

Guida alla sicurezza sul lavoro

---

Di G. Frigeri e A. Guardavilla

# Professione medico competente

I fondamenti del mestiere, la corretta gestione del ruolo,  
la consulenza globale



# SOMMARIO

PREFAZIONE .....	11
------------------	----

## capitolo 1.

L'INIZIO DEL PERCORSO .....	15
1.1. Un po' di storia .....	15
1.1.1 <i>Il medico di fabbrica</i> .....	16
1.1.2 <i>Il medico del lavoro</i> .....	19
1.1.3 <i>Il Medico Competente</i> .....	26
1.2. Fare il Medico Competente oggi .....	29
1.2.1 <i>Principi professionali ed etici:         codice deontologico e codice ICOH</i> .....	30
1.2.1.1 <i>Il Codice di Deontologia Medica</i> .....	30
1.2.1.2 <i>Il Codice ICOH</i> .....	38
1.3. La nomina .....	42
1.3.1 <i>La nomina da parte del datore di lavoro o del dirigente</i> .....	42
1.3.2 <i>La nomina da parte di altro soggetto</i> .....	51
1.3.3 <i>Prima, durante e dopo la nomina</i> .....	55
1.3.3.1 <i>Le valutazioni da fare prima di accettare una nomina</i> ..	55
1.3.3.2 <i>La nomina e le implicazioni contrattuali:                 la lettera di incarico</i> .....	57
1.3.3.3 <i>Conseguenze giuridiche della nomina</i> .....	63
1.3.4 <i>La nomina di più medici competenti e l'obbligo del medico         coordinatore</i> .....	67

1.3.4.1	<i>Il ruolo del medico competente coordinatore</i> .....	75
1.3.4.2	<i>Il rapporto tra medico coordinatore e medico competente</i> .....	79
1.4.	Il rapporto contrattuale del medico competente .....	79
GIURISPRUDENZA	.....	84
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 9 maggio 2013 n. 20128</b>	.....	84
<b>T.A.R. Abruzzo, Pescara Sez. I, 21 giugno 2010 n. 705</b>	.....	89

## capitolo 2.

### MEDICO COMPETENTE:

#### SOLO OBBLIGATORIO O (ANCHE) INDISPENSABILE? .....

2.1.	Le modalità di svolgimento del ruolo .....	95
2.1.1	<i>I requisiti professionali del medico competente</i> .....	95
2.1.2	<i>La garanzia delle condizioni necessarie per lo svolgimento dei compiti</i> .....	100
2.1.3	<i>La garanzia dell'autonomia nel rapporto con il datore di lavoro</i> .....	105
2.1.4	<i>Perché il medico competente è indispensabile per un'azienda</i> .....	112
2.2.	L'entrata in azione .....	118
2.2.1	<i>Il primo incontro con il datore di lavoro, i dirigenti, il RSPP e l'RLS</i> .....	118
2.2.2	<i>La visita ai luoghi di lavoro</i> .....	119
2.2.3	<i>Cosa fare in caso di azienda di nuova costituzione</i> .....	121
2.2.4	<i>Cosa fare in caso di azienda già esistente</i> .....	127
2.2.4.1	<i>L'avvicendamento ad altro medico competente già incaricato</i> .....	127
2.2.4.2	<i>Il primo incarico in azienda esistente</i> .....	133
2.2.4.3	<i>L'esame dell'eventuale DVR già redatto</i> .....	134

GIURISPRUDENZA .....	136
<b>Cassazione Penale, Sez. III, 2 luglio 2008 n. 26539</b> .....	136
<b>Cassazione Penale, Sez. III, 13 giugno 2006 n. 20220</b> .....	139

### capitolo 3.

<b>LA VALUTAZIONE DEI RISCHI</b> .....	143
3.1. La collaborazione alla valutazione dei rischi .....	143
3.1.1 <i>La collaborazione alla VDR come parte essenziale della professionalità del medico competente</i> .....	143
3.1.2 <i>Cosa significa "collaborare"</i> .....	146
3.1.3 <i>L'obbligo del medico competente di collaborare alla valutazione dei rischi nella normativa</i> .....	152
3.1.4 <i>L'obbligo del medico competente di collaborare alla valutazione dei rischi nella giurisprudenza</i> .....	157
3.1.4.1 <i>Le prime due sentenze di merito del Tribunale di Pisa</i> .....	157
3.1.4.2 <i>La prima sentenza di Cassazione Penale</i> .....	164
3.1.5 <i>La distinzione tra valutazione dei rischi e DVR</i> .....	168
3.1.5.1 <i>La collaborazione alla valutazione dei rischi quale "attività" a prescindere dal "documento"</i> .....	170
3.1.5.2 <i>L'"effettività" dei rischi da valutare</i> .....	172
3.1.6 <i>Il coinvolgimento nella VR in relazione alla competenza sanitaria</i> .....	176
3.1.7 <i>Il rapporto "a spirale" tra la valutazione dei rischi e la sorveglianza sanitaria</i> .....	178
 GIURISPRUDENZA .....	 183
<b>Cassazione Penale, Sez. III, 15 gennaio 2013 n. 1856</b> .....	183
<b>Tribunale di Pisa, Sez. Pen, 7 dicembre 2011 n. 1756</b> .....	189

## capitolo 4.

<b>LA SORVEGLIANZA SANITARIA</b> .....	195
4.1. La pianificazione e l'esecuzione della sorveglianza sanitaria .....	195
4.1.1 <i>La predisposizione del protocollo sanitario</i> .....	196
4.1.2 <i>Gli aspetti normativi, etici e metodologici che regolano la sorveglianza sanitaria</i> .....	199
4.1.2.1 <i>La sorveglianza sanitaria a richiesta del lavoratore</i> ...	200
4.1.2.2 <i>Visita preventiva e visita periodica</i> .....	205
4.1.2.3 <i>La periodicità degli accertamenti</i> .....	208
4.1.2.4 <i>Visita medica al cambio di mansione</i> .....	211
4.1.2.5 <i>La visita alla ripresa del lavoro dopo assenza per motivi di salute</i> .....	212
4.1.2.6 <i>La prescrizione di accertamenti specialistici ed esami supplementari</i> .....	215
4.1.2.7 <i>La sorveglianza sanitaria per la verifica della condizione di alcoldipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope</i> .....	220
4.1.3 <i>Gli aspetti documentali: cartella sanitaria, cartella informatizzata, registri</i> .....	223
4.1.4 <i>Gli aspetti organizzativi, logistici e strumentali</i> .....	230
4.1.4.1 <i>Gli aspetti organizzativi</i> .....	230
4.1.4.2 <i>Gli aspetti logistici e strumentali</i> .....	232
4.1.5 <i>La formulazione del giudizio di idoneità e le "idoneità difficili"</i> .....	234
4.1.6 <i>La gestione assicurativa, medico-legale ed operativa delle malattie professionali</i> .....	241
4.1.6.1 <i>Sospetto o diagnosi di malattia professionale da parte del medico competente: certificazione e denuncia</i> .....	242
4.1.6.2 <i>L'obbligo di inoltrare il referto ai sensi dell'art. 365 del Codice Penale</i> .....	244

