



Videosorveglianza negli asili nido

A.C. 1037, A.C. 2705

Dossier n° 438 - Schede di lettura
4 maggio 2016

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1037	2705
Titolo:	Norme in materia di videosorveglianza negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia nonché presso le strutture socio-assistenziali per anziani, disabili e minori in situazione di disagio	Disposizioni in materia di videosorveglianza negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia nonché presso le strutture socio-assistenziali per anziani, disabili e minori in situazione di disagio
Iniziativa:	Parlamentare	Parlamentare
Primo firmatario:	on. Giammanco	on. Vezzali
Numero di articoli:	2	5
Date:		
presentazione:	22 maggio 2013	5 novembre 2014
assegnazione:	5 agosto 2013	14 settembre 2015
Commissioni competenti:	I Affari costituzionali	I Affari costituzionali
Sede:	referente	referente
Pareri previsti:	II (Giustizia), V (Bilancio), VII (Cultura), VIII (Ambiente), XI (Lavoro), XII (Aff. sociali), Questioni regionali	II (Giustizia), V (Bilancio), VII (Cultura), VIII (Ambiente), XI (Lavoro), XII (Aff. sociali), Questioni regionali

Contenuto

Le **proposte di legge C. 1037** e **C. 2705**, entrambe di iniziativa parlamentare, prevedono l'introduzione di un sistema di **videosorveglianza** con telecamere a circuito interno per garantire la sicurezza in alcune strutture pubbliche e private, quali gli asili nido, le scuole dell'infanzia o le strutture socio-assistenziali, che ospitano categorie di soggetti particolarmente vulnerabili.

La necessità di una regolamentazione della materia nasce, ad avviso dei proponenti, dall'aumento dei casi di maltrattamenti perpetrati a danno di bambini, anziani e disabili all'interno delle strutture che li ospitano.

La proposta di legge C. 2705 detta altresì disposizioni relative all'installazione di sistemi di videosorveglianza negli istituti scolastici.

In via preliminare, si ricorda che in primo luogo che il **trattamento dei dati personali** effettuato **mediante l'uso di sistemi di videosorveglianza** non trova nel codice della *privacy* una regolamentazione specifica: l'[art. 134 del d.lgs. n. 196 del 2003](#) si limita, infatti, a chiedere al Garante per la protezione dei dati personali di farsi promotore di codici di deontologia e di buona condotta.

In **assenza di previsioni legislative**, il **Garante** ha dunque emanato una serie di **provvedimenti generali**, l'ultimo dei quali in data [8 aprile 2010](#), per delineare presupposti e modalità del trattamento di dati personali acquisiti tramite strumenti elettronici di rilevamento di immagini. In primo luogo, il Garante ha riconosciuto la liceità della videosorveglianza, purché ciò non determini un'**ingerenza ingiustificata nei diritti e nelle libertà fondamentali degli interessati** e purché:

a) il trattamento dei dati sia fondato su uno dei presupposti di liceità che il Codice prevede espressamente (per i soggetti pubblici, lo svolgimento di funzioni istituzionali; per i soggetti privati e gli enti pubblici economici ad esempio l'adempimento ad un obbligo di legge);

b) ciascun sistema informativo ed il relativo programma informatico vengano conformati già in origine in modo da non utilizzare dati relativi a persone identificabili quando le finalità del trattamento possono essere realizzate impiegando solo dati anonimi;

c) l'attività di videosorveglianza venga effettuata nel rispetto del c.d. **principio di proporzionalità** nella scelta delle modalità di ripresa e dislocazione, nonché nelle varie fasi del trattamento che deve comportare, comunque, un trattamento di dati pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite.

Il Garante detta quindi prescrizioni per quanto riguarda l'informativa (gli interessati devono essere sempre informati che stanno per accedere in una zona videosorvegliata), la verifica preliminare del Garante, la designazione degli incaricati del trattamento e la durata dell'eventuale conservazione delle immagini.

Principi specifici sono stati elaborati dal **Garante** in relazione agli istituti scolastici, gli asili nido e gli

istituti di cura (v. *infra*).

