

L'estratto che stai consultando  
fa parte del volume in vendita  
su **ShopWKI**,  
il negozio online di **Wolters Kluwer**

[Torna al libro](#)



CEDAM

IPSOA

**UTET**<sup>®</sup>  
GIURIDICA

il fisco

 ALTALEX

**IPSOA MANUALI HSE**  
Health Safety Environment

# Medicina del Lavoro pratica

*Manuale  
per i Medici Competenti*

a cura di Nicola Magnavita

I Edizione

 Wolters Kluwer

## Capitolo 14

# CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

Ilaria Capitanelli, Nicola Magnavita

### ARGOMENTI TRATTATI

- La Cartella Sanitaria e di Rischio. I requisiti di legge
- Un modello originale di Cartella Sanitaria e di Rischio orientata per problemi
- L'anamnesi lavorativa. I rischi percepiti
- I problemi emergenti
- L'aggiornamento della cartella

## 14.1 LA CARTELLA SANITARIA DI RISCHIO

La Cartella Sanitaria e di Rischio è il principale strumento di lavoro del Medico Competente (MC) responsabile della sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

La Cartella Sanitaria e di Rischio contiene i dati sanitari di ogni lavoratore raccolti dal Medico Competente nel corso della sorveglianza sanitaria, secondo l'art. 41, comma 5 del D.Lgs. n. 81/2008, con tutte le informazioni relative all'esposizione ai fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro. Queste informazioni sono indispensabili per la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica del lavoratore.

La Cartella Sanitaria e di Rischio ha una notevole rilevanza sul piano medico-legale in quanto, rappresentando la memoria della vita lavorativa e della storia sanitaria del lavoratore, è un documento dal quale si possono attingere informazioni preziose per la valutazione del nesso di causalità tra la patologia eventualmente presentata dai lavoratori ed i rischi occupazionali.

### 14.1.1 Aspetti normativi

Il D.Lgs. n. 81/2008 ne ha potenziato gli aspetti documentali, utili sia alla certezza delle informazioni sanitarie e di rischio dei singoli lavoratori, sia alle informazioni di carattere collettivo e finalizzate a pubblica utilità (prevenzionistica, epidemiologica, programmatoria, risarcitoria, ecc.).

di lavoro dichiarate dal lavoratore corrispondono a quelle che egli conosce e che sono descritte nella valutazione del rischio e deve naturalmente attivarsi, con un nuovo sopralluogo o con azioni adeguate, se emergono divergenze. Egli deve, inoltre, raccogliere i dati sanitari con un atteggiamento olistico, cioè prendendo in considerazione non solo i sintomi e segni che possono derivare direttamente dall'esposizione al rischio (la cui segnalazione il Medico Competente stimolerà con domande specifiche), ma anche tutti gli elementi relativi alla salute fisica e mentale che il lavoratore riterrà di fornirgli, anche se non direttamente determinati o collegati al lavoro svolto. Se il medico effettua una analisi completa delle informazioni, formulerà un giudizio valido e appropriato. Il tempo impiegato nel corso del primo incontro sarà ampiamente recuperato. Le successive visite periodiche risulteranno infatti più snelle, in quanto il Medico Competente, facendo riferimento alle informazioni raccolte durante la visita preventiva, si limiterà a registrare soltanto le variazioni dei dati anamnestici ed obiettivi sopravvenute nel tempo intercorso tra le visite.

Nei casi in cui il lavoratore partecipi ai programmi di promozione della salute eventualmente proposti dall'azienda, anche questa attività potrà fornire indicazioni utili, che è bene inserire in cartella, anche se i risultati dei programmi di screening su base volontaria non concorrono a formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Oltre all'analisi delle informazioni, il medico del lavoro deve esercitare la sintesi. La ricerca di completezza non deve dar luogo all'inserimento in cartella di informazioni ridondanti o inutili. Le informazioni e gli accertamenti in eccesso rispetto a quella che è la finalità di migliorare la qualità della vita di lavoro, possono essere fuorvianti e ostacolare l'attività del medico. Difatti, la compilazione della cartella dovrà essere mediamente abbastanza rapida, in considerazione del fatto che è spesso necessario visitare un numero elevato di lavoratori e che è bene utilizzare il tempo del medico per attività che incidono più marcatamente sugli ambienti di lavoro, come i sopralluoghi, l'analisi epidemiologica dei dati, l'elaborazione di proposte di miglioramento o ergonomiche, la verifica di efficacia, ecc.

Secondo il modello di cartella illustrato dall'allegato 3A, sulla prima pagina della cartella devono essere inseriti i dati anagrafici del lavoratore comprensivi del codice fiscale. L'esperienza insegna che non sempre i lavoratori ricordano con esattezza il codice fiscale; se non hanno con sé la tessera sanitaria può essere opportuno ricavare il codice dai dati anagrafici.

Può essere utile, sebbene non più obbligatorio, riportare anche i riferimenti (nome, indirizzo e numero di telefono) del medico curante del lavoratore per poterlo contattare. Sarebbe infatti opportuno - con il consenso del lavoratore - non solo cercare la collaborazione del Medico di Medicina Generale (MMG) per tutti i problemi sanitari che dovessero emergere nel corso della sorveglianza sanitaria, ma anche ricevere dal MMG informazioni sanitarie sul paziente. La collaborazione tra MC e MMG è sempre opportuna e, se documentabile, rientra tra i criteri che consentono l'abbattimento del premio INAIL che le aziende sono tenute a pagare.

Nel modello di cartella sanitaria è previsto che siano riportati nell'intestazione alcuni elementi che servono principalmente ad identificare in modo univoco il

documento ed evitare che esso sia fraudolentemente sostituito con un altro: ragione sociale, unità produttiva e attività svolta dall'azienda, motivo dell'istituzione della cartella (prima istituzione, esaurimento del documento precedente o altro) e il numero di pagine che la compongono. Il Medico Competente deve apporre la propria firma sulla prima pagina della cartella per formalizzare l'istituzione del documento. Nella cartella di radioprotezione è previsto anche che sia apposta la firma del Datore di Lavoro, che sostituisce quello che inizialmente era il timbro a secco dell'Ispettorato del Lavoro. Nel caso di omissione è sanzionato (con arresto fino a un mese!) il Medico Competente. Non possiamo che sottolineare quanto sia lontano lo spirito di queste disposizioni burocratiche e poliziesche dai concetti di partecipazione alla gestione dei rischi propri del modello di salute e sicurezza europeo.

### 14.3 UN MODELLO DI CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

In Appendice è riportato un modello di Cartella Sanitaria e di Rischio sviluppato nel 1994 dall'autore di questo libro sulla base delle esperienze e di precedenti modelli in uso presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Bergamaschi, Cavallin e coll, 1988; Bergamaschi, Scarlini e coll, 1988). Si tratta di una cartella che ha le seguenti caratteristiche:

- è predisposta per l'informatizzazione dei dati;
- è orientata per problemi;
- è semplice, sintetica ed economica. L'intero documento, che consta di 8 pagine, può essere realizzato con due fotocopie in formato A4.

La predisposizione all'informatizzazione dei dati consiste nell'utilizzo, per tutte le sezioni della cartella, di una serie di campi chiusi che corrispondono alle domande che il MC dovrà porre al lavoratore. Le vecchie cartelle bianche ed anche i modelli ufficiali non affrontano, infatti, un problema di fondamentale importanza: il medico deve limitarsi a riportare in cartella quello che il lavoratore gli riferisce spontaneamente, o deve stimolare le risposte con domande precise? Poiché è dimostrato che nel primo caso la frequenza dei sintomi sarà molto più bassa (Magnavita e Sacco, 1991), è senz'altro più vantaggioso il secondo sistema: le domande riferite ai sintomi che potrebbero derivare dall'esposizione dovrebbero essere sempre poste dal medico. Una cartella predisposta all'informatizzazione, con alcune risposte chiuse, aiuta a ricordare di farlo in ogni visita e per tutti i lavoratori.

La scelta di orientare la cartella di Medicina del Lavoro per problemi deriva anch'essa dal carattere della sorveglianza sanitaria, che è orientata ai rischi specifici. Ci si è ispirati al metodo della cartella medica orientata per problemi CMOP o "*Problem-oriented medical records*" (Mason, 1968).

Obiettivo della Medicina del Lavoro è la prevenzione e la promozione della salute dei lavoratori. Tale attività è protratta nel tempo, non limitata a singoli eventi lavorativi, e neppure strettamente limitata ai rischi professionali specifici, giacché essa comprende attività di educazione alla salute, prevenzione, riabilitazione. La sorveglianza sanitaria prevede spesso interventi finalizzati a migliorare il benessere dei lavoratori o a

mantenere lo stato di salute (anticipare gli eventi) piuttosto che diagnosticare e curare le malattie professionali. Essa prevede il coordinamento degli interventi effettuati da diverse figure professionali nell'ambiente di lavoro per risolverne i problemi complessi. Nelle sue attività rientrano, secondo il metodo A.S.I.A., interventi educativi e tutoriali, *self-audit* e *audit*.

