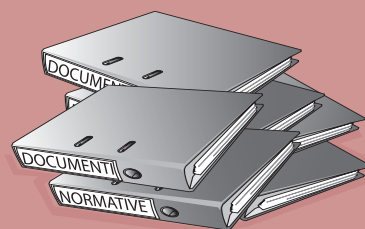
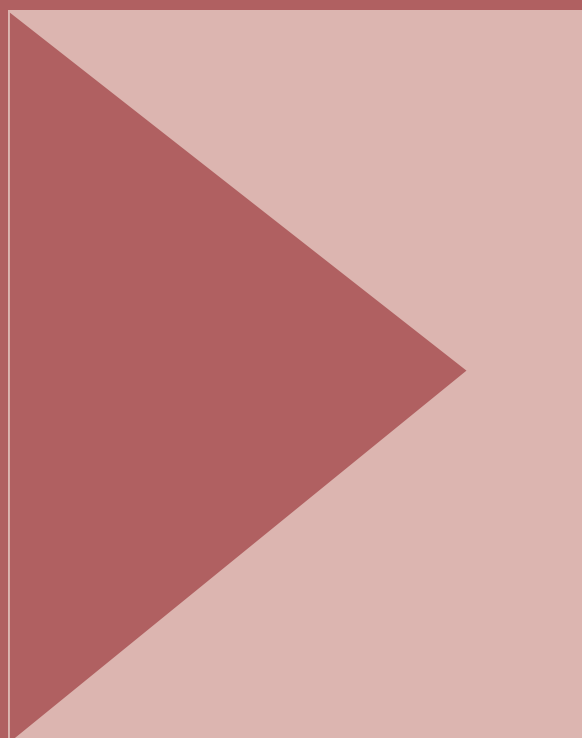


Documenti



La responsabilità politica nelle scelte sanitarie

Il telelavoro: aspetti legislativi, regolamentari e pratici



La responsabilità politica nelle scelte sanitarie

La tutela della salute è garantita, ai sensi del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni, dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Vediamo, in estrema sintesi, il quadro delle competenze (e quindi delle responsabilità) politiche nelle scelte sanitarie.

A. Il livello centrale delle competenze politico-sanitarie

Ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 502/92, e s.m.e i., "il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti nel Piano sanitario nazionale". Ed ancora: "L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al S.S.N., nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria".

Il Governo "su proposta del Ministero della Sanità (oggi: della Salute), sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia, nonché le Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle Regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente". Il Piano è adottato "d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281".

Sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale "i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".

Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente, indica: le aree di priorità di intervento, anche per ridurre le disuguaglianze; i livelli essenziali di assistenza; la quota capitolaria di finanziamento per ciascun anno di finanziamento e la sua disaggregazione per livelli di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera); gli indirizzi per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza; i progetti-obiettivo; le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria; le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale; le linee-guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici; i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

I progetti-obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministero della salute "con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'Economia e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281".

Come vedete, le competenze e le responsabilità politiche in materia sanitaria del livello centrale, o nazionale, dei poteri dello Stato sono grandi, e non solo sul piano politico della allocazione delle risorse (definite annualmente, ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. 502/92, nel Fondo sanitario nazionale, tramite la legge finanziaria), ma anche in termini di obiettivi e di indicazioni organizzativo-funzionali. Tra i poteri centrali dello Stato, oltre al Legislatore nazionale ed al Governo, annovero anche la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, più volte citata. Tale Conferenza, composta da qualificate rappresentanze di Governo, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, può concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per

svolgere attività di interesse comune.

Tra gli atti più significativi e recenti, tuttora largamente operanti, degli anzidetti Organi centrali dello Stato in materia sanitaria, cito: l'accordo tra Governo, Regioni e Province autonome 8 agosto 2001, cosiddetto "Patto di stabilità interno" in materia sanitaria; la legge 405/2001, di conversione del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria (che ha praticamente recepito l'anzidetto patto di stabilità interno); l'accordo Stato-Regioni-Province autonome del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza (LEA); il Piano sanitario nazionale per il triennio 2002-2004; le leggi finanziarie per il 2003 (L. 289/2002) e per il 2004 (leggi 326/2003 e 350/2003, che compongono nel loro insieme la "manovra finanziaria 2004"), che intervengono su molteplici aspetti organizzativo-finanziari del S.S.N.

Si tratta di provvedimenti, condizionati dall'ossessione delle emergenze economico-finanziarie del Paese e dall'obbligo di ottemperare ai parametri di Maastricht, che intervengono anche nel discriminare circa le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza da garantire, da parte del Servizio sanitario nazionale, "a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa".

B. Il livello regionale delle competenze politico-sanitarie

Le principali competenze regionali sono definite negli artt. 1 e 2 del D.Lgs. 502/92, e s.m. e i., con la specificazione che "spettano alle Regioni e alle Province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera".

