



## **CONTRIBUTO AC 2500**

### **Conversione in legge Decreto Rilancio n. 34 del 19 maggio 2020**

N. 4 brevi schede sulle distinte aree tematiche di interesse toccate dal “Decreto rilancio”:

1. SANITA’
2. SEMPLIFICAZIONE e DEBUROCRATIZZAZIONE
3. LAVORO AGILE
4. MISURE anti COVID-19, FASI 3 e 4

## Scheda 1

# SANITA'

Prima fondamentale premessa con esplicita richiesta al Governo: mettere in campo una normativa di legge e, nei punti ove sia necessaria, anche costituzionale, a modifica del Capo V della Costituzione, razionalizzando e ridefinendo prima i rapporti e le competenze tra Amministrazioni Statali e Pubbliche Nazionali, e poi riconfigurando i rapporti Stato/Regione, al fine di porre rimedio alle disomogeneità e disparità tra Regione e Regione che, senza fare valutazioni di impostazione politica, hanno creato, soprattutto all'inizio dell'emergenza sanitaria, divergenze di impostazione che hanno provocato progressioni di contagi. La Salute deve essere governata dall'omonimo Ministero, probabilmente anche con riferimento ad alcuni aspetti indiretti, in quanto ascrivibili anche a competenze di altri Ministeri.

Nella situazione di crisi emergenziale si è evidenziata la pluralità di fattori e competenze coinvolte, intersecante anche molti e diversificati aspetti della vita lavorativa e sociale delle persone, e quindi l'importanza di rapidamente sviluppare sistemi e funzioni gestiti da veri professionisti e non da orecchianti scientifici.

La lettura degli articoli che si riferiscono alla salute mette in luce anche l'evidente necessità di riorganizzare il SSN sia in sede territoriale che ospedaliera. L'assistenza territoriale, che da anni doveva essere potenziata, non solo ha dimostrato tutta la sua debolezza, ma ha subito gravi perdite anche in vite umane. Tanti medici, infermieri, ed operatori sanitari hanno perso la vita perché mandati allo sbaraglio senza protezioni e conoscenze. Quindi ben venga un sistema di assistenza territoriale dotato di mezzi idonei per monitorare la diffusione ed il controllo dei contagi.

Però non possiamo non sottolineare che già un accordo Stato/Regioni del 2013, seguito da quello del 2016 avevano stabilito una indispensabile riorganizzazione dell'emergenza/urgenza, ma vanamente. Confidiamo che ora il sistema reagisca correttamente, ma il Decreto ci sembra carente e generico sotto alcuni profili, seppur pieno di buoni propositi. Per esempio, si parla di potenziare l'assistenza infermieristica sul territorio, ma ci sembra un eufemismo visto che questa non esiste nella maggior parte dei casi e dove esiste è affidata a personale che deve essere completamente riqualificato perché utilizzato più per finalità di uffici amministrativi della burocrazia che per compiti sanitari e assistenziali. Non è detto che incrementare le indennità migliori il sistema. Si riaffaccia la cattiva abitudine di assumere personale con incarichi di lavoro autonomo e Co.Co.Co, ricreando nuovo precariato di

Stato. Ma anche i medici di famiglia devono essere riqualificati alle loro esigenze. L'età media è alta e per anni hanno fatto più burocrazia che clinica.

Passando all'art. 2 del Decreto, in primo luogo si denuncia l'evidenza di una politica che per tanti anni ha tagliato gli stanziamenti in sanità e diminuito il numero dei posti letto. Ora, la pandemia ha scoperto le gravi carenze e si vuole mettere mano al potenziamento delle strutture idonee al caso, ma ci preme sottolineare la necessità di riprendere in pieno la gestione di tutta l'attività ordinaria. Evidenze statistiche stanno dimostrando che per il timore del contagio pazienti con problematiche gravi, come cardiopatici e ipertesi, non sono andati in ospedale e tanti sono stati i decessi per infarti ed accidenti vascolari. Augurandosi che la pandemia possa finire sotto controllo, se non esaurirsi totalmente, cosa ne faremmo di tanti posti letto per il Covid-19?