Il miglioramento della qualità e dell'efficienza della sorveglianza sanitaria passa anche attraverso la raccolta dei dati sulla storia clinica dei lavoratori, i loro esami e le terapie in corso. È impensabile ormai immaginare che un medico del lavoro si affidi soltanto alla sua memoria, o ritenere che un archivio cartaceo disordinato possa superare l'efficienza di un database relazionale nell'aiutarlo a predisporre il percorso di prevenzione più appropriato.

Trasformare i dati di cui si viene a conoscenza nel tempo in informazioni è una condizione necessaria, ma non sufficiente per una gestione ottimale dei complessi processi di prevenzione e promozione della salute affidati al Medico Competente. La cartella deve essere orientata per problemi, mediante l'estrazione e l'analisi dei dati registrati e verificati costantemente con una attività di *audit*. Una cartella strutturata per problemi è flessibile, ha un diario clinico per ogni problema, è sempre aggiornata. Ogni problema ha un suo spazio - inizialmente un rigo - e questo spazio deve successivamente ampliarsi con l'evoluzione della condizione morbosa.

La cartella classica è organizzata "per diario" (registrazione cronologica dei dati) ed è quindi più adatta alla gestione di un singolo problema per volta e di un processo assistenziale limitato nel tempo, come avviene per esempio nei ricoveri ospedalieri. La sua compilazione richiede molto tempo per definire il "profilo" del lavoratore e non correla con facilità con gli elementi di storia, esposizione, esame obiettivo, test diagnostici e giudizio di idoneità. In altri termini, essa non consente di far emergere il "razionale" delle decisioni operative.

Nella cartella organizzata "per problemi", nel quadro del problema il medico riporta: quanto il lavoratore riferisce; l'esito della visita; il piano di prevenzione. Ogni problema è identificato da un numero d'ordine, che le annotazioni successive riporteranno o, nel caso di cartella informatizzata, il sistema elencherà in ordine. Il problema è definito come qualunque evento che giunga all'attenzione del Medico Competente, sia esso un sintomo (dispnea, calo ponderale, depressione, palpitazioni, ecc.), il risultato di un accertamento che ancora non definisce sufficientemente uno stato di malattia (aumento transaminasi, aumento acido urico, ecc.) oppure una condizione patologica (per esempio, colesterolemia > 270 mg/dL), o uno stato di malattia definito. Il problema sarà anche rappresentato da situazioni fisiologiche quali gravidanza, menopausa, ecc. che possono modificare lo stato di salute o la sensibilità agli inquinanti, o da abitudini e stili di vita che possono interferire con i rischi professionali (per esempio, fumo di tabacco, consumo di alcol a rischio, insufficiente attività fisica, ecc.).

Il problema aperto e i dati inseriti sono visibili nella lista dei problemi attivi. Il medico può aggiornare in qualsiasi momento lo stato del problema inserendo i nuovi dati nel quadro del problema originario. Questo consente di monitorare lo sviluppo

del singolo problema. Quando il problema è risolto, una freccia indica il passaggio alla colonna dei problemi inattivi.

La modalità di lavoro “per problemi” consente di agganciare ad ogni problema i relativi accertamenti, richieste, certificati, ecc.; consente di definire il profilo di ogni lavoratore attraverso la disamina della “Lista problemi” e di “monitorare” l’andamento dei singoli problemi e di rintracciare con rapidità tutti i dati relativi ad un singolo problema. Se la cartella è informatizzata, inoltre, permette di svolgere attività di *audit* e ricerca clinica, tramite la registrazione agevole dei dati e il recupero rapido ed ordinato degli elementi raccolti, con la possibilità di trasformarli in griglie, grafici, statistiche. Questo approccio aiuta il Medico Competente a mantenersi aderente al “rischio previsto dalla legge”, con riferimento al quale egli deve esprimere il giudizio di idoneità.

La notazione sintetica del problema in cartella si giova delle notazioni “SOVP” che corrispondono alle diverse fasi di: Storia o segnalazione del problema (S), Obiettivazione (O), Valutazione (V), Piano di intervento (P). L’indicazione del problema aiuta il Medico Competente a ritrovare con rapidità i dati e focalizzarsi subito sulle decisioni operative che deve prendere al termine della visita di idoneità.

Orientandola ai problemi, e ancora più informatizzando i dati, la cartella diventa uno strumento di ricerca scientifica oltre che un documento.

Naturalmente, il modello finale di cartella deve essere adattato alle esigenze del Medico Competente, alle esigenze occupazionali delle diverse aziende e soprattutto alle evoluzioni della normativa che varia nel tempo. Poiché, però, i principi che stanno alla base della cartella sono le buone prassi di Medicina del Lavoro, le variazioni introdotte nell’arco di oltre venti anni sono state minime. C’è quindi da credere che chi adottasse oggi questo modello, potrebbe ragionevolmente servirsene per il resto della sua attività lavorativa.

#### **14.4 ANAMNESI PERSONALE: FAMILIARE E FISIOLOGICA**

Per raccogliere l’anamnesi familiare si interroga il lavoratore riguardo la ricorrenza di alcune patologie “ereditabili” (tumori, diabete) o “contagiose” (epatite virale, tubercolosi) all’interno della sua famiglia. Queste informazioni possono essere utili per individuare una maggiore suscettibilità ad ammalarsi in presenza di rischi specifici.

Per la stessa finalità bisogna raccogliere informazioni riguardanti lo stato civile e familiare (numero di figli), il livello di istruzione, lo svolgimento del servizio militare ed indagare lo stile di vita del lavoratore (dieta, attività sportiva), le abitudini voluttuarie (il tabagismo, il consumo di alcol e di caffè), l’assunzione abituale di farmaci e la presenza di allergie note, soprattutto se hanno determinato reazioni importanti dopo le vaccinazioni. È utile indagare anche se il lavoratore ha effettuato vaccinazioni in passato contro comuni agenti di rischio biologico, per esempio anti-tetano o anti-morbillo, soprattutto nei contesti lavorativi in cui il Protocollo sanitario include le vaccinazioni come strumento di prevenzione.

## 14.5 ANAMNESI LAVORATIVA: ATTUALE E PREGRESSA

In questa sezione della cartella sanitaria bisogna indicare la mansione specifica che dovrà svolgere il lavoratore all'interno dell'azienda o che sta già svolgendo al momento della visita (specificando la data di assunzione in azienda) ed i fattori di rischio lavorativi a cui il lavoratore è esposto durante il lavoro.

La descrizione dei fattori di rischio dovrebbe comprendere i tempi di esposizione ai rischi professionali ed i livelli di esposizione individuale nei casi previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 (rischi fisici, art. 186; chimici pericolosi, art. 230) e dal D.Lgs. n. 155/2007 (agenti cancerogeni, art. 3). Secondo quanto previsto dalla normativa vigente, questi dati debbono essere trasmessi al MC dai Servizi di Prevenzione e Protezione, mediante una "Scheda di destinazione lavorativa" (SDL) (Bevilacqua e coll, 2009). La SDL, a cura del Datore di Lavoro, per il tramite del Servizio di Prevenzione e Protezione, deve descrivere l'attività lavorativa del singolo lavoratore, esplicitando in modo chiaro tutte le fasi del lavoro svolto, con gli specifici rischi fisici, chimici o di altra natura a cui il soggetto è esposto, quantizzandoli nel modo più preciso possibile.

Dopo aver preso visione della SDL, il Medico Competente deve riportare i dati nell'apposita sezione della cartella e la SDL deve essere allegata alla cartella anche come prova dell'avvenuta comunicazione dei dati lavorativi da parte del Datore di Lavoro in ottemperanza all'art. 18, comma 2 del D.Lgs. n. 81/2008.

Nonostante la trasmissione dei dati di rischio del lavoratore sia un obbligo di legge, la circostanza, purtroppo, si realizza molto raramente (e quasi esclusivamente per la sola dosimetria delle radiazioni ionizzanti). Nella maggior parte dei casi, difatti, la valutazione dei rischi non raggiunge un livello di approfondimento tale da conoscere il livello di rischio a cui è esposto ciascun lavoratore. La dosimetria individuale è disposta solo per le radiazioni ionizzanti ed i dati di monitoraggio ambientale e biologico vengono raccolti per i soli lavoratori esposti a rischi chimici che prevedono tale monitoraggio. Negli altri casi, la valutazione dei rischi è talora condotta mediante algoritmi, per esempio il "MAPO" per la movimentazione dei carichi, gli indicatori ISPESL/INAIL per lo stress lavoro-correlato, il "MoVaRisCh" per il rischio chimico, ecc. Questi metodi, oltre che essere fortemente dipendenti dall'esecutore, sono riferiti all'azienda o ad una sua parte, non al singolo lavoratore. In tal modo, i livelli di esposizione sono espressi per lo più in termini qualitativi o semi-quantitativi.

Questa parte della cartella deve essere costantemente aggiornata ad ogni nuovo controllo sanitario, soprattutto dopo le visite mediche effettuate in occasione del cambiamento di mansione. La descrizione dell'attività lavorativa deve essere il più possibile accurata: si dovrebbero evitare descrizioni troppo generiche, come "operatore polifunzionale" o simili, che non permettono di capire "cosa" esattamente fa il lavoratore.