4.1.6.3	<i>Richiesta di certificazione di malattia professionale da parte del lavoratore</i> .....	248
4.1.6.4	<i>Malattia professionale certificata da altro medico</i> ....	249
4.1.6.5	<i>L'idoneità del lavoratore con malattia professionale</i> ....	251
4.1.7	<i>Cenni alla giurisprudenza sulle in/idoneità</i> .....	252
GIURISPRUDENZA .....		258
<b>Cassazione Civile, Sez. Lav., 10 ottobre 2013 n. 23068</b> .....		258
<b>Cassazione Penale, Sez. III, 22 febbraio 2012 n. 6998</b> .....		261

## capitolo 5.

### IL MEDICO COMPETENTE

E LA FORMAZIONE .....		265
5.1.	La collaborazione all'attività di formazione aziendale .....	265
5.2.	I possibili livelli di impegno diretto del medico competente .....	267
5.2.1	<i>La collaborazione all'attività di formazione</i> .....	267
5.2.2	<i>L'effettuazione diretta di iniziative di formazione</i> .....	268
5.2.3	<i>Il ruolo di "consulente" del medico competente rispetto alla formazione aziendale</i> .....	274
5.3.	La formazione e l'aggiornamento professionale del medico competente .....	275
GIURISPRUDENZA .....		277
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 1° ottobre 2013 n. 40605</b> .....		277
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 21 dicembre 2011 n. 47504</b> .....		280

## capitolo 6.

IL MEDICO COMPETENTE QUALE PARTE DI UN "SISTEMA" .....		283
6.1.	Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione .....	283

6.1.1	<i>I rapporti operativi con gli altri soggetti del sistema di prevenzione aziendale</i> .....	283
6.1.1.1	<i>Dove finiscono gli obblighi del datore di lavoro/dirigente e dove iniziano quelli del medico competente</i> .....	285
6.1.1.2	<i>I rapporti con il datore di lavoro ed i dirigenti</i> .....	292
6.1.1.3	<i>I rapporti con i preposti</i> .....	297
6.1.1.4	<i>I rapporti con il RSPP</i> .....	299
6.1.1.5	<i>I rapporti con il RLS</i> .....	303
6.1.1.6	<i>I rapporti con i lavoratori</i> .....	306
6.1.2	<i>Il medico competente nella riunione periodica</i> .....	307
6.1.3	<i>Il rapporti col sistema pubblico</i> .....	313
6.1.3.1	<i>I rapporti con l'Organo di Vigilanza</i> .....	313
6.1.3.2	<i>I Rapporti con l'INAIL</i> .....	316
6.1.3.3	<i>La comunicazione ex art. 40 e allegato 3b</i> .....	317
6.1.3.4	<i>I rapporti con i medici di base e gli specialisti</i> .....	318
6.1.4	<i>Le competenze relazionali e comunicative</i> .....	321
GIURISPRUDENZA	.....	323
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 20 settembre 2011 n. 34373</b>	.....	323
<b>Cassazione Penale, Sez. III, 7 maggio 2009 n. 19099</b>	.....	326

## capitolo 7.

<b>IL MEDICO COMPETENTE E IL D.LGS. 231/01: RUOLI POSSIBILI</b> .....	329
7.1. L'operatività nell'ambito di un "sistema 231" .....	329
7.1.1 <i>Come svolgere l'attività in un'azienda che ha implementato gli adempimenti previsti dal D.Lgs. 231/01: modalità di interrelazione con gli elementi del sistema</i> .....	333
7.1.2 <i>Il medico competente quale possibile consulente sull'implementazione del sistema 231</i> .....	340
7.1.3 <i>Il medico competente quale possibile membro dell'organismo di vigilanza 231</i> .....	346

---

GIURISPRUDENZA .....	352
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 16 ottobre 2013 n. 42503</b> .....	352
<b>Tribunale di Torino, Sez. I Pen., 10 gennaio 2013</b> .....	354

## capitolo 8.

<b>LA FINE DEL PERCORSO</b> .....	361
8.1. La cessazione dell'incarico .....	361
8.1.1 <i>Cessazione del rapporto di lavoro del lavoratore</i> .....	361
8.1.2 <i>Cessazione del rapporto del medico competente         con l'azienda</i> .....	364
8.1.3 <i>Cessazione dell'attività dell'azienda</i> .....	366
 GIURISPRUDENZA .....	368
<b>Cassazione Civile, Sez. Lav., 20 febbraio 2013 n. 4207</b> .....	368
<b>Cassazione Civile, Sez. Lav., 31 gennaio 2013 n. 2290</b> .....	372

## capitolo 9.

<b>IL "NUOVO" STATUTO PROFESSIONALE DEL MEDICO COMPETENTE</b> .....	377
9.1. Percorso di professionalizzazione e responsabilità .....	377
9.1.1 <i>Il percorso di professionalizzazione         del medico competente visto dall'ordinamento giuridico:         il medico competente oggi</i> .....	377
9.1.2 <i>Le responsabilità giuridiche</i> .....	381
9.1.3 <i>Il ruolo e il contributo del medico competente         rispetto ai rischi emergenti</i> .....	387
9.1.4 <i>I fattori di rischio psicosociali         (stress, mobbing, bullying, bossing, stalking, ecc.)</i> .....	388



9.1.4.1	<i>I rischi disergonomici (movimentazione dei carichi/ pazienti, posture, movimenti ripetitivi, ecc.)</i> .....	397
9.1.4.2	<i>Il medico competente e la promozione della salute</i> .....	400
9.1.5	<i>Il nuovo medico competente "consulente globale": dalla prevenzione alla previsione</i> .....	401
GIURISPRUDENZA	.....	403
<b>Cassazione Penale, Sez. IV, 8 marzo 2013 n. 11062</b>	.....	403
<b>Cassazione Civile, Sez. Lav., 11 settembre 2008 n. 22858</b>	.....	407
BIBLIOGRAFIA DEI TESTI CITATI	.....	413

# PREFAZIONE

Quando abbiamo deciso di intraprendere questa avventura, culturale prima ancora che editoriale, sapevamo che sarebbe stato un impegno arduo, ma che ritenevamo necessario ed utile.