Ma veniamo alle dolenti note sulle risorse economiche per la premialità Covid-19 previste all'articolo 2, comma 6 e destinate *“prioritariamente alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del Covid-19”*. Queste risorse sono assegnate senza nessuna distinzione, perché non considerano che se vi era personale direttamente in prima linea, vi erano tanti dirigenti medici, sanitari e personale infermieristico coinvolti in tutte le attività riconnesse con le urgenze, né tengono conto di quei medici, infermieri e operatori sanitari che hanno garantito, nel periodo più critico dell'emergenza, una maggiore entità di presenza in servizio nelle strutture delle varie PA.

Ma risulta grave anche l'assegnazione senza distinzione tra Dirigenza Medica e Sanitaria e Comparto. Un sistema così ideato rischia di creare conflittualità locali di categoria e soprattutto una distribuzione “a pioggia” che deve essere evitata perché non solo non premia ma indispettisce. Tutto il contrario di quello che dovrebbe essere lo spirito di un decreto che si chiama “Rilancio” e dimenticando quanto scritto nel “Cura Italia”. Insomma da “eroi ed angeli” a parole, si rischia di essere “dannati”.

Riguardo a quanto scritto all'art. 11 sul Fascicolo Sanitario elettronico, duole constatare che ci è voluta una pandemia per accorgersi della necessità di sviluppare la realizzazione dell'FSE previsto già dal 2012 e mai seriamente avviato. Abbiamo speso denaro pubblico per tessere sanitarie vuote e costretto malati a spostarsi con pacchi di materiale cartaceo. Il D.L 179/12 prevedeva, entro il giugno 2015, che ogni Regione e Prov. Autonoma vi provvedesse ma, anche chi lo ha fatto, non ha reso il sistema compatibile al di là dei propri confini. Non ultime, si ricordano le criticità sollevate dal Garante della Privacy.

Abbiamo prima evidenziato il rischio di alimentare un precariato di Stato, con assunzioni con incarichi anomali, e questo ci sembra più che evidente vista la scomparsa, dalla prima stesura, della norma contenuta all'art. 255, che modificava l'art. 20, comma 11-bis, del D.L. n.75/2017, sostituendo la data 2019 con 2020.

Va colta l'occasione per sburocratizzare il sistema, partendo dall'individuazione e dalla realizzazione, anche in termini di contenimento di spesa, di contratti e figure non riconducibili a rapporti di dipendenza dalle PA, costituenti i cosiddetti doppioni del personale dipendente o sovrapposizioni di funzioni.

Facciamo lavorare specializzandi degli ultimi anni, ma non dimentichiamo che va costruito un percorso facilitatore per consentire loro di agire con un calibrato tutoraggio e che, per anestesia e rianimazione, come per radiologia, solo il diploma di specializzazione rende idonei all'autonomia (a quanti paziente piacerebbe essere intubati da chi forse non lo ha mai fatto?).

In ultimo, sottolineiamo l'utilizzo del lavoro agile che deve ben funzionare e che, con personale adeguato e istruito, può rappresentare una buona soluzione anche in sanità. E', invece, prematuro e controindicato pensare ad un'altra legge sul punto; non è ipotizzabile una legge che si preoccupi di ricondurre lo smart working alle vecchie organizzazioni pre-digitalizzazione, anzi forse sarebbe auspicabile l'esatto contrario. Occorre piuttosto dare spazio alle parti sindacali nei CCNL, CCNI e in tutte le sedi negoziali, concedendo adeguata rilevanza alle esigenze individuali.

## Scheda 2

### **SBUROCRATIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE – art. 264**

La digitalizzazione si può tradurre in un efficace strumento di deburocratizzazione se attivata in modo operativamente in grado di facilitare e semplificare i passaggi; è da scongiurare una informatizzazione della burocrazia fatta di procedure non dialoganti, di successioni di passaggi tra strutture e competenze che si rimpallano i problemi, di sclerotizzate opzioni che, a volte fatte di passaggi inutili, appesantiscono e irrigidiscono l'agire amministrativo (nel settore della Scuola si è parlato di "*molestie burocratiche*"), sottraendo energie e tempo al lavoro effettivo e alla funzionalità ed efficienza dei servizi all'utenza.