Accade frequentemente che il Medico Competente non possa visionare la SDL per cui deve ricavare le informazioni sul rischio dal Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Nei casi, purtroppo non infrequenti, nei quali il DVR non consenta di classificare i lavoratori come "esposti" o "non esposti" ad un determinato rischio, e ancor meno di



quantificare il livello di rischio degli esposti, il Medico Competente dovrà procedere sulla base della propria esperienza, ricavando la classificazione del rischio e la sua entità dal sopralluogo e dagli atti che svolgerà preliminarmente alle visite mediche, come per esempio, interviste ai lavoratori o a loro rappresentanti, gruppi di ergonomia partecipativa, ecc.

In questi casi è sempre opportuno riportare, nella sezione dedicata al rischio, la dizione "dati di rischio non comunicati dal datore di lavoro".

Durante la visita medica, il MC potrà chiedere conferma al lavoratore di quanto descritto dalla SDL o nel DVR, ed eventualmente aggiungere in cartella le informazioni integrative fornite dal lavoratore, indicando la frase: "il lavoratore riferisce altresì esposizione a ...". Soprattutto nelle piccole aziende con pochi dipendenti spesso i lavoratori si trovano a svolgere compiti completamente diversi e più ampi da quelli previsti dal loro inquadramento contrattuale; il colloquio con il lavoratore durante la visita preventiva e ancora di più nelle successive visite periodiche permette di evidenziare i reali rischi lavorativi indirizzando l'attenzione del Medico Competente durante la visita di sorveglianza sanitaria.

Il modello di cartella riportato in Appendice prevede una sezione sui rischi soggettivamente riferiti dal lavoratore. Si consiglia di riempire sempre questa sezione, anche quando è disponibile la SDL. La percezione dei rischi, infatti, è una dimensione molto importante ai fini della prevenzione ed anche ai fini della valutazione della probabilità di danni. Sia la sopravvalutazione che la sottovalutazione dei rischi devono essere contrastate. Il Medico Competente ha un ruolo essenziale nella corretta trasmissione delle informazioni sui rischi ed è quindi molto interessato a conoscere cosa i lavoratori ritengono sia rischioso.

Una possibile intervista potrebbe basarsi, secondo D'Orsi e coll. (2008), sul seguente schema di domande:

- descrizione dei contenuti della mansione in una giornata lavorativa tipo, con le modalità di svolgimento e l'ambiente lavorativo in cui è svolta;
- elencazione delle materie/sostanze presenti e loro uso;
- descrizione delle misure protettive, se impiegate;
- eventuali contiguità con lavorazioni diverse da quelle svolte.

Nei casi, non infrequenti, nei quali il lavoratore non sia in grado di rispondere esaurientemente a queste domande, è necessario modificare completamente l'obiettivo del colloquio e chiedere:

- "Quante ore alla settimana lavori, in media?"
- "Quale pensi che sia la cosa più rischiosa del tuo lavoro?"
- "Cosa fai di solito per evitare il rischio?"

In queste circostanze il sopralluogo dell'ambiente di lavoro previsto dall'art. 25, comma 1, lett. l) del D.Lgs. n. 81/2008 acquista una valenza strategica in quanto consente di identificare concretamente i rischi connessi alle differenti mansioni lavorative.

Oltre ai rischi chiaramente oggettivabili (fisici, chimici, biologici), il D.Lgs. n. 81/2008 prescrive la valutazione dei rischi soggettivi di tipo psicosociale; è importante

che il medico durante la visita indaghi e riporti in cartella la percezione del lavoratore riguardo il contenuto del suo lavoro (per esempio, carico di lavoro, discrezionalità decisionale, ecc.) ed il contesto nel quale opera (per esempio, organizzazione, chiarezza/ambiguità di ruoli e responsabilità, relazioni tra colleghi, ecc.). Sulla base di queste informazioni il Medico Competente può proporre soluzioni o miglioramenti per l'abbattimento dei fattori di nocività, per iniziative di informazione e formazione e per iniziative di promozione della salute.

Esaurita l'anamnesi lavorativa attuale, si procede alla raccolta di quella pregressa.

Per ogni esperienza lavorativa riportata dal lavoratore sarebbe necessario registrare in cartella, secondo quanto indicato nell'Allegato 3A: il comparto lavorativo, la mansione svolta, il relativo periodo temporale, la tipologia contrattuale ed i principali fattori di rischio a cui il lavoratore era esposto durante il lavoro. Il consiglio è apprezzabile, ma praticamente inattuabile per lavoratori che abbiano già svolto, come spesso accade, numerosi lavori per tempi più o meno brevi in settori diversi, con o senza l'esistenza di un contratto di lavoro.

Su questo punto, come purtroppo spesso accade, la prescrizione di legge si allontana profondamente da quella che è la realtà di un Paese con elevata disoccupazione giovanile e nel quale il lavoro atipico ed il lavoro nero rappresentano le forme più comuni di occupazione per larghi strati della popolazione. È bene piuttosto chiedere se il lavoratore abbia lavorato in passato, specificando sempre: "anche se non in regola", e chiarendo che quello che sarà dichiarato rimane riservato. Non è affatto raro, infatti, che la prima visita di un lavoratore "regolare" segua ad un lungo periodo di lavoro in nero o irregolare presso lo stesso Datore di Lavoro. Il lavoratore deve essere rassicurato sul fatto che la sua dichiarazione non corrisponde a una denuncia, né sarà in alcun modo rivelata. Allo stesso modo, bisognerà avere cura di chiarire che c'è assoluta riservatezza sulle attività lavorative svolte contemporaneamente all'occupazione principale. Apprendere dal lavoratore della contemporanea esposizione, presso altri Datori di Lavoro, allo stesso o ad altri fattori di rischio è di grande importanza per il Medico Competente.

Frequentemente il lavoratore descriverà le precedenti esperienze lavorative in modo piuttosto generico e incompleto. Tale comportamento può derivare dal fatto che il lavoratore potrebbe non essere stato adeguatamente informato dei rischi cui era esposto sul posto di lavoro. Sulla base della conoscenza di attività lavorative simili, il Medico Competente dovrà ricostruire le possibili esposizioni lavorative precedenti.

Le precedenti esposizioni lavorative devono essere correlate allo stato di salute del lavoratore e possono essere utili per orientare la formulazione del giudizio di idoneità da parte del Medico Competente. Infatti, il lavoratore in passato potrebbe essere stato esposto a fattori di rischio uguali o differenti rispetto a quelli attuali. Non ultimo la conoscenza della intera storia lavorativa del soggetto sarà utile in caso di contenzioso medico legale per la denuncia e/o il riconoscimento di eventuali malattie professionali, in quanto contribuirà alla valutazione di una eventuale concausalità.

## 14.6 ANAMNESI PATOLOGICA: REMOTA E PROSSIMA

In questa sezione della cartella sanitaria, bisognerà annotare tutte le patologie che il lavoratore ha sviluppato nel passato, sia quelle risolte (per esempio, le patologie esantematiche) sia quelle che si sono cronicizzate e richiedono assunzione di terapie. In tale sezione, inoltre, vanno annotati tutti gli incidenti o infortuni (lavorativi ed extra-lavorativi) subiti nel corso della vita e tutti gli interventi chirurgici a cui il lavoratore è stato sottoposto. Per ogni evento morboso è importante registrare l'anno della diagnosi ed acquisire, se disponibile, la documentazione medica specialistica attestante la patologia riferita dal lavoratore. È importante anche sapere se al lavoratore è stata riconosciuta un'invalità in ambito assistenziale/previdenziale/assicurativo pubblico (ivi comprese eventuali malattie professionali) ed il grado di invalidità riconosciuta. Tutti i dati riferiti devono essere sostenuti da idonea certificazione rilasciata dall'Ente pubblico competente (che deve essere allegata alla cartella).

La conoscenza della storia medica pregressa del lavoratore aiuta il Medico Competente ad individuare quei soggetti le cui condizioni di salute potrebbero peggiorare in determinate condizioni lavorative e, pertanto, a formulare correttamente il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Il Medico Competente deve focalizzare la sua attenzione sullo stato di salute del lavoratore al momento della visita medica cercando di acquisire tutte le informazioni cliniche necessarie alla valutazione diagnostica. Nel corso del colloquio il Medico Competente dovrà preliminarmente raccogliere le informazioni riferite spontaneamente dal lavoratore in merito alle sue condizioni di salute e ai disturbi percepiti; quindi, se sussistono dubbi o servono ulteriori informazioni, il medico potrà interrogare il lavoratore rivolgendogli domande precise sulla presenza di patologie e/o disturbi, anche lievi e sfumati, correlabili ai rischi lavorativi. Per velocizzare la raccolta anamnestica, soprattutto nel caso di disturbi la cui diagnosi è prevalentemente clinica, come quelli muscolo-scheletrici, è conveniente somministrare al lavoratore questionari "standardizzati", premunendosi di sceglierli tra quelli che abbiano i più elevati valori di specificità e sensibilità. Ogni questionario utilizzato deve essere allegato alla cartella sanitaria del lavoratore. La ricerca di disturbi correlati al lavoro è spesso una fase molto delicata del colloquio tra Medico Competente e lavoratore: il lavoratore potrebbe essere reticente sui disturbi percepiti, perché ha timore che le informazioni rivelate possano influenzare negativamente il giudizio d'idoneità espresso dal Medico Competente con ripercussioni lavorative ed economiche, oppure, di contro, potrebbe enfatizzare la sintomatologia sofferta per ottenere l'esonero da mansioni che considera "faticose". Il Medico Competente attraverso l'esame obiettivo dovrà verificare ed "oggettivare" per quanto possibile l'esistenza dei disturbi riferiti dal lavoratore. Inoltre, è buona norma spiegare al lavoratore che la segnalazione tempestiva di una patologia/disturbo, presumibilmente causata dal lavoro, soprattutto quando è comune a più lavoratori in un gruppo omogeneo, conduce ad una nuova verifica dei rischi lavorativi e dell'adeguatezza delle misure preventive adottate per cercare di ottenere livelli di salubrità maggiori, a beneficio di tutti i lavoratori dell'azienda.