In particolare, alla istituzione "Regione" e alle Province autonome di Trento e Bolzano compete:

- di adottare o adeguare, entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, il proprio Piano sanitario regionale (o provinciale), che rappresenta "il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale (o provinciale) anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale". Verifiche preventive su tali Piani, o progetti di Piano, sono di competenza del Ministero della Salute per l'acquisizione del relativo parere circa la coerenza con il Piano sanitario nazionale. Lo stesso Ministero, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, "promuove forme di collaborazione e linee-guida in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento";
- di istituire e disciplinare con legge la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, di cui fa comunque parte il Sindaco del Comune, o il Presidente della Conferenza dei Sindaci o il Presidente della Circostrizione (a seconda che l'ambito territoriale della Azienda sanitaria locale sia coincidente, superiore o inferiore al territorio comunale). Tale Conferenza è coinvolta nella elaborazione del Piano sanitario regionale e "partecipa alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere, e dei piani attuativi metropolitani";
- di disciplinare con legge il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo le procedure di proposta, adozione e approvazione del piano attuativo locale e le modalità della partecipazione a esse (procedure) degli enti locali interessati;

- di disciplinare l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali;
- di disciplinare i principi ed i criteri per l'adozione dell'atto aziendale;
- di disciplinare i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;
- di disciplinare il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente;
- di disciplinare le modalità di vigilanza e di controllo sulle proprie unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, ecc.

Inoltre alle Regioni è riconosciuta potestà:

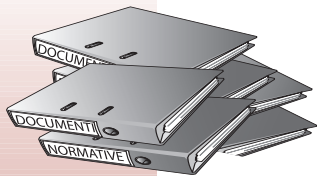
- di disciplinare l'organizzazione del distretto ed i criteri e le modalità mediante i quali i Comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione delle prestazioni di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari, nonché di istituire (all'interno del S.S.N.) l'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria (art. 3 D.Lgs. 502/92). Al livello centrale di governo della Sanità compete invece di individuare i profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria;
- di proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere di presidi ospedalieri forniti di particolari requisiti di attrezzatura e qualificazione (art. 4 D.Lgs. 502/92);
- di stipulare accordi di programma (art. 5 D.Lgs. 502/92) con il Ministero della salute per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge 67/88 (copertura finanziaria per le accelerazioni delle procedure e la realizzazione di opere con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie);
- di stipulare "specifici protocolli d'intesa con le Università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del Servizio sanitario nazionale delle Facoltà di Medicina, nel rispetto delle loro finalità didattiche e scientifiche" (art. 6 D.Lgs. 502/92), sulla base di linee-guida elaborate ogni tre anni dal livello centrale di governo della Sanità, d'intesa con il MURST;
- di disciplinare l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento di prevenzione, come la sua articolazione nelle aree dipartimentali di sanità pubblica, della salute negli ambienti di lavoro e della sanità veterinaria, nonché di individuare le modalità ed i livelli di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, da un lato, e ARPA, dall'altro (art. 7 D.Lgs. 502/92);
- di individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio, richiedano l'instaurarsi di un rapporto di impiego, anziché di un rapporto convenzionale; di rilasciare il visto di compatibilità alla realizzazione di strutture sanitarie e l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie; di rilasciare l'accreditamento alle strutture autorizzate, pubbliche e private, e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione; di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e lo specifico tariffario regionale sulla base dei sistemi di classificazione e degli standards individuati a livello centrale (art. 8 D.Lgs. 502/92);
- di istituire Fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli uniformi di assistenza, disciplinando le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende assicurano le prestazioni ed i

servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza ed i modi con cui farvi fronte con proprie risorse; di autorizzare programmi di sperimentazione di nuovi modelli gestionali, che prevedano forme di collaborazione tra strutture del S.S.N. e soggetti privati (artt. 9, 9-bis e 13 D.Lgs. 502/92);

- di formulare proposte per la predisposizione del programma di ricerca sanitaria, assumendo eventualmente la responsabilità di realizzare singoli progetti finalizzati (art. 12 D.Lgs. 502/92);
- di prevedere (art. 14 D.Lgs. 502/92) forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale;
- di provvedere alla programmazione e organizzazione delle politiche regionali per la formazione continua; di concorrere alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale, definiti dalla Commissione nazionale per la formazione continua; di accreditare i progetti formativi di rilievo regionale; di organizzare e attivare i Corsi per la formazione manageriale della dirigenza sanitaria apicale (art. 16 D.Lgs. 502/92);
- di disciplinare l'attività e la composizione del Collegio di direzione e del Comitato di dipartimento, nonché le modalità di partecipazione di quest'ultimo alla individuazione dei direttori di dipartimento (artt. 17 e 17-bis D.Lgs. 502/92);
- di procedere (art. 19 D.Lgs. 502/92), anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ad una ricognizione delle cause degli eventuali scostamenti della propria organizzazione sanitaria rispetto a valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza determinati dal Ministero della Salute, anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario, al fine di elaborare programmi correttivi di riorganizzazione-riqualificazione dei servizi sanitari regionali, ecc.