A tal fine, in primo luogo è necessario che la programmazione degli interventi sia fatta interloquendo con gli addetti ai lavori. L'operatività dell'obiettivo impone di recepire necessità pratiche di chi è sul campo e fa uso massiccio di quelle procedure, in grado di individuarne utilità ed essenzialità, quali mezzi per migliorare i servizi.

Limitare, se non eliminare, sbarramenti e restrizioni di abilitazioni informatiche, favorirebbe la circolarità delle informazioni e la condivisione di prospettive, in modo da facilitare un esame interdisciplinare e contestuale della questione da risolvere, evitando passaggi che, in successione, rischiano di tradursi in dilatazioni dei tempi nemmeno funzionali alla qualità del risultato finale.

Un ambiente informatico condiviso, ad es., che consenta la visione multidisciplinare di un ambito per arrivare alla decisione finale congiuntamente, nel rispetto delle competenze e dei ruoli, può essere portatore di un approccio innovativo in grado di accelerare le soluzioni, favorendo al contempo trasparenza e imparzialità dei processi decisionali.

**Leva di semplificazione e di deburocratizzazione è anche un assetto organizzativo che riconosca autonomia e responsabilità alle competenze tecniche pubbliche attribuendo alle stesse funzioni dirette.** L'art. 264 riferito alla semplificazione potrebbe essere implementato con la valorizzazione delle competenze multidisciplinari della Pubblica Amministrazione, che consentirebbe un approccio squisitamente operativo, che consenta di reperire soluzioni e di adottare provvedimenti con criteri di collegialità.

Forme di valutazione delle strutture da affidare ai cittadini, per funzionare da sentinella e sensore esterno della qualità del servizio pubblico, devono essere correlate a settori, temi e territori specifici di riferimento.

Riguardo alla valutazione dei singoli, proprio al fine di velocizzare e avvicinare la pubblica amministrazione ai cittadini e alle imprese, ai "sensori

e indicatori esterni” si possono affiancare “sensori e indicatori interni” introducendo meccanismi innovativi di valutazione: prevedere l’apporto o il parere dei colleghi del candidato a posti dirigenziali o di coordinamento, con competenze equipollenti, che si esprimano sul criterio delle capacità organizzativo relazionali, dunque di leadership (cosiddetta autorevolezza percepita).

### Scheda 3

## **LAVORO AGILE OLTRE L'EMERGENZA - STRUMENTO DI RILANCIO E SEMPLIFICAZIONE DELLA PA – art. 283**

L'emergenza pandemica ha reso necessario il ricorso al lavoro agile imponendo un'accelerazione impreveduta alla diffusione di detta modalità di lavoro.

Con l'art. 87 decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, conv. con modificazioni in legge 24 aprile 2020, n. 127, si è data una spinta decisa al lavoro agile quale modalità di lavoro ordinaria nella pubblica amministrazione. Dopo le prime iniziali difficoltà e resistenze, pur con qualche ritardo, la rimozione di restrizioni di contingentamento, lo storno di appesantimenti dovuti a prassi costituite da demotivanti controlli, hanno consentito una larga espansione di una diversa modalità di lavoro che ha apportato incontestabili risultati positivi, testimoniando con i numeri la capacità della PA di reagire e di sapere in poco tempo riorganizzare il lavoro in chiave nuova, salvaguardando la continuità dei servizi pubblici.

E' stata quindi impressa una svolta allo storico andamento della PA che, se sarà seguita da nuovi modelli organizzativi e modalità di lavoro, potrà finalmente determinare una reale deburocratizzazione, digitalizzazione e semplificazione, unitamente ad una più estesa qualificazione del personale, maggiori competenze ed autonomia e correlate responsabilità per i lavoratori.

Anche nel periodo di rilancio del Paese, il lavoro agile è naturalmente candidato a costituire una leva della riprogrammazione dell'economia nazionale alla luce di obiettivi che valorizzino la persona e la qualità, la partecipazione e gratificazione da lavoro e ambiente.