Al fine di semplificare la compilazione della cartella nel modello riportato in appendice è prevista una duplice opzione: qualora il lavoratore non riferisca alcun disturbo, il Medico Competente può scegliere la dicitura “riferisce completo benessere”; in caso contrario, invece, è necessario specificare per ciascun apparato le problematiche riportate dal lavoratore.

#### **14.7 ESAME OBIETTIVO E ACCERTAMENTI INTEGRATIVI**

A seguito dell'anamnesi, il Medico Competente effettuerà l'esame obiettivo del lavoratore con particolare riferimento agli organi bersaglio dei rischi lavorativi. Per esempio, nel caso in cui debba sorvegliare lavoratori addetti all'utilizzo del videoterminale, nel corso dell'esame obiettivo egli dedicherà molta cura all'esame del rachide cervicale, degli arti superiori e del sistema oculo-visivo; oppure, se i lavoratori effettuano movimentazione manuale di carichi, egli dovrà effettuare manovre semeiologiche volte ad individuare possibili patologie del rachide dorso-lombare e degli arti superiori.

La compilazione della sezione riservata alle risultanze dell'esame obiettivo della Cartella Sanitaria e di Rischio si differenzia dalla cartella clinica ospedaliera dove il medico è tenuto a descrivere la condizione di ogni tessuto/apparato dell'organismo esplorato, riportando sia i reperti fisiologici che quelli patologici. Dal momento che generalmente il lavoratore è un soggetto “sano”, il Medico Competente può limitarsi ad annotare in cartella solo i reperti patologici obiettivati durante la visita.

In un'ottica di promozione della salute è opportuno inoltre che il MC spenda qualche minuto in più nel corso dell'esame obiettivo per raccogliere anche i parametri antropometrici (peso ed altezza per calcolare l'Indice di massa corporea, misura della circonferenza addominale e dei fianchi) che permettono di valutare il rischio cardiometabolico dei lavoratori.

A completamento dell'esame obiettivo, la cartella prevede la registrazione dei risultati degli esami strumentali che compongono il Protocollo sanitario predisposto sulla base dei rischi lavorativi: nuovamente il Medico Competente, dopo aver visionato i referti degli esami, annoterà in cartella solo i risultati patologici. Questi dati dovranno poi essere valutati in relazione all'esposizione lavorativa per comprendere se esiste un nesso di causalità. Tutti i referti devono essere visti, numerati, datati ed allegati alla cartella di cui sono parte integrante; il numero dell'allegato deve essere poi riportato all'interno della cartella accanto alla descrizione del referto a cui fa riferimento.

In questa sezione possono essere inseriti anche i risultati/referti degli accertamenti quali esami radiologici o consulenze specialistiche che il Medico Competente può richiedere in aggiunta agli accertamenti di base previsti dal Protocollo sanitario, nei casi in cui vi sia necessità di approfondire la valutazione dello stato di salute del lavoratore. È molto importante che in occasione della visita di sorveglianza sanitaria, il Medico Competente informi il lavoratore riguardo l'esito degli accertamenti sanitari effettuati e gli consegni copia cartacea dei risultati degli esami allegati alla Cartella Sanitaria e di Rischio, se il lavoratore li richiede (art. 25, comma 1, lett. h, D.Lgs. n. 81/2008). Oltre ad essere un obbligo di legge, rendere edotto il lavoratore circa l'impatto dei rischi lavorativi sulla sua

salute lo aiuta a comprendere il razionale del giudizio di idoneità che riceverà. Inoltre, informare il lavoratore degli effetti dei rischi sulla salute e delle misure di prevenzione da adottare è un'importante strategia che contribuisce a rafforzare la consapevolezza del rischio. Un lavoratore consapevole del potenziale pericolo per la sua salute sarà più attento a proteggersi, attraverso corrette modalità operative e l'utilizzo di dispositivi di protezione, dai rischi lavorativi, nonché maggiormente attento nel riconoscere i disturbi e segnalarli in occasione della visita di sorveglianza sanitaria.

#### **14.8 LISTA DEI PROBLEMI E IL SUO CONTINUO AGGIORNAMENTO**

Terminata la raccolta anamnestica e dei dati obiettivi e strumentali, il Medico Competente deve elaborare una sintesi clinica di tutte le informazioni disponibili con l'eventuale definizione diagnostica quanto più precisa possibile.

Nel modello di cartella presente in appendice, il Medico Competente dovrà riportare la diagnosi formulata (come prima voce della lista di problematiche), che dovrà essere aggiornata in occasione di ogni visita successiva di sorveglianza sanitaria, secondo il Metodo della Cartella Orientata per Problemi (CMOP). Insieme alle problematiche di salute il Medico Competente avrà cura di inserire la tipologia di rischio professionale a cui il lavoratore è esposto.

Attraverso questa schematizzazione il Medico Competente potrà agevolmente definire il profilo di salute del lavoratore in relazione all'esposizione e trarre le conclusioni riguardo alla sua idoneità alla mansione.

#### **14.9 IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ**

Pratica conclusiva di ogni visita di sorveglianza sanitaria è l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica; pertanto, una specifica sezione della Cartella Sanitaria e di Rischio (l'ultima) sarà dedicata al giudizio di idoneità (idoneo; parzialmente idoneo, in maniera temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni; non idoneo temporaneamente o permanentemente). Nel caso di idoneità parziale con prescrizioni o limitazioni, nella suddetta sezione deve essere previsto uno spazio per indicare, in modo sintetico ma completo, la limitazione e/o la prescrizione.

Il modello di cartella che proponiamo prevede poi uno spazio in cui annotare dei consigli che il Medico Competente può suggerire al lavoratore per il miglioramento del suo benessere psico-fisico inteso in maniera globale e non strettamente mirato all'esposizione lavorativa, come per esempio la riduzione del tabagismo, il calo di peso o l'incremento dell'attività fisica.

Nel modello di cartella che si trova in appendice alla fine del giudizio il lavoratore deve apporre la sua firma in cartella per attestare:

- la veridicità dei dati anamnestici che ha riferito al Medico Competente;
- il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte del Medico Competente, anche oltre il termine della sorveglianza sanitaria, per scopi statistici o scientifici;

- di aver ricevuto informazioni dal Medico Competente sul significato degli accertamenti sanitari effettuati e dei loro risultati;
- di essere stato informato dal Medico Competente della possibilità di presentare ricorso avverso al giudizio di idoneità entro 30 gg dalla data di ricezione.

Nei casi di esposizione ad agenti cancerogeni e radiazioni ionizzanti, con la sua firma il lavoratore attesterà anche di aver ricevuto informazioni dal Medico Competente sulla necessità di proseguire la sorveglianza sanitaria anche dopo la cessazione dell'attività che lo espone agli agenti di rischio.

In questa sezione della cartella dovrà essere registrata anche la data di trasmissione del giudizio al Datore di Lavoro (che dovrà contenere il nominativo del lavoratore visitato, la data della visita medica, i fattori di rischio per cui è sottoposto a sorveglianza sanitaria e la data della visita successiva), nonché la data entro cui bisognerà effettuare la nuova visita di sorveglianza sanitaria secondo la periodicità prevista sulla base del DVR. Una copia del giudizio di idoneità verrà consegnato al lavoratore.

#### 14.10 VISITE PERIODICHE

Il modello di cartella presentato in appendice prevede per la registrazione dei dati acquisiti durante la visita periodica un apposito spazio; esso è ovviamente più contenuto rispetto a quello necessario per la prima visita, in quanto nella visita periodica è sufficiente registrare soltanto le variazioni sopravvenute nel periodo trascorso dalla visita precedente.

Ogni visita periodica dovrà riportare un numero progressivo al fine di consentire una ricostruzione cronologica della sorveglianza sanitaria ed evitare possibili falsificazioni.

La sezione contenente i dati dell'esposizione professionale del lavoratore dovrà essere aggiornata in occasione del cambio di mansione del lavoratore, sempre con i dati forniti dal Datore di Lavoro. In assenza di variazioni della mansione lavorativa saranno considerate valide le informazioni già registrate nel corso della visita precedente.

