

## Il demansionamento infermieristico in U.O. di medicina specialistica

### The nursing deskilling in a specialist medicine unit

Giovanni Ariete

Infermiere legale e forense

#### Riassunto

Lo studio mira a quantificare il demansionamento infermieristico in U.O. di medicina, evidenziandone l'esistenza e la diffusione, attribuendo un peso oggettivo ai caratteri di autonomia, prevalenza e continuità, e sottolineando il rischio clinico associato. Il demansionamento, ovvero l'assegnazione a mansioni inferiori, è vietato dalla legge italiana (art. 2103 del codice civile e art. 52 del D.lgs n. 165 del 2001) per evitare l'impovertimento professionale. La ricerca è stata condotta in una UOC appartenente all'area cardiopolmonare di una struttura sanitaria pubblica, registrando su un'applicazione diario ogni mansione non infermieristica svolta da un singolo infermiere durante un periodo di 14 mesi. Durante il periodo di ricerca sono state eseguite da un singolo infermiere 1155 mansioni inferiori, con una media di 90 al mese, prevalentemente durante i turni notturni. Questi compiti hanno occupato circa 10 ore al mese e circa 26 minuti per turno, compromettendo la sorveglianza clinica e aumentando il rischio di errori terapeutici e comunicativi. I risultati indicano che il demansionamento nell'unità operativa è sistematico e continuo, influenzando significativamente il lavoro infermieristico e aumentando il rischio clinico. Un diario dettagliato delle mansioni inferiori, combinato con la documentazione ufficiale, può essere un efficace strumento probatorio in sede di ricorso per interrompere l'illecito demansionale e richiedere risarcimento per danno professionale.

**Parole chiave.** Demansionamento infermieristico; rischio clinico; risk management; danno professionale; errori infermieristici; mansioni inferiori; *ius variandi*

#### Abstract

The aim of this study is to estimate nursing deskilling in a medical department, highlighting its existence and diffusion, attributing an objective weight to the characteristics of autonomy, prevalence and continuity, and underlining the associated clinical risk. Deskilling, or assignment to lower tasks, is prohibited by Italian law (art. 2103 of the Codice Civile and art. 52 of D.lgs n. 165 of 2001) to avoid professional impoverishment. The research was conduct-

ed in the Cardiopulmonary Operative Unit of National Health Service, recording in a diary application every non-nursing task carried out by a single nurse during a 14 months period. During the research period, 1155 smaller tasks were performed by a single nurse, with an average of 90 per month, predominantly during night shifts. These tasks occupied approximately 10 hours per month and approximately 26 minutes per shift, compromising clinical surveillance and increasing the risk of medication and communication errors. The results indicate that deskilling in the operation unit is systematic and continuous, significantly influencing nursing work and increasing clinical risk. A detailed diary of lower duties, combined with official documentation, can be an effective evidentiary tool in the appeal to stop the demotion offense and request compensation for professional damage.

**Key Words.** Nursing deskilling; risk management; clinical risk; nurse professional damage; nursing errors; no nurse skills; *ius variandi*

#### Introduzione

Sono trascorsi 25 anni da quando è stata posta in ambito giuridico una pietra miliare per le professioni sanitarie: Il D.M. 739/94. Esso individua il profilo dell'infermiere il quale per la prima volta viene riconosciuto come un operatore sanitario e da mero esecutore diventa un professionista intellettuale.

A ciò si aggiunge anche la legge 42/99 (disposizioni in materia di professioni sanitarie): un'altra pietra miliare che elimina l'anacronismo relativo all'ausiliarità della professione e abroga (ad eccezione del titolo VI - inf. generico) il mansionario della figura infermieristica.

Eppure ancora oggi gli infermieri italiani a causa di scarsa autostima, ignoranza delle leggi (quindi dei propri diritti), di un ricatto morale, di un indottrinamento universitario a volte pilotato e di un immobilismo sindacale, fungono da capro espiatorio della sanità italiana e sono costretti a convivere quotidianamente con il fenomeno del demansionamento. Fenomeno tanto grave quanto diffuso che non consente alla figura infermieristica di emergere ed evolvere e di erigersi quindi a professione intellettuale; fe-

nomeno dal quale scaturiscono la maggior parte delle altre problematiche della categoria (bassissima eterostima sociale, bassa retribuzione e non conforme alla mole di responsabilità assunta, etc.); fenomeno che compromette la qualità della vera assistenza infermieristica, quindi la salute dei cittadini e degli infermieri stessi.