L'attuale panorama editoriale in materia è infatti caratterizzato da ottimi trattati di medicina del lavoro (che tuttavia non possono tenere nella debita considerazione i bisogni "giuridici" e pratico-operativi connessi al ruolo e alla professione del medico del lavoro, ed in particolare del "medico competente" come definito dal D.Lgs. 81/08), da pregevoli testi ad opera di giuristi (per forza di cose talvolta distanti dall'esperienza sul campo, quantomeno per ciò che concerne la concreta operatività relativa agli aspetti legati alla pratica della medicina del lavoro), da saggi illustrativi ed esplicativi della normativa prevenzionale, che spesso riservano al medico competente non più di qualche paragrafo che si limita ad elencarne gli obblighi, da utili manuali operativi di base ricchi di moduli e modelli di cartelle, di certificati ecc.

Mancava, a giudizio nostro e dei tantissimi medici competenti incontrati nel corso della nostra attività professionale e formativa, un "Testo Unico" (*absit iniuria verbis*) che unificasse principi, metodologie e prassi a partire da punti di vista diversi ma che devono necessariamente convergere verso un percorso più che comune: "unico," appunto, inteso come unitario.

Non solo: abbiamo voluto accompagnare il medico competente "nuovo" lungo il percorso che concretamente affronta nella professio-

ne: quando dà inizio all'attività in sé ovvero all'attività presso una nuova azienda, nei passaggi caratterizzati dalle più significative implicazioni di carattere formale e giuridico, nella concreta gestione delle attività, ordinarie e straordinarie, connesse al proprio ruolo, nei rapporti con gli altri soggetti interni ed esterni all'azienda (datore di lavoro, RSPP, RLS, dirigenti, preposti, lavoratori; organi di vigilanza, INAIL, medici di base, Collegi universitari ed Ospedalieri, ecc.), nella sua operatività all'interno di "sistemi 231" e in generale lungo tutto il suo percorso professionale (e di professionalizzazione), fino al momento della cessazione dell'attività, anche in questo caso sia riferita ad una singola azienda che alla eventuale interruzione della attività professionale in questo campo.

Per chi non ha intenzione di interrompere la propria attività (prima che il tempo costringa al meritato riposo) e per i giovani medici che hanno da poco intrapreso o intendono intraprendere questa non facile ma appassionante professione, in tutto il testo ed in modo particolare nella parte conclusiva, abbiamo cercato di delineare l'orizzonte futuro cui a nostro parere dovremmo tutti guardare: il "Nuovo Medico Competente" o, per dirla con una definizione a nostro giudizio efficace, il "Consulente Globale".

Per arrivare al "Nuovo Medico Competente", tuttavia, sia il medico competente "nuovo" che quello operativo da tempo devono prima di tutto essere in grado di assumere ed esercitare pienamente il ruolo che già ora, "*hic et nunc*"; la legge ed il codice ICOH gli assegnano: questo, soprattutto nell'immediato, costituisce uno degli scopi principali che sottendono a questo nostro lavoro.

Un testo scritto insieme da un medico e da un giurista rappresenta un evento indubbiamente innovativo, il cui contenuto è il risultato "combinato" di oltre 35 anni di esperienza professionale di uno di noi quale medico del lavoro, consulente e formatore, e della ultradecennale (ancorché anagraficamente più breve, tuttavia altrettanto intensa) competenza ed esperienza giuridica, di consulenza e formazione dell'altra nel campo della salute e sicurezza del lavoro.

Abbiamo scelto di non suddividerci i capitoli e i temi, ma di scrivere il libro "a quattro mani": scelta faticosa, ma che riteniamo giusta e vincente in un terreno in cui gli aspetti tecnico-clinici sono sempre più

interconnessi con quelli normativo-giuridici, e viceversa. In alcuni punti del testo i lettori più attenti potranno percepire maggiormente il contributo del giurista, in altri quelli del medico del lavoro, ma abbiamo cercato di mantenere sempre un approccio unitario, ricorrendo ad un continuo confronto lungo il percorso, soprattutto sui temi apparentemente di più difficile integrazione, nell'ottica di indicare una impostazione che fosse sintesi coerente tra norme, etica e codice professionale, e con un occhio sempre rivolto ai problemi connessi con la compatibilità, in termini di concreta operatività quotidiana, con le necessità del medico competente.

La struttura del testo, pertanto, è unitaria: non esistono capitoli esclusivamente "clinici" o "giuridici": entrambi i punti di vista sono fusi insieme, presenti ed unificati. Unica eccezione, peraltro solo redazionale, è rappresentata dalla circostanza che al termine di ogni capitolo c'è una appendice intitolata "giurisprudenza" in cui sono richiamate, per ogni tema oggetto del capitolo, le due sentenze (integrali) secondo noi più significative su quel tema disponibili alla data di stesura del testo. Quando invece è parso opportuno inserire approfondimenti direttamente all'interno dei capitoli, lo abbiamo fatto mediante riquadri in carattere minore corsivo.

Questo testo è scritto in primo luogo per i medici competenti.

Confidiamo peraltro che le tematiche trattate possano riscuotere l'interesse di molti altri soggetti, da quelli più direttamente interessati in virtù del ruolo ricoperto nelle aziende (Datori di Lavoro, Dirigenti, RSPP, RLS-RLST) ai soggetti esterni coi quali il medico competente stesso si deve relazionare (Organi di Vigilanza, INAIL, Patronati, Sindacati, Medici di Base, Medici Specialisti, Medici Legali, Ospedali, Università ecc.) fino a giungere a tutti quei soggetti che, in veste di consulenti aziendali, con i medici competenti si relazionano in specifiche situazioni in quanto incaricati di ricoprire particolari ruoli o svolgere determinate attività per le aziende (Psicologi e Sociologi del Lavoro, Esperti di organizzazione aziendale, Consulenti tecnici, Componenti dell'Organismo di Vigilanza 231, Auditor di Sistemi di gestione ecc..).

Con un pizzico di presunzione pensiamo che questo testo possa essere utile anche a chi, nell'Università ed in particolare nelle Scuole

di Specializzazione, si dedica alla preparazione professionale dei medici competenti e vuole, oltre alla fondamentale ed indispensabile preparazione clinica, fornire anche gli elementi costitutivi di un background tecnico-giuridico-metodologico, che inevitabilmente sarà affinato con l'esperienza, i cui fondamenti teorici e pratici abbiamo cercato di condensare in questo lavoro.

Gli Autori

## IL MEDICO COMPETENTE QUALE PARTE DI UN “SISTEMA”

### **6.1. Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione**

#### ***6.1.1 I rapporti operativi con gli altri soggetti del sistema di prevenzione aziendale***

Il medico competente è chiamato a svolgere la propria delicata funzione in una dimensione che non è isolata dal contesto aziendale bensì inserita all'interno di un complesso “sistema”: il sistema di prevenzione, all'interno del quale giocano il proprio ruolo diversi soggetti con differenti funzioni.