Come vedete, la vigente legge di riforma sanitaria (D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni) ha un assetto marcatamente Regione-centrico, spettando alle Regioni "la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali e aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie", funzioni tutte che rappresentano l'essenza della responsabilità politico-gestionale in materia sanitaria.

Dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, intervenuta successivamente (ottobre 2001), l'equilibrio dei poteri tra Stato e Regioni si è spostato ulteriormente a favore dei poteri delle Regioni, in quanto (nuovo art. 117 della Costituzione) è stata riconosciuta allo Stato la legislazione esclusiva in materia di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", mentre la "tutela della salute" è stata riconosciuta "materia di legislazione concorrente" tra Stato e Regioni, con la specificazione che "nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato", oltre che la "potestà regolamentare". Ancor più radicale è la ventilata modifica del Titolo V della Costituzione, di cui al d.d.l. 2544 della XIV legislatura, secondo cui alle Regioni spetterebbe addirittura, tra l'altro, "la potestà



legislativa esclusiva in materia di assistenza e organizzazione sanitaria”.

C. Il livello aziendale delle responsabilità politico-sanitarie

E veniamo al “livello aziendale” delle competenze e delle responsabilità politiche in materia di tutela della salute.

“Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell’unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale” (art. 3 D.Lgs. 502/92). Le unità sanitarie locali si costituiscono in “aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale”.

“L’atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”.

“Le Regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza, attraverso le unità sanitarie locali, avvalendosi anche delle aziende di cui all’art. 4” del D.Lgs. 502, cioè delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri.

Il direttore generale è nominato dalla Regione “senza necessità di valutazioni comparative” tra gli aspiranti, purché sia in possesso di laurea e con esperienza almeno quinquennale “di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private”.

All’atto della nomina, le Regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dei direttori generali e assegnano al singolo direttore “gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse”.

Decorsi i 18 mesi dalla nomina (durante i quali i direttori devono produrre il certificato di frequenza del Corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria), la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, sentito il parere del Sindaco o della Conferenza dei sindaci e, per le aziende ospedaliere, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale.

In caso di gravi motivi, o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero di manifesta inattuazione del piano attuativo locale, la Regione risolve il contratto (anche prima del termine di decadenza ordinaria, che è di 3 o 5 anni), sentiti il Sindaco, o la Conferenza dei sindaci, o la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale (in caso di aziende ospedaliere).

Le modalità anzidette di selezione imperfetta (sostanzialmente politico-discrezionale, senza oggettività e trasparenza meritocratica) rendono il direttore generale “prigioniero della politica”, e ciò contribuisce, anche per la mancata previsione di un Consiglio di amministrazione aziendale, a trasformare la natura di tale Organo da tecnico-gestionale a politico-gestionale, con buona pace per la tanto auspicata distinzione tra politica e gestione sanitaria.

Il direttore generale adotta l’atto aziendale, è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell’azienda; nomina altresì il direttore amministrativo e il direttore sanitario, figure dalle quali è “coadiuvato nell’esercizio delle proprie funzioni”.

Il direttore generale “è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal Consiglio dei sanitari”.

Il Consiglio dei sanitari (disciplinato, nelle modalità elettive, composizione e funzionamento, dalle Regioni) è Organo eletti-

vo dell’unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Esprime parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti.

Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per il “governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria”, nonché per l’elaborazione del programma di attività aziendale e dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative della libera professione intramuraria, ecc.

A dispetto dell’attribuzione alle figure laureate del ruolo sanitario della qualifica dirigenziale (art. 15 D.Lgs. 502/92), in realtà la dirigenza sanitaria (neppure quella apicale, responsabile di struttura complessa) ha vere prerogative dirigenziali in termini di autonomia e responsabilità gestionali dirette, cioè di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

D. Valutazioni e considerazioni finali

1. Come risulta evidente, la presenza della politica è pervasiva e capillare in ogni momento della gestione e amministrazione del bene-salute, a fronte della marginalità del coinvolgimento delle componenti tecnico-professionali (sindacali e ordinistiche) nei processi di programmazione, organizzazione e gestione dei Servizi sanitari, e persino nei momenti del controllo di qualità e di accreditamento delle strutture e dei professionisti sanitari e della formazione e valutazione del personale sanitario.