L'idea nasce dal fatto che sempre più spesso si parla della gravità e della diffusione del demansionamento infermieristico, ma raramente si attribuisce un peso oggettivo all'influenza negativa del fenomeno non solo sulla vita personale e professionale degli infermieri, ma anche e soprattutto sulla qualità dell'assistenza erogata.

### Obiettivi dello studio

Lo scopo dello studio è stato quantificare il demansionamento infermieristico in un reparto di medicina specialistica al fine di:

- dimostrare l'esistenza e la diffusione del fenomeno;
- attribuire alle attività demansionanti un peso oggettivo in termini di autonomia, prevalenza e continuità (1);
- evidenziare il rischio clinico indotto nelle realtà dove il demansionamento è radicato;
- illustrare un potenziale utilizzo documentale dei dati raccolti e analizzati a scopo probatorio.

### Materiali e metodi

La raccolta dati è consistita nella registrazione, su un diario personale, di ogni mansione che tout court di fatto e di diritto non compete al personale infermieristico bensì al personale di supporto (1), svolta da un infermiere dell'unità operativa oltre allo svolgimento delle mansioni proprie attinenti il proprio profilo professionale e il suo inquadramento contrattuale (2).

La raccolta dati è avvenuta in una unità operativa complessa appartenente all'area cardio polmonare di una struttura pubblica aventi le seguenti caratteristiche: 22 posti letto, in organico 16 infermieri e 5 operatori di supporto, attivi con Turno in V<sup>a</sup> con anticipo di fase: M-P-N-S-R. La distribuzione dell'organico nelle 24 ore è la seguente: Turno mattino: 4 infermieri + 2 oss, Turno pomeriggio: 3 infermieri + 1 oss, Turno notte: 2 infermieri, nessun oss.

La raccolta dati ha avuto una durata di 14 mesi tenendo conto della turnistica (full time), del monte ore dovuto dalle condizioni contrattuali, dei riposi, delle ferie e dei permessi per la formazione obbligatoria e facoltativa. I dati raccolti sono stati in una prima fase analizzati per quantificare:

- Numero complessivo di mansioni inferiori svolte.
- Numero complessivo e relativa distribuzione percentuale delle mansioni inferiori svolte nei tre turni

(mattino, pomeriggio, notte).

- Media mensile delle mansioni inferiori svolte.
- Media per turno delle mansioni inferiori svolte.
- Minimo e massimo mensile delle mansioni inferiori svolte per turno.
- Percentuale media del tempo di turno dedicato allo svolgimento di mansioni inferiori\*

(\*È stato cronometrato per ogni tipologia di mansione inferiore il tempo impiegato per lo svolgimento ed è stata calcolato un tempo medio di 6 min e 36 sec. per mansione. I.C. 3 min e 15sec.-12.0 min.)

Successivamente, premettendo che lo svolgimento in maniera continua e prevalente di mansioni inferiori e quindi non competenti al professionista Infermiere, oltre a rappresentare una lesione della dignità professionale (danno patrimoniale risarcibile), distoglie in qualsiasi momento siano svolte, l'attenzione dalla reale assistenza infermieristica, l'analisi dei dati è proseguita nel verificare la sovrapposizione delle mansioni inferiori svolte con due momenti del turno lavorativo in cui secondo il Ministero della Salute\*\* è più elevato per un infermiere il rischio di commettere un errore e causare quindi una near miss o un evento avverso o un evento sentinella. L'errore terapeutico ovvero l'errore commesso durante preparazione e la somministrazione della terapia farmacologica e l'errore di comunicazione ovvero l'errore commesso per omesso, incompleto o errato trasferimento di informazioni riguardanti l'assistenza di un paziente tra operatori sanitari (c.d. passaggio di consegne).

### Risultati

Durante il periodo della ricerca un infermiere dell'unità operativa ha svolto complessivamente 1155 mansioni inferiori, con una media di quasi 90 mansioni al mese e di quasi 5 mansioni per turno (Tabella 1).