Di questo articolato sistema fanno parte soggetti che detengono ed esercitano un potere gestionale (datore di lavoro e dirigenti), soggetti che svolgono funzioni consulenziali (componenti del Servizio di Prevenzione e Protezione), figure di rappresentanza dei lavoratori per gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro (RLS o RLS territoriali-RLST), lavoratori che sono ogni giorno a contatto con i pericoli presenti nell'ambiente di lavoro e soggetti chiamati a coordinare questi ultimi (preposti).

Ai soggetti interni si aggiungono poi anche gli enti esterni all'azienda che hanno voce in capitolo nel settore della salute e sicurezza sul lavoro e con cui il medico competente deve sapersi relazionare sulla base dei rispettivi ruoli, dell'etica e di quello che prevedono le norme di legge: l'INAIL, l'ASL e in generale gli Organi di Vigilanza e il Sistema Pubblico

della prevenzione nel suo complesso.

Una metafora che è stata opportunamente utilizzata con riferimento al sistema di prevenzione aziendale e che chiarisce in modo molto efficace cosa si intenda per “sistema” è quella dell’orologio e dei suoi ingranaggi <sup>(1)</sup>: “Con sistema si intende un insieme integrato di fattori diversi ma interconnessi. Ciascuno di essi deve funzionare per garantire, appunto, che anche il tutto funzioni. Ogni parte del sistema ha un ruolo non equivalente, ma non per questo meno essenziale. La metafora dell’orologio, in cui il più piccolo ingranaggio è indispensabile, ben rappresenta questo concetto.”

Dunque è proprio in relazione alle varie componenti di questo “orologio” (di cui il medico competente non può certo dirsi rappresenti un piccolo ingranaggio data l’importante posizione di garanzia ricoperta a tutela della salute dei lavoratori) che dovrà essere espletata tale delicata funzione.

È evidente che questo implica anche la capacità, che il medico competente deve acquisire e sviluppare nel tempo, di relazionarsi e interagire nel modo corretto con gli altri soggetti facenti parte del sistema, il che comporta da un lato la conoscenza puntuale e specifica dei propri compiti e di quelli degli altri e dall’altro la capacità di gestire - sia sul piano relazionale che decisionale - situazioni operative complesse che coinvolgono anche altri in una modalità che sia adeguata alle norme di legge, rispettosa dei ruoli altrui e allo stesso tempo efficace in relazione alle logiche del sistema di prevenzione.

Oltre a questo, è importante che il medico competente acquisisca la capacità di fare un corretto uso delle informazioni ricevute e che a sua volta sappia comunicare in modo adeguato le informazioni che, in base alle dinamiche del sistema di prevenzione di cui si è detto, oltre che ovviamente delle leggi che lo regolano, gli altri soggetti legittimamente si aspettano di ricevere.

Questo secondo aspetto tuttavia (la gestione delle informazioni e delle comunicazioni) è strettamente connesso al primo, relativo alla cono-

---

1. R. Borgato, *Gli ingranaggi e l’orologio*, pubblicato su [www.amblav.it](http://www.amblav.it) il 12 maggio 2014.

scenza dei ruoli e dei compiti di ciascuno nell’ambito del sistema e alla capacità di cogliere gli intrecci e le interrelazioni tra le funzioni dei vari soggetti, oltre che di governare questa complessità.

Nella realtà quotidiana del lavoro del medico competente (e dell’azienda), infatti, per conseguire pienamente l’obiettivo della massima tutela fattibile della salute e della sicurezza dei lavoratori, il presupposto per cui ognuno deve svolgere diligentemente il proprio lavoro costituisce la base indispensabile, ma non sufficiente: se vogliamo andare oltre i “requisiti minimi” ed il rispetto formale degli obblighi per perseguire realmente e concretamente l’obiettivo del miglioramento delle condizioni di lavoro, occorre qualcosa in più, che è un’effettiva e fattiva “cooperazione” tra tutti i soggetti coinvolti. Questo è l’elemento che ci permetterà di andare oltre la metafora dell’orologio (che pure rappresenta, come già detto, la *conditio sine qua non*), anche per evitare (evento non infrequente) che le lancette “spacchino il secondo” segnando l’ora giusta...nella metà sbagliata della giornata!

Tuttavia, procedendo per gradi nella nostra analisi, partiamo dalla definizione dei ruoli e dei compiti dei soggetti del sistema di prevenzione, iniziando con quelli titolari di posizioni di garanzia, esaminati non a tutto tondo bensì in relazione al ruolo e ai compiti del medico competente.

### *6.1.1.1 Dove finiscono gli obblighi del datore di lavoro/dirigente e dove iniziano quelli del medico competente*

Guardando all’art. 18 del D.Lgs. 81/08, che elenca gli obblighi del datore di lavoro e del dirigente, è possibile rilevare che oltre al primo obbligo dell’elenco (quello di nominare il medico competente, di cui si è ampiamente detto al par.1.3), sono presenti numerosi altri obblighi che regolano il “rapporto” in termini giuridici (ma anche con conseguenze operative) tra il datore di lavoro/dirigente e il medico competente. E che definiscono dove si esauriscono gli obblighi del datore di lavoro (stabilendo prima ancora in cosa consistano) e dove iniziano gli obblighi dell’altro.

Fondamentalmente gli obblighi che il datore di lavoro e i dirigenti hanno in relazione al medico competente (ed al suo operato) ai sensi dell’art. 18 - al di là dell’obbligo di nominarlo quando previsto dalla legge



- sono obblighi informativi, consultivi, di vigilanza; obblighi finalizzati a mettere il medico in condizione di poter svolgere la propria attività ed infine, non dimentichiamolo, anche obblighi legati al dover tenere conto della sua opera, dei suoi *output*.

Scorrendo la norma, il primo obbligo del datore di lavoro/dirigente che si incontra in tal senso è quello contenuto nella lett. c): “nell’affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”.

In una importante sentenza del 2008<sup>(2)</sup>, la Cassazione, facendo riferimento al medico competente, ha ricordato che “è a questa figura che il datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità indicate dall’art. 4, comma 5, lett. c) [ora art. 18 comma 1 lett. c) D.Lgs. 81/08, n.d.r.]”.

Gli esiti della sorveglianza sanitaria (per i lavoratori ad essa sottoposti), infatti, per quanto non esauriscano l’ambito di applicazione dell’obbligo contenuto nella lett. c) che è norma generale<sup>(3)</sup> rispetto alla quale la sorveglianza sanitaria è norma speciale, rappresentano il presupposto minimo ineludibile affinché il datore di lavoro/dirigente possa rispettare l’obbligo di affidare i compiti ai lavoratori tenendo conto delle loro condizioni e capacità in rapporto alla loro salute e sicurezza.