2. Con le premesse anzidette, occorrerebbe porre più attenzione, quando si indaga alla ricerca delle eventuali responsabilità circa i cattivi esiti dei processi assistenziali di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione, di risalire fino alla responsabilità politica di sistema (alla cosiddetta “responsabilità della struttura”), piuttosto che accanirsi facilmente nella sola ricerca della responsabilità-colpa del singolo operatore sanitario, che rimane tuttavia pienamente responsabile degli atti professionali da lui direttamente eseguiti.

3. Nonostante che l’assetto politico-istituzionale della riforma sanitaria, così come sinteticamente richiamato, sia ormai stabile da almeno 5 anni, parecchi degli adempimenti (centrali e regionali) previsti dalla legge 502/92, e successive modificazioni e integrazioni, non sono stati attuati, talché rimane difficile dare un giudizio definitivo e motivato in merito al disegno riformatore complessivo.

4. Tuttavia, a prescindere dalla puntuale applicazione della riforma sanitaria, hanno certamente fallito le seguenti impostazioni:

- l’assetto monocratico dato alla direzione delle unità sanitarie locali;
- l’ossessione economicistica data alla gestione del bene-salute, con l’incongruenza di un sottofinanziamento, a monte, del sistema e con l’illusione, a valle, di poter dare “tutto a tutti”, senza responsabilizzare ed educare i cittadini-utenti anche attraverso una partecipazione diretta, di modesta entità, ai costi di tutte le prestazioni sanitarie fruitive, fatti salvi gli indigenti veri e gli affetti da patologie cronico-invalidenti;
- non avere coinvolto le professionalità tecnico-dirigenziali nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari pubblici;
- non avere selezionato, sulla base di oggettivi e trasparenti criteri meritocratici, né la dirigenza gestionale né la dirigenza tecnica responsabile delle unità e strutture complesse del S.S.N., condizione indispensabile per separare la politica dalla gestione sanitaria;

- non avere capito che, in contemporanea con i processi di decentramento, federalismo, regionalizzazione della gestione, organizzazione e amministrazione del bene-salute, bisognava tenere ben ferme le competenze del livello centrale di governo della Sanità (vigilanza sul rispetto, da parte delle Regioni, della normativa nazionale di settore; atti di indirizzo e coordinamento circa i provvedimenti di valenza sovranazionale; definizione dello stato giuridico e dell'ordinamento del personale sanitario; disciplina sui farmaci, nonché, sentita la Conferenza Stato-Regioni, la definizione: del Fondo e del Piano sanitario nazionali; dei livelli essenziali di assistenza garantiti; dei requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie; degli standards di organizzazione, di personale e di sicurezza dei presidi sanitari, ecc.).

5. Contro queste errate impostazioni da anni sto lottando, insieme al sindacato medico cui appartengo (CIMO-ASMD), sottolineando le seguenti necessarie priorità:

- dare un nuovo assetto istituzionale alle ASL, meglio ridefinite Società di servizi, in cui un Consiglio di amministrazione, composto da qualificate rappresentanze delle autonomie locali, nomini il direttore generale, cui competeranno i poteri di gestione (coadiuvato da un direttore sanitario medico e da un direttore amministrativo), ma su cui il Consiglio stesso eserciterà funzioni di indirizzo politico e di controllo sui risultati di gestione;
- distribuire in modo equilibrato e chiaro le competenze in materia di tutela della salute tra i tre livelli di governo della

Sanità: quello centrale, quello regionale, quello locale;

- qualificare e valorizzare il personale sanitario, in particolare la dirigenza medica, partendo: dal migliorare la formazione di base, quella specialistica e permanente; dal garantire una selezione oggettiva, trasparente e su base meritocratica di tutto il personale sanitario, compreso quello apicale; dal coinvolgimento della dirigenza sanitaria (diretto e attraverso le legittime rappresentanze) nei processi di programmazione e organizzazione del Servizio, nonché di gestione per gli aspetti di diretta competenza; dal riconoscere e premiare la produttività di ciascuno, favorendo le condizioni necessarie per garantire serenità e qualità nel lavoro;

- bandire mode e pregiudizi, disvalori effimeri e pericolosissimi, specie in un settore delicato come la tutela della salute.

Carlo Sizia

Il telelavoro: aspetti legislativi, regolamentari e pratici

Definizione e aspetti giuridico-normativi

Il telelavoro è una forma di lavoro che si caratterizza per la sua flessibilità, la gestione info-telematica e nuove tipologie di valutazione della prestazione di lavoro, che viene effettuato al di fuori e a distanza dalla sede ordinaria di lavoro (più spesso al domicilio del lavoratore, o in telecentri), senza una specifica durata giornaliera di lavoro.