Del resto, la prosecuzione del lavoro agile è opportuna per sostenere il riavvio di scuola e servizi scolastici, oltre che per abbattere costi aziendali e personali, ridurre inquinamento, non escludendo la possibilità di ridefinire alcuni conetti medico legali come, per esempio, quello di "inabilità temporanea assoluta lavorativa" o di "invalidità permanente" considerato che potrebbe comportare un più tempestivo recupero dell'integrità psico fisica e che consentirebbe di svolgere attività in smart working precluse in diverse situazioni, con possibili conseguenze anche nella rimodulazione di parametri medico legali nell'ambito della disabilità.

Ecco perché la nostra richiesta è quella di proseguire sulla strada dello sviluppo del lavoro agile anche fuori dall'emergenza, per non rischiare di perdere il patrimonio di competenze fin qui acquisite che, se accompagnate da riorganizzazione del lavoro e delle competenze digitali, potranno effettivamente liberare il sistema da organizzazioni verticistiche piramidali

che non hanno fino ad oggi dimostrato capacità di miglioramento in termini di efficienza, trasparenza e agilità di risposta.

Le norme in materia di lavoro agile sono vigenti; occorre accompagnarne l'attuazione con la contrattazione collettiva evitando il rischio che interventi normativi irrompano a bloccare e burocratizzare una modalità di lavoro in evoluzione che potrà esplicitare a pieno le proprie potenzialità all'esito di una necessaria riorganizzazione complessiva del lavoro e delle competenze pubbliche.



## Scheda 4

### **MISURE ANTI COVID - INQUADRAMENTO CONTAGIO DA COVID 19 COME MALATTIA PROFESSIONALE**

Attualmente, per quanto assenti studi scientifici sulle conseguenze nel lungo periodo, i contagi da Covid-19 sono qualificati come infortuni sul lavoro, stante l'assimilazione della causa virulenta alla causa violenta e sulla base di quanto fatto in passato per patologie da agente patogeno infettivo come, ad esempio, l'epatite.

L'inquadramento di detta infezione come infortunio rischia di non garantire il lavoratore che, sulla base della consolidata giurisprudenza, al fine di essere tutelato dall'Inail, dovrebbe provare di essere stato contagiato in occasione di lavoro; una dimostrazione non priva di difficoltà di fronte ad un rischio biologico generico non facilmente riconducibile ad una occasione di lavoro, anche per tutte quelle lavorazioni per le quali è stata indicata una presunzione semplice e per le quali andrebbe comunque provato il momento infettante.

Piuttosto, la collocazione di detta infezione tra le malattie professionali consentirebbe di riequilibrare, con la forza del sistema di legge e normativo, il quadro controverso sorto proprio in conseguenza della qualificazione del contagio come infortunio sul lavoro, trattandosi di una definizione più corretta da un punto di vista sistematico e costituzionalmente orientata, posto che la sentenza della Corte Costituzionale n. 179/88, nel legittimare anche la tutela delle patologie non tabellate, faceva riferimento proprio alle malattie causate da agente patogeno, come nel caso del virus Covid-19.

Inoltre, detto inquadramento consentirebbe anche di bilanciare il diritto alla piena tutela del lavoratore con effetti indiretti sulla responsabilità dei datori di lavoro che osservino le prescrizioni su prevenzione e sicurezza, riequilibrando il quadro normativo controverso che oggi porta le imprese a chiedere di intervenire normativamente a distanza di poco più di un mese dalla qualificazione dell'infezione da Covid come infortunio sul lavoro di cui all'art. 42 del c.d. Cura Italia.

Difatti, per un verso, l'inquadramento di questi casi tra lavorazioni e malattie "professionali", di natura "tabellata" per tutte quelle attività lavorativa per le quali vige il principio della presunzione della correlazione tra mansioni lavorative e insorgenza della patologia (peraltro, come già individuate operatori sanitari, operatori di supermercati, operatori di *front office*), garantisce al lavoratore l'immediata prestazione nel periodo di temporanea astensione dal lavoro e la piena tutela nell'ipotesi dell'insorgenza

a distanza di tempo dall'azione infettiva dell'agente patogeno, di una o più patologie ad esso correlate (patologie croniche a carico dei reni, polmoni, cuore e fegato).