La lett. d) prevede poi l’obbligo del datore di lavoro/dirigente di sentire il medico competente, oltre all’RSPP, in merito ai “necessari e idonei dispositivi di protezione individuale” da “fornire ai lavoratori”.

In una recente sentenza del maggio 2014<sup>(4)</sup> la Suprema Corte si è pronunciata su questa norma in relazione all’RSPP (ma ciò che è stato affermato da questo pronunciamento vale anche interamente per il medico competente) e al suo coinvolgimento nella scelta dei DPI, precisando che l’obbligo di fornitura è in ogni caso del datore di lavoro/dirigente, dal momento che “l’art. 18, comma 1, alinea e lett. d), del

---

2. Cass. Pen., Sez. III, 2 luglio 2008 n. 26539.

3. È in base all’art. 18 c.1 lett. c) che, ad esempio, il datore di lavoro o il dirigente, indipendentemente dall’intervento eventuale del medico competente, allontana un lavoratore da una mansione o da un compito a rischio, quando a suo giudizio lo stesso lavoratore, anche estemporaneamente, non sia in grado di svolgere il proprio compito in condizioni di sicurezza: ad esempio in caso di malore anche lieve o di evidenti condizioni alterate da alcol ecc.

4. Cass. Pen., 5 maggio 2014 n. 18296.

D.Lgs. n. 81 del 2008 pone espressamente a carico del datore di lavoro l'obbligo di «fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale», pur quando vi sia un «responsabile del servizio di prevenzione e protezione», perché prevede che quest'ultimo debba essere semplicemente «sentito» in merito."

Come si accennava, tale principio può dunque essere esteso interamente anche al medico competente dal momento che l'art. 18 lett. d) riguarda l'RSPP e il medico competente allo stesso modo e ne prevede il medesimo tipo di coinvolgimento, seppur ciascuno nell'ambito della propria competenza.

Il binomio di norme che più di tutte segna il confine tra gli obblighi delle figure di linea che "hanno in mano" l'organizzazione del lavoro (datore di lavoro e dirigente) e quelli del medico competente è quello rappresentato dalle lettere g) e g-bis).

Le prima prevede che il datore di lavoro/dirigente debba da un lato "inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria" e dall'altro "richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico nel presente decreto" <sup>(5)</sup>.

Il primo dei due obblighi ("inviare i lavoratori..."), al pari della successiva lett. g-bis ("comunicare tempestivamente al medico competente la cessazione del rapporto di lavoro"), è stato aggiunto nel 2009 all'interno del decreto 81 da parte del decreto correttivo.

*Il motivo di questo inserimento - che non si riporta qui solo per una ragione "storica" ma anche perché descrive la ratio della norma - è stato così descritto dal legislatore del decreto 106/09<sup>(6)</sup>: "il "testo unico", che individua gli obblighi di natura generale a carico del datore di lavoro, viene integrato puntualizzando [...] che spetta al datore di lavoro porre il medico competente nelle condizioni di svolgere correttamente le proprie attività, innanzitutto inviando i lavoratori a visita medica secondo le scadenze individuate nel programma di sorveglianza sanitaria e, quindi, richiedendo al medesimo il rispetto dei propri obblighi di legge e comunicandogli*

5. Art. 18, comma 1, lett. g), D.Lgs. 81/08.

6. Relazione di accompagnamento al decreto correttivo n. 106/2009.

*la cessazione del rapporto di lavoro”<sup>(7)</sup>.*

*Sul piano del diritto penale, una volta premesso che “questa disposizione introdotta nel 2009 tende a “specificare con maggiore puntualità il principale tra gli obblighi di collaborazione con il medico competente che incombono sul datore di lavoro”, è stato rilevato che “sotto questo profilo l’illecito risulta quindi di facile accertabilità, trovando esso un preciso parametro di tipicità nel programma di sorveglianza sanitaria predisposto dal medico competente ai sensi degli artt. 25 lett. b, e 41, D.Lgs. 81/2008, così da potersi ritenere perfezionato ogni qual volta il calendario non sia diligentemente rispettato”<sup>(8)</sup>.*

*Per quanto attiene poi al successivo obbligo del datore di lavoro/dirigente di “richiedere al medico competente l’osservanza degli obblighi previsti a suo carico” e alla questione aperta relativa a “in cosa si sostanzia la condotta di “richiesta”, alcuni penalisti hanno ritenuto che “l’opzione preferibile sembra essere quella di una prima sollecitazione verbale che, se inevasa, dovrà essere seguita da ulteriori richieste formali e poi da una vera e propria diffida ad adempiere [...]”<sup>(9)</sup>.*

Della lett. g-bis, poi, cui si è già accennato, si sottolinea solo che tale previsione ha la medesima *ratio* dell’obbligo di inviare i lavoratori alle visite mediche, ovvero quella di garantire che il medico competente sia posto in condizione di adempiere al suo obbligo di effettuare la sorveglianza sanitaria (in questo caso in relazione alla visita alla cessazione del rapporto di lavoro, quando previsto dalla legge) e ha la finalità di specificare che, nel caso il datore di lavoro/dirigente non adempia a questa sua funzione, il medico competente non potrà legittimamente svolgere appieno la sua.

Una particolare declinazione dell’obbligo di vigilanza del datore di lavoro/dirigente, in questo caso non rivolta al medico competente bensì ai lavoratori, è quella contenuta nella lett. bb).

Sulla base di questo obbligo introdotto nel 2008, “il datore di lavoro è quindi tenuto ad osservare il giudizio espresso dal medico competente,

7. Corsivi aggiunti.

8. F. Giunta e D. Micheletti (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, op. cit., p. 321.

9. F. Giunta e D. Micheletti (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, op. cit., p. 322.

nonché - ai sensi della norma in commento - a vigilare affinché i lavoratori per cui sussiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti all'attività lavorativa specifica senza che prima il medico competente abbia emesso giudizio di idoneità. L'obbligo di osservare le prescrizioni formulate nel giudizio di idoneità dal medico competente incombe, peraltro, anche sullo stesso lavoratore, sino ad esporlo - in caso di inosservanza - a sanzioni disciplinari ex art. 7 Stat. Lav.”<sup>(10)</sup>

Il datore di lavoro/dirigente ha inoltre il fondamentale obbligo di fornire al medico competente le informazioni di cui al comma 2 dell'art. 18 aventi ad oggetto la natura dei rischi, l'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive, gli impianti e i processi produttivi, i dati sugli infortuni e le malattie professionali, le prescrizioni dell'ASL.

Come si è già avuto ampiamente modo di precisare (par. 2.1.2), queste informazioni rappresentano un presupposto ineludibile per il corretto adempimento dei compiti e degli obblighi del medico competente, fungendo da condizioni minime senza le quali questi non può operare, allo stesso modo in cui lo sono gli strumenti di lavoro.