Il telelavoro non avrebbe bisogno di normative speciali per essere attuato, in quanto le regole contrattuali di lavoro sono sufficienti per sviluppare le diverse tipologie di questa forma lavorativa, tuttavia il legislatore può intervenire con una normativa di indirizzo al fine di promuovere il telelavoro.

Ciò è avvenuto, ad esempio, nel settore pubblico, prima con l'emanazione dell'art. 4 della legge 191/1998 (cosiddetta legge Bassanini-ter) e poi con il D.P.R. 70/1999, mentre nel settore privato il telelavoro non ha una specifica regolamentazione legislativa.

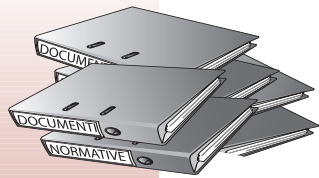
L'art. 4 della legge 191/1998:

- autorizza le amministrazioni pubbliche ad avvalersi di forme di lavoro a distanza allo scopo di "razionalizzare l'organizzazione del lavoro e realizzare economie di gestione attraverso l'uso flessibile delle risorse umane" e ad installare "apparecchiature informatiche e i collegamenti telefonici e telematici necessari", così da consentire ai propri dipendenti di effettuare "a parità di salario, la prestazione lavorativa in luogo diverso dalla sede di lavoro, previa determinazione delle modalità per la verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa" (c. 1);
- consente ai dipendenti, su loro richiesta, di "essere reintegrati nella sede di lavoro originaria" (c. 2);

- prevede uno specifico Regolamento per disciplinare le modalità organizzative del telelavoro (c. 3);

- rinvia (c. 5) alla contrattazione collettiva il compito di adeguare "alle specifiche modalità della prestazione la disciplina economica e normativa del rapporto di lavoro dei dipendenti interessati" e consente "forme sperimentali di telelavoro", sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative e l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione.

Il D.P.R. 8/03/1999, n. 70 (emanato ai sensi dell'art. 4, c. 3, L. 191/1998), oltre a definire il telelavoro e indicarne le finalità, disciplina: all'art. 3, i progetti di telelavoro (tipo, durata, risorse, collegamenti con altre amministrazioni, criteri di verifica e aggiornamento); all'art. 4, l'assegnazione al telelavoro e la reintegrazione del lavoratore nella sede originaria; all'art. 5, la postazione di telelavoro (che deve essere messa a disposizione, installata e collaudata a cura dell'amministrazione, compreso per quel che riguarda i collegamenti telematici, con la specificazione che la "postazione di telelavoro può essere utilizzata esclusivamente per le attività inerenti al rapporto di lavoro"); all'art. 5, le regole tecniche, in coerenza con quelle fissate dall'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione (specie in tema di rete unitaria delle pubbliche amministrazioni, identificazione del lavoratore, adeguamento del sistema all'evoluzione scientifica, tutela della riservatezza dei dati); all'art. 7, i criteri per l'individuazione dei parametri qualitativi e quantitativi delle prestazioni da svolgere mediante telelavoro, ai fini delle periodiche valutazioni; all'art. 8, il trattamento economico e normativo (che deve essere equivalente



a quello dei lavoratori impiegati nella sede di lavoro, con la specificazione che la contrattazione collettiva deve definire le "modalità per l'accesso al domicilio del dipendente addetto al telelavoro dei soggetti aventi competenza in materia di salute, sicurezza, manutenzione".

Ciò è particolarmente importante perché nel caso di telelavoro a domicilio ci si scontrerebbe con il principio dell'inviolabilità del domicilio e con il diritto di proprietà e disponibilità dei locali, che appartengono al lavoratore, nonché con il divieto (per il datore di lavoro) di effettuare controlli a distanza ai sensi dell'art. 4 dello Statuto dei lavoratori.

Se non provvedesse pertanto la disciplina contrattuale ad attenuare i limiti ed i divieti anzidetti, non ci sarebbero neppure concrete possibilità per il datore di lavoro di effettuare la valutazione del rischio (in materia di igiene e sicurezza sul posto di lavoro), ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 626/1994.

Anche il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) si interessa (art. 115) di Telelavoro e lavoro a domicilio, stabilendo che "il datore di lavoro è tenuto a garantire al lavoratore il rispetto della sua personalità e della sua libertà morale". Vengono quindi, in modo esplicito o implicito, ribaditi i contenuti degli artt. 4, 6 e 8 dello Statuto dei lavoratori.

I tipi di controllo consentiti al datore di lavoro sono quelli che attengono al coordinamento delle attività di lavoro, ai rapporti con i clienti, al rispetto delle direttive impartite, ecc. (art. 4, comma 2, dello Statuto, attività queste che devono essere concordate con le rappresentanze sindacali e/o autorizzate dall'Ispettorato del lavoro), non certo mediante il monitoraggio continuativo, pervasivo e occulto, della linea telematica o il collegamento di computer e videotelefono. Il comma 2 dello stesso art. 115 dispone poi che "il lavoratore domestico è tenuto a mantenere la necessaria riservatezza per tutto quanto si riferisce alla vita familiare".