Di seguito il Medico Competente effettuerà:

- un raccordo anamnestico dalla visita precedente registrando il mantenimento o le variazioni dello stato di salute del lavoratore per cui eventualmente ha richiesto la visita e ogni altra informazione relativa a traumi, incidenti/infortuni, riconoscimenti di invalidità o patologie professionali;
- l'esame obiettivo del lavoratore annotando i reperti patologici non rilevabili nella visita precedente o l'aggravamento di una condizione patologica di un organo;
- i risultati degli esami strumentali previsti dal Protocollo di sorveglianza sanitaria.

#### SCHEMA CONCLUSIVO

- 1) La Cartella Sanitaria e di Rischio deve armonizzare la completezza dell'analisi e le esigenze di sintesi.
- 2) Le informazioni relative ai rischi e i problemi di salute del lavoratore devono essere messi in evidenza.

**APPROFONDIMENTI**

- Bergamaschi A., Cavallin G., Piccinin M.A., Moccaldi R., Magnavita N., "‘ARCH’: a practical experience of computer science in occupational health practice", 2nd International Workshop on Personal Computer and Databases in Occupational Health, Palma de Mallorca, Oct 5-8, 1988.
- Bergamaschi A., Scarlini F., Magnavita N., Costa M., Reale L., "A computer-based questionnaire for medical surveillance and epidemiological investigation of vdt-workers", 2nd International Workshop on Personal Computer and Databases in Occupational Health, Palma de Mallorca, Oct 5-8, 1988.
- Magnavita N., Sacco A., "Sintomi fisici in lavoratori esposti ad inquinamento a basse dosi. Criteri metodologici", in *Folia Medica*, 1991, 63(3), pagg. 437-442.
- Mason R., "Problem-oriented medical records", in *N Engl J Med*, 1968, 278 (24), pagg. 1350-1351.
- Bevilacqua L., Becchetti G., Tidei F., Magnavita N., "Comunicazione del rischio. Esperienza di un servizio di vigilanza", in *G. Ital Med Lav Ergon*, 2009, 3(Supp.2), pagg. 265-266.
- D’Orsi e coll., *La sorveglianza sanitaria dei lavoratori*, EPC, Roma, 2008.

## Capitolo 16

# IL SOPRALLUOGO

Ilaria Capitanelli, Nicola Magnavita

### ARGOMENTI TRATTATI

- Il significato del sopralluogo
- Uno schema di sopralluogo

#### 16.1 IL SOPRALLUOGO

Il sopralluogo è la “visita” dell’ambiente di lavoro effettuata dal Medico Competente (MC) per acquisire dati ed elementi di valutazione sulla realtà lavorativa aziendale.

Il Decreto Legislativo n. 81/08 dispone che il MC visiti gli ambienti di lavoro almeno una volta l’anno o con cadenza diversa secondo la valutazione dei rischi (art. 25, comma 1, lett. l). Una periodicità diversa da quella annuale deve essere comunicata al Datore di Lavoro che la annota nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).

Più che un obbligo di legge, la visita sistematica degli ambienti di lavoro è un’esigenza del MC che voglia monitorare e proporre, se necessario, miglioramenti delle condizioni di salubrità e sicurezza di un ambiente di lavoro.

Attraverso il sopralluogo, infatti, il MC può osservare direttamente tutti gli aspetti della dinamica lavorativa e l’ambiente in cui si svolge e quindi verificare “sul campo” quali sono i rischi a cui sono esposti i lavoratori nello svolgimento della loro attività.

Il sopralluogo riguarda tutti gli ambienti di lavoro all’interno dell’azienda e non soltanto le postazioni dove operano i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria.

Il MC può effettuare il sopralluogo da solo o congiuntamente al Datore di Lavoro o a una persona competente delegata dallo stesso ed al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP). Sebbene non sia più un obbligo di legge è opportuno, infatti, che il MC venga affiancato dagli altri soggetti aziendali durante il sopralluogo, sia per ricevere indicazioni, documenti e chiarimenti indispensabili per avere un quadro completo della realtà aziendale, sia per avere un possibile confronto “*on site*” sui rischi critici aziendali e sulle misure prevenzionistiche adottate. La presenza, poi, durante il sopralluogo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) permette di mettere



in luce durante la visita aspetti particolari della dinamica lavorativa o dell'ambiente non facilmente verificabili durante l'ispezione visiva svolta da soli.

Il sopralluogo deve essere effettuato nelle condizioni di lavoro più rappresentative e significative della normale dinamica lavorativa per appurare i rischi specifici effettivamente presenti in azienda.

Il MC può avere anche la necessità di visitare il luogo di lavoro o particolari reparti al di fuori della periodicità fissata, per acquisire gli elementi utili a dirimere una criticità insorta durante l'attività di sorveglianza sanitaria, per esempio la definizione di un giudizio di idoneità oppure verificare l'esistenza di un rischio non valutato ma segnalato dai lavoratori in sede di visita medica. In questi casi si parla di "sopralluogo per necessità sopraggiunta" che non sarà globale ma mirato in via esclusiva allo studio della problematica che si vuole approfondire. È chiaro poi che il MC dovrà programmare ed effettuare il sopralluogo degli ambienti di lavoro ogniqualvolta il Datore di Lavoro gli comunichi rilevanti modifiche delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro.

In una sola circostanza la normativa concede al MC la facoltà di sostituire il sopralluogo con la visione dei Piani di sicurezza (Piano di Sicurezza e di Coordinamento/Piano Operativo di Sicurezza), ovvero quando il MC è responsabile della sorveglianza sanitaria di lavoratori impiegati in cantieri temporanei e mobili. La deroga all'obbligo del sopralluogo è consentita alle condizioni che:

- (i) il cantiere abbia caratteristiche analoghe a quelli già visitati dal MC e gestiti dalle stesse imprese,
- (ii) la durata presunta dei lavori sia inferiore ai 200 giorni lavorativi;
- (iii) il MC visiti almeno una volta l'anno l'ambiente di lavoro in cui svolgono la loro attività i lavoratori soggetti alla sua sorveglianza (art. 104. comma 2, D.Lgs. n. 81/2008).

La conoscenza in prima persona dei rischi lavorativi è indispensabile al MC per svolgere gli altri obblighi previsti dalla normativa: la collaborazione alla valutazione dei rischi, la programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria, la partecipazione al controllo dell'esposizione dei lavoratori, l'organizzazione del servizio di primo soccorso in collaborazione con il Datore di Lavoro e la partecipazione all'attività di informazione e formazione per la parte di sua competenza.

In un'ottica di prevenzione primaria, sarebbe opportuno che il Medico Competente effettuasse il primo sopralluogo in occasione dell'accettazione dell'incarico in modo da supportare il Datore di Lavoro nell'individuazione dei fattori di rischio lavorativi e nel definire le modalità per i successivi interventi di valutazione e di gestione.

Qualora però la valutazione dei rischi con la stesura del relativo documento (DVR) fosse già stata effettuata, questi dovrà verificare la congruità tra quanto riportato nel DVR ed i rischi reali derivanti dall'ambiente di lavoro visitato, dalle mansioni e dalle lavorazioni effettuate, dalle attrezzature e dalle eventuali sostanze utilizzate. Per documentare la collaborazione alla valutazione del rischio e ritagliarsi uno spazio professionale autonomo è conveniente che il MC a seguito del sopralluogo rediga un documento

integrativo con l'esito dell'ispezione che completi l'esistente DVR dove l'approccio "tecnico" sia preminente. Eventuali rischi non presenti nel DVR o mal valutati a giudizio del MC dovranno essere oggetto di nuova valutazione con conseguente aggiornamento del DVR.

Una volta implementate le misure atte ad eliminare i rischi o a ridurli al minimo, il sopralluogo periodico servirà al MC per verificare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate in quanto la "bonifica" dell'ambiente di lavoro è il presupposto per preservare la salute del lavoratore.

L'analisi dei rischi lavorativi osservati durante il sopralluogo dal MC giustifica o meno l'effettiva necessità della sorveglianza sanitaria che, secondo la normativa, deve essere effettuata "ove necessario" (art. 25, comma, 1 lett. a), "nei casi previsti dal presente D.Lgs." (art. 18, comma 1, lett. a). A seguito della valutazione dei rischi di cui il sopralluogo è presupposto fondamentale, in alcuni luoghi di lavoro e per alcuni lavoratori potrebbe non emergere la necessità di effettuare la sorveglianza sanitaria. Negli ambienti di lavoro, invece, in cui dovrà essere effettuata la sorveglianza sanitaria, la conoscenza in prima persona dei rischi lavorativi servirà al MC per l'elaborazione di un Protocollo di sorveglianza sanitaria adeguato a cogliere il più precocemente possibile gli effetti negativi sulla salute dei lavoratori. Se il MC approntasse il Protocollo sanitario basandosi solo sul contenuto del DVR redatto da altri senza verificarne la corrispondenza con la realtà lavorativa, potrebbe trascurare rischi lavorativi importanti che, invece, possono essere "scoperti" attraverso il sopralluogo (EU-OSHA, 2009; ILO, 1981).

