

**IL NUOVO RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE,
FRA STRUMENTI DI TUTELA E OPPORTUNITÀ DI CRESCITA**

M. Masi

Le politiche delle Regioni e delle Province Autonome e le nuove opportunità per il medico competente

Direttore Area di Coordinamento "Ricerca e Università" - Regione Toscana. Coordinamento Interregionale Istruzione, Lavoro, Innovazione e Ricerca

RIASSUNTO. La legge costituzionale 3/2001, nel modificare il Titolo V della Costituzione, ha inserito nel comma 3 dell'art. 117 la "tutela e sicurezza del lavoro" quale materia assegnata alla competenza legislativa concorrente delle regioni.

In tale ottica il ruolo che le Regioni devono svolgere, nel rispetto di quei vincoli posti dalla legislazione dello Stato, è ampio e composito.

In primo luogo un ruolo attivo di partecipazione al livello di legislazione statale, attraverso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Un secondo livello è rappresentato dall'adattamento attraverso la normativa regionale della norma dello Stato al contesto economico e produttivo dei territori.

Il terzo livello è quello della programmazione e del coordinamento, attraverso gli appositi comitati regionali, di tutti gli interventi nella materia della tutela della salute e della sicurezza.

Parole chiave: programma regionale, medico competente, prevenzione.

ABSTRACT. REGIONAL PROGRAMS AND OPPORTUNITIES FOR THE OCCUPATIONAL HEALTH PHYSICIAN. It is a well known fact that, in amending, Title V of the Italian Constitution, constitutional law no. 3/2001 inserted "Workplace health and safety" in paragraph 3 of article 117 as an issue assigned to the legal competence of regional governments.

In this perspective, the role to be played by the regional governments, with due regard for the restrictions of national laws, is both broad and composite.

Firstly, it is a active participatory role in the formulation of national legislation through the permanent conference for relations between central, regional and autonomous provincial governments. A second important level is adaptation, via the regional laws passed by the national parliament, to local economic and productive contexts.

Thirdly, there is the planning and coordination, via the regional committees set up specifically for this purpose, of all health and safety measures.

Key words: regional programs, occupational health physician, prevention.

Secondo il Rapporto annuale presentato il 20 luglio 2010 dall'INAIL, il 2009 è stato un anno particolarmente rilevante per le malattie professionali.

A fronte di un calo del 6,3% degli infortuni mortali, le denunce di malattia professionale sono state 34.646, il valore più alto negli ultimi 15 anni, con un aumento del 15,7% rispetto al 2008.

I dati ci dicono che l'impegno finora profuso nella lotta agli infortuni deve essere indirizzato anche verso una più incisiva prevenzione anche dalle malattie professionali, generalmente sottostimate. se si vuole dare concretezza alla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ovvero "benessere è uno stato mentale dinamico caratterizzato da un'adeguata armonia tra capacità, esigenze ed aspettative di un individuo, ed esigenze ed opportunità aziendali", recepita dal D.Lgs. 81/08 che definisce all'art. 2 la salute come *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*.

L'impegno che deve coinvolgere non solo le Istituzioni ma anche l'intero sistema della sicurezza aziendale e soprattutto il medico competente.

Il D.Lgs. 81/08, anche nella versione modificata con il D.Lgs. 106/99, ha sicuramente rafforzato il ruolo della sorveglianza sanitaria per la quale vengono ulteriormente precisati i compiti e le funzioni del medico competente.

Rispetto alla normativa precedente, che in alcuni casi limitava la partecipazione del medico competente alla sorveglianza sanitaria in senso stretto ed a fornire pareri richiesti dal datore di lavoro, oggi ci troviamo di fronte ad una figura di notevole rilievo nell'organizzazione aziendale della sicurezza dovendo egli partecipare anche alla valutazione dei rischi. In un contesto del genere, è evidente come il medico competente debba avere un'approfondita conoscenza non solo dei rischi specifici ai quali sono esposti i lavoratori e dei processi lavorativi ma di tutta l'organizzazione aziendale in considerazione dei riflessi che una cattiva organizzazione può avere sul benessere fisico e mentale dei lavoratori e quindi anche sull'insorgenza delle patologie stress lavoro correlate.

La maggiore collaborazione tra medico competente e datore di lavoro potrebbe però scattare solo in una seconda parte della valutazione dei rischi, quando cioè da questa emerge la presenza di rischi tali da comportare la sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs. 81/2008.

In tal caso egli parteciperà sicuramente alla redazione del relativo documento, dal momento che dalla lettura dell'art. 17 comma 1, dell'art. 28 comma 3 e dell'art. 29 comma 3 appare evidente come l'obbligo della valutazione dei rischi e quello della redazione del relativo documento avvengano in momenti diversi.

Sempre nell'ottica della maggiore collaborazione con il datore di lavoro ma anche del completo riconoscimento della professionalità del medico competente, va letta la previsione dell'art. 39 comma 4 del D.Lgs. 81/08, secondo la quale *"il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia"*.

Nella stessa direzione di autonomia va letta la previsione del comma 3 dello stesso articolo secondo la quale il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare l'attività di medico competente, ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale.

La logica di una tale previsione si coglie ulteriormente nel rafforzamento dei rapporti del medico competente con il Servizio Sanitario Nazionale attraverso la trasmissione, anche se al momento differita, ai servizi competenti per territorio delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti alla sorveglianza sanitaria.

Il medico competente diventa il prezioso tramite attraverso il quale le istituzioni entrano nel complesso mondo dei lavoratori e della loro salute.

L'elaborazione dei dati raccolti offre elementi di conoscenza sia anagrafici che di profilo di rischio delle attività lavorative nelle quali il medico competente esercita la sorveglianza sanitaria.

È chiaro che, a fronte di un quadro che indica le responsabilità del medico competente in ordine alla sorveglianza sanitaria, anche le aziende sanitarie dovranno garantire che l'esercizio di questa funzione avvenga nel pieno rispetto dei principi normativi ed etici a cui fa riferimento, non solo attraverso i sempre indispensabili interventi di vigilanza ma anche attraverso confronti costruttivi sui contenuti, sia in termini di appropriatezza che di efficacia, favorendo lo scambio informativo utile alla definizione di indicatori sullo stato di salute dei lavoratori.

Emerge quindi la necessità che i medici del lavoro e gli altri operatori sanitari dell'ASL si adoperino affinché le attività di controllo entrino nel merito della qualità dell'attività di sorveglianza sanitaria intesa come sistema, non limitandosi ad un mero controllo degli aspetti formali.

Di importanza strategica nel processo di conoscenza dei fenomeni di salute legati all'attività lavorativa e di programmazione strategica degli interventi sarà il Sistema Informativo Nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il SINP costituirà innanzi tutto lo strumento attraverso il quale reperire i dati utili per orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia delle attività di prevenzione sia degli infortuni che delle malattie professionali, un sistema in grado di garantire la circolazione e la condivisione di tutte le informazioni e le esperienze contenute

nelle banche dati delle istituzioni e degli enti che hanno competenza nella materia della tutela della salute e della sicurezza del lavoro.

È del tutto evidente come nel SINP dovranno confluire anche tutte quelle informazioni essenziali sui dati sanitari dei lavoratori sottoposti alla sorveglianza sanitaria che, in ottemperanza all'art. 40 del D.Lgs. 81/08, annualmente il medico competente dovrà comunicare al Servizio Sanitario Nazionale.

In questo contesto il "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, costituisce ancora oggi un documento di straordinaria importanza che impegna Regioni, Province Autonome e Ministeri, nella realizzazione di azioni dirette alla salvaguardia della salute e della sicurezza del "cittadino che lavora".

Si colloca a pieno titolo nella più ampia strategia posta in essere dal sistema delle Regioni e finalizzata a individuare criticità e priorità della complessa attività di promozione della salute oltre che di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, attraverso la definizione di strumenti più efficaci e una presenza più puntuale dei sistemi sanitari regionali del nostro Paese.

Il "Patto", che va ad integrare il "Patto per la salute" approvato dal Ministero della Salute con le Regioni e Province Autonome, nell'intenzione dei soggetti coinvolti doveva innanzitutto garantire, attraverso il coordinamento strategico di tutti i soggetti istituzionali, compreso le Associazioni dei professionisti, impegnati sul fronte della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, un apporto qualificato, anche di consulenza preventiva, che permettesse di identificare le misure migliori da attuare contro il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

A tal fine l'accordo era strutturato secondo due importanti direttrici, la prima delle quali contemplava il raggiungimento di obiettivi strategici del Servizio Sanitario Nazionale attraverso il rispetto di criteri e vincoli omogenei per tutto il territorio nazionale, l'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il rispetto degli impegni assunti con il "Piano nazionale della Prevenzione" e il potenziamento complessivo dell'attività ispettiva e la definizione, per i Servizi di prevenzione delle ASL, di standard di attività di vigilanza omogenei sul territorio nazionale con il conseguente potenziamento degli organici dei Servizi delle ASL sia in termini numerici sia in termini di aggiornamento e formazione professionale.

La seconda direttrice invece delineava tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale rispondenti al raggiungimento di diversi obiettivi fra cui il consolidamento degli strumenti di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni avversi alla salute dei lavoratori attraverso la creazione di un Sistema Informativo Nazionale e la predisposizione di piani operativi, a valenza almeno triennale, contestualizzati nelle realtà regionali e territoriali e mirati a specifici comparti, cercando di cogliere i rischi emergenti per la salute dei lavoratori.

In tale ambito si inseriva anche l'attività di sostegno ed assistenza alle imprese, intesa come reale coinvolgimento

e partecipazione delle stesse al processo di sicurezza al loro interno, attraverso la predisposizione di adeguati strumenti informativi, soprattutto per le unità produttive più piccole, a cura dei soggetti pubblici in collaborazione con gli enti di riferimento, nonché la programmazione e lo svolgimento di attività formative finalizzate alla conoscenza delle norme di legge e tecniche in materia di prevenzione.

Infine, l'accordo rivelava la necessità di implementare e rivisitare l'attività complessiva di sorveglianza sanitaria in modo da renderla adeguata all'evoluzione normativa e produttiva.

Conclusioni

L'evoluzione della società e della percezione della salute da parte dei cittadini pone nuove responsabilità alle Istituzioni centrali, alle Regioni, attraverso le quali si realizza la massima integrazione tra organizzazione sanitaria e territorio.

In presenza di una più diffusa e avvertita sensibilità per la qualità della vita, ci si interroga sempre più frequentemente sulle condizioni fisiche e di benessere della propria esperienza lavorativa e si avverte con maggior consapevolezza il diritto ad una vita e a un ambiente qualitativamente migliori.

Le forme nuove del lavoro, l'ingresso e la rilevanza di nuove categorie di lavoratori, processi di decentramento ed esternalizzazione di interi cicli produttivi, che generano di fatto la diffusione di tipologie di lavoro a rischio di marginalità, richiedono un'opera di costante monitoraggio e nuovi strumenti di analisi e conseguentemente nuove metodologie di intervento coordinato.

Sono dunque essenziali attività formative e informative finalizzate alla costruzione di una reale cultura che permei il mondo del lavoro ma anche della scuola e dell'Università, favorendo il miglioramento dei sistemi di gestione aziendali, anche attraverso lo strumento della certificazione sociale delle imprese e dei processi produttivi,

consolidando la sicurezza come indicatore di "qualità" di impresa.

Molte aziende hanno percepito chiaramente quanto, in un'ottica evolutiva, un'attenta organizzazione del lavoro sia indispensabile soprattutto in questa fase critica dell'economia, più che mai indispensabile per creare le condizioni per un rilancio basato su innovazione e qualità ma nella garanzia del diritto alla salute.

Questa opera di sensibilizzazione, per essere pienamente efficace, dovrà riguardare non soltanto il mondo del lavoro e non solo i cittadini come lavoratori, ma anche i cittadini come consumatori dei beni e dei servizi prodotti dalle imprese, così che un giudizio sociale negativo possa pesare ancor più delle sanzioni, così come già avviene, per esempio, nei Paesi nord-europei.

In questo ambito costituisce un fatto certamente positivo anche la maggiore attenzione rivolta alla responsabilità sociale delle imprese, al fatto che esse devono contribuire non soltanto allo sviluppo economico di una comunità ma anche al suo benessere complessivo.