Mansioni non infermieristiche complessivamente svolte	1155
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Mattino	202
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Pomeriggio	268
Mansioni non infermieristiche svolte durante il turno di Notte	692
Media mensile mansioni non infermieristiche	88,85
Media per turno mansioni non infermieristiche	4,96

Tabella 1. Numero di mansioni complessivamente svolte durante il periodo di ricerca, distribuzione delle mansioni nei tre turni, media mensile e media per turno.

Il 60% delle mansioni inferiori complessive sono state svolte durante il turno di notte (Grafico 1).

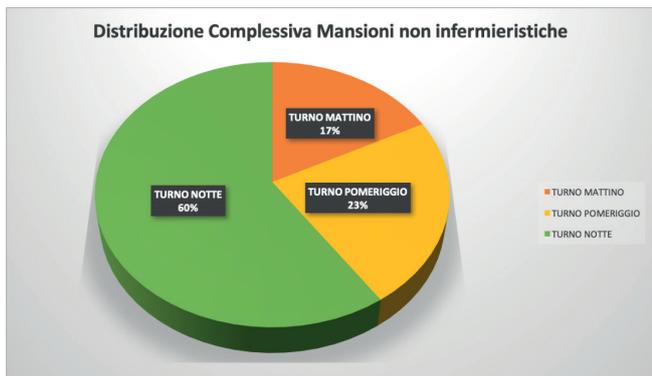


Grafico 1. Distribuzione complessiva delle mansioni non infermieristiche svolte da un infermiere dell'unità operativa

Nell'analisi mensile dei dati in tutti i 14 mesi si è confermato il trend della distribuzione delle mansioni complessive delle mansioni.

Infatti il turno di notte è risultato in tutti i mesi della ricerca sempre il turno con il maggior numero di mansioni inferiori svolte e queste hanno rappresentato sempre più della metà delle mansioni non infermieristiche complessive del mese (Grafico 2).

Grafico 2. Distribuzione mansioni non infermieristiche per ogni singolo mese



In quasi tutti i mesi della ricerca la percentuale di turni con almeno una mansione non infermieristica svolta è stata superiore al 70% (Grafico 3).

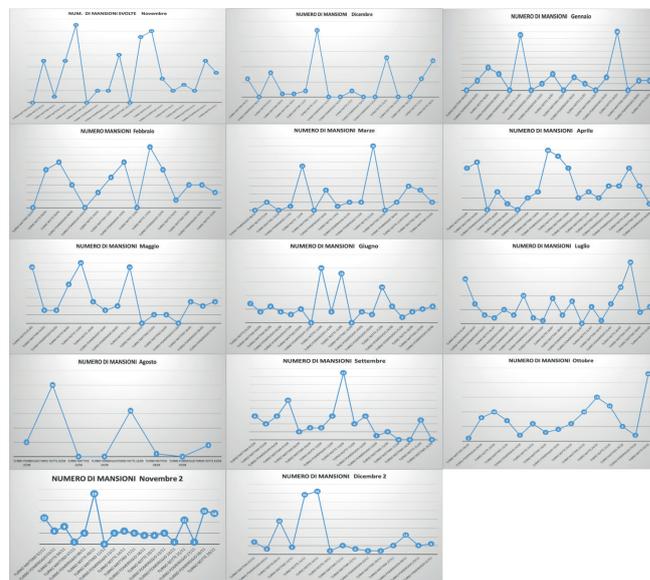
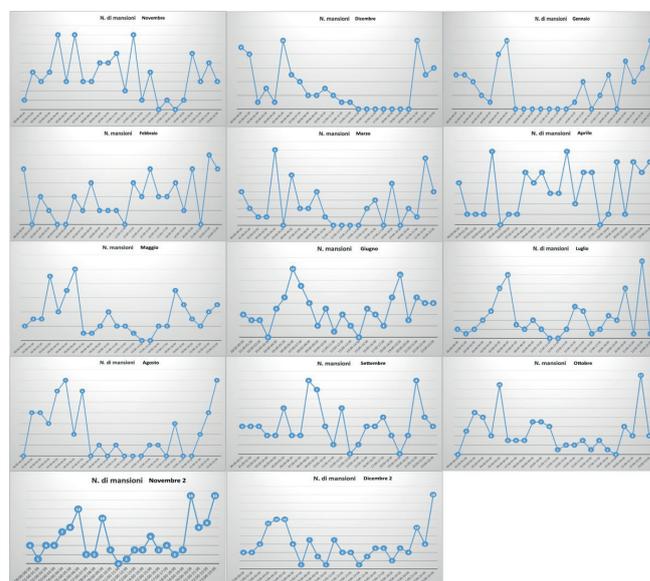