Per quanto concerne i profili relativi alla **tutela della riservatezza dei lavoratori**, occorre tuttavia tenere conto di quanto previsto dall'[articolo 4 della legge n.300/1970](#) (Statuto dei lavoratori). Tale disposizione prevede che gli impianti audiovisivi e gli altri strumenti dai quali derivi anche la **possibilità di controllo a distanza dell'attività dei lavoratori** possono essere impiegati esclusivamente per esigenze organizzative e produttive, per la sicurezza del lavoro e per la tutela del patrimonio aziendale e possono essere installati **previo accordo collettivo** stipulato dalla rappresentanza sindacale unitaria o dalle rappresentanze sindacali aziendali. In alternativa, nel caso di imprese con unità produttive ubicate in diverse province della stessa regione ovvero in più regioni, tale accordo può essere stipulato dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. In mancanza di accordo gli impianti e gli strumenti di cui al periodo precedente possono essere installati previa autorizzazione della Direzione territoriale del lavoro o, in alternativa, nel caso di imprese con unità produttive dislocate negli ambiti di competenza di più Direzioni territoriali del lavoro, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'accordo collettivo e l'autorizzazione non sono invece richiesti in relazione agli strumenti di registrazione degli accessi e delle presenze. Le informazioni raccolte attraverso il controllo a distanza dei lavoratori sono utilizzabili a tutti i fini connessi al rapporto di lavoro a condizione che sia data al lavoratore adeguata informazione delle modalità d'uso degli strumenti e di effettuazione dei controlli, nonchè nel rispetto della normativa vigente sulla tutela della privacy (di cui al [decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196](#)).

Le proposte di legge in esame devono dunque essere inquadrare nell'ambito della disciplina vigente dello Statuto dei lavoratori sulla tutela della riservatezza dei lavoratori e dei principi enucleati dal Garante per la protezione dei dati personali, con particolare riferimento all'introduzione di un sistema di videosorveglianza negli asili nido, nelle scuole dell'infanzia, nelle scuole e nelle strutture socio-assistenziali (v. relativi paragrafi).

Vigilanza negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia

Entrambe le proposte di legge prevedono **l'obbligo di installazione di un sistema di videosorveglianza a circuito chiuso** all'interno degli asili nido e delle scuole dell'infanzia, **sia pubblici che privati (art. 1 A.C. 1037 e art. 1 A.C. 2705)**. La pdl C. 1037 fa riferimento anche ad un controllo a distanza effettuato dai comuni nell'ambito dei propri poteri di vigilanza.

A tale fine è stabilito un termine di sei mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore delle legge per consentire alle strutture di adeguarsi.

In relazione all'**ambito di applicazione** di tale disposizione, si ricorda che **la scuola dell'infanzia** è il primo segmento del percorso di istruzione, ma non è obbligatoria. In base all'art. 2 del DPR 89/2009, ha durata triennale ed è rivolta ai bambini di età compresa fra i 3 e i 5 anni compiuti entro il 31 dicembre dell'anno scolastico di riferimento. Su richiesta delle famiglie – e purché vi sia disponibilità di posti e di locali e dotazioni idonee per l'età - sono iscritti anche i bambini che compiono 3 anni entro il successivo 30 aprile (c.d. anticipi) Agli anticipi si aggiungono, per i bambini dai 2 ai 3 anni, gli interventi delle sezioni primavera, previo [accordo](#) in sede di Conferenza unificata.

In base all'art. 1 della L. 62/2000, il sistema nazionale di istruzione è costituito, a partire dalle scuole dell'infanzia, da scuole statali e scuole paritarie private e degli enti locali.

La [legge 1044/1971](#) ha riconosciuto come "servizio sociale di interesse pubblico" l'assistenza prestata negli asili nido ai bambini fino ai tre anni di età. Dopo la legge del 1971, il legislatore nazionale è intervenuto sulla materia con la [legge 285/1997 Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza](#), nella quale, tra gli interventi finanziabili, era compresa "l'innovazione e la sperimentazione di servizi socio educativi per la prima infanzia", non sostitutivi degli asili nido, ovvero servizi che presuppongono la presenza continua di genitori, servizi privi di servizi mensa e di riposo pomeridiano, servizi autorganizzati dalle famiglie, dalle associazioni e dai gruppi.