Per altro verso, sul fronte delle temute responsabilità di imprese e datori di lavoro, il riconoscimento di malattia professionale, possibile sulla base di un nesso anche soltanto verosimile tra rischio lavorativo e patologia, è maggiormente aderente ad un'infezione ancora dagli incerti confini ed effetti sanitari e scientifici ad oggi ignoti e le cui conseguenze, in termini di lesioni permanenti ad organi e distretti anatomici, sono oggi del tutto sconosciute.

Del resto, l'inquadramento come malattia professionale non collide con il vigente sistema tabellare, che già prevede nell'elenco delle malattie ad elevata probabilità di eziologia professionale di cui all'art. 139 DPR n. 1124/65 quelle correlate ad agenti patogeni virali.

Alla luce di quanto sinora esposto, si propone la seguente norma da introdurre

**Art. ....**

**1.** Si modifica l'**art. 42 D.L. 17 marzo 2020 n. 18**, convertito con legge di conversione 24 aprile 2020, n. 27, come segue:

- dopo il **comma 1** si aggiunge il **comma 1 bis** con la seguente dicitura:  
*“Con decorrenza dal 1° gennaio 2020 l’infezione da COVID-19 è considerata quale malattia professionale indennizzabile dall’Inail **come malattia tabellata o non tabellata, sulla base delle indicazioni delle presenti disposizioni e ai sensi del DPR. 1124/65.** Per i casi già indennizzati, da riqualificare come malattie **professionali** tabellate o non tabellate sulla base di quanto previsto dalla presente disposizione, rimangono **comunque** valide le prestazioni già riconosciute in via definitiva dall’Istituto.  
La, tabella INAIL delle malattie professionali nell’Industria è così modificata: Malattie: N. 86 malattie causate da infezione da SARS cov-2; Lavorazioni: lavorazioni che espongono al rischio di contagio da SARS cov-2 ed in particolare:  
1. Operatori sanitari;  
2. Operatori socio assistenziali;  
3. Personale che svolge attività non occasionale a contatto con il pubblico;  
Tempo di indennizzabilità un anno”;*  
*La, tabella INAIL delle malattie professionali nell’Agricoltura è così modificata: Malattie: N. 25 malattie causate da infezione da SARS cov-2; Lavorazioni: lavorazioni che espongono al rischio di contagio da SARS cov-2 ed in particolare:  
Personale che svolge attività non occasionale a contatto con il pubblico;*
- al **comma 2**, primo periodo, dopo le parole “*Nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2)*” sostituire le parole “*in occasione di lavoro*” con le parole “*nell’esercizio e a causa di lavorazioni rischiose*”; dopo le parole “*redige il consueto certificato*” si sostituisce la parola “*infortunio*” con le parole “*malattia professionale*”; dopo le parole “*la relativa tutela*” si aggiungono le parole “*dell’assicurato*”; al secondo periodo le parole “*in occasione di lavoro*” sono sostituite da “*contratte nell’esercizio e a causa di lavorazioni rischiose*”; al terzo periodo sostituire la frase “*i predetti eventi infortunistici*” con “*le predette patologie da agente patogeno SARS Covid 19*”.

**2.** Data la situazione eccezionale creatasi per diffusione del Virus e la sua elevata contagiosità, per i soggetti assicurati INAIL che non rientrano nelle categorie sopra elencate nelle relative tabelle; l'infezione si riconosce contratta per causa di lavoro in tutti i casi in cui risulti, nel periodo di possibile incubazione, un effettivo rischio di contagio nell'ambiente di lavoro o a causa degli spostamenti necessari per recarsi dal lavoro al domicilio, e non sia accertato che il contagio sia riconducibile a situazioni estranee all'attività lavorativa. In tutti i casi in cui il lavoratore riconosciuto affetto da Covid-19 abbia prestato attività lavorativa fuori dal proprio domicilio durante il possibile periodo di incubazione il certificato medico dovrà essere trasmesso all'Inail che erogherà le prestazioni in via provvisoria sino alla definizione del caso, secondo le convenzioni già in atto con l'INPS.

Roma, 28 maggio 2020

Tiziana Cignarelli  
SEGRETARIO GENERALE