*Non a caso la Cassazione stessa ha avuto modo di sottolineare, con riferimento all'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi, che “in tema di valutazione dei rischi, il “medico competente” assume elementi di valutazione non soltanto dalle informazioni che devono essere fornite dal datore di lavoro, quali quelle di cui all'art. 18, comma 2, ma anche da quelle che può e deve direttamente acquisire di sua iniziativa, ad esempio in occasione delle visite agli ambienti di lavoro di cui all'art. 25, lett. i) o perché fornitegli direttamente dai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria o da altri soggetti.”<sup>(11)</sup>*

*E ha dato ragione al Tribunale<sup>(12)</sup> che aveva affermato che, in assenza delle informazioni che devono provenire dal datore di lavoro/dirigente, “viene meno la stessa base conoscitiva sulla quale il medico competente dovrebbe valutare ed operare (si pensi a questo proposito alle informazioni circa l'organizzazione del lavoro, la*

---

10. F. Giunta e D. Micheletti (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, op. cit., p.324.

11. Cass. Pen., Sez. III, sent. 15 gennaio 2013 n. 1856.

12. Trib. Pisa, Sez. Pen, 7 dicembre 2011 n. 1756.

*descrizione degli impianti e dei processi produttivi, la natura delle sostanze impiegate ecc. che il datore di lavoro è tenuto ad indicare al medico competente ai sensi dell'art. 18 comma 2)", concludendo che "il medico competente non può essere chiamato a rispondere dell'omessa valutazione dei rischi la cui conoscenza gli era impedita dall'inerzia del datore di lavoro" (laddove invece lo stesso "non può dirsi per quei profili di rischio che egli poteva e doveva conoscere di scienza propria in virtù dei canali officiosi di acquisizione dei dati da ultimo menzionati)."<sup>(13)</sup>*

L'art. 18 si chiude, infine, con una norma introdotta nel 2009 dal decreto correttivo, che prevede l'obbligo del datore di lavoro/dirigente di vigilare sull'adempimento degli obblighi che la legge pone a carico del medico competente<sup>(14)</sup>, "ferma restando l'esclusiva responsabilità" del medico competente "qualora la mancata attuazione dei predetti obblighi sia addebitabile unicamente" allo stesso "e non sia riscontrabile un difetto di vigilanza del datore di lavoro e dei dirigenti" (comma 3-bis).

*La Cassazione ha già applicato questa disposizione del testo unico, proprio con riferimento al medico competente, con una sentenza del 2011 che ha assolto il datore di lavoro di una s.p.a. dal reato di lesioni colpose (per ipoacusia) in quanto la negligenza del medico competente non era addebitabile ad un difetto di vigilanza da parte sua.<sup>(15)</sup>*

*Secondo la Corte, benché un profilo di colpa potesse "in ipotesi ravvisarsi a carico del medico competente, la cui posizione risultava essere stata sottoposta all'attenzione del PM già dal giudice di primo grado", non emergevano "specifiche situazioni che avrebbero potuto e dovuto portare l'imputato a sindacare il comportamento del medico e l'inadeguatezza del ruolo prevenzionale da questi svolto: situazioni che erano state rese palesi solo a seguito dell'apertura del procedimento penale." È stato così rigettato il ricorso del Procuratore Generale (contro la sentenza liberatoria della Corte d'Appello) il quale sottolineava che "la colpa del medico, che inadeguatamente avrebbe corrisposto all'accertata patologia acustica, non avrebbe potuto portare ad elidere profili di colpa del procuratore dell'azienda [...]. L'imputato, in altri termini, avrebbe dovuto comunque sorvegliare sul comportamento*

13. Trib. Pisa, Sez. Pen, sent. 7 dicembre 2011 n. 1756.

14. Oltre che sull'adempimento degli obblighi previsti dalla legge in capo a preposti, lavoratori, progettisti, fabbricanti, fornitori e installatori.

15. Cass. Pen., Sez. IV, 20 settembre 2011 n. 34373.

*del medico aziendale”.*

*Secondo la Suprema Corte, invece, la Corte d’Appello, che ha assolto il datore di lavoro, “non ha affatto trascurato di considerare tale situazione, e [...] ha escluso violazioni cautelari anche di colpa generica [cioè caratterizzate da negligenza, imprudenza, imperizia, n.d.r.] da parte del datore di lavoro, vuoi sotto il profilo della scelta del medico competente e sotto il correlato profilo del “sindacato” sul modo con cui tale professionista procedeva a svolgere i propri compiti, vuoi sotto il profilo dei generali obblighi prevenzionali nello specifico settore dei rischi acustici [interventi sui macchinari, messa a disposizione dei presidi di sicurezza, controlli dei dipendenti].”*

*Sul piano dei principi di diritto, poi, con riferimento all’art. 18 c.3-bis la Cassazione ha affermato che “è indiscutibile che il datore di lavoro, titolare principale della posizione di garanzia, è tenuto a vigilare sul modo con cui gli altri soggetti (con titolari della posizione di garanzia assolvono il proprio ruolo (qui, il medico competente).*

*È principio pacifico: desumibile già dall’art. 2087 del codice civile, ed ora, per quanto possa valere, riaffermato a chiare lettere dell’art. 18, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 81 del 2008, laddove si afferma che il datore di lavoro e il dirigente, oltre ad assolvere agli obblighi propri dettagliati nei precedenti commi dello stesso art., in più (“altresì”) sono tenuti a vigilare sull’adempimento degli obblighi propri dei preposti (art. 19), dei lavoratori (art. 20), dei progettisti (art. 22), dei fabbricanti e dei fornitori (art. 23), degli installatori (art. 24) e del medico competente (art. 25), restando peraltro ferma l’esclusiva responsabilità dei soggetti obbligati in proprio dalle norme citate, allorché la mancata attuazione dei relativi obblighi “sia addebitabile unicamente agli stessi”, non essendo riscontrabile un difetto di vigilanza da parte del datore di lavoro e del dirigente.”*

*Dunque secondo la Cassazione: “l’art. 18, comma 3-bis, citato, a ben vedere, come detto, riproduce in norma il dovere di vigilanza e controllo, relativo al rispetto della normativa prevenzionale, che [già] compete [e compete] tradizionalmente sul datore di lavoro, ma anche sul dirigente nei limiti delle relative competenze funzionali, in applicazione della generalissima regola cautelare contenuta nell’art. 2087 del codice civile, la cui inosservanza può portare alla responsabilità del soggetto obbligato in ossequio al disposto, altrettanto generale, dell’art. 40, comma secondo, cod. pen.: il non impedire l’evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo.”*

Concludiamo citando un'ultima norma (in questo caso un divieto e non più un obbligo) che non si limita - come le altre descritte finora - a marcare soltanto il confine tra gli obblighi "contigui" ma distinti del datore di lavoro e del medico competente, ma che prevede addirittura due distinte sanzioni a carico di entrambi questi soggetti a fronte della violazione della medesima norma-precetto, gravante su entrambi.