In altre parole, dobbiamo renderci conto di quanto sia importante creare in tutta la collettività la convinzione che lavorare in sicurezza non è soltanto una questione di adempimento di norme o soltanto un diritto di cui esigere il dovuto rispetto in ogni ambiente di lavoro, ma è anche un dovere che ciascuno di noi ha nei confronti di sé stesso e della comunità in cui vive.

Sono certo che, su questi temi, le Regioni e le Province autonome potranno integrare, completare e declinare efficacemente sui vari territori il nuovo sistema, contribuendo a creare livelli sempre più alti di integrazione e collaborazione interistituzionale, in un confronto aperto e costante con le Forze sociali, le Istituzioni, il mondo scientifico ed accademico e le Associazioni dei professionisti.

Un linguaggio comune, metodologie di lavoro condivise, buone pratiche e strumenti elaborati congiuntamente, sono ormai patrimonio di quello che a buon ragione può essere chiamato "*il sistema integrato della prevenzione*" che mi auguro possa essere un riferimento davvero utile per le lavoratrici e i lavoratori del nostro Paese.

Richiesta estratti: M. Masi - Direttore Area di Coordinamento "Ricerca e Università" - Regione Toscana. Coordinamento Interregionale" Istruzione, Lavoro, Innovazione e Ricerca - E-mail: marco.masi@regione.toscana.it

S. Porru, A. Scotto di Carlo, C. Arici

Idee, riflessioni e strumenti operativi per un “nuovo” ruolo del medico competente

Dipartimento di Medicina Sperimentale ed Applicata - Sezione di Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Brescia - P.le Spedali Civili, 1 - 25123 Brescia

RIASSUNTO. Negli ultimi anni, a seguito di variazioni legislative, accadimenti di risonanza mediatica, transizioni nel mondo del lavoro, anche la Medicina del Lavoro è attraversata da preoccupazioni. Spesso sono posti in discussione contenuti tecnico-scientifici delle attività del Medico del Lavoro Competente (MLC), etica e deontologia, autonomia ed indipendenza, decoro e dignità, formazione specialistica universitaria e aggiornamento. Il presente contributo passa attraverso riflessioni personali, dati di letteratura, illustrazione di dati e concrete esperienze personali condotte in vari ambienti di lavoro e per vari rischi lavorativi, allo scopo di promuovere un “nuovo” ruolo del MC, valorizzarne autonomia, professionalità, indispensabilità, qualità, credibilità, essendo convinti che sia certamente necessario e possibile e coniugare rigore etico e tecnico-scientifico, con l'applicazione nella quotidiana condotta professionale del MLC, che deve essere disposto a cambiare passo, a valutare l'efficacia delle proprie azioni, abbandonando schemi predefiniti, attività obsolete, privilegiando un nuovo, proattivo ruolo clinico-diagnostico e gestionale, attraverso buone prassi.

Parole chiave: medico del lavoro-competente, qualità, buone prassi.

ABSTRACT. IDEAS, REFLECTIONS AND TOOLS FOR A MODERN ROLE OF THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN. Over the last few years, following new legislations, events of media impact, transitions in workplaces, Occupational Medicine is at stake. Often, debate is strong about technical-scientific issues in Occupational Physician (OP) activities, ethics and deontology, professional independence, dignity, training and education. The present work develops through personal thoughts, literature data, reporting of concrete personal experience across various occupational settings and risks, with the aim of promoting a “new” role for the OP, enhance his autonomy, professional skills, uniqueness, quality, credibility, while being convinced that it is certainly necessary and possible to conjugate ethics and scientific approach within daily professional activity of the OP, who in turn should be prone to change pace, evaluate effectiveness of his actions, abandon obsolete and useless practices, focussing on a new, proactive, clinical-diagnostic and managerial role, through good medical practices.

Key words: occupational health, quality, good medical practices.

Premessa

Negli ultimi anni, per lo più a seguito di significative **modifiche legislative** (ad es. recepimento direttive UE, ampliamento requisiti per la funzione di Medico Competente (MC), avvento del cosiddetto Testo Unico, regole su alcol e tossicodipendenza, flussi migratori, modifiche ordinamenti scuole di specializzazione), oppure per **accadimenti di risonanza anche mediatica** (eventi infortunistici singolari, temute pandemie influenzali, modifiche istituzionali - vedi ISPESL -) e comunque nei **momenti di difficoltà economica e transizione nel mondo del lavoro** come quelli attuali, anche la Medicina del Lavoro (ML) è attraversata da fermenti, disagi, preoccupazioni. Tra i professionisti della salute occupazionale, **ruolo** rilevante è assegnato al **MC**. In Italia il ruolo di tale figura è inquadrato legislativamente, ma questa lettura appare riduttiva, rigida e de-professionalizzante. È nostra opinione - alla luce della letteratura italiana e di varie esperienze personali condotte sul campo - che **ruolo, qualità e contenuti del lavoro del Medico del Lavoro/Competente (MLC)** siano **valorizzabili e migliorabili**, così come siano perseguibili ulteriori risultati nei numerosi campi di tutela di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con il contributo rilevante e qualificato del MLC. Sul suo ruolo, periodicamente, si svolgono convegni, redigono documenti, ergono barriere difensive/corporative che tuttavia spesso lasciano il tempo che trovano. È necessario cambiare passo e valorizzare il ruolo professionale del MLC, attraverso una concreta e capillare **politica che privilegi etica, deontologia, competenza tecnico-scientifica ed aspetti umani del MLC** e che garantisca che attraverso tali principi egli possa esercitare operativamente il proprio ruolo, sia come libero professionista, sia come dipendente.

Scopo principale del contributo, certamente sintetico e non esaustivo, è sviluppare alcune riflessioni e proporre un'interpretazione del ruolo del MLC che possa considerarsi rispondente - modernamente - alle esigenze soprarichiamate.

Riflessioni

Siamo consapevoli che numerosi MLC svolgono impeccabilmente e con soddisfazione personale e dei propri assistiti (datori di lavoro e lavoratori *in primis*) il proprio lavoro;

essi non hanno certamente alcun bisogno di richiami di carattere etico-deontologico, tecnico-scientifico ed operativo. Tuttavia, è dato di fatto ed esperienza di molti come il **ruolo del MLC** possa spesso essere **percepito**, in particolare dal datore di lavoro, come fastidioso, generatore di problemi, imposizione normativa, costo aggiuntivo, di limitata efficacia ed efficienza, in posizione contrattualmente debole.

Appaiono inoltre rilevanti, ed anch'essi variamente dibattuti, i temi del **miglioramento della qualità delle attività del MLC**, con particolare riferimento a:

- **aspetti tecnico-scientifici** e buone prassi nella sorveglianza sanitaria (SS);
- **concorrenza sleale, conflitto di interessi** e di competenze nonché autonomia ed indipendenza del MLC;
- forme di **rapporto professionale**, appropriatezza delle retribuzioni;
- appesantimento burocratico, **legislazione non al passo** con i tempi tecnico-scientifici;
- rapporti con istituzioni ed in particolare con gli **organi di vigilanza**; limitata capacità di controllo delle violazioni;
- **formazione specialistica** universitaria, aggiornamento professionale.

Ci si rende perfettamente conto quindi delle difficoltà in cui può operare il MLC. Tuttavia, proprio per **affrontare al meglio queste problematiche** e rispondere alle esigenze di un ruolo certamente articolato, con significativa quota di responsabilità personale e molteplici **ricadute per individuo, impresa e società**, è necessario muoversi. La barriera più importante da superare appare proprio quella individuale/corporativa.

È probabilmente meglio rendersi finalmente conto che il MLC può esercitare un ruolo di **alto profilo**, unico e difendibile nei confronti dei vari interlocutori (datore di lavoro, lavoratori, RLS, RSPP, organi di vigilanza, Servizio Sanitario Nazionale, istituzioni ospedaliere ed universitarie, INAIL, altri medici) solo se:

- dimostra indispensabilità, **capacità di risolvere problemi** e di dare risposte chiare, non generiche, garantendo maggiore disponibilità/presenza;
- agisce con reale **indipendenza**, in assenza di conflitti di competenze e di interesse;
- avverte la necessità di svolgere un ruolo centrale e di consulenza effettivamente globale e di guida in azienda, in un contesto multidisciplinare, dai molteplici contenuti tecnici e scientifici in continua evoluzione, che deve padroneggiare e gestire con **competenza, aggiornamento, professionalità**;
- sente che **dignità ed etica** professionale sono beni inalienabili che, coniugati con la competenza, possono offrire quel “prodotto” a tutto campo oggi necessario per i sopracitati interlocutori;
- agisce con maggiore senso di responsabilità, evita di lamentarsi troppo e privilegia **proattività e verifica di efficacia** delle proprie azioni;
- evita di confrontarsi troppo corporativamente con altre figure oggi autorizzate a svolgere la funzione di MC, si concentra sulla propria competenza e fa emergere - nella pratica quotidiana, con la **cultura del fare** - i vantaggi che può conseguire ed i risultati che può ottenere, senza rinunciare a valorizzare la propria professionalità.

Proprio per queste **forti motivazioni**, bisogna impostare un investimento - nuovo e positivo - ed appare prioritario partire dalla propria personale situazione, cercando di migliorarla; pur riconoscendo che il nostro lavoro è svolto in co-responsabilità con altre figure aziendali e professionali, non appare comunque più giustificabile né procrastinabile - eticamente, deontologicamente e scientificamente - evitare di risolvere o accettare le problematiche a tutti note, pena un discredito eccessivo e svilimento indebito e sostanzialmente immeritato della disciplina e della professione.

Gli **strumenti culturali ed operativi** a disposizione esistono, così come i campi tecnico-scientifici per poterli utilizzare, in ogni singola azienda.

Non sono infatti certamente “nuovi” i richiami agli elementi fondanti della nostra disciplina e del nostro ruolo professionale, a doveri ed obblighi, ai contenuti tecnico-scientifici e professionali, alle condizioni necessarie per l'espletamento delle funzioni del MLC. Basta consultare con spirito pratico, ad esempio le convezioni ILO degli anni '80 sui servizi di salute occupazionale nei luoghi di lavoro, le Linee guida tecniche ed etiche per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori (ILO, 1998), i documenti su scopi e competenze della ML in Europa e sulle buone pratiche nei servizi sanitari aziendali (OMS, 2000, 2002), vari codici etico-comportamentali e linee guida redatti da ICOH, Ordini dei Medici (Padova, Brescia, Torino), Associazioni professionali, Istituzioni ed Università, SIMLII stessa, nonché l'ampia letteratura scientifica. Tuttavia, né la teoria, sistematizzata da tempo in documenti ampiamente e rapidamente fruibili per chiunque, né gli enunciati di legge - comunque opportuni - circa l'operato del MC secondo i principi della ML, il codice etico ICOH e gli indirizzi scientifici più avanzati, né gli sforzi di scuole di specializzazione più attente, sono apparsi sufficienti a condizionare significativamente e su larga scala l'operato del MLC, tale da farlo considerare dagli interlocutori un professionista di primo piano. È necessario un salto di qualità.

Nuovi pertanto dovrebbero essere:

- l'approccio del MLC all'utilizzo concreto di tali **elementi fondanti**, soprattutto deontologici e tecnico-scientifici;
- la capacità di raccogliere le sfide della **competitività**, magari non gradita e scorretta;
- il **ruolo gestionale-organizzativo** a tutto campo;
- il modo di **lavorare in equipe** e con interlocutori con diversi - anche obbligati - punti di vista;
- la capacità di **valutare** - umilmente e mettendosi in discussione da un lato, pur pretendendo che anche altri interlocutori lo facciano - **l'efficacia delle proprie azioni**, utilizzando strumenti ed **indicatori di processo e di risultato** che oggi la medicina - basata sull'evidenza - mette a disposizione;
- il modo di affrontare VdR, SS giudizi di idoneità, abbandonando schemi predefiniti (tuttavia percepiti come molto comodi e facili da applicare) e obsolete attività di routine, privilegiando un **nuovo ruolo clinico-diagnostico e gestionale** che comunque gli viene da sempre offerto, tenendo in considerazione che nessun altro potrebbe svolgerlo meglio, visto il curriculum formativo del MLC;
- lo stile di gestione della **posizione contrattuale** e della difesa del **decoro professionale**.

Sulla pratica del MLC

Per un “nuovo” ruolo del MLC, elemento essenziale è la qualità del suo operato.