Nel corso della sorveglianza sanitaria, infine, il sopralluogo diventa il momento per verificare a distanza di tempo la corrispondenza tra i rischi individuati inizialmente, le condizioni operative reali ed il Protocollo sanitario posto in essere.

## 16.2 L'ORGANIZZAZIONE DEL SOPRALLUOGO

È buona prassi che il MC prima di effettuare il sopralluogo svolga uno studio preliminare della documentazione prodotta dal sistema di sicurezza aziendale che gli deve essere fornita dal Datore di Lavoro:

- Documento di Valutazione dei Rischi (se già redatto);
- Piano di emergenza e primo soccorso;
- risultati di eventuali indagini/misurazioni ambientali degli agenti fisici e chimici/cancerogeni;
- programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori;
- schede dati e di sicurezza delle sostanze utilizzate;
- dati sugli infortuni avvenuti in azienda o "near-miss";
- eventuale altra documentazione riguardante problematiche di sicurezza (per esempio, richieste del RLS, verbali degli Organismi di controllo, ecc.).

Nel caso in cui il MC non conosca il ciclo produttivo è conveniente che, in preparazione al sopralluogo, effettui uno studio bibliografico mirato ai rischi presenti nel

comparto lavorativo (ivi comprese le caratteristiche specifiche del fenomeno degli infortuni e delle malattie ad eziologia lavorativa correlate alla lavorazione in esame).

Per non dimenticare niente, può essere utile adottare uno schema logico che garantisca la sistematicità nella raccolta dei dati. Lo schema deve delineare un “percorso” generale da seguire per registrare gli elementi/condizioni essenziali di ogni reparto di lavoro in modo tale da ridurre il rischio di trascurare elementi importanti che richiederebbero ulteriori sopralluoghi. Data la variabilità dei contesti lavorativi, il MC modificherà lo schema di volta in volta, adattandolo alla specifica situazione lavorativa.

Un possibile “percorso” metodologico dovrebbe comprendere questi momenti:

- 1) considerare le condizioni igieniche, ergonomiche ed ambientali;
- 2) ripercorrere il ciclo produttivo (dalla materia prima al prodotto finito);
- 3) analizzare tutte le mansioni lavorative;
- 4) verificare la tipologia dei macchinari utilizzati;
- 5) osservare e dialogare con i lavoratori;
- 6) verificare l'organizzazione del Servizio di primo soccorso.

### 16.3 UN POSSIBILE SCHEMA

È opportuno che il sopralluogo segua uno schema preciso. Ciascun Medico Competente svilupperà un proprio modello.

Di seguito, si propone un modello esemplificativo utilizzato dall'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

#### 16.3.1 Le condizioni igieniche, ergonomiche ed ambientali dei locali di lavoro

- Dimensioni e superfici
  - Cubatura;
  - Superfici;
  - Pavimento: di che materiale è fatto? È regolare? Ci sono gradini, avvallamenti, parti sconnesse o non a livello (ascensori)? È asciutto? Potrebbe essere bagnato? Potrebbe essere scivoloso? È pulito?
  - Muri: come sono fatti? Sono lisci o porosi? Regolari o irregolari? Verniciati o ricoperti di materiale? Ci sono anfratti, sporgenze? Ci sono muffe? Macchie?
  - Soffitto: come è fatto? Quanto è alto? C'è un controsoffitto? Ci sono posti non raggiungibili (nicchie)? Ci sono muffe, sporcizia, ragnatele?
- Vie d'ingresso/circolazione/emergenza
  - Da dove si entra? Come sono fatte le porte? Sono ben visibili? Sono segnalate? Sono aperte o chiuse? Ci sono ostacoli? In che senso si aprono? Quante persone ci passano? Quali mezzi e di che dimensioni ci passano? Ci sono barriere architettoniche?

- Illuminazione
  - Naturale: ci sono finestre e balconi? Come sono fatti? Ci sono tende? Da dove arriva la luce diurna rispetto ai posti di lavoro? La luce naturale è sufficiente per il lavoro? C'è molto irraggiamento d'estate?
  - Artificiale: di che tipo è? Quanta ne arriva nei posti di lavoro? Da che parte proviene? Ci sono riflessi o abbagliamenti? C'è un contrasto eccessivo?
- Microclima
  - Sistemi di ricambio d'aria e condizionamento: l'aria da dove arriva? Dove esce? Che odore ha? C'è un impianto di condizionamento? Di che tipo?
  - Temperatura: fa caldo? Fa freddo? Ci sono correnti d'aria? Quali potrebbero essere le condizioni d'estate? E d'inverno?
- Agenti fisici
  - Rumore: c'è rumore? Di che tipo? Di che intensità? Si sente la voce sussurrata? La voce parlata? Occorre gridare? Non basta neppure gridare nell'orecchio?

### 16.3.2 Il ciclo produttivo

- *L'input*: le materie prime/sostanze impiegate.
- Il processo lavorativo: modalità operative e procedurali del lavoro, schema di trasformazione delle sostanze, tipo di attrezzature utilizzate; principi di funzionamento delle macchine.
- *L'output*: prodotto finito, servizio.
- Gli scarti e rifiuti: modalità di accumulo e smaltimento.

### 16.3.3 Tipologia di mansioni lavorative (chi fa cosa e come lo fa?)

- Cosa fanno i lavoratori? Quali sono le loro posizioni? I loro movimenti? Gli spazi di lavoro sono sufficienti? Le vie di circolazione sono libere? Sono protette? Usano macchine o strumenti? Ci sono altre persone oltre i lavoratori?

### 16.3.4 I macchinari

- Come sono alimentati? Come è fatto l'impianto elettrico? A cosa servono? Ci sono fumi, vapori, rumori, polveri, cattivi odori? Ci sono materiali o prodotti accumulati? I mezzi hanno un percorso tracciato?

### 16.3.5 I lavoratori

- Come sono vestiti? Usano dispositivi di protezione individuale? Hanno locali di riposo, spogliatoi, servizi igienici? Che tipo di turno fanno?

### 16.3.6 Primo soccorso

- È stata svolta la formazione sul programma di primo soccorso aziendale? Sono stati designati gli addetti al primo soccorso aziendale? Il contenuto della cassetta

di pronto soccorso o del pacchetto di medicazione è completo, integro e valido (entro i termini di scadenza)?

### 16.3.7 Sintesi

A completamento del sopralluogo, è buona norma che il MC prenda visione di eventuali valutazioni tecniche (indagini/misurazioni ambientali degli agenti fisici e chimici/cancerogeni), verificando la metodologia seguita per l'analisi e la valutazione di un determinato rischio proponendo eventualmente delle integrazioni, se necessario.

L'osservazione del lavoratore nello svolgimento della sua mansione ha una duplice finalità: individuare i rischi a cui è esposto e verificare l'efficacia della formazione che ha ricevuto nel luogo di lavoro attraverso il controllo del corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e della conoscenza delle procedure di lavoro. Inoltre, durante il sopralluogo il MC potrà verificare l'adozione e la messa in atto da parte del Datore di Lavoro delle prescrizioni/limitazioni espresse nei giudizi di idoneità lavorativa, attestandone o meno l'efficacia.

Da non dimenticare che è molto importante che durante il sopralluogo il MC dedichi del tempo a colloquiare con i lavoratori, in quanto questi ultimi conoscono bene le criticità del ciclo produttivo e possono fornire importanti elementi di valutazione. Il confronto con il lavoratore chiarisce quali sono le principali problematiche che egli incontra durante lo svolgimento della mansione, che possono essere legate a seconda degli ambiti di lavoro alle modalità di lavoro ma anche all'utilizzo dei DPI, al microclima o ancora alla presenza di persone diverse dai lavoratori che generano confusione. Sarebbe auspicabile che il MC raccogliesse il parere di gruppi omogenei di lavoratori che "condividono" l'esposizione ai medesimi rischi nel reparto, nella mansione, nell'area funzionale, ma se non è possibile è bene comunque raccogliere le esperienze e le impressioni di qualche lavoratore. L'interesse per le opinioni del lavoratore, dimostrato dal MC nel corso del sopralluogo contribuirà, inoltre, a consolidare il rapporto di fiducia tra le due parti, base per una collaborazione più valida nell'ottica di creare un ambiente di lavoro più sano e sicuro.

## 16.4 LA RELAZIONE DI SOPRALLUOGO

Al termine del sopralluogo, il MC redigerà un documento contenente le osservazioni raccolte nel sopralluogo, che deve essere datato e sottoscritto e i cui contenuti minimi sono:

- nominativo del MC, data di effettuazione;
- denominazione dell'azienda, specificando se si tratta della sede legale/operativa (quella operativa di solito è quella in cui si trovano i dipendenti), presenza o meno di altre figure;
- descrizione dell'azienda (se unico ambiente o se presenti vari reparti con diverse lavorazioni, dettaglio delle lavorazioni svolte con continuità e quelle svolte saltuariamente, ciclo produttivo, organizzazione del lavoro, tipologia di macchinari utilizzati, interventi per la sicurezza implementati);

- risultanze del sopralluogo;
- osservazioni e suggerimenti per il Datore di Lavoro.