Successivamente è intervenuto (il 21/06/1999) l'accordo quadro nazionale sul telelavoro nella P.A. I principi più significativi, coerenti con i provvedimenti fin qui esaminati, sono:

- la possibilità, per l'amministrazione, di avvalersi funzionalmente del telelavoro e, per il lavoratore, di scegliere di operare tramite il telelavoro;
- la necessità di consultare preventivamente, sui progetti di telelavoro, le OO.SS.;
- la competenza della contrattazione integrativa di determinare gli adattamenti della disciplina del rapporto di lavoro resi necessari dalle particolari condizioni della prestazione;
- l'assegnazione dei dipendenti ai progetti di telelavoro secondo le modalità previste dal progetto, quali: lavoro a domicilio; lavoro mobile; lavoro decentrato in centri-satellite; servizi in rete o altre forme flessibili, comprese quelle in alternanza;
- la possibilità di rientri periodici dei lavoratori nella sede ordinaria;
- tutte le spese per le tecnologie ed i collegamenti telematici sono a carico dell'amministrazione;
- i dispositivi di controllo dei lavoratori non possono essere attivati all'insaputa del lavoratore;
- la formazione dei lavoratori addetti al telelavoro, nonché i loro diritti e obblighi;
- il telelavoro deve svolgersi nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e salute del lavoratore;
- l'istituzione presso l'ARAN di un Osservatorio sul telelavoro.

Infine è intervenuto (il 9 giugno 2004) un accordo interconfederale tra Confindustria e Confederazioni sindacali per il recepimento dell'accordo quadro europeo sul telelavoro (stipulato a Bruxelles il 16 luglio 2002), che contiene alcune novità e specificazioni rispetto alle norme fin qui richiamate. Vale la

pena di ricordare: il carattere volontario del telelavoro e la sua reversibilità; la pienezza dei diritti del telelavoratore rispetto al contratto applicato; la responsabilità del datore di lavoro di applicare misure appropriate al fine di garantire la protezione dei dati utilizzati ed elaborati dal lavoratore; il diritto alla riservatezza del telelavoratore; l'obbligo del datore di lavoro di fornire gli strumenti di lavoro e del telelavoratore di averne cura; la responsabilità del datore di lavoro in materia di salute e sicurezza del telelavoratore; la autonomia del telelavoratore nel gestire il proprio tempo di lavoro e la responsabilità del datore di lavoro di prevenire l'isolamento del telelavoratore stesso; la parità di diritti del telelavoratore (rispetto ai colleghi non telelavoratori) in materia di formazione, diritti sindacali collettivi e contrattazione collettiva, con possibilità delle OO.SS. di definire contratti di adeguamento e/o integrazione per tener conto delle specifiche esigenze di settore.

Non è invece andato in porto, nella XIII legislatura, il d.d.l. 2305, che, attraverso 22 articoli in realtà un po' caotici, avrebbe tuttavia dato al telelavoro una migliore sistemazione.

La più recente dottrina indica 5 possibilità di inquadramento giuridico del telelavoro: contratto d'appalto, contratto d'opera, contratto di lavoro parasubordinato, contratto di lavoro subordinato, lavoro a domicilio (L. 877/1973). In realtà il telelavoro del tipo dipendente è piuttosto suscettibile di essere inquadrato nella categoria del "lavoro atipico", che in questo caso si concretizza attraverso un procedimento di "outsourcing", che consiste nel trasferimento all'esterno di funzioni ordinariamente svolte all'interno dell'azienda.

Il telelavoro dipendente prevede comunque l'instaurazione di un rapporto organizzativo diretto e strutturato gerarchicamente con il centro e presuppone l'esistenza di sistemi informatici distribuiti e collegati alle telecomunicazioni.

La sicurezza informatica

La sicurezza informatica va riguardata almeno sotto tre profili:

- la sicurezza "giuridica" dell'operatore pubblico addetto all'acquisto e alla cura delle apparecchiature informatiche o telematiche, che agisce pur sempre nell'interesse della P.A. ed è di norma da considerarsi investito delle qualità giuspubblicistiche attive di cui agli artt. 357 e 358 c.p., essendo soggetto a determinati vincoli nelle proprie scelte operative (che indirizzano alla scelta più economica, piuttosto che a quella migliore);
- la sicurezza psico-fisica degli operatori addetti alle apparecchiature informatiche;
- infine i rischi esistenti a carico del quivis de populo, che sono legati all'avvenuta attivazione di strutture informatiche e che, volta a volta, attengono alle aggressioni alla sfera, giuridicamente tutelata, della riservatezza, all'onore e agli altri interessi categoriali afferenti alla persona o al patrimonio dei soggetti.

