalmente accessorie e complementari a quelle sue proprie (cfr. Cass. civ. sez. lav., 22/05/2018, n. 12551; Id., 07/08/2006, n. 17774). Ad esempio, non può dolersi l'infermiere se, stante una eccezionale e contingente assenza di personale ausiliario, debba provvedere ad aiutare un paziente ad alimentarsi anche laddove non vi siano particolari situazioni di rischio.

Deve perciò riconoscersi il diritto del ricorrente di svolgere esclusivamente le mansioni proprie della categoria di inquadramento, con mera facoltà di valutare, in ragione delle proprie conoscenze scientifico-professionali, se sia necessario intervento diretto nel compimento di atti che ordinariamente devono essere eseguiti dal personale di categoria inferiore.

Deve quindi condannarsi la convenuta ad assegnare al lavoratore in via esclusiva mansioni corrispondenti alla categoria D, con profilo di "*infermiere: DM 739/94*" del c.c.n.l. per il personale non dirigente della Fondazione.



9. - Occorre ora esaminare la domanda di risarcimento dei danni che l'attore assume siano derivati dallo svolgimento anche di mansioni appartenenti a personale di categoria inferiore.

Con adeguate allegazioni il lavoratore ha denunciato la sussistenza di un danno di carattere non patrimoniale avendo evidenziato che, a causa della necessità di eseguire le attività di assistenza diretta, egli vede pregiudicato il diritto di esercitare ed anche sviluppare pienamente e completamente le proprie competenze professionali con conseguenti disagi, umiliazioni e forte imbarazzo, essendo costretto a disimpegnare mansioni meramente materiali, come mettere *padelle* e *pappagalli*, cambiare biancheria, riporre cellulari nei comodini, ecc. (v. in particolare pagg. 67 e 68 del ricorso).

Invocando una valutazione equitativa del danno sofferto, con amplissimo richiamo alla giurisprudenza, chiede la condanna della convenuta al pagamento di una somma pari al 50% della retribuzione netta mensile che indica in €850,00 e chiede quindi la somma complessiva di €102.000,00 per il decennio precedente la diffida del 30 novembre 2016, oltre l'ulteriore somma computata secondo tale criterio fino a totale soddisfo (v. pagg. 79 e 87 del ricorso).

Come puntualmente rammentato dalla difesa di parte convenuta, secondo consolidato orientamento giurisprudenziale: *“In tema di risarcimento del danno non patrimoniale derivante da demansionamento e dequalificazione, il riconoscimento del diritto del lavoratore al risarcimento del danno professionale, biologico o esistenziale, non ricorre automaticamente in tutti i casi di inadempimento datoriale e non può prescindere da una specifica allegazione, nel ricorso introduttivo del giudizio, dell'esistenza di un pregiudizio (di natura non meramente emotiva ed interiore, ma oggettivamente accertabile) provocato sul fare areddituale del soggetto, che alteri le sue abitudini e gli assetti relazionali propri, inducendolo a scelte di vita diverse quanto all'espressione e realizzazione della sua personalità nel mondo esterno. Tale pregiudizio non si*



pone quale conseguenza automatica di ogni comportamento illegittimo rientrante nella suindicata categoria, cosicché non è sufficiente dimostrare la mera potenzialità lesiva della condotta datoriale, incombendo sul lavoratore non solo di allegare il demansionamento ma anche di fornire la prova ex art. 2697 c.c. del danno non patrimoniale e del nesso di causalità con l'inadempimento datoriale” (Cass. civ., sez. lav., 05/12/2017, n. 29047).

La giurisprudenza insegna anche che *“Nel demansionamento non è configurabile un danno risarcibile “in re ipsa”, poiché quest’ultimo rappresenta una conseguenza possibile, ma non necessaria, della violazione delle norme in tema di divieto di mobilità professionale “verso il basso”. L’oggettiva consistenza del pregiudizio derivante dal demansionamento (e il nesso causale) va, perciò, provato, dal lavoratore che ne domandi il risarcimento, anche attraverso presunzioni” (Cass. civ, sez. lav., 29/05/2018, n. 13484).*

Ha più volte poi precisato che *“Il danno derivante da demansionamento e dequalificazione professionale non ricorre automaticamente in tutti i casi di inadempimento datoriale, ma può essere provato dal lavoratore anche ai sensi dell’art. 2729 c.c., attraverso l’allegazione di elementi presuntivi gravi, precisi e concordanti, potendo a tal fine essere valutati la qualità e quantità dell’attività lavorativa svolta, il tipo e la natura della professionalità coinvolta, la durata del demansionamento, la diversa e nuova collocazione lavorativa assunta dopo la prospettata dequalificazione” (Cass. civ. sez. lav., 15/10/2018, n. 25743; v. anche Id., 03/01/2019, n. 21).*