Attualmente, i servizi per la prima infanzia sono declinati diversamente a seconda delle regione di riferimento.

Per ogni tipologia di servizio socio educativo, le leggi regionali fissano innanzi tutto gli standard di qualità dei servizi: numero massimo di bambini per educatore, età minima e massima dei bambini cui viene erogato il servizio; la ricettività minima e massima delle strutture; l'orario di servizio; il coordinamento delle attività (esistenza di un coordinatore) ed il collegamento con altre strutture e servizi operanti nel territorio; i requisiti professionali del personale addetto (tipologia, titoli di studio, esperienza, ecc.); le caratteristiche edilizie ed urbanistiche delle strutture dove viene svolto il servizio (metri quadrati per bambino, arredi, attrezzature, ecc.); le modalità di elaborazione delle tabelle alimentari (es. approvazione della Asl). Seppure omogenei nel genere, tali standard sono molto differenziati e variano in funzione del territorio, del tipo di servizio e dell'età dei bambini destinatari (l'età minima di accesso è fissata in più della metà delle regioni a tre mesi, ma essa può aumentare in relazione alla tipologia del servizio erogato). Un secondo aspetto disciplinato dalla normativa regionale riguarda una sorta di "obblighi di servizio" per l'infanzia. Si tratta di quegli elementi relativi alla vera e propria erogazione del servizio: definizione di un progetto pedagogico individualizzato; formazione permanente degli operatori; monitoraggio e valutazione delle attività; adozione di carte dei servizi. Il terzo aspetto riguarda i meccanismi di autorizzazione e di accreditamento, la cui assenza o carenza in alcune Regioni impedisce l'integrazione tra pubblico e privato, ovvero l'emersione di una offerta privata regolamentata e di qualità, all'interno di una *governance* pubblica.

La **pdl C. 2705** richiama la necessità di **conformità alle prescrizioni del Codice in materia di protezione dei dati personali** di cui al d.lgs. n. 196/2003.

Si ricorda che, come già rilevato, il Codice della Privacy non detta disposizioni specifiche sulla videosorveglianza se si esclude il rinvio ai codici deontologici previsto dall'art. 134. In assenza di una regolamentazione legislativa è però intervenuto il Garante che, con provvedimenti generali, ha indicato agli operatori pubblici e privati i presupposti per poter affermare la liceità di un trattamento dei dati effettuato con telecamere (v. *supra*, [provvedimento dell'8 aprile 2010](#)).

In particolare, sul tema della **videosorveglianza negli asili nido**, con il [provvedimento dell'8 maggio 2013](#) il Garante ha affermato l'**illiceità** di un sistema di videosorveglianza tramite *webcam* in grado di consentire ai genitori il controllo a distanza dei propri figli minori durante il periodo di permanenza in asilo. Il Garante ha affermato la **preminenza dell'interesse generale del minore** quale criterio informatore delle scelte che lo riguardano anche sotto il profilo della tutela dei dati personali ed ha **ammesso l'impiego di tali sistemi nei soli casi in cui l'installazione risulti effettivamente necessaria e proporzionata**. Il Garante ha richiamato il [parere espresso nel 2009 dal "Gruppo di lavoro art. 29"](#) (organo consultivo indipendente dell'UE per la tutela dei dati personali e della vita privata, istituito in virtù dell'art. 29 della direttiva 95/46/CE), che ha ammesso la videosorveglianza nei soli casi in cui l'installazione risulti effettivamente necessaria e proporzionata, e la posizione della Commissione europea, espressa in occasione di un'interrogazione parlamentare formulata proprio in relazione alla tematica dell'installazione di sistemi di videosorveglianza presso gli asili nido (P-6536/2009).

In tale occasione, la **Commissione europea** ha precisato che "l'installazione di sistemi di videosorveglianza per la protezione e la sicurezza di bambini e studenti nei centri per l'infanzia, negli asili nido e nelle scuole può essere un interesse legittimo, **purché siano rispettati i principi** della protezione dei dati, come i principi di necessità e proporzionalità stabiliti a livello nazionale ed europeo e fermo restando il monitoraggio delle competenti autorità di controllo nazionali della protezione dei dati".