Le dimensioni della **qualità** che qui interessano sono essenzialmente 3: **tecnico-scientifica**, **gestionale** e relativa alla **percezione/soddisfazione** dell'utente. La nostra disciplina si è occupata di tale tema con sporadiche pubblicazioni e con gli atti di 3 convegni nazionali: nel 1995 a Bergamo (organizzazione e costi delle attività del MC), nel 1997 a Mantova (qualità totale e ML nelle aziende pubbliche e private) e nel 2005 a Bergamo (sulle prove di efficacia in ML). Ad essi si rimanda per dettagli. Ciò che colpisce ed amareggia profondamente - sia attraverso esperienze personali di cui riferiamo in sede congressuale, sia leggendo documenti nazionali ed internazionali e gli atti sopraccitati - è che a fronte della disponibilità di strumenti operativi anche informatici, di casistiche ben studiate, di dati di letteratura spesso consolidati - e facilmente fruibili -, di revisioni sistematiche di efficacia (Cochrane), negli anni 2000 si assiste su larga scala ad **attività del MLC** caratterizzate da **basso profilo**, superficialità, genericità, mera formalità, disimpegno, fretolosità, in visite mediche, accertamenti di laboratorio e strumentali, anche di base (audiometria e spirometria), nella diagnostica clinica (assenza/inaccuratezza), ma anche - purtroppo - in quella etiologica specialistica (malattie perdute!!), nei giudizi di idoneità, nella collaborazione alla VdR, nella redazione cartelle, nella comunicazione, con rinuncia sostanziale proprio agli elementi qualificanti tipici della disciplina e della professionalità, restando così facile oggetto di critica. Il MLC dovrebbe invece **puntare su efficacia, appropriatezza, efficienza ed equità delle prestazioni**. Sono oggi a disposizione numerosi **indicatori**, sia di **sistema/struttura**, sia di **processo** (ad es. risorse disponibili, procedure per VdR, report, protocolli di SS e gestione delle idoneità, accuratezza diagnostica, relazioni sanitarie, procedure vaccinazioni, rientro al lavoro, accesso e continuità del servizio sanitario, presenza in azienda, monitoraggio infortuni, procedure, linee guida e buone prassi sui più vari campi, raccolta ed analisi sistematica di dati, individuazione aree e priorità di intervento, audit, benchmarking, etc.), sia di **esito** (a loro volta suddivisibili in indicatori **sanitari** - quali andamento dello stato di salute generale, infortuni, malattie lavoro-correlate, disabilità, eventi sentinella, suscettibilità, esito vaccini, riabilitazioni e ricollocazioni, tempi rientro al lavoro, promozione della salute, diagnosi precoci e nuove diagnosi, ricorso a cure primarie, benessere, indicatori di esposizione e di rischio, etc. - ed indicatori **gestionali**, quali sistemi di gestione di salute e sicurezza (OHSAS), aderenza alle procedure, linee guida e buone prassi di cui sopra, assenteismo, turnover, conformità alle norme e disposizioni, monitoraggio di tempistiche ed ore dedicate, risultati degli interventi, programmi di informazione/formazione/addestramento, ricorsi, rifiuti, immagine aziendale, relazioni interne, investimenti dedicati, rapporto costo/beneficio, produttività, indicatori di soddisfazione e percezione del “cliente”, etc.).

Il MLC ha l'imbarazzo della **scelta**, che deve essere ragionevolmente flessibile, consapevole e mirata - dopo valutazione di **evidenze scientifiche** e loro **applicabilità pratica** -, alle esigenze della singola situazione, a seguito magari di accordo con azienda e lavoratori.

Siamo fermamente convinti, anche alla luce di documentate esperienze personali di cui riferiamo in sede congressuale, che tutto ciò porta, oltre ai sopraccitati **benefici per impresa, lavoratori e società**, ad un significativo arricchimento della **professionalità** del MLC, valorizzazione del ruolo di consulenza, maggiore capacità di risolvere problemi, crescita della sua **credibilità e leadership** in azienda, maggiore **libertà** di gestione e di indipendenza intellettuale, **rendicontabilità**, e, in definitiva, a maggiori **soddisfazioni e motivazioni** personali. Il MLC dovrà quindi tendere a dimostrare che ciò che ha scelto di fare è necessario e porta benefici; ciò comporta l'interazione sistematica con i vari attori del sistema di prevenzione aziendale e con i lavoratori, compiti per i quali dovrà impiegare e sviluppare le necessarie doti umane e professionali, conservando autonomia d'azione, evitando condizionamenti, nella consapevolezza che bisogna sempre **seminare per raccogliere**. La nostra esperienza ci consente di affermare che ci sono sempre più **datori di lavoro** (anche piccole imprese) **disposti a maggiori investimenti** economico-gestionali a fronte di maggiore qualità.

D'altro canto, se il MC ritiene di non essere stato messo nelle condizioni di poter ben svolgere il suo ruolo, non può che rimettere l'incarico. Qui si innesta l'inveterato tema del **rapporto contrattuale** del MLC, del **decoro professionale** e del **compenso**. A fronte di un impegno professionale che è necessario, significativo, di responsabilità e foriero di benefici dimostrabili, il MLC pretenda adeguata remunerazione. È tuttavia noto - su larga scala - che i compensi sono modesti e che sempre più diffusa è la tendenza degli imprenditori, pubblici e privati, a ricorrere a gare al ribasso, cui evidentemente non è etico, né deontologico partecipare, come anche da indicazioni SIMLII. È altresì noto il tema della **concorrenza sleale** e che purtroppo molti MC sottostanno ad imposizioni di società o centri servizi, o loro stessi richiedono compensi assolutamente irrisori. Vero è che, tuttavia, molti MC non offrono - e non intendono neanche farlo - prestazioni qualitativamente e quantitativamente adeguate e che il tema etico-deontologico e tecnico-scientifico è raramente preso in considerazione. La “battaglia” è quindi su più fronti.

Salvaguardare quei professionisti MLC che rispettano criteri etici-deontologici, qualità tecnico-scientifica e professionale, dignità e decoro, appare un “nuovo” imperativo e tutti, dal singolo **MC**, alle **associazioni** professionali, di imprenditori e magari sindacali, fino agli **organi di controllo** (Ordini Medici, ASL), dovrebbero dare un **contributo concreto**, facendo “sistema”, sia con provvedimenti di carattere sanzionatorio e talora di isolamento, sia con azioni che cerchino di innescare un circolo virtuoso di MC o centri servizi che non rispettano i criteri, ancora una volta al fine di contrastare il decadimento della disciplina e per contribuire al **salto di qualità**, incompatibile sia se non viene offerta una prestazione complessivamente adeguata e controllata nella sua efficacia, sia se si richiede un compenso indecoroso.

I **campi**, gli spazi in cui applicare i dettami della ML sono **molti e tuttora apertissimi**, approfittando anche della legislazione favorevole in tal senso, che spinge verso buone prassi, linee guida, sistemi gestionali, indirizzi scientifici avanzati, in un contesto di principi etici, dando in mano al MLC chiavi di svolgimento del proprio ruolo decisamente innovative e privilegiate.

In merito alla SS, ad esempio, elementi qualificanti per il MLC sono la **diagnosi clinica ed etiologica**. Tuttavia, focalizzazione su sporadiche presenze in azienda, numero di visite mediche ed accertamenti di base, disimpegno (costa fatica e tempo somministrare un questionario, un'anamnesi accurata, acquisire documentazione, discutere con il lavoratore, richiedere un esame e poi valutarlo), passività, timore del datore di lavoro, desiderio di compiacere e di non procurare problematiche, qualche disincentivo anche burocratico, magari anche uno scarso aggiornamento, fa sì che spesso il MLC rinunci o non pensi all'approfondimento diagnostico, non segnali una patologia o segnali solo quelle più "facili" (ad esempio l'ipoacusia), non proceda alla diagnosi differenziale, o concluda l'accertamento senza neanche una diagnosi. È da rimarcare il fatto che la diagnosi può essere facilmente "governata" dal MLC preparato. Tutto ciò porta ad una dequalificazione del MLC (ruolo solo limitato alla burocrazia ed alla minima copertura) e naturalmente al tema delle malattie perdute, dovute al limitato/assente riconoscimento dell'etiologia occupazionale o lavoro-correlata ed alla sua mancata, limitata o imprecisa notifica, che rappresentano evidentemente "autogol" per il MLC. Altro campo in cui il MLC ha per troppo tempo rinunciato ad impegnarsi è quello degli **infortuni sul lavoro**. Come specificato in altra nostra relazione dei presenti atti, esso rappresenta un campo d'intervento del MLC che spazia dalla prevenzione primaria alla secondaria e terziaria, ma che quasi mai vede, nella singola azienda, un completo contributo del MLC, che spesso si limita ad osservare il fenomeno a consuntivo. Anche in questo caso, le opportunità offerte dagli strumenti tecnico-scientifici e la peculiare preparazione del MLC sarebbero garanzie per un intervento sul campo, con benefici netti e dimostrabili attraverso indicatori diversi, sanitari e non.

Altri campi di rilievo per la professionalità e la quotidianità del lavoro del MLC, ma finora sottostimati, appaiono la **promozione della salute, l'immigrazione, le differenze di genere**, dove possono delinearsi ed essere meglio apprezzate competenze cliniche, educative e di gestione di singoli e gruppi di lavoratori, proprie del MLC.

Sembra che il MLC abbia abdicato anche al **ruolo di consulenza generale** in azienda. Mai come oggi, è necessario che egli contribuisca alla salute e sicurezza agendo a tutto campo. La nostra disciplina è certamente l'unica che ha storia e competenze nel merito. Tuttavia, anche in questo caso, lo spazio di miglioramento appare notevolissimo, basterebbe rimettersi semplicemente in gioco. A tale pro-

posito, potremmo citare elementi emersi da nostre esperienze pluriennali sul campo, nella fusione dei metalli, nei servizi, nell'asfaltatura stradale, nella zootecnia, di cui riferiamo in sede congressuale.

Infine, dobbiamo sottolineare come sia molto trascurato il ruolo del MLC nello **sviluppo della ricerca scientifica**. Ciò può essere attuato - in pratica, basta volerlo - tenendo e coltivando i rapporti con le istituzioni pubbliche deputate, che a loro volta dovrebbero fare sforzi per stimolare e supportare la collaborazione. Il valore culturale e le potenziali ricadute nella disciplina sono altissimi, ma spesso ciò non è sufficientemente compreso.

In tutto ciò, un ruolo rilevante è giocato dalla **formazione specialistica universitaria e dall'aggiornamento continuo**, che deve tenere conto delle moderne esigenze ed essere orientato anche sul saper fare e saper essere.

Conclusioni

Il presente contributo è risultato di riflessioni personali, dati di letteratura ed esperienze condotte sul campo, al solo scopo di promuovere positivamente un "nuovo" ruolo del MLC e cercare di elevarne autonomia, professionalità, qualità, credibilità, avendo la ferma convinzione che sia certamente possibile coniugare rigore etico e tecnico-scientifico con l'applicazione nella pratica quotidiana e nella condotta professionale del MLC.

Siamo certamente consapevoli come in un sistema apparentemente consolidato, e di fronte a difficoltà datate, sia necessario un maggiore sforzo culturale, tecnico-scientifico ed operativo di tutte le componenti della disciplina.

Tuttavia, va sottolineato che è tempo di abbandonare battaglie di retroguardia, riconoscere le problematiche di cui siamo responsabili e puntare finalmente su convenienze e vantaggi negli ambiti clinico, di valutazione del rischio, epidemiologico, culturale, didattico, scientifico-divulgativo, a livello individuale, d'impresa e società, che il MLC qualificato, agevolato nel qualificarsi, che voglia operare attraverso la cultura del fare e del verificare l'efficacia, è certamente in grado di conseguire.

Bibliografia essenziale

- 1) Franco G. Medicina del lavoro e qualità totale nelle aziende pubbliche e private. Pime Editrice Pavia, 1997, 5-169.
- 2) International Labour Office. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance (OSH No. 72). Ginevra, 1998.
- 3) Manno M e coll. Occupational Medicine at stake in Italy. Lancet, 2002; 359 (9320): 1865.
- 4) Mosconi G e coll. Ricerca e dimostrazione delle basi scientifiche delle prove di efficacia in medicina del lavoro. G Ital Med Lav Erg 2006; 28: 1, 129-215.
- 5) Porru S e coll. Le malattie da lavoro perdute. G Ital Med Lav Erg 2008; 30: 1, 49-55.
- 6) World Health Organization. Good practice in occupational health service. A contribution to workplace health. 2002.