Ci riferiamo alla disposizione relativa alla "sorveglianza sanitaria illegittima (art. 41, comma 3)" che vieta l'effettuazione della sorveglianza sanitaria "per accertare stati di gravidanza" e "negli altri casi vietati dalla normativa vigente", che è sanzionata sia a carico del datore di lavoro/dirigente (dall'art. 55) che a carico del medico competente (dall'art. 58).

A fronte di questa costruzione sanzionatoria, "è inevitabile chiedersi quale obiettivo si sia prefisso il legislatore nell'introdurre questa nuova figura di illecito amministrativo, di carattere derogatorio rispetto alla citata disciplina di concorso di persone nell'illecito amministrativo" <sup>(16)</sup>, anche in considerazione del fatto che l'art. 55 "sottopone il datore di lavoro e il dirigente a un trattamento sanzionatorio addirittura peggiore rispetto a quello previsto per il medico competente. [...]

Il legislatore sembra stato animato dalla presunzione che la visita medica illegittima, se è stata effettuata, non possa che essere stata ordinata dal datore di lavoro o dal dirigente: con la conseguenza che, pure in mancanza di un riscontro probatorio del concorso di questi ultimi nell'illecito - riscontro peraltro assai difficile da acquisire - il legislatore ha stabilito un'automatica responsabilità "per fatto altrui" del datore di lavoro e del medico competente"<sup>(17)</sup>.

### *6.1.1.2 I rapporti con il datore di lavoro ed i dirigenti*

Nel paragrafo precedente si sono delineati, con riferimento principalmente alla norma, i "confini" che separano l'operato di soggetti (datore di lavoro, dirigenti, medico competente) titolari di proprie posizioni di garan-

16. Art. 5 legge n. 689/1981.

17. F. Giunta e D. Micheletti (a cura di), *Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro*, op. cit., pp. 322-323.

zia<sup>(18)</sup>. Ora prendiamo in esame le situazioni in cui, assolti i propri obblighi (ma anche nel corso dell’assolvimento degli stessi), l’instaurazione di un rapporto di collaborazione può contribuire concretamente a fornire “valore aggiunto” alla semplice sommatoria del lavoro di ciascuno seguendo in linea di massima lo stesso percorso del paragrafo precedente, ma con un occhio sia agli obblighi del medico competente (art. 25) sia soprattutto a quelle occasioni di interazione che, quand’anche non si sostanzino nell’attuazione di un preciso obbligo di legge, rappresentano un elemento qualificante del lavoro del medico competente.

Abbiamo trattato ampiamente, nel capitolo 3, della collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi ed alla redazione del documento, mettendo in evidenza, al di là del dettato normativo, come una corretta e completa valutazione dei rischi non possa non vedere il medico competente nel ruolo di attivo protagonista.

Nella realtà quotidiana l’obbligo di valutazione dei rischi, proprio ed indelegabile del datore di lavoro, è ancora assolto nella grande maggioranza dei casi mediante l’operato del RSPP, ed anche nei casi in cui il medico competente è effettivamente ed attivamente coinvolto (ancora troppo pochi), il datore di lavoro sul piano operativo concreto rimane figura marginale: ciò che è (e rimane) indelegabile di diritto, risulta molto spesso delegato nei fatti.

Uno dei punti su cui il medico competente può incidere concretamente è proprio relativo, oltre che ovviamente ad una più attiva collaborazione alla valutazione dei rischi, alla promozione di un reale coinvolgimento del datore di lavoro nella programmazione e gestione della valutazione dei rischi e nella redazione del documento, evidenziando le ragioni per le quali tale processo (il più importante e prioritario) deve vedere il datore di lavoro stesso nel ruolo di protagonista e di coordinatore delle attività connesse.

È così, tra l’altro, che il medico competente, restituendo “valore” (oltretutto responsabilità) alla figura del datore di lavoro, legittima e rivaluta anche la propria figura, contrastando la tendenza (cattiva abitudine) a

---

18. Nella normativa attuale il RSPP non è titolare di “obblighi” bensì di “compiti” (art. 33 D.Lgs. 81/08), come tali non sanzionati; il RLS è titolare di “attribuzioni” (art. 50 D.Lgs. 81/08).



“delegare di fatto” la valutazione del rischio al RSPP, limitandosi ad attendere il prodotto tangibile finale, un documento più o meno corposo.

Sulle modalità di collaborazione (che riguardano naturalmente anche il RSPP) rimandiamo, come detto, al capitolo 3. In questa sede preme sottolineare come, già al momento della nomina o comunque del primo contatto con l’azienda, il medico competente debba improntare la propria attività ed il proprio rapporto con il datore di lavoro ed i dirigenti, nel solco della “cooperazione”, attivamente offerta ed altrettanto attivamente sollecitata.

Nel paragrafo precedente abbiamo preso in esame, in prima istanza, l’obbligo del datore di lavoro e dei dirigenti definito dall’art.18 lett. c), rispetto al quale abbiamo affermato che il medico competente costituisce il punto di riferimento per l’applicazione della norma anche al di là della sorveglianza sanitaria. Ciò significa che, fermo restando che le limitazioni, le prescrizioni e le misure eventualmente indicate in sede di giudizio di idoneità costituiscono un riferimento primario, nella “quotidianità aziendale” le situazioni la cui soluzione ricade direttamente o indirettamente nell’ambito della norma in questione sono numerose anche al di fuori della sorveglianza sanitaria, intendendo per tale le sessioni ordinarie e straordinarie di visite mediche.

Il parere del medico competente sulla “compatibilità”, in relazione alla propria e altrui sicurezza, di un lavoratore con la mansione o con specifici compiti può infatti essere richiesto ed espresso anche al di fuori degli ambiti contingenti legati alla effettuazione delle visite nelle varie categorie previste dall’art. 41. E quasi sempre nell’esame della concreta situazione, e nella ricerca della soluzione, il medico competente realmente “presente” in azienda (non tanto fisicamente, quanto come autorevolezza del ruolo) può fornire un contributo importante. Si parla in queste circostanze di “contributo” proprio perché non sempre ricorrono, in termini giuridici, gli estremi per l’effettuazione di un normale accertamento sanitario cui consegue un formale giudizio di idoneità: può trattarsi infatti di casi più delicati e complessi, in cui sul piano strettamente formale, clinico e medico legale un lavoratore, che presenti problemi o condizioni particolari, anche temporanee, non è inidoneo alla mansione e, tuttavia, nei suoi confronti potrebbe essere opportuno

adottare particolari cautele nella assegnazione di specifici compiti ai fini della tutela della sicurezza propria e di terzi. Stiamo parlando, lo ripetiamo, di situazioni in cui non ricorrono i presupposti per un formale giudizio di idoneità in sede di sorveglianza sanitaria né per attivare, salvo specifica richiesta del lavoratore stesso, una visita medica straordinaria.