Il Garante ha quindi affermato che, in assenza di previsioni espresse, occorre dunque operare un **bilanciamento tra valori fondamentali**, quali la tutela della personalità dei minori (notoriamente "*in fieri*"), la libertà di scelta dei metodi educativi e d'insegnamento e la tutela della riservatezza dei soggetti ripresi dai sistemi di controllo. Ne consegue che la possibilità di installare sistemi di videosorveglianza presso gli asili nido deve essere valutata con **estrema cautela**, tenendo presenti i principi generali posti dal Codice, segnatamente, di **necessità, proporzionalità, finalità e correttezza del trattamento** (artt. 3 e 11 del codice).

Sulla base di questi presupposti il Garante ha ritenuto illegittimo il trattamento dati tramite videosorveglianza nell'asilo nido in quanto motivato con la tutela della sicurezza delle persone e del patrimonio aziendale, senza che oggettivi pericoli per tale sicurezza fossero stati esposti, nonché con la necessità di soddisfare le "esigenze rappresentate dai genitori". Il Garante ha quindi concluso che nel caso di specie l'installazione della *webcam* all'interno dell'area didattica riservata ai minori non solo non poteva considerarsi necessaria, ma neanche proporzionata.

In ogni caso, anche qualora l'installazione della *webcam* interna si fosse potuta ritenere effettivamente giustificata e proporzionata, il Garante ha escluso le forme di collegamento via web con il sistema, in quanto sprovviste di garanzie sufficienti per la tutela degli interessati.

In relazione alla **gestione del sistema** di videosorveglianza, la **pdl C. 1037** stabilisce che sia affidata esclusivamente a personale dell'amministrazione comunale (**art. 1, co. 2**); la **pdl C. 2705** prevede tale modalità solo per le strutture pubbliche, stabilendo che in caso di strutture private la gestione del sistema è affidata a personale appartenente alla medesima struttura.

Per quanto concerne la **scuole dell'infanzia statali**, si ricorda che l'[art. 139 del d.lgs. 112/1998](#) ha inserito il piano di utilizzazione degli edifici e di uso delle attrezzature, d'intesa con le scuole. Successivamente, l'art. 3 della L. 23/1996 ha disposto che i comuni, oltre a provvedere alla realizzazione, alla fornitura e alla manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici destinati a scuole dell'infanzia, provvedono anche alle spese varie di ufficio e per l'arredamento e a quelle per le utenze elettriche e telefoniche, per la provvista dell'acqua e del gas, per il riscaldamento ed ai relativi impianti.

Vigilanza nelle strutture socio-assistenziali

Al fine di garantire la maggiore sicurezza degli utenti attraverso un controllo più diretto ed efficace da parte dei comuni e delle Aziende sanitarie locali, l'**articolo 2** di entrambe le proposte di legge obbliga le **strutture socio-assistenziali per anziani, disabili e minori**, convenzionate o non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, nonché quelle gestite direttamente dalle aziende sanitarie locali a carattere residenziale e semiresidenziale, a dotarsi di un sistema di telecamere a circuito chiuso. L'installazione delle telecamere deve avvenire entro sei mesi dall'entrata in vigore del provvedimento in esame (comma 1 e 2 dell'A.C. 2705 che sottolinea che le misure proposte devono essere conformi a quanto stabilito dal Codice in materia di protezione dei dati personali – comma 1 dell'A.C. 1037).

Peraltro, ove si intendesse ricomprendere le strutture dedicate a tutte le aree della non autosufficienza e del disagio (fra le quali rientrano i malati psichiatrici e le dipendenze), le strutture elencate potrebbero essere identificate quali "presidi socio-sanitari e socio-assistenziali pubblici e privati accreditati, che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali".

Il **comma 2 dell'articolo 2 dell'A.C. 1037** stabilisce inoltre che a tal fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano che le strutture di cui al comma 1, oltre a possedere i requisiti urbanistici, edilizi, di prevenzione antincendio, di igiene e di sicurezza previsti dalla normativa vigente e ad avere caratteristiche dal punto di vista architettonico, organizzativo-funzionale e della gestione del personale adeguate alla particolare tipologia di utenza, provvedono all'installazione di telecamere a circuito chiuso nei propri locali.