E. Ramistella¹, A. Maviglia²

L'attività professionale del medico competente: criticità attuali e prospettive future

¹ Medico del Lavoro Competente (Catania)

² Medico del Lavoro Competente (Lecco)

RIASSUNTO. Negli ultimi anni la sanità ha vissuto un processo di grande trasformazione, dovuto alle più recenti conquiste tecnologiche, alla scoperta di nuovi farmaci e alle mutate condizioni sociali ed economiche del nostro paese. Anche l'attività professionale del "medico competente", a partire dalla definizione del lontano art. 33 del DPR n. 303/56, si è trasformata profondamente, comportando oggi un complesso insieme di adempimenti sostanziali e formali che rendono il suo ruolo di grande responsabilità professionale e sociale e passando dalla mera valutazione dell'idoneità alla mansione a una più moderna attività di *consulenza sanitaria aziendale*.

Pur tuttavia, persistono nel corpus normativo aree di incertezza e divergenze interpretative che rendono difficoltosa l'attività professionale. I medici competenti devono confrontarsi con una serie di difficoltà che finiscono per ostacolare lo svolgimento del loro lavoro che, invece, dovrebbe essere privo di interferenze al fine di ottenere sempre i risultati previsti in tema di tutela della salute dei lavoratori. Dopo una breve disamina delle principali criticità riscontrabili, vengono quindi formulate alcune proposte concrete per far sì che il medico competente del prossimo futuro sia sempre più un professionista qualificato capace di rispondere adeguatamente alle esigenze derivanti dalle moderne evidenze scientifiche nonché alle aspettative dei lavoratori e dell'intera società.

Parole chiave: medico competente, criticità, prospettive.

ABSTRACT. PROFESSIONAL ACTIVITY OF "COMPETENT PHYSICIAN": ACTUAL TROUBLES AND FUTURE PERSPECTIVES. *In recent years, Health has experienced a great transformation, due to the latest technological breakthroughs, the discovery of new drugs and changing social and economic conditions of our country. The professional activity of the "competent physician", even, from the definition of art. 33 of DPR 303/56, result in today's complex set of procedural formalities that make your role as a great professional and social responsibility. However, there are still areas of uncertainty in the law and different interpretations that make it difficult to work. The competent physicians faced with a series of problems that hinder the development of their work, instead, should be free from interference in order to always get the expected results in preserving the worker's health. After a brief discussion of the main weaknesses found, are made some concrete proposals to ensure that the physician in the foreseeable future is increasingly a qualified professional capable of responding adequately to the needs arising from modern scientific evidence and the expectations of workers and the whole society.*

Key words: competent physician, troubles, perspectives.

Introduzione

La vastità è l'ampiezza dell'argomento in trattazione, per le numerose e complesse implicazioni di carattere pratico e operativo connesse, richiederebbe sicuramente grande spazio a disposizione al fine di poter sviscerare al meglio ogni singolo aspetto.

E questo, ancor più, in considerazione dei contenuti del D.Lgs. 81/08, già modificato e integrato dal D.Lgs. 106/09 (impropriamente definito "Testo Unico"), che definire "nuovo" a poco più di due anni dall'entrata in vigore sembrerebbe anacronistico, sia pure per motivi cronologici e non sostanziali. Le numerose incertezze e interpretazioni da parte degli organi di vigilanza, riguardanti sia la forma che il merito di attuazione di taluni obblighi, le interpretazioni di alcune disposizioni, a volte le più diverse per specifici aspetti, le rigidità applicative di alcuni articoli, rendono l'argomento nel suo complesso molto interessante e vasto, non solo e non esclusivamente per i medici competenti.

Nell'esaminare i vari punti presi in considerazione nella presente relazione si sono voluti approfondire gli aspetti più critici delle concrete realtà professionali vissute quotidianamente dai medici competenti nel nostro paese; ci si scusa sin d'ora per il tono apparentemente polemico che taluni passaggi potranno rivestire.

L'identità del medico competente oggi

Chissà se l'anonimo Legislatore, nell'ormai lontano 1956, avrebbe immaginato quale "fortuna" - e quale dibattito - avrebbe avuto quella dizione di "medico competente", indicata all'articolo 33 del famoso (oggi abrogato) DPR n. 303 del 1956?

Eppure quella generica indicazione, che voleva sottolineare che l'allora *medico di fabbrica* (chiamiamolo così) non poteva essere un medico qualunque, ma doveva possedere una certa "competenza" - sia pure non specificata - ha resistito nel nostro paese per lungo tempo, nonostante la successiva istituzione di cattedre e di scuole di specializzazione in Medicina del Lavoro e discipline affini (medicina preventiva dei lavoratori, igiene e tossicologia industriale etc.). Tralasciando alcune definizioni particolari

e parziali dovute a normative intercorrenti (come ad esempio il DPR 1124/65 o il decreto sul Cloruro di Vinile Monomero), occorre giungere al D.Lgs. 277/91, che peraltro introdusse la prima sanatoria per esercitare le funzioni di medico competente, e poi al D.Lgs. 626/94 per colmare questa lacuna, fissando i titoli per l'attribuzione della "competenza".

In tempi più recenti il Legislatore, con il D.Lgs. 81/08, ha ribadito concettualmente la definizione precedente, ma poco tempo dopo, introducendo il D.Lgs. 106/09, ha pensato bene di riproporre una ennesima, differente, definizione.

Quindi, in sostanza, chi è oggi il medico competente?

L'articolo 38 del D.Lgs. 81/08 (titoli e requisiti del medico competente), modificato dal D.Lgs. 106/09, lo identifica e definisce formalmente nel seguente modo:

- a) medico specialista in Medicina del Lavoro (o specializzazioni affini);
- b) medico docente universitario di Medicina del Lavoro o discipline affini;
- c) medici autorizzati ai sensi dell'articolo 55 del D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277;
- d) medico specialista in Igiene e medicina preventiva o in Medicina Legale e delle Assicurazioni (con alcune, precise, limitazioni);
- e) medico delle Forze armate, che abbia svolto l'attività di *medico nel settore del lavoro* per almeno quattro anni.

Il Legislatore, quindi, in un percorso storico che risulta difficilmente comprensibile, nel corso degli anni ha perseguito pervicacemente una politica che ha condotto all'ampliamento dei titoli e dei requisiti abilitanti per lo svolgimento delle funzioni del medico competente, invece di sottolineare e ribadire l'importanza della qualificazione professionale degli stessi professionisti mirando, nel contempo, alla semplificazione normativa delle procedure per lo svolgimento della stessa attività. Tale approccio avrebbe consentito di ottenere un numero adeguato, non eccessivo, di medici del lavoro "competenti", altamente preparati e qualificati, in grado di rispondere a tutte le istanze provenienti da un mondo del lavoro in continua evoluzione e trasformazione.

Invece, oggi, il risultato è una sorta di *perdita di identità*. Le scelte politiche compiute negli anni scorsi hanno condotto a una pletora di medici competenti (l'Italia, con circa 11.000 unità, è uno dei paesi dell'Unione Europea con più alto numero di tali professionisti), provenienti da percorsi formativi e da esperienze lavorative disperate e disomogenee, creando le premesse per una serie di situazioni di difficile gestione.

Tale condizione, oggi piuttosto evidente, costituisce anche il risultato della distorsione creata nel rapporto tra "domanda e offerta" (o, per meglio dire, tra "richiesta e disponibilità") di medici competenti e le conseguenze possono essere elencate come segue:

- Eccessivo numero di medici abilitati a svolgere le funzioni di medico competente;
- Differente preparazione e formazione specifica, in considerazione dei differenti percorsi formativi (e delle varie "sanatorie" occorse negli anni);

- *Modus operandi* fortemente differenziati e frammentati nelle varie realtà territoriali nell'approccio alle varie problematiche professionali;
- Difficoltà da parte degli Organi di Vigilanza nell'avere una controparte coerente e significativamente omogenea;
- Livellamento verso il basso delle tariffe delle varie prestazioni professionali;
- Inevitabile abbassamento della qualità delle prestazioni professionali del MC;
- Fiorire di pratiche deprecabili (ad esempio gare al ribasso);
- Condizione di debolezza contrattuale e professionale del singolo medico competente, soprattutto neo-specialista, nei confronti del singolo datore di lavoro e, soprattutto, dei cosiddetti centri di servizi.

In tal modo la dignità professionale dei medici specialisti in Medicina del Lavoro è stata indubbiamente (e fortemente) ridimensionata.

La formazione del medico competente (o, meglio, il suo deficit di formazione)

Probabilmente pochi paesi al mondo, soprattutto nell'ambito dell'occidente industrializzato, possono vantare una situazione per la quale professionisti medici con determinati percorsi formativi specialistici sono abilitati dalla legge a esercitare le funzioni di colleghi che hanno seguito un percorso formativo ben differente; e - si badi - non solo differente nella forma, cioè nella definizione dello stesso corso di specializzazione, ma soprattutto nella *forma mentis* e negli stessi contenuti (sarebbe interessante registrare le reazioni dei notai se si consentisse a tutti gli avvocati, con esperienza di quattro anni in campo civilistico, di svolgere anche le funzioni notarili).

Questa è una delle cause del deficit formativo del "medico competente", in linea generale. Esempio è la vicenda relativa al ruolo dei sanitari delle Forze armate (compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza) che, avendo svolto l'attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni sono diventati *ope legis* "medici competenti" a tutti gli effetti. Ovviamente senza alcun risentimento nei confronti di questi colleghi, è arduo comprendere la logica secondo la quale aver svolto un ruolo professionale "nel settore del lavoro" di strutture pubbliche per un certo lasso di tempo possa essere ritenuto sufficiente per svolgere la complessa attività di medico competente. Appare evidente come tale percorso possa essere fortemente carente, perché misconosce le complessità di numerose tematiche specifiche relative ai disparati ambienti di lavoro (basti ricordare il rischio chimico, cancerogeno, mutageno; il rischio biologico; la valutazione dello stress lavoro-correlato, etc.).

Analoga la condizione, contenuta nel citato articolo 38 del D.Lgs. 81/08, in materia di percorsi formativi universitari obbligatori validi solo per i "nuovi" medici specializzati in Igiene e Medicina preventiva e in Medicina Legale e delle Assicurazioni. Infatti i "vecchi" colleghi igienisti e medici legali, che avevano fino a quel momento

esercitato l'attività di medico competente (anche solo per un anno) hanno avuto la possibilità di vedere confermato il loro ruolo (anche qui nessuna acrimonia personale nei confronti di questi colleghi, peraltro orientati verso altre attività professionali per loro più congeniali). A questo proposito è opportuno sottolineare che i colleghi igienisti e medici legali seguono nei rispettivi corsi di specializzazione percorsi formativi molto differenti quelli seguiti dagli specialisti in medicina del lavoro. Nei loro programmi non è previsto alcun approfondimento dei rischi presenti nei luoghi di lavoro e dei loro effetti sulla salute, non è contemplato lo studio delle patologie professionali né viene sviluppata la competenza clinica richiesta per eseguire la sorveglianza sanitaria ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Ciò nonostante, in molti casi è prevalente il carattere accademico della formazione universitaria specialistica anche in Medicina del Lavoro; solo negli ultimi anni (e purtroppo non in tutte le sedi universitarie) si sta rapidamente raggiungendo l'evoluzione normativa e moderna dello stesso mondo del lavoro.

Nelle condizioni descritte, l'attuale eterogeneo e variegato mondo dei "medici competenti", dal punto di vista formativo, si presenta carente e bisognoso di interventi urgenti. Probabilmente in questa direzione potrebbe migliorare la situazione il recente progetto didattico mirante alla creazione di un'area complessiva di "Sanità pubblica" che include le specializzazioni in Igiene e Medicina Preventiva, Medicina Aeronautica e Spaziale, Medicina del Lavoro, Medicina Legale e Statistica Sanitaria. Si tratta di un "corso unico" di tipo specialistico con un tronco comune (biennio) e una successiva ulteriore scelta in relazione alla specializzazione finale (triennio), auspicando che i vari settori siano adeguatamente specificati e rinnovati.