Giova ricordare, anche perché talvolta viene espressamente richiesta, che in nessun caso il medico competente potrà attivare una visita a richiesta del datore di lavoro (o del dirigente) essendo tale richiesta espressamente vietata dall'art. 5 della legge 300/70<sup>(19)</sup>. Qualora tale sia l'intenzione, il datore di lavoro dovrà ricorrere all'ASL competente per territorio. Tuttavia riteniamo che, per quanto possibile, occorrerebbe evitare di arrivare a tale decisione da parte del datore di lavoro: è anche su questo versante che riteniamo che il medico competente debba giocare un ruolo importante nel tentativo di individuare una soluzione che salvaguardi la sicurezza del lavoratore e di eventuali terzi coinvolti, tenendo nel contempo conto delle legittime esigenze ed aspettative aziendali.

In ogni caso il medico competente agirà sempre nel rispetto non solo dei suoi obblighi, ma anche dei divieti, con riferimento in particolare al concetto di “visita illegittima” di cui si è trattato nel paragrafo precedente.

Un punto critico del rapporto tra datore di lavoro (o dirigente) e medico competente è spesso rappresentato dalla circostanza normata dalla lett. g) ricordata nel precedente paragrafo, vale a dire l'obbligo del datore di lavoro di “inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria”.

Dal punto di vista meramente formale spetta al medico competente, dopo avere collaborato alla valutazione dei rischi e aver predisposto il protocollo sanitario, fissare lo scadenziario delle visite mediche periodiche e comunicarlo al datore di lavoro (o al dirigente) affinché questi possa assolvere al proprio obbligo.

È tuttavia evidente che, nel quadro di un contesto di collaborazione e cooperazione, è opportuno e consigliabile che l'organizzazione delle

---

19. Le visite mediche di cui all'art.41 del D.Lgs. 81/08, che il datore di lavoro deve far effettuare al medico competente ove ne ricorrono i presupposti in base alla valutazione dei rischi, sono appunto previste dalla legge e non attuate su iniziativa del datore di lavoro.

visite mediche, anche relativamente alla schedulazione delle stesse, sia concordata con l'azienda in modo da "impattare" il meno possibile con l'andamento dell'attività aziendale. Vanno quindi evitate sia la situazione in cui è l'azienda a dettare le scadenze, in quanto in palese contrasto con il dettato legislativo (ed espressione di una situazione di "sudditanza" del medico competente, a sua volta in contrasto sia con la legge sia coi principi deontologici) ma anche quella in cui ciò viene fatto dal medico competente senza preventivo coordinamento con l'azienda stessa. La convocazione "secca" dei lavoratori alle visite, disposta autonomamente dal medico competente, andrebbe riservata come "*extrema ratio*" alle situazioni in cui vi sia una palese e reiterata refrattarietà aziendale in ordine all'assolvimento dell'obbligo di sorveglianza sanitaria che esporrebbe l'azienda stessa - a norma sia della lett. g) che della lett. bb) dell'art. 18) - ma anche il medico competente ex art. 25 c.1 lett. b) - a sanzioni.

Ove ciò accadesse, peraltro, occorrerebbe riconsiderare complessivamente il ruolo e, nei casi più critici, la continuazione stessa dell'attività del medico competente presso l'azienda in questione.

In merito al disposto della lett. bb), dando per scontato che gli obblighi di legge da parte del datore di lavoro/dirigente siano rispettati (vale a dire, che nessun lavoratore venga adibito a mansioni senza che per le stesse, ove prescritto, sia stato espresso il giudizio di idoneità da parte del medico competente) può accadere di rilevare che alcuni lavoratori siano anche temporalmente adibiti a compiti od operazioni rischiose per la salute o la sicurezza non ricomprese nella mansione per la quale il medico competente ha espresso il giudizio di idoneità. Non sempre questa circostanza avviene deliberatamente, nel senso che il datore di lavoro/dirigente potrebbe non essere consapevole che l'affidamento di tali compiti od operazioni al lavoratore configura di fatto un cambio di mansione o comunque un cambio, anche parziale, "della" mansione, e quindi potrebbe non darne comunicazione al medico competente il quale, di conseguenza, non sarebbe in grado di programmare la visita di cui all'art. 41 c.1 lett. d). Il medico competente può essere informato della cosa direttamente dal lavoratore nel caso quest'ultimo "non gradisca" l'assegnazione di tali nuovi compiti o, indirettamente, dal RLS. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, il medico competente non viene

informato in quanto il lavoratore stesso non avanza in principio obiezioni particolari: in questo caso, la presenza del medico in azienda è in grado di rilevare tali evenienze, valutarle in termini di rischio (e, se del caso, promuovere l'aggiornamento della valutazione), decidere se il fatto costituisce segno di “nuova mansione” e di conseguenza attivare la visita medica specifica ed esprimere il relativo giudizio. Quando parliamo di presenza, non ci riferiamo solo alla presenza fisica (l'effettuazione delle periodiche visite ai luoghi di lavoro, al di là del mero assolvimento dell'obbligo annuale) ma soprattutto alla “presenza psicologica”: vi deve essere la consapevolezza dal parte del datore di lavoro, dei dirigenti, del RSPP, del RLS, dei preposti e degli stessi lavoratori, che ogni mutamento organizzativo che può avere riflessi sulla salute e sicurezza del lavoro deve avvenire previo coinvolgimento anche del medico competente. E ciò può avvenire se il medico competente non è vissuto (e non si vive) come una appendice del sistema azienda, ma come un suo componente “ordinario” ed essenziale.

Ed anche il processo di acquisizione delle informazioni di cui al comma 2 dell'art. 18, indispensabili sia per una effettiva ed efficace collaborazione alla valutazione dei rischi che per la corretta effettuazione della sorveglianza sanitaria, non può prescindere dal reale e pieno inserimento del medico competente nel contesto aziendale. Non si tratta, infatti, solo di ricevere documentazione tecnica pure indispensabile (ad esempio le schede di sicurezza degli agenti chimici utilizzati) ma di essere pienamente resi edotti della organizzazione del lavoro, delle procedure operative, dei programmi di sviluppo produttivo: in una parola, occorre essere in condizione non solo di conoscere, ma anche di partecipare alla definizione della “politica aziendale” per gli aspetti concernenti la salute e sicurezza del lavoro.