Il **comma 3 dell'articolo 2 dell'A.C. 1037** demanda alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano il compito di definire i criteri tecnico-organizzativi necessari per l'installazione di telecamere a circuito chiuso nei locali delle strutture socio-assistenziali di cui al comma 1, assicurando, in particolare, che la visione, la gestione e la custodia delle registrazioni realizzate nelle strutture, siano affidate in via esclusiva al personale dei comuni e delle Aziende sanitarie competenti per la vigilanza e per il controllo sulle medesime strutture.

Si ricorda che il **provvedimento generale sulla videosorveglianza**, emanato dal Garante della privacy l'[8 aprile 2010](#), dedica agli ospedali e ai luoghi di cura uno specifico paragrafo. Il Garante afferma che l'eventuale controllo di ambienti sanitari e il monitoraggio di pazienti ricoverati in particolari reparti o ambienti (ad es. unità di rianimazione, reparti di isolamento), stante la natura sensibile di molti dati che possono essere in tal modo raccolti, devono essere **limitati ai casi di comprovata indispensabilità, derivante da specifiche esigenze di cura e tutela della salute degli interessati**. Inoltre, il titolare del trattamento deve garantire che possano accedere alle immagini rilevate per le predette finalità solo i **soggetti specificamente autorizzati** (es. personale medico ed infermieristico); particolare attenzione deve essere riservata alle modalità di accesso alle riprese video da parte di terzi legittimati (familiari, parenti, conoscenti) di ricoverati in reparti dove non sia consentito agli stessi di recarsi personalmente (es. rianimazione), ai quali può essere consentita, con gli adeguati accorgimenti tecnici, la visione dell'immagine solo del proprio congiunto o conoscente.

Il Garante ribadisce che le immagini idonee a rivelare lo stato di salute non devono essere comunque diffuse ([art. 22, comma 8, del d.lgs. n. 196 del 2003](#)) e che va assolutamente evitato il rischio di diffusione delle immagini di persone malate su *monitor* collocati in locali liberamente accessibili al pubblico.

Riguardo al **contesto normativo** in cui si inquadrano le disposizioni in esame, si ricorda che il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, può essere reso all'interno di strutture pubbliche o private accreditate a carattere residenziale o semiresidenziale. Tali prestazioni non si configurano come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore. In rapporto agli obiettivi sono state individuate cinque principali tipologie di utenti non autosufficienti, che qualificano diverse tipologie prestazionali: Anziani non autosufficienti; Persone disabili giovani e adulte; Persone con dipendenze patologiche; Persone con patologie psichiatriche; Persone con patologie terminali.

Più in particolare, le prestazioni socio-sanitarie si distinguono, come indicato dal [D.P.C.M. 14 febbraio 2001](#), in:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, erogate contestualmente ad interventi sociali, finalizzate al contenimento di esiti degenerativi, a carico dell'Azienda sanitaria locale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, finalizzate a sostenere la persona disabile o emarginata la cui condizione potrebbe avere esiti negativi sulla salute, a carico del Comune o del cittadino;
- prestazioni socio-sanitarie integrate per le aree materno infantile, disabili, anziani e non autosufficienti, dipendenze, patologie psichiatriche e da HIV, pazienti terminali, a carico delle ASL, garantite nell'allegato 1 C del [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

A partire dal 2010, l'Istat cura l'indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. La rilevazione censisce esclusivamente le strutture residenziali pubbliche o private che forniscono ospitalità assistita con pernottamento ed erogano servizi di tipo socioassistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. I dati rilevano che la gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (64% dei casi), soprattutto di tipo non profit (42%); il 14% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa; al settore pubblico spetta la gestione di circa il 18% dei presidi.