La "scarsa autorevolezza" del medico competente sui luoghi di lavoro e nei confronti del datore di lavoro

Per molti anni, diciamo a partire dal DPR 303/56 fino agli anni '90, il medico competente era chiamato essenzialmente a valutare una generica idoneità al lavoro, spesso avulsa da considerazioni specifiche legate alla conoscenza diretta dell'ambiente di lavoro e, soprattutto, in assenza di dati certi sui livelli di esposizione ai vari fattori di rischio nella "presunzione" della esposizione al rischio derivante dalla stessa norma giuridica (si rammenti la famosa tabella allegata all'art. 33 del DPR 303/56).

A partire dal 1991, inizialmente solo per piombo, rumore e amianto e successivamente in modo esteso agli altri vari rischi lavorativi nell'*excursus* normativo ben noto, si è giunti a individuare una attività di sorveglianza sanitaria ben più complessa e articolata, fortemente ancorata alla valutazione dei reali e specifici livelli espositivi (purtroppo ancora esclusivamente nei casi previsti dalla normativa vigente).

A rendere ancor più complessa l'attuale posizione del medico competente alcune recenti novità normative hanno inserito nuove problematiche, spesso multidisciplinari, fra cui si ricordano gli accertamenti per l'assenza di alcol-dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupe-

facenti per mansioni individuate, la sorveglianza sanitaria dei lavoratori atipici, la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato etc.,

Il medico competente, stretto nella morsa tra l'attuale complesso quadro normativo (con il conseguente apparato sanzionatorio) e le numerose criticità già rammentate in precedenza, vede materializzarsi con sempre maggiore evidenza una sua "scarsa autorevolezza" sui luoghi di lavoro e - soprattutto - nei confronti del datore di lavoro.

La diretta dipendenza economica da parte del committente può condurre, nei fatti, al conseguente scarso (o nullo) potere contrattuale sul luogo di lavoro, che si manifesta nella assenza di alcun potere decisionale e nella residuale possibilità di incidere realmente sulle problematiche di salute e sicurezza dei lavoratori.

Si è inoltre assistito, negli ultimi anni, a tentativi sempre più pressanti delle varie figure tecniche della sicurezza, (in particolar modo degli RSPP, di invadere il campo squisitamente medico, con tentativi di appropriazione - nelle medie e grandi aziende - talvolta anche degli spazi fisici destinati alle infermerie e agli uffici del medico competente,. Gravi sono stati i tentativi di ingerenze nel merito, fino ad arrivare alla pretesa - più o meno velata - di decidere se, quando e in quali casi attivare la sorveglianza sanitaria e addirittura, in alcuni casi (per fortuna ancora limitati) con l'assurda pretesa di avere voce in capitolo nella predisposizione del piano sanitario, il cosiddetto "protocollo sanitario" delle visite e degli accertamenti preventivi e periodici.

A fronte di simili episodi, forse tipici solo delle grandi aziende e che spesso fanno seguito alla autorevolezza e alla professionalità del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, si sono registrati analoghi episodi di conflittualità all'interno di strutture della Pubblica Amministrazione, sanitari e non. A tal proposito possono essere citate situazioni in cui al medico competente è stato richiesto di essere inserito nel servizio di prevenzione e protezione, con subordinazione (anche gerarchica) al RSPP o, addirittura, con la qualifica di addetto al servizio. D'altra parte è arduo sostenere come il medico competente possa avere maggiore autorevolezza sul luogo di lavoro, anche se culturalmente attrezzato, aggiornato, professionalmente preparato e scrupoloso nel lavoro quotidiano, quando risulti ricattabile economicamente. In questo senso orienta anche la spinta al ribasso della tariffe sanitarie, in seguito al cosiddetto "decreto Bersani" che ha abolito le tariffe minime per tutte le professioni, rendendo così qualunque medico competente facilmente sostituibile da altri colleghi o anche dalle proposte di alcuni cosiddetti "centri servizi" che offrono pacchetti tutto compreso a costi molto contenuti, anche se di discutibile qualità complessiva.

Spesso gli stessi rapporti con i colleghi degli Organi di Vigilanza sono difficili, qualora non "conflittuali", in quanto il medico competente è tenuto a far fronte ad un carico burocratico eccessivo e sostenuto da un apparato sanzionatorio che in alcuni casi può apparire vessatorio. Alcune volte, inoltre, i medici del lavoro dei servizi delle aziende sanitarie locali si pongono come "coordinatori" dell'attività dei medici competenti del territorio, cosa che può essere di aiuto ma anche creare frizioni e difficoltà.

Prospettive future

Con un quadro dipinto a tinte così fosche nei paragrafi precedenti, parlare ottimisticamente di prospettive future potrebbe sembrare paradossale; d'altra parte, come già anticipato, si è voluto mantenere uno sguardo obiettivo nei confronti della realtà, senza nascondersi dietro considerazioni di facciata o superficiali.

Consapevoli che in molte situazioni è difficile - se non impossibile - tornare indietro, è opportuno formulare alcune ipotesi di lavoro sulla possibile evoluzione della condizione per ridare autorevolezza, maggiore dignità e una nuova professionalità alla figura del "medico competente", come oggi tratteggiata.

Di seguito, in modo necessariamente sintetico, vengono elencate alcune iniziative potrebbero andare nella giusta direzione.

Innanzitutto appare fondamentale prevedere apposite modifiche della normativa vigente che consentano al medico competente di dedicare la totalità del suo tempo alle attività sanitarie, riducendo al minimo possibile l'adempimento di quei formalismi burocratici che nulla aggiungono alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. La ripetuta sovrapposizione di leggi, decreti applicativi, intese Stato-Regione e altre simili disposizioni ha condotto a una devastante sensazione di incertezza e finisce per rendere difficile anche il lavoro quotidiano. Molte sono le proposte venute in questi ultimi anni, da parte della SIMLII e di altre società scientifiche e professionali del settore, per cui non è necessario dilungarsi in questa sede; si rammenta solo l'importanza di quella modifica legislativa che consentirebbe esplicitamente l'attivazione della sorveglianza sanitaria, a valle della valutazione dei rischi e in tutti i casi necessari (non solo in quelli previsti dalla legge) su motivato parere del medico competente, che potrebbe così arricchire ulteriormente il suo importante contributo alla stessa valutazione dei rischi. Altra interessante modifica potrebbe essere quella relativa alle modalità di svolgimento del ruolo di medico competente, modificando il comma 2 dell'articolo 39 del D.Lgs. 81/08 (nello specifico della lettera a), eliminando - semplice-

mente le parole "o privata"). Ciò, tra l'altro, consentirebbe ai centri di servizi di concentrarsi sulla difficile attività di valutazione tecnica dei rischi.

Probabilmente sarebbe opportuno modificare anche il comma 3 dell'articolo 38 in tema di ECM, eliminando il vincolo del 70% dei crediti nella disciplina specifica, in quanto l'approccio multidisciplinare oggi richiesto dalle numerose problematiche emergenti negli ambienti di lavoro va proprio nella direzione opposta.

Infine, sarebbe interessante valutare una possibilità ancora più ambiziosa, cioè la creazione di una sorta di "Agenzia nazionale dei medici competenti". Una simile struttura potrebbe facilmente accogliere i vari professionisti abilitati (presenti, tra l'altro, nell'elenco nazionale dei medici competenti) e mantenere tariffe uniformi su tutto il territorio nazionale, garantendo nel contempo il rispetto della professionalità e dell'aggiornamento degli stessi medici e incrementandone l'autorevolezza nell'ambito dei vari luoghi di lavoro.

Si tratta, come è ovvio, di un importante rinnovamento della figura e del ruolo del medico competente, a fronte di una visione condivisa e di una azione congiunta da parte di tutti i protagonisti della prevenzione (lavoratori, sindacati, organizzazioni datoriali, organismi tecnici e di controllo etc.).

Sono spunti da approfondire e discutere fino in fondo, per migliorare la professionalità di tutti e con l'auspicio di poter finalmente esercitare la nostra attività professionale con serenità e nella consapevolezza di continuare a lavorare per la tutela e la promozione della salute di tutti i lavoratori.

Bibliografia

- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - S.O. n. 108.
- Decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106 "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 189 del 5 agosto 2009 - S.O. n. 142/L.

Richiesta estratti: Dr. Ernesto Ramistella - Medico - Specialista in Medicina del Lavoro - Via Trinacria, 34 - 95125 Tremestieri Etneo (CT), Italy

G. Frigeri

Il Medico Competente operativo nell'ambito di strutture convenzionate con il Datore di Lavoro (D.Lgs. 81/08, art. 39 comma 2 lettera a): implicazioni professionali, organizzative, giuridiche e medico legali

Euronorma, Piazza della Pace 5, 43038 Sala Baganza (PR)

RIASSUNTO. Il D.Lgs. 81/08 prevede la possibilità che il Medico Competente operi anche come dipendente o collaboratore di una struttura privata convenzionata con l'imprenditore per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria. Vengono qui esaminate le tipologie di strutture private che attualmente garantiscono tale possibilità. Sono prese in considerazione le implicazioni di tale scelta, dal punto di vista delle Aziende, del Medico Competente e dell'Organo di Vigilanza.

Parole chiave: medico competente, struttura convenzionata, sorveglianza sanitaria.

ABSTRACT. *THE OCCUPATIONAL DOCTOR WORKING IN PRIVATE SERVICES APPOINTED BY THE EMPLOYER FOR MEDICAL SURVEILLANCE (LAW DECREE 81/08, ARTICLE 39 PARAGRAPH 2 LETTER A): PROFESSIONAL, ORGANISATIONAL, JURIDICAL AND FORENSIC IMPLICATIONS. The Italian Health and Safety Law (D.Lgs. 81/08) allows the Employer to commit to a private H&S Service the execution of the medical surveillance, being the Occupational Doctor ("Medico Competente") an Employee or Collaborator of the Service itself rather than a "freelancer" Professional. The implications of such a choice are discussed, taking in account the point of view of the Employer, the Occupational Doctor and the Control Authority.*

Key words: occupational health physician, conventional structure, health surveillance.

Introduzione

L'attività del Medico Competente, secondo quanto previsto dall'art. 39 comma 2 lettera *a* del D.Lgs. 81/08, può svolgersi secondo le seguenti modalità:

- a) dipendente o collaboratore¹ di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore;
- b) libero professionista;
- c) dipendente del datore di lavoro.

Il Medico Competente che opera nell'ambito di una struttura convenzionata con il Datore di Lavoro rappresenta, come si vede, la prima opzione.

In Italia, al contrario degli altri Paesi dell'UE, ha tuttavia finora prevalso la figura del Medico Competente libero professionista, anche se nel settore sanitario pubblico e, raramente, in quello privato, compare anche la figura del Medico Competente dipendente della struttura stessa.

Nel settore privato sono le Associazioni Imprenditoriali, soprattutto degli Artigiani, che hanno maggiormente utilizzato la modalità prevista dal comma 2 lettera *a* dell'art. 39. Sono tuttavia in aumento le singole Aziende (e recentemente anche le Pubbliche Amministrazioni) che si affidano, per l'esecuzione della Sorveglianza Sanitaria, a strutture private anche mediante l'indizione di gare d'appalto basate a volte solo sul prezzo inferiore, ma sempre più spesso sull'offerta economica più vantaggiosa, intesa come combinazione di qualità del servizio e prezzo.

Alcuni settori del mondo libero professionale temono questa trasformazione, arrivando a volte ad accusare le strutture private di "sfruttamento", e concorrenza sleale, attraverso la riduzione delle tariffe a livelli tali da non garantire, a parere dei più critici, un sufficiente livello di qualità delle prestazioni professionali.

Gli stessi organi di vigilanza preferiscono in generale avere come interlocutori diretti i singoli Medici Competenti, piuttosto che "trattare" con strutture con una propria identità aziendale, una propria organizzazione interna, propri protocolli operativi.

¹ L'inserimento, nel D.Lgs. 81/08, del termine "collaboratore" in aggiunta al termine "dipendente" rende non più applicabile la nota del Ministero del Lavoro n.3148 del 22/12/2005 in risposta ad una istanza di interpello inoltrata dalla Associazione del Commercio e del Turismo di Forlì.