Nella specie, premesso che oggetto dell’accertamento sono le vicende svoltesi fino all’inizio del presente giudizio, non potendo tenersi conto di eventuali condotte dannose poste in essere dal datore di lavoro successivamente (si tratterebbe invero di fatti “nuovi”), può ritenersi sufficientemente provata l’esistenza di un danno alla dignità professionale sulla base degli elementi indiziari complessivamente desumibili dagli atti di causa, dovendo invero aversi



riguardo al fatto che l'illecito ora accertato si è protratto senza soluzione di continuità per quasi dodici anni, che le mansioni inferiori hanno carattere meramente manuale e sono quindi nettamente contrastanti con la natura scientifico-professionale di quelle proprie del lavoratore, e che vengono compiute "in pubblico" apparendo cioè a tutti i pazienti che [REDACTED] è ordinariamente adde-
detto anche a compiti propri di lavoratori inquadrati in categoria inferiore alla sua di due livelli. Deve inoltre considerarsi che il lavoratore ha anche formalmente tentato, ma invano, di sollecitare il datore di lavoro ad un corretto adempimento senza ottenere riscontro alcuno (lettera del 30 novembre 2016).

Pertanto, in via equitativa, considerato che il danno non patrimoniale è limitato alla mortificazione della immagine e della professionalità del ricorrente (non sono stati allegati infatti danni biologici o esistenziali, né specifici danni patrimoniali), lo stesso può essere determinato commisurandolo ad una quota della retribuzione mensile rappresentando la stessa il valore della prestazione e che può quindi essere utilizzato per individuare, secondo equità, anche il valore della professionalità lesa a causa della dequalificazione (cfr., in motivazione, Cass. civ., sez. lav., 20/11/2017, n. 27460).

Tale quota, stante la detta limitata entità del danno complessivo subito (che cioè non si è esteso ad aspetti generali della vita del lavoratore), può determinarsi in misura pari al 25% della retribuzione, per ogni mese di inattività a decorrere dal dicembre 2006 e fino ad ottobre 2018, cioè fino all'inizio del presente giudizio.

Essendo non contestato che il 50% della retribuzione media netta mensile attuale è pari ad €850,00, la quota del 25% della retribuzione cui commisurare il risarcimento dovuto nel periodo da dicembre 2006 ad ottobre 2018 (143 mesi) ammonta ad €425,00. L'importo complessivo dovuto è pari quindi ad €60.775,00 (€425,00 x 143), cui devono aggiungersi gli accessori di legge e



cioè la rivalutazione monetaria e gli interessi legali dalla data di proposizione del giudizio (15 novembre 2018) fino al soddisfo.

10. - Le spese di lite, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza.

Si precisa che le stesse sono determinate tenuto conto 1) delle caratteristiche, dell'urgenza e del pregio dell'attività prestata, 2) dell'importanza, della natura, delle difficoltà e del valore dell'affare, 3) delle condizioni soggettive del cliente, 4) dei risultati conseguiti, 5) del numero e della complessità delle questioni giuridiche e di fatto trattate, nonché delle previsioni delle tabelle allegate al decreto del Ministro della Giustizia n. 55 del 10.3.2014 nel loro valore medio (per controversie di valore compreso tra €52.000,00 ed €260.000,00). I detti valori medi possono essere ridotti del 30% in considerazione della mancanza di complesse o nuove questioni di diritto e della prossimità al valore minimo della somma riconosciuta. Ai compensi si aggiunge il rimborso forfetario delle spese generali pari al 15% degli stessi (espressamente reintrodotta dall'art. 2 del D.M.), oltre I.V.A., C.P.A. e contributo unificato versato, come per legge.

P . Q . M .

Il Tribunale, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da Daniele MORI, con ricorso depositato il 13 novembre 2018, così provvede:

1. - condanna [REDACTED] ad assegnare al ricorrente in via esclusiva mansioni corrispondenti alla categoria D, con profilo di "*infermiere: DM 739/94*" del c.c.n.l. per il personale non dirigente [REDACTED];
2. - accertata la dequalificazione subita dal ricorrente dal mese di dicembre 2006 al mese di ottobre 2018, condanna [REDACTED] [REDACTED] al pagamento, in favore di [REDACTED] a titolo risarcitorio, della somma complessiva di **€60.775,00#**, oltre riva-



lutazione monetaria ed interessi legali dal 15 novembre 2018 fino al sod-
disfo;

3. - condanna [REDACTED] al
pagamento, in favore dell'avv. [REDACTED] procuratore antistatario,
delle spese di giudizio che liquida in complessivi €10.268,00#, di cui
€1.339,00# per spese generali, ed €8.929,00# per compensi, oltre IVA,
CPA e contributo unificato versato di €379,50#.

Roma, 11 luglio 2019

Il Giudice
dott. Antonio M. Luna