Le strutture che offrono prestazioni semiresidenziali si differenziano anch'esse per le modalità funzionali ed organizzative prescelte dalle regioni, tuttavia possono essere ricondotte alle seguenti tipologie: Servizi semiresidenziali per terapia riabilitativa delle dipendenze; Centri diurni per anziani non autosufficienti; Centri diurni per persone con disabilità; Centri diurni per malati psichiatrici. Le singole Regioni, responsabili dell'organizzazione socio-sanitaria, hanno adottato diverse modalità di classificazione di queste strutture. La denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole regioni significati diversi, ma nella pluralità dei casi indica strutture di ricovero temporaneo in regime di lungodegenza rivolte a persone non autosufficienti, affette da patologie cronico-degenerative o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e bisognose di una riabilitazione di tipo globale. Le RSA forniscono ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale. In ragione della duplice rilevanza, sanitaria prima che sociale, il legislatore ha previsto che il

pagamento delle rette di permanenza nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) sia ripartito fra diverse istituzioni. Ai sensi del [D.P.C.M. 14 febbraio 2001](#), richiamato dall'[art. 54 della legge 289/2002](#), il 50% è posto a carico del S.S.N. e il restante 50% a carico dei Comuni, con l'eventuale compartecipazione dell'utente secondo i regolamenti regionali o comunali (quota sociale di compartecipazione a carico dell'assistito).

Il SSN garantisce la qualità delle residenze sanitarie, vincolandole alla concessione dell'autorizzazione all'esercizio ([art. 8-ter D.Lgs 502/1992](#)) e in seguito, all'accREDITAMENTO ([art. 8-quater D.Lgs 502/1992](#)). Infatti, le strutture sanitarie e private, per poter esercitare la propria attività, devono, in prima istanza, ottenere la **concessione dell'autorizzazione** alla realizzazione e all'esercizio, atto con cui il Comune e la Regione verificano che la struttura abbia i requisiti strutturali (metri quadrati, sale e spazi, assenza di barriere architettoniche depositi, magazzini e spogliatoi ecc) e organizzativi (figure professionali abilitate ed in numero idoneo all'attività sanitaria da svolgere in piena sicurezza per i pazienti). Successivamente, possono chiedere l'**accREDITAMENTO istituzionale**, atto con cui si verifica che la struttura privata possiede gli stessi standard qualitativi delle strutture pubbliche e, pertanto, viene a queste ultime equiparata.

L'Intesa del 20 dicembre 2012 "[Disciplina per la revisione della normativa per l'accREDITAMENTO](#)" (il cosiddetto Disciplinare tecnico per l'accREDITAMENTO), realizzato dal Tavolo di lavoro per la revisione della normativa per l'accREDITAMENTO (TRAC), costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni e Province Autonome, ha individuato 8 Criteri, 28 Requisiti essenziali e 123 evidenze comuni a tutti i sistemi regionali per l'accREDITAMENTO istituzionale. Il 19 febbraio 2015 è stata approvata, in Conferenza Stato-Regioni, l'[Intesa in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie](#), che definisce le modalità e i tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico" sancito con l'Intesa del 20 dicembre 2012. Il Cronoprogramma allegato all'Intesa del febbraio 2015 (Allegato A) distingue per ciascuna evidenza i tempi di adeguamento, prevedendo due scadenze a 12 e 24 mesi. A titolo esemplificativo: nel primo Requisito ("Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto") del primo Criterio più generale ("Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie") si prevede che entro 12 mesi Regioni/PA e Aziende debbano adeguarsi all'Evidenza "presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie". L'Intesa, sancita il 19 febbraio, definisce, inoltre, le modalità di funzionamento degli "Organismi tecnicamente accREDITANTI" (Allegato B), al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accREDITAMENTO delle strutture sanitarie a livello nazionale, e ne prevede l'istituzione presso le Regioni e le PA che ne siano prive entro il 31 ottobre 2015.

Modalità tecniche per l'attuazione delle misure

L'**articolo 3** della pdl C. 2705 individua le modalità per la realizzazione del sistema di videosorveglianza, distribuendo le competenze in relazione al carattere pubblico o privato delle strutture (commi 1 e 2).

Per quanto concerne le **strutture pubbliche**, spetta alle **amministrazioni comunali** (per gli asili nido e le scuole dell'infanzia) e alle **ASL** (per le strutture socio-assistenziali) devono:

- **garantire che le strutture possiedano i requisiti** urbanistici, edilizi, di prevenzione antincendio, di igiene e di sicurezza organizzativo-funzionali e di gestione del personale previsti dalla normativa vigente;
- **provvedere all'installazione di telecamere** a circuito chiuso nelle strutture di loro competenza.

Non vengono peraltro previste disposizioni volte alla quantificazione dei relativi oneri ed alla relativa copertura finanziaria.