Scopo di questo intervento è discutere le implicazioni e le opportunità, derivanti:

- a) per un'Azienda, dalla scelta di avvalersi di una struttura per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria per i propri lavoratori;
- b) per il singolo Medico Competente, di scegliere di operare in un struttura piuttosto che come libero professionista "puro", tenendo presente anche il punto di vista dell'Organo di Vigilanza.

Discussione

È bene precisare innanzitutto cosa si intende per "struttura", specificando che questo intervento tratta solo delle strutture private.

Chi intende convenzionarsi con una struttura privata per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria, può operare le seguenti scelte:

- 1) Optare per un poliambulatorio specialistico in cui, tra gli altri, operano anche Medici Specialisti in Medicina del Lavoro;
- 2) Convenzionarsi con uno studio specializzato in prestazioni di sicurezza sul lavoro, a sua volta convenzionato con Medici Competenti cui "passa" le Aziende;
- 3) Scegliere uno studio medico associato composto da soli Medici Competenti;
- 4) Indirizzarsi ad una struttura privata specializzata in sicurezza e medicina del lavoro, con Medici Competenti dipendenti o collaboratori.

Nel caso dell'opzione n. 3 (studio associato) non si può realmente parlare di "struttura": si tratta di liberi professionisti associati, che mettono in comune gli aspetti logistici, tecnici ed amministrativi, ma continuano ad operare come liberi professionisti. Peraltro non sono da sottovalutare le maggiori opportunità di confronto continuo e scambio di esperienze, e quindi di crescita professionale, rispetto al libero professionista "solitario".

Nella opzione n. 1 (Poliambulatorio specialistico) le strutture, tra le offerte prestazionali, comprendono anche la medicina del lavoro e la connessa attività di Medico Competente.

Il Medico Competente nel Poliambulatorio, come gli altri specialisti, presta la propria opera individualmente, percependo un compenso che normalmente si attesta tra il 60% e il 70% del costo tariffario praticato all'Azienda cliente. La stipula delle convenzioni con le Aziende è assicurata dal Poliambulatorio, che garantisce anche gli aspetti organizzativi. Normalmente nel compenso percepito dal medico sono compresi anche i compiti diversi dalle visite mediche: protocolli, sopralluoghi, relazioni, informazione e formazione dei lavoratori, ecc. La struttura esegue direttamente gli esami strumentali previsti dai protocolli, e le eventuali altre visite specialistiche.

Il Medico Competente opera in assoluta autonomia (intesa anche nel senso limitativo di "solitudine"), e la Direzione Sanitaria della struttura garantisce al massimo un controllo sulla organizzazione complessiva, non avendo alcun ruolo di "supporto" metodologico o professionale nei confronti del Medico Competente stesso, salvo il raro

caso in cui il Direttore Sanitario provenga dall'area della Prevenzione.

Il vantaggio per una Azienda nel rivolgersi ad un Poliambulatorio è quello di "trattare" da Azienda ad Azienda sulle modalità organizzative e sulle tariffe, e di far effettuare nella stessa struttura gli eventuali esami strumentali e visite specialistiche, con risparmio di tempo.

L'Azienda ha quindi due interlocutori distinti: sul piano amministrativo ed economico la struttura; sul piano degli adempimenti legislativi il solo Medico Competente.

L'Organo di Vigilanza ha invece come unico interlocutore il Medico Competente, essendo il Poliambulatorio di fatto un semplice "contenitore strutturale".

Nella opzione n. 2 troviamo strutture di natura per lo più tecnico-ambientale, titolari di rapporti con Aziende o Associazioni imprenditoriali da un lato, e con liberi professionisti dall'altro, cui affidano di volta in volta la sorveglianza sanitaria delle singole Aziende.

Il titolare del rapporto con le Aziende è la struttura. Per gli aspetti invece di natura formale inerenti i compiti del Medico Competente, i singoli Professionisti operano in modo autonomo l'uno dall'altro e rispetto alla struttura stessa, che funge essenzialmente da "procuratore di attività". La struttura indica all'Azienda il nominativo del Medico Competente da incaricare e, di norma, si riserva la facoltà di poter indicare un diverso nominativo, con obbligo delle Aziende di adeguarsi. In molti contratti è prevista anche l'opzione opposta: l'obbligo della Struttura di cambiare il Medico Competente su richiesta dell'Azienda.

Sul piano economico la struttura addebita alle Aziende Clienti il costo del servizio, mentre il Medico Competente imputa alla struttura l'importo delle proprie competenze che, generalmente, prevedono un compenso inferiore per singola prestazione rispetto ai costi addebitati alle Aziende dalla struttura di riferimento, a copertura del ruolo di intermediazione svolto dalla struttura stessa.

Sul piano della attività professionale il Medico Competente agisce in proprio, senza connessione con l'attività della struttura. Raramente è chiamato a partecipare attivamente alla valutazione dei rischi ed alla redazione del documento e, fatta eccezione per la riunione periodica, i suoi rapporti con la struttura "committente" rimangono di natura essenzialmente economica. Nella generalità dei casi non vi è l'opportunità sistematica di un confronto con gli altri Medici operanti per la stessa struttura.

Dal punto di vista dell'Organo di vigilanza, nulla sostanzialmente cambia rispetto all'interlocutore libero professionista "puro".

L'opzione 4 (struttura privata specializzata in medicina del lavoro, con Medici Competenti dipendenti o collaboratori), è ancora relativamente poco diffusa in Italia (mentre rappresenta la forma di servizio prevalente nella maggioranza dei Paesi dell'Unione Europea, in particolare della "Vecchia Europa"). Si tratta di strutture quasi sempre "miste", di medicina del lavoro e sicurezza sul lavoro, che di norma operano in collaborazione soprattutto nel caso, sempre più frequente, in cui le Aziende Clienti si affidano alla struttura stessa per tutti gli adempimenti connessi al rispetto delle norme.

Strutture di questo tipo hanno una propria direzione sanitaria rappresentata da Medici Specialisti in Medicina del Lavoro con esperienza professionale e organizzativa che, a differenza del Poliambulatorio, e ferma restando l'autonomia tecnico professionale dei singoli Medici Competenti nell'ambito della propria attività professionale, assicura l'uniformità degli indirizzi, dei protocolli sanitari, della formazione e dell'aggiornamento, gestendo anche direttamente il personale sanitario non medico (infermieri professionali, assistenti sanitari, tecnici audiometristi, tecnici di fisiopatologia respiratoria ecc.) e garantendo il corretto utilizzo delle risorse tecniche, strumentali e professionali.

Pur potendo fornire anche prestazioni "separate" (tecniche e sanitarie), di norma strutture di questo tipo operano per le Aziende Clienti secondo una modalità "full service": l'Azienda affida cioè in toto alla struttura l'adempimento di tutti gli obblighi derivanti dalla legge, dalla valutazione dei rischi, alla sorveglianza sanitaria, la formazione dei lavoratori.

I contratti spesso prevedono la delega al Direttore Sanitario della Struttura della nomina del Medico Competente, o dei Medici Competenti, sulla base degli articoli 16, 17 e 39 del D.Lgs. 81/08. Nel caso di nomina di più Medici Competenti, è il Direttore Sanitario che assume di norma l'incarico di Medico Coordinatore, figura obbligatoria quando siano nominati più Medici Competenti².

I Medici Competenti che operano in tali strutture sono dipendenti o collaboratori; in quest'ultimo caso hanno quasi sempre un rapporto di esclusiva.

Il rapporto di tipo economico dei Medici Competenti con la struttura, quando non sono dipendenti, normalmente prevede un compenso per ogni tipologia di prestazione (visite, esami strumentali se effettuati direttamente, sopralluoghi, relazioni sanitarie, attività di formazione ecc.). Sia i Medici Competenti a contratto di collaborazione che, ovviamente, i dipendenti, operano nella struttura per la totalità o comunque la maggior parte del proprio tempo lavorativo, potendo la struttura garantire volumi di attività sufficientemente adeguati.

L'attività di tipo organizzativo e amministrativo è garantita dalla struttura, al pari del Poliambulatorio. A differenza di quest'ultimo, essendo la struttura "dedicata", sono previste riunioni periodiche di equipe sanitaria, discussioni sui protocolli operativi e sui casi più significativi, iniziative interne di formazione e aggiornamento.

Una delle caratteristiche più interessanti sul piano professionale è rappresentata dal fatto che quando l'Azienda cliente è seguita "full service", il Medico Competente e l'RSPP (insieme al restante personale tecnico) lavorano effettivamente "fianco a fianco" nella valutazione dei rischi, nella redazione del documento, nella formazione e nella risoluzione dei casi difficili (come ad esempio le idoneità complesse) e i Medici Competenti con minore esperienza sul campo (ad esempio i neospecialisti) possono

trovare costante supporto sia nella Direzione Sanitaria che nei Colleghi più esperti.

Lavorare in una organizzazione di questo tipo comporta anche vincoli: di tipo organizzativo (orari, disponibilità delle risorse professionali, tecniche, strumentali) e metodologico (rispetto di criteri, direttive e protocolli generali, con necessità di motivare eventuali scostamenti). La struttura si muove, al pari dei Poliambulatori, con logiche di tipo aziendale, e i contratti stipulati con le Aziende clienti tengono conto prevalentemente del valore complessivo del contratto, potendo in tal modo offrire condizioni economiche più vantaggiose per le Aziende, soprattutto per grandi volumi di attività, rispetto ai singoli liberi professionisti, che d'altra parte non sarebbero sempre in grado di garantire la stessa tipologia di prestazioni in termini di globalità e "continuità assistenziale", fattori sempre più richiesti soprattutto dalle Aziende medio grandi, ma anche dalle Associazioni degli Imprenditori.

Dal punto di vista dell'Organo di Vigilanza, confrontarsi con una struttura dotata di una propria specificità tecnico professionale, una Direzione Sanitaria (spesso rappresentata da ex Dirigenti Sanitari di Medicina del Lavoro del Servizio Pubblico) e quindi una riconosciuta autorevolezza, può essere certamente più impegnativo che "trattare" con i singoli Medici Competenti, ed infatti molti che si ostinano a ritenere di dover interloquire sempre e comunque solo col singolo Medico. La motivazione addotta dagli O.d.V. è che, comunque, la responsabilità penale è solo personale, ma anche questa considerazione non è completamente esaustiva della nuova situazione: da un lato occorre infatti tenere presenti le implicazioni derivanti dal D.Lgs. 231/01 relativamente alla responsabilità delle persone giuridiche, e dall'altro occorre considerare, come ha chiarito il Procuratore Guariniello nel verbale del 12 aprile 2010 della Procura di Torino (redatto e pubblicato a seguito dell'incontro della Procura con gli operatori ASL in merito al raccordo e alle interpretazioni delle norme del Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro) che *"nel caso di nomina di più medici competenti (come accade sovente nelle strutture specializzate, ndr) esiste una responsabilità concorrente in relazione agli obblighi definiti dalla norma"*.

Ma il compito del Medico Competente, e anche dell'Organo di Vigilanza, è primariamente di natura preventiva: per questo è utile cogliere le occasioni di crescita e di miglioramento della qualità per tutti insite nel confronto non solo con il singolo Medico Competente, ma anche con la Struttura in quanto tale.

Conclusioni

La scelta da parte di una Azienda di avvalersi, per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria, direttamente di Medici Competenti liberi professionisti, ovvero di ri-

² Si ricordi, a questo proposito la sentenza del TAR Abruzzo, Sez. staccata di Pescara, del 21 giugno 2010: la Sezione ritiene che *"la norma in questione (l'art. 39 c. 6, D.Lgs. 81/08, ndr), dopo aver previsto la possibilità di nominare più medici, ha in aggiunto disposto che, tutte le volte in cui venga esercitata tale facoltà, debba necessariamente essere nominato tra di essi anche il medico con funzioni di coordinamento."*

correre ad una struttura complessa, dipende molto oltreché da considerazioni economiche e di mercato, anche dalla impostazione aziendale in termini di gestione delle risorse umane e di organizzazione del lavoro e della sicurezza. Indipendentemente dalle dimensioni, Aziende con una impostazione gestionale più tradizionale, tendente al diretto e continuo controllo (compreso a volte più o meno pressanti tentativi di condizionamento) da parte dell'Ufficio Personale della attività del Medico Competente (per le implicazioni che questa può nell'organizzazione del lavoro aziendale) privilegeranno decisamente la soluzione del libero professionista puro, per definizione "solo" e in quanto tale potenzialmente meno tutelato.