Dal primo rischio (sicurezza giuridica) ci si tutela, quando si autorizzano soggetti ad operare sul "libero mercato" dei prodotti informatico-telematici, fissando consapevolmente modalità e limiti entro i quali - ai soggetti a ciò competenti

- è consentito o, invece, è fatto obbligo o divieto di operare, coordinando la disciplina di settore specifico con quella generale e tenendo conto degli orientamenti della giurisprudenza.

Dal secondo rischio (sicurezza psicofisica) ci si tutela seguendo le indicazioni date dal D.Lgs. 626/1994, e normative collegate. Si tratta di una serie di norme (che sono contenute negli artt. 53, 54, 55 e 56 del D.Lgs. 626 e, soprattutto, nell'allegato I "Linee guida all'uso dei videoterminali" al D.M. 2 otto-

bre 2000) in materia di organizzazione del lavoro, di svolgimento quotidiano del lavoro, di sorveglianza sanitaria (visite oculistiche preventive e periodiche, ecc.), che vogliono prevenire i rischi per la vista o per l'acquisizione di posture viziate o coatte, nonché l'affaticamento fisico e mentale, ovvero favorire le migliori condizioni ergonomiche e di igiene ambientale del telelavoratore addetto ai "terminali video" delle strutture informatiche e telematiche.

Le anzidette linee-guida riguardano: l'attenzione che vengano mantenuti al di sotto dei limiti raccomandati i livelli delle radiazioni, ionizzanti e non, e delle onde elettromagnetiche (in tal senso garantirebbero la specifica marchiatura CE sul videoterminale), nonché tutta una serie di prescrizioni in materia di scrivania-tavolo di lavoro, di posture raccomandate e di ginnastiche periodiche defaticanti, di caratteristiche dello schermo, di illuminazione e di microclima ambientale, di sedia di lavoro (sedile e schienale), di distanza viso-schermo, di pause obbligate (15 minuti ogni 2 ore di impegno continuo al videoterminale), di pulizia degli strumenti di lavoro, e per prevenire l'affaticamento mentale ed i disagi psicologici (sensazione di isolamento e di sradicamento dalla propria realtà di lavoro e dalla categoria di appartenenza), ecc.

È più difficile, invece, proteggere i terzi del popolo dall'ultimo rischio, cioè quello dei possibili danneggiamenti causati da eventuali utilizzi anomali o illegittimi delle strutture informatiche e telematiche.

Verso un sistema di diritto penale dell'informatica

A tutta prima sembrerebbe marginale l'interesse del penalista per le tematiche attinenti al telelavoro. Ed invece emergono aspetti problematici, specie per quanto riguarda la sicurezza dei terzi che a qualsiasi titolo sono interessati all'attivazione e alla utilizzazione di tali strutture.

Nell'ambito della categoria dei "reati informatici" si è soliti considerare tutti quegli illeciti penali commessi attraverso la "rete" di Internet. Si tratta però, più che di un sistema autonomo di reati informatici in senso stretto, di una sorta "evoluta" di reati tradizionali, resi possibili dall'impiego del mezzo telematico.

Proprio le caratteristiche dello strumento informatico e del sistema di Internet hanno messo in crisi alcune certezze ed evidenziato alcune peculiarità: la difficoltà dell'individuazione del luogo del commesso reato; il problema dell'attribuzione di responsabilità penale in capo ai soggetti deputati al controllo del servizio (provider) da cui è partito, ad esempio, il messaggio diffamatorio; l'inadeguatezza dei singoli ordinamenti giuridici, che variano da Stato a Stato, mentre Internet spazia a livello mondiale; la facilità di commettere reati quali la diffamazione o la divulgazione di informazioni od immagini, anche aventi ad oggetto minori, grazie alla possibilità di mantenere l'anonimato, ad esempio usando pseudonimi; la proliferazione dei reati informatici (proprio favorita dal mezzo telematico che tali dati media), tra i quali la duplicazione e la diffusione di programmi contraffatti, la divulgazione di virus e di codici di accesso altrui, gli accessi non autorizzati ai sistemi protetti e non protetti, le intercettazioni informatiche e telematiche, le frodi informatiche, le lesioni dei diritti d'autore, ecc., il tutto aggravato dal fatto che per molti reati informatici manca del tutto la consapevolezza dell'antigiuridicità di tali condotte, consapevolezza che è condizione necessaria per la stessa imputabilità e conseguente somministrazione della sanzione.