Per quanto riguarda le **strutture private**, invece, la proposta prevede che **provvedano all'installazione in via autonoma**, dandone comunicazione alle amministrazioni comunali (in caso di asili nido e scuole dell'infanzia) e alle ASL (in caso di strutture socio-assistenziali).

Ai sensi del comma 3, i **criteri tecnico-organizzativi** per l'attuazione del sistema di videosorveglianza sono definiti dai comuni e dalle ASL in modo tale da assicurare che la visione, la gestione e la custodia delle registrazioni realizzate nelle strutture siano affidate in via esclusiva al personale dei comuni (in caso di asili nido e scuole dell'infanzia) e delle ASL (in caso di strutture socio-assistenziali).

Disposizioni sulle scuole

L'**art. 3, co. 4**, della pdl C. 2705 prevede che l'installazione di sistemi di videosorveglianza con telecamere a circuito chiuso presso le scuole deve garantire il **diritto dello studente alla riservatezza** e tener conto della delicatezza del trattamento di dati relativi a minori.

La garanzia del diritto degli studenti alla riservatezza è esplicitamente prevista per gli studenti della **scuola secondaria** dall'[art. 2, co. 2, del D.P.R. 249/1998](#), cui il testo fa riferimento.

Alla **videosorveglianza all'interno degli istituti scolastici** il **Garante** per la protezione dai dati personali dedica un capitolo del [provvedimento generale](#) sulla videosorveglianza del 2010.

In particolare, dopo aver affermato come ogni trattamento dei dati personali debba avvenire nel rispetto dei principi di **necessità, proporzionalità, finalità e correttezza**, il Garante fa presente che l'eventuale installazione di sistemi di videosorveglianza presso istituti scolastici deve garantire il **diritto dello studente alla riservatezza**, prevedendo opportune cautele al fine di assicurare l'armonico sviluppo della personalità dei minori.

In tale quadro, ha ritenuto ammissibile l'utilizzo di tali sistemi in casi di **stretta indispensabilità, al fine di tutelare l'edificio ed i beni scolastici da atti vandalici, circoscrivendo le riprese alle sole aree interessate ed**

attivando gli impianti negli orari di chiusura degli istituti. Conseguentemente, ha **vietato** l'attivazione delle telecamere **in coincidenza con lo svolgimento di eventuali attività extrascolastiche all'interno della scuola.**

Tale orientamento è stato ribadito nel Vademecum [La privacy fra i banchi di scuola](#) del 2013 nel quale, in particolare, il Garante ha evidenziato che "In caso di stretta necessità le telecamere sono ammesse, ma **devono funzionare solo negli orari di chiusura degli istituti.** Se le riprese riguardano l'esterno della scuola, l'angolo visuale delle telecamere deve essere opportunamente delimitato. Le immagini registrate possono essere conservate per brevi periodi. Infine, i cartelli che segnalano il sistema di videosorveglianza devono essere visibili anche di notte".

L'**art. 4** della pdl 2705 dispone infine che l'amministrazione comunale adotta specifici accorgimenti e, in particolare, definisce, in accordo con il dirigente scolastico, gli **orari di funzionamento** delle telecamere a circuito chiuso **nel caso di attività svolte all'interno dell'istituto da personale esterno.**

Dispone, altresì, che l'angolo di ripresa delle stesse telecamere deve essere limitato ai muri perimetrali dell'edificio, ai punti di accesso e al cortile interno, escludendo le aree esterne circostanti l'edificio.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

In generale l'installazione di impianti di videosorveglianza per finalità di sicurezza appare riconducibile alla materia «**ordine pubblico e sicurezza**», rimessa alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, anche con riguardo alle possibili forme di coordinamento con le Regioni (artt. 117, secondo comma, lettera h), e 118, terzo comma, Cost.); si veda, in questo senso, la [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 63 del 2016. Viene altresì in rilievo la materia «**ordinamento civile**», attribuita alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (artt. 117, secondo comma, lettera l).

Le proposte di legge incidono altresì su profili attinenti alle materie «**istruzione**» e «**tutela della salute**», di competenza concorrente tra lo Stato e le regioni e «**politiche sociali**», ascrivita alla competenza residuale regionale.