Aziende maggiormente interessate ad acquisire non solo singole prestazioni professionali, ma soluzioni anche di tipo gestionale ed organizzativo, fino all'affidamento "full service", preferiranno invece la soluzione rappresentata dalla struttura. In questi casi la soluzione della "struttura specializzata" può offrire maggiori garanzie di qualità, sia di tipo organizzativo gestionale, che professionale.

È peraltro da considerare che affidare il servizio ad una struttura specializzata, eventualmente certificata, costituisce una maggiore garanzia sul risultato e, se l'Azienda ha implementato un Sistema di Gestione della Sicurezza e

Salute del Lavoro, la struttura cui di affida la Sorveglianza Sanitaria entra a fa parte del SGSL stesso.

Dal punto di vista del Medico Competente, la scelta di operare come libero professionista puro, oppure nell'ambito di una struttura organizzata, dipende da molti fattori; ma, prima ancora che una scelta organizzativa od economica, è essenzialmente una scelta "di vita professionale" legata anche alle proprie inclinazioni ed impostazioni personali e relazionali.

Dal punto di vista economico la valutazione di opportunità deve essere effettuata tenendo conto dei volumi complessivi di attività (considerando lo sgravio amministrativo ed organizzativo) più che dei compensi sulla singola prestazione.

Dal punto di vista della qualità del lavoro e delle opportunità di crescita professionale, il Medico che, optando per lavorare nell'ambito di una organizzazione, sceglie la struttura specializzata, può contare sulla possibilità di confronto e collaborazione con altri Colleghi Medici Competenti, sul supporto fornito da una Direzione Sanitaria Competente (anche in occasione del confronto con l'Azienda stessa e con l'Organo di Vigilanza), sulla possibilità di interagire direttamente e in continuo con il RSPP e il restante personale tecnico appartenente alla struttura incaricato della effettuazione delle prestazioni di sicurezza.

Richiesta estratti: *Graziano Frigeri, graziano@euronorma.it*

A. Guardavilla

Profili di responsabilità del Medico Competente

Milano; anna.guardavilla@libero.it

RIASSUNTO. Il medico competente può rispondere penalmente sia per la commissione di reati contravvenzionali consistenti nella violazione di norme prevenzionali sia per reati di evento in caso di malattia professionale o infortunio. Per inquadrare i profili di tale responsabilità occorre esaminare analiticamente le pronunce della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. III, 19099/2009; 26539/2008; 20220/2006; 17838/2005; Sez. IV, 26439/2007; 24290/2005). Stanno progressivamente assumendo rilevanza, anche sul piano delle responsabilità, gli interventi del legislatore tesi a vincolare il medico competente all'attività di valutazione dei rischi e a far sì che questi si integri più compiutamente nel sistema aziendale.

La responsabilità del medico competente va inquadrata anche in rapporto alla responsabilità del datore di lavoro e dei dirigenti (v. collegamento tra sorveglianza sanitaria e art. 18 comma 1 lett. c) del D.Lgs. 81/08, le lettere g) e g-bis e il "nuovo" comma 3-bis dell'art. 18).

Parole chiave: responsabilità medici competenti.

ABSTRACT. *THE OCCUPATIONAL PHYSICIANS' RESPONSABILITIES. Occupational physicians can commit two kind of crimes: they can violate rules of safety and health at work with no immediate consequences for the employees but anyway creating a potential danger for them, or they can cause, because of their blame, occupational diseases or accidents at work to the employees. In both cases they can be punished.*

If we want to understand in detail this kind of responsibility, we must read the Supreme Court's judgements (Supreme Court, 19099/2009; 26539/2008; 20220/2006; 17838/2005; 26439/2007; 24290/2005).

The numberless innovations introduced in recent years in the body of occupational safety and health laws called for a different reading of the meaning and the content of occupational physicians' functions, requiring them to collaborate, more than in the past, in the assessment of workplace risks.

The responsibility of occupational physicians should be seen also in relation to the responsibility of employers and managers (see the link between health surveillance and art. 18 paragraph 1 letter c) of Legislative Decree no. 81/08). In the occupational safety and health context, the employer and his managers must also require (and ensure) occupational physicians to fulfill their obligations and professional duties.

Key words: occupational physicians responsibility.

Il medico competente può rispondere *penalmente* sia per la commissione di reati contravvenzionali¹ consistenti nella violazione di norme prevenzionali (es. inottemperanza agli obblighi di cui agli artt. 25 e 41 D.Lgs. 81/08, per lo più sanzionati penalmente pur essendo presente all'interno di tali norme *anche qualche illecito amministrativo*) sia per reati di evento in caso di insorgenza di una malattia professionale o di verifica di un infortunio. Si tenga presente, infatti, in ordine a quest'ultima eventualità, che la potenziale responsabilità del medico competente in caso di reati di evento non è limitata alla sola ipotesi delle malattie professionali bensì è estesa anche all'ambito infortunistico, in virtù dei compiti e degli obblighi di natura collaborativa che gravano sul medico e in virtù della progressiva estensione che negli anni ha interessato l'area di operatività della sorveglianza sanitaria come afferente non solo all'ambito della salute ma anche a quello della sicurezza, secondo una tendenza riscontrabile ad esempio nell'evoluzione della normativa sull'alcol e la tossicodipendenza e presente altresì nell'attuale definizione di sorveglianza sanitaria contenuta nel D.Lgs. 81/08².

In entrambi i casi, cioè sia che si parli di reati contravvenzionali che di reati di evento, ad assumere rilevanza è per lo più una condotta *omissiva*, dal momento che la legislazione di salute e sicurezza sul lavoro è costruita come una fitta rete di obblighi e pertanto l'area di responsabilità che ne deriva per i vari soggetti destinatari delle norme prevenzionali è per lo più di natura omissiva e non attiva.

Fatta questa premessa, l'*analisi della giurisprudenza* in materia che seguirà sarà pertanto condotta distinguendo tra le ipotesi di responsabilità del medico competente per reati di pericolo (contravvenzioni - per violazione degli obblighi prevenzionali posti a suo carico per lo più dal D.Lgs. 81/08) e di evento (delitti - per la commissione dei reati di omicidio colposo o lesioni personali colpose a fronte di infortunio o malattia professionale).

¹ I reati, cioè gli illeciti penali, si distinguono in delitti e contravvenzioni.

² Art. 2 c. 1 lett. m) D.Lgs. 81/08 (*Definizioni*): ««sorveglianza sanitaria»: insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e *sicurezza* dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa».

Le principali pronunce della Corte di Cassazione in materia di responsabilità del medico competente

Responsabilità per reati contravvenzionali

I reati contravvenzionali a carico del medico competente, puniti con la pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda o con la pena della sola ammenda, sono definiti nel linguaggio giuridico (al pari di quelli previsti a carico di datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, progettisti, fabbricanti, fornitori, installatori) "reati propri", espressione con la quale si intende designare i reati nei quali l'illecito può essere commesso solo da una persona in possesso di una certa qualifica giuridica. Come a dire, solo un soggetto rivestito della qualifica di medico competente può violare l'articolo 25 del D.Lgs. 81/08 così come solo un datore di lavoro³ può violare l'articolo 17 del medesimo decreto.

In tali casi si possono avere posizioni di responsabilità sancite con sentenze di condanna che non conseguono ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale, bensì emanate in applicazione del decreto legislativo 19 dicembre 1994 n. 758, che prevede un meccanismo in forza del quale, a seguito di "prescrizione" da parte dell'organo di vigilanza che ha riscontrato un reato contravvenzionale, l'azione penale viene sospesa (in attesa che il contravventore ottemperi al comando imposto dalla norma pretermessa) e poi estinta, previa regolarizzazione, con il pagamento di un quarto del tetto massimo dell'ammenda che a quel punto viene pagata come se fosse una sanzione amministrativa pecuniaria. In caso di mancata regolarizzazione il procedimento penale, apertosi al momento della comunicazione al pubblico ministero della notizia di reato da parte dell'organo di vigilanza, riprende i suoi effetti e prosegue il suo iter regolare.

Non si può ovviamente in questa sede procedere ad una disamina dei singoli illeciti a carico del medico competente contenuti negli artt. 25, 41 etc. e relative sanzioni, cui si rinvia.

Vale la pena però sottolineare - trattandosi di rilevante novità - che il D.Lgs. 106/09, integrativo e correttivo del D.Lgs. 81/08, ha introdotto *ex novo* una sanzione penale per la violazione dell'obbligo previsto a carico del medico competente dalla lettera a) dell'art. 25 di collaborare con il datore di lavoro e con il SPP alla valutazione dei rischi. Tale intervento del legislatore si iscrive in un percorso normativo avviatosi già nel 2008 che va nella direzione di vincolare maggiormente rispetto al passato il medico competente all'attività di valutazione dei rischi (in collaborazione con gli altri soggetti previsti dalla legge) e, più in generale, alle attività di natura collaborativa che non con-

sistono quindi nell'obbligo di natura strettamente professionale di effettuazione della sorveglianza sanitaria; complessivamente, dunque, una volontà di far sì che tale figura si integri più compiutamente nel contesto aziendale⁴.

Nella giurisprudenza della Cassazione sono presenti numerosi esempi di applicazione di tale procedura sanzionatoria al medico competente. Prima di prenderne in esame alcuni, ovviamente senza pretese di esaustività, occorre premettere che le sentenze della Cassazione emanate in attuazione del D.Lgs. 626/94, del D.Lgs. 277/91 e dei D.P.R. degli anni '50 (es. D.P.R. 303/56) conservano ancora il loro pieno valore e la loro validità quali fondamentali canoni interpretativi che devono guidare l'operatore nell'attuazione delle norme in base all'attuale legislazione, in virtù di un *principio di continuità normativa* - sancito sia a livello legislativo⁵ che giurisprudenziale⁶ - che regola il rapporto tra tali decreti (e gli altri abrogati) e il D.Lgs. 81/08 secondo un criterio sostanzialistico.

Il principio di continuità normativa è stato peraltro oggetto di applicazione da parte dei giudici di legittimità nella recente sentenza **Cassazione Penale, Sez. III, 7 maggio 2009 n. 19099** in cui la Suprema Corte si è pronunciata sulle responsabilità di un *medico competente* che "in occasione delle riunioni di cui al D.Lgs. n. 626 del 1994, art. 11 [ora art. 35 D.Lgs. 81/08, n.d.r.], aveva ommesso di comunicare ai rappresentanti per la sicurezza i risultati anonimi degli accertamenti clinici e strumentali eseguiti e di fornire indicazioni sul significato dei risultati."

Applicando alla fattispecie il criterio sostanzialistico su richiamato che prevede il puntuale confronto del contenuto delle due fattispecie, la Corte ha così stabilito che, "premesso che il D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626 è stato abrogato dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, art. 304, e che il fatto posto a base dell'ipotesi criminosa di cui all'art. 17, comma 1, lett. g), del decreto abrogato, è stato sostanzialmente riprodotto nell'art. 25, lett. i) del nuovo decreto, va osservato che l'originaria fattispecie è stata trasformata in illecito amministrativo art. 58, comma 1, lett. d). Per effetto di tale modifica la sentenza impugnata deve essere annullata perché il fatto non è più previsto dalla legge come reato"⁷.

In **Cass. Pen., Sez. III, sent. n. 20220/2006**, è stata invece confermata la condanna di un medico competente che non aveva richiesto al datore di lavoro una visita medica specialistica per un lavoratore affetto da psicosi dissociativa, nonostante le "molteplici certificazioni provenienti da strutture sanitarie pubbliche, che attestavano una patologia psichiatrica".

La Corte ha affermato che "l'art. 17 del D.Lgs. n. 626/94 let. I) [ora art. 25 c. 1 lett. b) in comb. disp. art. 41

³ Per i criteri in base ai quali viene condotta la qualificazione della figura di datore di lavoro, così come le figure del dirigente e del preposto, v. art. 299 D.Lgs. 81/08 (*Esercizio di fatto di poteri direttivi*).

⁴ Si vedano, in tal senso, anche artt. 2 c. 1 lett. h); 18 c. 1 lett. d) e g); 18 c. 2; 28 c. 2; 29 c. 1 D.Lgs. 81/08.