C'è, poi, ad esempio nei disastri ferroviari od aerei, o negli errori di diagnosi o terapia, quando questi servizi siano affidati (in tutto o in parte) a sistemi informatici di regolazione e con-

trollo, la difficoltà di risalire alle responsabilità vere: difetto di strutturazione del software, responsabilità singola o di gruppo, inserimento di dati non corretti, adozione di procedure inesatte, errore nelle istruzioni ricevute, o altro ancora?

Per tutte queste ragioni, sembrerebbe opportuna (Giusy Bonfiglio, "Profili penali del lavoro on-line") "una disciplina omogenea e dedicata (attraverso l'adozione di un Testo unico o Codice penale dell'informatica) che si occupi di governare - a monte degli effetti indesiderati che l'uso della tecnologia può produrre - la ideazione, la produzione e le cautele nell'uso di tali strumenti, ipotizzando altresì specifiche responsabilità, sì da strutturare un sistema di prevenzione (mediante anticipazione della soglia dell'illecito, dalla situazione di danno a quella di pericolo) specifico, autonomo e speciale, cui sia affidato il governo del mondo virtuale, dal punto di vista del sistema penale".

Conclusioni

Per concludere, c'è da dire:

- che la diffusione di questa forma di lavoro, che ha visto la luce in America ed in Giappone tra gli anni '60 e '70, è stata meno rapida ed esplosiva di quanto ci si aspettasse. Per quanto attiene all'Europa, telelavora oggi il 16,8% della popolazione attiva in Finlandia, il 15,2% in Norvegia, il 14% in Olanda, il 6% in Germania e solo il 3% circa in Italia. La normativa più evoluta è quella danese;
- che il telelavoro è particolarmente indicato per l'integrazione dei disabili (specie delle persone affette da disabilità motoria) nel mondo dell'istruzione, della formazione e, quindi, del lavoro (utile per gli approfondimenti il testo "Telelavoro e disabilità" a cura di Gerardo Lupi e Paolo Zurla);
- che comunque difficilmente il telelavoro ci salverà dal traffico. Infatti, come dimostra un bel lavoro, anche sperimentale, dell'ing. Marco Diana, che ha vinto il premio "Tesi di laurea su Torino", certamente non funziona la semplice equazione: + telelavoro = - spostamenti, visto che anche le stime più ottimistiche prefigurano solo una modesta riduzione del traffico (tra lo 0,5 e il 2% di veicoli-chilometro), sia perché il telelavoro riguarda pur sempre una minoranza di lavoratori, sia perché esso favorisce una crescita ancora più accelerata della componente occasionale dei viaggi. Si può tuttavia sperare nell'effetto aggregato, espresso da grandezze quali la qualità di vita (certo maggiore) del telelavoratore, una più marcata riduzione degli spostamenti nelle ore di punta, una certa qual omogeneizzazione del traffico tra giorni feriali e festivi.

Carlo Sizia

Bibliografia

1. "Profili penali del lavoro on-line", a cura di Ettore Palmieri, Edizioni CEDAM, 2004.
2. "Telelavoro e disabilità" (Il progetto Translate), di Gerardo Lupi e Paolo Zurla, Edizione Franco Angeli, pubblicato con il contributo della Comunità Europea e della Regione Emilia e Romagna, 2002.
3. "Il telelavoro ci salverà dal traffico?", di Marco Diana, Premio Tesi di laurea su Torino, Beppe Grandi Editore, 2001.



CIC Edizioni Internazionali

CIC Edizioni Internazionali

da oltre 30 anni leader nell'aggiornamento medico

E. Rosati, R. Galli,
A. E. Catucci

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
qualità della compilazione e controlli di congruità
come NON compilare la parte sanitaria della scheda di dimissione ospedaliera

2004
Volume di 322 pagine
Brossurato
f.to cm.17 x 24

ISBN 88-7141-655-8
€ 20,00



Fabio Massimo Gallo
Carlo Parascani

I PROCESSI DI AUTOMAZIONE NELLA SANITÀ PUBBLICA, TELELAVORO E TELEMEDICINA
Attualità e prospettive

2005
Volume di 296 pagine
Brossurato
f.to cm. 14 x 21

ISBN 88-7141-651-1
€ 30,00



Luigi Abate
Massimo E. Mantovani
Luigi Iavarone

IL RISCHIO INCENDIO
con CD-rom allegato

Nozioni e tecniche per il servizio di prevenzione e protezione e per gli addetti alla vigilanza aziendale

2005
Volume di 312 pagine
Brossurato
f.to cm.17 x 24

ISBN 88-7141-653-8
€ 40,00



Pierluigi Camba

LA FORMAZIONE PROFESSIONALE NELLE AZIENDE SANITARIE

Manuale di management della formazione e della comunicazione per la qualità, il marketing e la gestione del rischio nelle aziende sanitarie

2005
Volume di 280 pagine
Brossurato
f.to cm.15 x 23,5

ISBN 88-7141-679-1
€ 30,00