#### SCHEMA CONCLUSIVO

- 1) Il sopralluogo è un momento fondamentale dell'attività del Medico Competente.
- 2) Si raccomanda di seguire uno schema per lo svolgimento del sopralluogo e di mantenere una periodicità prefissata.
- 3) Le osservazioni raccolte nel corso del sopralluogo devono essere organizzate in un rapporto, che deve essere datato e sottoscritto.



#### APPROFONDIMENTI

- Osservatorio Europeo del Rischio, Agenzia Europea per la Sicurezza e l'Igiene del Lavoro, *New and emerging risks in occupational safety and health*, Dicembre 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://osha.europa.eu/en/publications/outlook/en\\_te8108475enc.pdf](http://osha.europa.eu/en/publications/outlook/en_te8108475enc.pdf) (consultato in data 21/06/2018).
- Rapporto III(1B) alla Conferenza Internazionale del Lavoro, giugno 2009, *General Survey concerning the Occupational Safety and Health Convention, 1981 (N. 155), the Occupational Safety and Health Recommendation, 1981 (N. 164) and the Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention, 1981*, Disponibile all'indirizzo: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_103485.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_103485.pdf) 2 (consultato in data 21/06/2018).

## Capitolo 21

# GLI OBBLIGHI MEDICO-LEGALI E LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO COMPETENTE

Angelo Sacco, Giuseppe De Lorenzo, Nicola Magnavita

### ARGOMENTI TRATTATI

- Introduzione
- Gli obblighi medico-legali del Medico Competente nella normativa prevenzionistica
- Gli obblighi medico-legali del Medico Competente nella normativa assicurativa
- La responsabilità penale del Medico Competente
- La responsabilità civile del Medico Competente
- Riferimenti normativi

### 21.1 INTRODUZIONE

Il D.Lgs. n. 81/2008, norma che amplia ed armonizza gli ambiti di tutela prevenzionistica dei lavoratori a garanzia del miglioramento della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, individua specifiche funzioni per il Medico Competente (MC) e prescrive un complesso di adempimenti a salvaguardia del soggetto interessato e della collettività dei lavoratori.

Ai suddetti obblighi, contenuti prevalentemente (ma non solo) negli artt. 25, 40 e 41 del D.Lgs. n. 81/2008, la cui inadempienza è oggetto di sanzione amministrativa o addirittura penale, si aggiungono una serie di compiti di carattere più squisitamente medico-legale cui non sempre si attribuisce la dovuta importanza: si tratta di “pareri” e “segnalazioni” al Datore di Lavoro e agli organismi competenti.

Costituiscono infine compiti medico-legali del MC quelli notoriamente prescritti dall’art. 139 del D.P.R. n. 1124/1965 secondo cui è obbligatorio, per ogni medico che ne riconosca l’esistenza, la denuncia delle malattie professionali indicate negli elenchi riportati nel D.M. 10 giugno 2014 (elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la segnalazione ai sensi dell’art. 139 del T.U. n. 1124/1965).

In questo capitolo puntualizzeremo tali obblighi.

## **21.2 OBBLIGHI MEDICO-LEGALI DEL MEDICO COMPETENTE NELLA NORMATIVA PREVENZIONISTICA**

La normativa prevenzionistica vigente propone, per il Medico Competente, un duplice ruolo: quello consultivo e quello operativo; il primo è costituito da compiti di consulenza per il Datore di Lavoro, mentre il secondo consta di attività obbligatorie, da svolgersi nel più generale interesse della collettività; la violazione di questi ultimi obblighi è oggetto di sanzioni penali e talvolta pecuniarie amministrative direttamente a carico del professionista.

Ai suddetti compiti si aggiungono una serie di obblighi di carattere medico-legale caratterizzati da “pareri” e “segnalazioni” al Datore di Lavoro e, in taluni casi, agli organismi competenti (Sacco e coll, 2016).

### **21.1.1 I compiti “consultivi”**

Tra i compiti consultivi, indichiamo i seguenti (previsti dall’art. 25, D.Lgs. n. 81/2008):

- la collaborazione con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione: alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all’attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione al rischio e le peculiari modalità organizzative del lavoro e alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di “promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale (art. 25, comma 1, lett. a);
- la comunicazione in forma scritta, in occasione delle riunioni previste dall’art. 35, al Datore di Lavoro, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata; le indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori (art. 25, comma 1, lett. i);
- la partecipazione alla programmazione del controllo dell’esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria (art. 25, comma 1, lett. m).

### **21.2.2 I compiti “operativi”**

Tra i compiti operativi previsti dall’art. 25 del D.Lgs. n. 81/2008 per la cui inadempienza sono previste sanzioni penali, indichiamo i seguenti:

- la collaborazione con il Datore di Lavoro e con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria (art. 25, comma 1, lett. a, primo periodo);
- la programmazione e l’effettuazione della sorveglianza sanitaria (così come specificata nell’art. 41) attraverso Protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati (art. 25, comma 1, lett. b);



- l'istituzione, aggiornamento e custodia, sotto la propria responsabilità, di una Cartella Sanitaria e di Rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria; tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del Medico Competente (art. 25, comma 1, lett. c);
- la consegna al Datore di Lavoro, alla cessazione dell'incarico, della documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale (art. 25, comma 1, lett. d);
- la consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, della copia della Cartella Sanitaria e di Rischio, cui fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima (art. 25, comma 1, lett. e, primo periodo);
- le informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (art. 25, comma 1, lett. g);
- la visita degli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al Datore di Lavoro ai fini della sua annotazione nel Documento di Valutazione dei Rischi (art. 25, comma 1, lett. l).

Tra i compiti operativi previsti dall'art. 25 del D.Lgs. n. 81/2008 per la cui inadempienza sono previste sanzioni amministrative, indichiamo i seguenti:

- l'informazione ad ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 e, a richiesta dello stesso, il rilascio della copia della documentazione sanitaria (art. 25, comma 1, lett. h);
- la comunicazione scritta, in occasione delle riunioni di cui all'art. 35, al Datore di Lavoro, al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e le indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori (art. 25, comma 1, lett. i).

I compiti operativi previsti dall'art. 41 del D.Lgs. n. 81/2008 (per la cui inadempienza sono previste soltanto sanzioni amministrative) sono i seguenti:

- l'obbligo di registrare gli esiti della visita medica devono essere allegati alla Cartella Sanitaria e di Rischio, secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A (art. 41, comma 5);
- l'espressione per iscritto del giudizio di idoneità e la trasmissione di copia dello stesso al lavoratore e al Datore di Lavoro (art. 41, comma 6-bis).

È inoltre importante aggiungere che una specifica sanzione amministrativa è prevista per il Medico Competente che esegua la visita medica quando essa è precipuamente vietata dalla legge o per accertare stati di gravidanza (art. 41, comma 3, lett. b e c).

Infine, una sanzione amministrativa è prevista per la violazione dell'art. 40, comma 1, qualora il Medico Competente non abbia trasmesso per via telematica, entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, ai Servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in allegato 3B.

Elenchiamo, infine, ulteriori compiti operativi previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 per la cui inadempienza sono previste sanzioni penali, indicati in relazione alla prevenzione dei rischi specifici.

#### **Agenti fisici**

- l'obbligo di effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi fisici sulla base di quanto previsto dall'art. 41 (art. 185, comma 1);
- l'obbligo di riportare nella Cartella Sanitaria e di Rischio i dati della sorveglianza sanitaria, ivi compresi i valori di esposizione individuali comunicati dal Datore di Lavoro (art. 186).

#### **Agenti chimici**

- l'obbligo di disporre/effettuare il monitoraggio biologico dei lavoratori esposti a rischi chimici per i quali è stato fissato un valore limite biologico (art. 229, comma 3, primo periodo);
- l'obbligo di istituire ed aggiornare per ciascun lavoratore esposto a rischio chimico la Cartella Sanitaria e di Rischio (inserendo all'interno della stessa i livelli di esposizione individuali forniti dal Servizio di Prevenzione e Protezione) e di fornire al lavoratore le informazioni sul significato e le risultanze della sorveglianza sanitaria (art. 230).

#### **Agenti mutageni e cancerogeni**

- l'obbligo di istituire ed aggiornare per ciascun lavoratore esposto a rischio da esposizione ad agenti mutageni/cancerogeni la Cartella Sanitaria e di Rischio (art. 243, comma 2).

### **21.2.3 I “pareri” al Datore di Lavoro circa la necessità di adottare misure particolari di prevenzione**

Nonostante la normativa prevenzionistica vigente sia univoca nell'imporre al Medico Competente il rispetto del segreto professionale (cfr. il citato art. 25, comma 1, lett. c, D.Lgs. n. 81/2008), il MC ha l'obbligo di esprimere pareri circa la necessità di adottare misure protettive particolari per specifici lavoratori e di segnalare la presenza di eventuali effetti pregiudizievoli per la salute imputabili alla esposizione agli agenti chimici, fisici, cancerogeni e biologici.