⁵ V. art. 304 c. 3 D.Lgs. 81/08.

⁶ Cfr. Cass. Pen., Sez. III, 10 marzo 2009 n. 10527; Cass. Pen., Sez. III, 27 marzo 2009 n. 13533; Cass. Pen., Sez. III, 17 aprile 2009 n. 16313.

⁷ V. art. 2 comma 2 c.p.: "Nessuno può essere punito per un fatto che, secondo una legge posteriore, non costituisce reato; e, se vi è stata condanna, ne cessano la esecuzione e gli effetti penali". Tale norma regola il fenomeno dell'*abolitio criminis* (abolizione di una norma incriminatrice).

c. 2 lett. c) D.Lgs. 81/08, n.d.r.] prevede che il medico competente, fatti salvi i controlli di cui alla lett. b), effettui le visite mediche richieste dal lavoratore qualora tale richiesta sia correlata ai rischi professionali. [...] Tuttavia, la condotta dell'imputato non è stata idonea a soddisfare il precetto normativo perché egli ha eseguito le visite mediche senza essere in possesso di specializzazione in materie psichiatriche e senza il supporto di esami clinici e biologici che erano necessari per rendere effettiva la protezione dal rischio."

In **Cass. Pen., Sez. III, 13 maggio 2005 n. 17838**, poi, la Suprema Corte si è pronunciata sulle responsabilità di un medico competente condannato per aver omesso di effettuare gli accertamenti sanitari su due dipendenti esposti ad agenti chimici in una ditta metalmeccanica⁸.

Responsabilità per reati di evento

La violazione di una norma prevenzionale da parte del medico competente ("colpa specifica"), se causativa di un evento dannoso (infortunio o malattia professionale), al pari della negligenza, imprudenza e imperizia ("colpa generica") può condurre ad una pronuncia di responsabilità ai sensi del codice penale (artt. 589 e 590 c.p.⁹).

Con l'interessante sentenza **Cassazione Penale, Sez. IV, 9 luglio 2007 n. 26439** la Suprema Corte, nel confermare l'assoluzione di un datore di lavoro e di un medico competente dal reato di omicidio colposo in relazione ad un caso di decesso di un vigile del fuoco per tumore, ha richiamato i criteri di attribuzione delle responsabilità colpose in caso di malattie professionali e chiarito in cosa consista il c.d. *giudizio controfattuale* che viene applicato dal magistrato per l'accertamento di tali responsabilità.

Come sottolineato nella pronuncia, infatti, "vertendosi in tema di responsabilità colposa, occorre accertare se si era verificata l'inosservanza di regole doverose di comportamento, esigibili dal soggetto agente e la cui osservanza avrebbe evitato l'evento, secondo i canoni ermeneutici del c.d. *giudizio controfattuale* nel rispetto dei principi quali enunciati dalle Sezioni Unite della Cassazione con la sentenza n. 30328 del 10 luglio 2002, in virtù dei quali deve ritenersi esclusa la penale responsabilità dell'agente allorché risulti accertato che l'evento si sarebbe ugualmente verificato anche ove l'agente stesso avesse posto in essere la condotta doverosa, oppure nel caso in cui non si raggiunga la prova dell'efficienza del comportamento corretto a scongiurare l'evento."

In **Cassazione Penale, 28 giugno 2005 n. 24290**, la Suprema Corte ha invece confermato la condanna a carico di un medico competente (che operava in sostituzione temporanea del medico titolare, assente per malattia), poiché, in qualità di incaricato della sorveglianza sanitaria sui

lavoratori di una ditta, aveva cagionato una lesione personale consistita in una malattia durata oltre 40 giorni (dermatite allergica da contatto localizzata al volto e alle mani) ad una lavoratrice esposta nell'ambiente di lavoro a resine epossidiche¹⁰.

La Corte ha qui fornito utili indicazioni in merito al contenuto degli obblighi previsti dagli articoli 41 e 25 del D.Lgs. 81/08, richiamando ed avvalorando quanto affermato nella fattispecie dalla Corte d'Appello, secondo cui "quand'anche non si volesse ritenere nascente dalla segnalazione del disturbo l'obbligo di visita ex art. 16 del D.Lgs. 626/94 si ritroverebbe pur sempre nella lettera i) del comma 1 dell'art. 17 del D.Lgs. n. 626/1994 [ora art. 25 c. 1 lett. b) in comb. disp. art. 41 c. 2 lett. c) D.Lgs. 81/08, n.d.r.] - che fissa i doveri del medico competente - un generale obbligo in capo a tale soggetto di effettuare una visita medica qualora sia il lavoratore a richiederla e vi sia una correlazione, come in questo caso, tra tale richiesta e i rischi professionali". E pertanto "gli accertamenti periodici [...] non sono solo quelli per così dire "programmati" e cioè effettuati in date prefissate, con una frequenza prestabilita, ma possono essere effettuati anche in momenti diversi da quelli programmati, quando il medico competente o il datore di lavoro o il lavoratore ne ravvisino la necessità".

La responsabilità del medico in rapporto alla responsabilità del datore di lavoro e dei dirigenti (ex art. 18 T.U.)

La Terza Sezione Penale della Cassazione ci ricorda con una importante sentenza (n. 26539 del 2 luglio 2008) che "il legislatore, richiedendo che la figura del medico competente sia individuata sulla base di specifici parametri e nel richiedere contestualmente anche una comprovata esperienza professionale del medico designato, ha inteso evidentemente individuare la figura di un medico di qualificata professionalità, in grado di diventare il collaboratore del datore di lavoro e del responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale".

Tale qualificazione è fondamentale alla luce dell'inquadramento che la stessa Suprema Corte dà dell'attività di sorveglianza sanitaria (che ovviamente si aggiunge ai compiti di natura collaborativa che gravano con pari importanza sul medico competente), che è individuata dalla Cassazione come una modalità (non esaustiva) per l'adempimento da parte del datore di lavoro del fondamentale obbligo previsto a suo carico dall'art. 18 comma 1 lett. c) del D.Lgs. 81/08¹¹ di attribuire i compiti ai lavoratori tenendo conto delle loro condizioni o capacità in relazione alla loro salute e sicurezza sul lavoro. In tale ottica, sotto-

⁸ La Cassazione ha sancito qui il principio dell'applicabilità del Titolo VII-bis del D.Lgs. 626/94 (protezione da agenti chimici, ora titolo IX del D.Lgs. 81/08) - titolo che prescrive con una norma specifica l'obbligo della sorveglianza sanitaria - in tutti i casi in cui vi sia esposizione ad agenti chimici e non limitatamente al settore chimico.

⁹ Rispettivamente omicidio colposo e lesioni personali colpose.

¹⁰ Per colpa generica (negligenza, imprudenza, imperizia) e specifica (inosservanza delle norme sull'igiene del lavoro e, segnatamente, degli artt. 3, comma 1, lettere l), m), 16, 17 D.Lgs. 626/94, ora corrispondenti agli artt. 15 c. 1 lett. l), m) e artt. 41 e 25 D.Lgs. 81/08).

¹¹ Già nell'art. 4 dell'abrogato D.Lgs. 626/94.

linea la Cassazione, “è (anche) al Medico Competente che il datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità indicate dall’art. 18 comma 1 lett. c)”.

Nella sentenza citata, la Suprema Corte precisa che la valutazione richiesta al datore di lavoro e al dirigente dall’art. 18 c. 1 lett. c), che deve porsi come preliminare rispetto all’attribuzione di un compito al lavoratore, deve essere affidata specificatamente al medico competente, figura che è in possesso della idonea professionalità per poter svolgere adeguatamente tale verifica (con l’avvertenza - aggiungiamo - che comunque l’art. 18 c. 1 lett. c) non può essere espletato solo mediante l’attività di sorveglianza sanitaria ma richiede al datore di lavoro/dirigente una permanente e costante valutazione delle condizioni e capacità dei lavoratori in relazione alla salute e sicurezza nell’attribuzione quotidiana dei compiti che è ulteriore rispetto alla sorveglianza sanitaria che ne rappresenta la base imprescindibile).

Recentemente, poi, in *Cass. Civ., Sez. Lav., 30 dicembre 2009 n. 27845*, la Corte ha sancito la responsabilità di un datore di lavoro che aveva assegnato mansioni inadeguate ad una lavoratrice (invalida civile con riduzione della capacità lavorativa al 50% a causa di emiparesi spastica sinistra, addetta a “mansioni che comportavano l’utilizzazione di entrambi gli arti superiori, con conseguente sovraccarico dell’unico arto funzionante”), per non aver tenuto conto del parere del medico competente.

Trattando il tema delle responsabilità del datore di lavoro e del dirigente in materia di sorveglianza sanitaria in rapporto a quelle del medico competente, non si possono non citare le modifiche ed integrazioni apportate dal D.Lgs. 106/09 all’art. 18 D.Lgs. 81/08 (lett g), lett. g-bis e comma 3-bis, cui si rinvia).

La *Relazione di accompagnamento* al decreto correttivo precisa in merito che “l’articolo 18 del “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”.

Potremmo dire dunque che tale norma chiarisce maggiormente dove finisce la responsabilità del datore di lavoro e del dirigente e dove inizia quella del medico competente in materia di sorveglianza sanitaria e in generale in ordine all’attività complessiva di quest’ultimo.

Una vigilanza, quella richiesta dal comma 3-bis, che guardando al complessivo sistema delineato dal D.Lgs. 81/08 può trovare la sua migliore (e più garantita) esplica-

zione nell’ambito di un **modello di organizzazione, gestione e controllo** adottato ed efficacemente attuato ai sensi degli artt. 2 c. 1 lett. dd) e 30 D.Lgs. 81/08 e più in generale mediante l’adempimento di tutto quanto richiesto dal D.Lgs. 231/01 (ivi compresa l’istituzione di un Organismo di Vigilanza).

Questo in estrema sintesi il quadro delle responsabilità del medico competente alla luce degli orientamenti della giurisprudenza di legittimità e più in generale dell’evoluzione del percorso legislativo, che va sempre più nella direzione di delineare una figura di medico competente che, per usare le parole della Cassazione, “non ha soltanto il compito di procedere alle visite obbligatorie nell’interesse del lavoratore ma anche quello di essere il consulente del datore di lavoro/ dirigente in materia sanitaria, di esserne l’alter ego in questa materia, con funzioni, quindi, di consiglio e di stimolo” e a cui vengono richiesti - aggiungiamo noi - requisiti professionali, formativi e di specializzazione nell’ambito del settore specifico della SSL sempre più incisivi.

Quindi la competenza del medico competente, conclude la Suprema Corte, “non può non essere sia la competenza a valutare le condizioni di salute sia la competenza a coadiuvare il datore di lavoro/dirigente - tenendo conto dell’esito delle visite - nell’individuazione dei rimedi”.

Bibliografia

- Deidda B. Le responsabilità penali derivanti dall’impiego dell’amianto nelle lavorazioni. Ambiente e sicurezza del lavoro. Utet, Cap. XXXII, 592.
- Dubini R. Guida Pratica di sicurezza e igiene del lavoro. Nuove Edizioni per la Sicurezza, 2007; 207.
- Frigeri G, Guardavilla A. Il medico competente e il nuovo testo unico: compiti, obblighi e nuove opportunità. Riv. Ambiente e Lavoro 2008; 5: 33.
- Frigeri G, Guardavilla A. Accertamenti di assenza di tossicodipendenza sui lavoratori: che fare? Riv Ambiente e Lavoro 2007, 10: 8.
- Guardavilla A. Esposizione colposa ad amianto e nesso di causalità. Commento alla sentenza Cass. Pen. Sez. IV, 12.11.2008 n. 42128, Riv Ambiente e Lavoro 2009; 2: 43.
- Guardavilla A. Responsabilità del medico competente per omessa richiesta di visita specialistica. Commento alla sentenza Cass. Pen. n. 20220/2006. Riv Ambiente e Lavoro 2007; 2: 2.
- Guardavilla A. Sanzioni. Memento Pratico Ipsa-Francis Lefebvre - Igiene e sicurezza del lavoro. Ipsa, 2008; 7540.
- Guariniello R. Il Testo unico sicurezza sul lavoro commentato con la giurisprudenza. Ipsa, 2009.

Richiesta estratti: A. Guardavilla - Milano, Italy - E-mail: anna.guardavilla@libero.it