Grafico 3. Numero di mansioni inferiori svolte ogni turno durante i mesi della ricerca

La percentuale di fasce orarie del giorno con almeno una mansione inferiore svolta è stata quasi sempre superiore al 80% (Grafico 4).



Per quanto riguarda il tempo trascorso da un infermiere dell'unità operativa sono stati osservati i seguenti risultati (Tabella 2):

Tempo medio mensile dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 10 ore
Tempo massimo mensile dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 16 ore
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 35 min
Tempo massimo per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche	≅ 4 ore
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante il Mattino	≅ 23 min
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante il Pomeriggio	≅ 21 min
Tempo medio per turno dedicato da un infermiere in mansioni non infermieristiche durante la Notte	≅ 1 ora e 2 min

Tabella 2. Tempi medi e massimi mensili e per turno dedicati a mansioni non infermieristiche

Infine, analizzando i dati nell'ambito del risk management è risultato che circa il 44%, quindi quasi la metà delle mansioni inferiori complessive sono state svolte durante i due importanti momenti dell'assistenza infermieristica dove è più probabile un infermiere possa commettere un errore (Tabella 3) (Grafico 5 e 6).

Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica e consegne	506
Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica	437
Mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a consegne	69

Tabella 3. Numero di mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia farmacologica e consegne

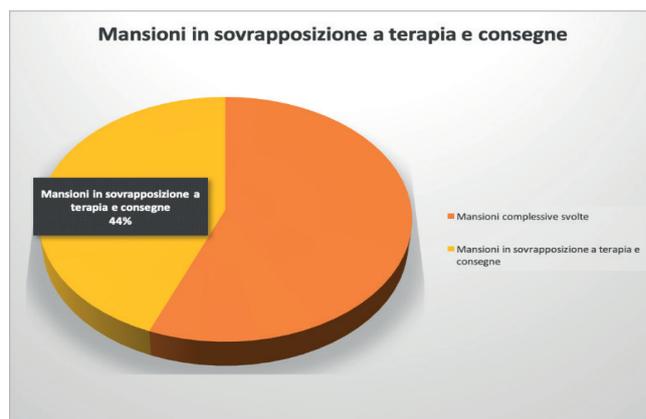


Grafico 5. Percentuale di mansioni non infermieristiche in sovrapposizione a terapia e consegne

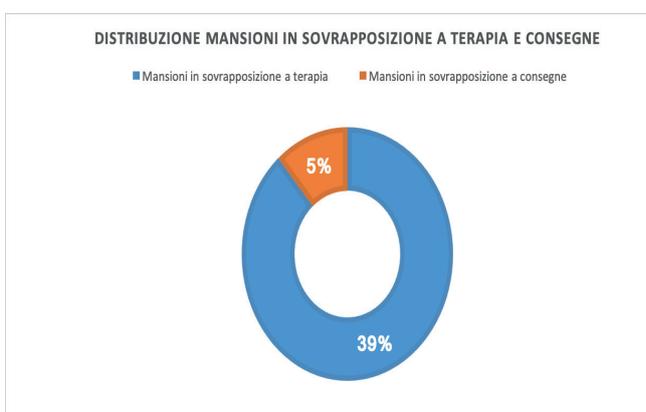


Grafico 6. Distribuzione delle mansioni in sovrapposizione a terapia e consegne

### Discussione

Significativi sono due tempi massimi registrati durante il turno notturno di circa 4 ore su 10 ore e 35 minuti di durata del servizio, ovvero in questi casi l'Infermiere ha trascorso quasi metà del turno a svolgere mansioni non infermieristiche. Questo dato offre due importanti spunti di riflessione.

Anzitutto, considerando che si sta parlando di un reparto di medicina e non di un reparto per le urgenze/emergenze o di rianimazione, si presuppone che durante le ore notturne la maggior parte del tempo di servizio debba essere dedicato dall'infermiere a svolgere guardia attiva caratterizzata dal monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti. È emerso invece che non solo il servizio prestato dall'Infermiere non si limita al monitoraggio, ma anche che quest'ultimo è seriamente compromesso dal dover distogliere l'attenzione per svolgere mansioni non di propria competenza.

Ma soprattutto, mentre durante il giorno l'Infermiere è costretto di fatto a svolgere alcune delle mansioni inferiori che la dinamica assistenziale propone per compensare la carenza del personale di supporto, durante la notte invece l'Infermiere è costretto di fatto a svolgere tutte le

mansioni inferiori che la dinamica assistenziale propone per sopperire in questo caso alla totale assenza del personale di supporto. Quindi il turno di notte rappresenta spesso per un infermiere il turno con il maggior carico di lavoro dovendo egli svolgere le mansioni di due figure al posto di una, ma al tempo stesso rappresenta anche il turno con minore personale in servizio: solo 2 unità infermieristiche contro le 3 del pomeriggio e le 4 di mattino.

### Conclusioni

L'elevata mole di mansioni non infermieristiche svolte durante il periodo di ricerca ha dimostrato l'esistenza del demansionamento infermieristico nell'unità operativa ed ha confermato la letteratura riguardo la larga diffusione del fenomeno. Lo svolgimento di mansioni non infermieristiche durante tutti i mesi della ricerca, in quasi la totalità dei turni e ad ogni ora del giorno e della notte ha dimostrato il carattere di continuità del demansionamento nell'unità operativa. La costrizione di fatto dell'infermiere a svolgere mansioni inferiori, oltre lo svolgimento delle mansioni proprie e la constatazione della maggior percentuale di mansioni inferiori svolte durante la notte, turno in cui *contra legem* non è prevista la figura competente, hanno dimostrato il carattere di sistematicità del demansionamento in atto nell'unità operativa. Sussistono infatti gli elementi dello sfruttamento demansionale che identifica lo scopo del demansionamento come fine a stesso e non come strumento persecutorio a differenza di quanto accade ad esempio nel mobbing (3). In termini di prevalenza, considerato il tempo di servizio sottratto quotidianamente all'infermiere dallo svolgimento di mansioni inferiori e le frequenti interruzioni che causano alla reale assistenza, non vi sono presupposti affinché tali possano essere considerate marginali all'attività lavorativa dell'Infermiere. (III) L'elevata percentuale di

mansioni inferiori, svolte in sovrapposizione ad attività estremamente importanti caratterizzanti l'assistenza, ha dimostrato l'esistenza di un maggiore rischio clinico per i pazienti nelle realtà dove il demansionamento è radicato. In caso di ricorso, al fine interrompere l'illecito demansionale, esercitare uno scarico di responsabilità e richiedere un risarcimento per danno professionale, l'utilizzo di un diario dettagliato delle mansioni inferiori svolte, insieme alla turnistica, i piani di lavoro e la documentazione clinica assistenziale, può rappresentare un interessante e valido strumento probatorio a disposizione del ricorrente per evidenziare i caratteri valutati nell'*an* e nel *quantum debeat* (4).

### Bibliografia

1. Di Fresco M., "Demansionamento o competenze avanzate, una guida per capire il diritto", AADI, 2018
2. Benci L. "Aspetti giuridici della professione infermieristica", McGraw-Hill, 2015; 5: 77-85
3. Di Fresco M., "Il mobbing infermieristico", MAGGIOLI EDITORE, 2014; 1: 31-39
4. Carleo R., Ruperto S., Martuccelli S., "Codice civile e leggi complementari", Dike Giuridica, 2024; 4, IX: 420-426

### Indice giuridico

- I. Sentenza n. 395/2019 del 15/07/2019 Tribunale di BOLOGNA, Sezione Lavoro
- II. Raccomandazione n.7 marzo 2008 del Ministero della Salute
- III. Sentenza n. 6954/2019 del 11/07/2019 Tribunale di ROMA, Prima Sezione Lavoro