Considerato il potenziale di danno sulla salute della collettività lavorativa determinato da siffatti agenti, per tali segnalazioni è ammesso (anzi, obbligatorio) derogare dal rispetto del segreto professionale, in quanto esse non solo rivestono un ruolo di rilievo nella tutela prevenzionistica per il singolo lavoratore, ma hanno anche la più alta funzione di proteggere la salute della collettività dei lavoratori. Allo stesso modo, “Nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento” (cioè nel caso di attività lavorative che possono mettere a rischio la sicurezza e l’incolumità di terze persone), le visite mediche di legge sono altresì finalizzate “... alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti” (art. 41, comma 4, D.Lgs. n. 81/2008).

I “pareri”, come si diceva, hanno lo scopo di consentire al Datore di Lavoro di adottare, sul singolo individuo, misure di prevenzione particolari che possono anche consistere nell’allontanamento del lavoratore dal rischio.

Essi sono previsti soltanto nei casi di esposizione ad agenti cancerogeni, chimici e biologici.

Per gli agenti cancerogeni (art. 242 commi 2, 3 e 4, D.Lgs. n. 81/2008) e gli agenti chimici (art. 229, commi 5 e 6, D.Lgs. n. 81/2008), la norma prevede che il Datore di Lavoro, su conforme parere del Medico Competente, adotti misure preventive e protettive per i singoli lavoratori sulla base delle risultanze degli esami clinici e biologici effettuati; tali misure possono comprendere l’allontanamento del lavoratore secondo le procedure dell’art. 42. Nel caso di esposizione ad agenti mutageni e cancerogeni la norma prevede anche che, ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l’esistenza di una anomalia imputabile a tale esposizione, il Medico Competente informi il Datore di Lavoro (art. 242, comma 4). A seguito di siffatta informazione, il Datore di Lavoro effettua:

- a) una nuova valutazione del rischio;
- b) ove sia tecnicamente possibile, una misurazione della concentrazione dell’agente in aria e comunque dell’esposizione all’agente, considerando tutte le circostanze e le vie di esposizione possibilmente rilevanti per verificare l’efficacia delle misure adottate (art. 242, comma 5).

Nel caso di esposizione ad agenti chimici, invece, la norma prevede che, se all’atto della sorveglianza sanitaria si evidenzia, in un lavoratore o in un gruppo di lavoratori esposti in maniera analoga ad uno stesso agente, l’esistenza di effetti pregiudizievoli per la salute imputabili a tale esposizione o il superamento di un valore limite biologico, il Medico Competente informa individualmente i lavoratori interessati ed il Datore di Lavoro (art. 229, comma 6). In questi casi, il Datore di Lavoro deve: a) sottoporre a revisione la valutazione dei rischi effettuata; b) sottoporre a revisione le misure predisposte per eliminare o ridurre i rischi; c) tenere conto del parere del Medico Competente nell’attuazione delle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio; d) prendere le misure affinché sia effettuata una visita medica straordinaria per tutti gli altri lavoratori che hanno subito un’esposizione simile (art. 229, c. 7).

Per quanto riguarda i soggetti esposti ad agenti biologici (art. 279, commi 2 e 3, D.Lgs. n. 81/2008), la previsione normativa è più articolata. Infatti, la norma prevede che il Datore di Lavoro, su parere del Medico Competente, adotti misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali:

- a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del Medico Competente;
- b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42.

Ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l'esistenza di anomalia imputabile a tale esposizione, il Medico Competente ne informa il Datore di Lavoro (art. 279, comma 3). A seguito di detta informazione il Datore di Lavoro effettua una nuova valutazione del rischio (art. 279, comma 4).

Anche per l'esposizione ad agenti fisici (art. 185, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008), nel caso in cui dalla sorveglianza sanitaria emerga in un lavoratore un'alterazione apprezzabile dello stato di salute correlata ai rischi lavorativi, il Medico Competente dovrà informarne il lavoratore e, nel rispetto del segreto professionale, il Datore di Lavoro; quest'ultimo provvederà a:

- a) sottoporre a revisione la valutazione dei rischi;
- b) sottoporre a revisione le misure predisposte per eliminare o ridurre i rischi;
- c) tenere conto del parere del Medico Competente nell'attuazione delle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio (Sacco e coll, 2016).

#### **21.2.4 La registrazione dei casi di malattia o di decesso da agenti biologici e cancerogeni**

L'obbligo di registrare e di trasmettere agli Enti competenti i casi di malattia o di decesso da agenti biologici e cancerogeni attiene non solo al Medico Competente ma a qualunque medico o struttura sanitaria pubblica e privata che riscontri siffatti casi.

##### **Registrazione dei casi di malattia o di decesso da agenti biologici**

I medici, nonché le strutture sanitarie, pubbliche o private, che refertano i casi di malattia, ovvero di decesso, trasmettono al settore ricerca dell'Inail (ex ISPESL) copia della relativa documentazione clinica (art. 281, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008). Il comma 3 dello stesso art. 281 prevede la determinazione di un modello per la trasmissione di detta documentazione da statuire con Decreto dei Ministri della Sanità e del Lavoro e della Previdenza Sociale, sentita la Commissione Consultiva; il suddetto modello non ancora approvato, è stato comunque a suo tempo proposto e diffuso dall'ISPESL.

##### **Registrazione dei tumori**

I medici e le strutture sanitarie pubbliche e private, nonché gli Istituti Previdenziali ed Assicurativi pubblici o privati, che identificano casi di neoplasie da loro ritenute

attribuibili ad esposizioni lavorative ad agenti cancerogeni, ne danno segnalazione all'ISPESL, tramite i Centri Operativi Regionali (COR) di cui al comma 1, trasmettendo le informazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 dicembre 2002, n. 308, che regola le modalità di tenuta del registro, di raccolta e trasmissione delle informazioni (art. 244, comma 2, D.Lgs. n. 81/2008).

L'obbligo di segnalazione vige anche per quanto riguarda i casi accertati di mesotelioma asbesto-correlati (art. 261, comma 1, D.Lgs. n. 81/2008).

### **21.3 GLI OBBLIGHI MEDICO-LEGALI DEL MEDICO COMPETENTE NELLA NORMATIVA ASSICURATIVA: L'OBBLIGO DI SEGNALARE LE MALATTIE PROFESSIONALI**

Il primo obbligo in capo a tutti gli esercenti una professione sanitaria, quando si trovino di fronte ad una malattia professionale certa e/o sospetta, è stabilito dall'art. 365 del Codice Penale ed è rappresentato dal redigere il referto all'Autorità Giudiziaria.

Il referto deve contenere le indicazioni essenziali indicate dall'art. 334, comma 2 del Codice di Procedura Penale, ovvero: le generalità della persona alla quale è stata prestata assistenza; il luogo dove si trova abitualmente (domicilio); il luogo, il tempo e altre circostanze dell'intervento; le notizie utili a stabilire le circostanze del fatto; i mezzi con i quali il fatto è stato commesso; gli effetti che ha causato o può causare.

Il referto deve pervenire entro 48 ore, o se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo ove è stata prestata la propria opera o assistenza.

La finalità di tale adempimento è sia quella di reprimere i reati sulla persona (ivi compresi quelli posti in essere in violazione delle norme in tema di salute e sicurezza dei lavoratori), sia quella di prevenire le possibili ulteriori nefaste conseguenze del reato commesso.

Il secondo obbligo deriva dall'art. 139 del D.P.R. n. 1124/1965 che prevede che ogni medico segnali alle Autorità competenti la malattia professionale riscontrata basandosi su un elenco di malattie il cui ultimo aggiornamento è contenuto nel D.M. 10 giugno 2014. L'elenco distingue le malattie la cui origine lavorativa è di "elevata" probabilità, "limitata" probabilità o "possibile". La denuncia deve essere fatta alla Direzione Provinciale del Lavoro, alla ASL competente per territorio e all'INAIL. La finalità di tale adempimento è statistico-epidemiologica e non è automatico motivo per la ASL di procedere con l'accertamento di eventuali inadempienze in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Il terzo obbligo deriva dall'art. 53 del D.P.R. n. 1124/1965 che prevede per i medici l'obbligo di compilare ai fini assicurativi il certificato di malattia professionale, qualora la certificazione venga richiesta dall'interessato; il certificato deve contenere l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato e una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore.

Il certificato deve essere rilasciato al lavoratore interessato il quale a sua volta lo consegnerà al Datore di Lavoro entro 15 giorni pena decadenza dal diritto all'indennizzo.

Nel settore industriale e dei servizi, il medico può, previa autorizzazione del lavoratore, inviare il certificato anche all'INAIL ed al Datore di Lavoro; nel settore agricolo il certificato deve essere obbligatoriamente inviato all'INAIL dal medico.

#### **21.4 LA RESPONSABILITÀ PENALE DEL MEDICO COMPETENTE**

Da quanto osservato nei capitoli precedenti risulta chiaro che la responsabilità penale del Medico Competente nel nostro ordinamento risulta in gran parte assorbita dalla inosservanza degli obblighi - riportati nel dettaglio sopra - cui egli è chiamato ad adempiere. Si tratta in sostanza di reati contravvenzionali "di pericolo", puniti indipendentemente dall'esito del comportamento antiggiuridico. Ai suddetti reati, rilevabili dall'Organo di Vigilanza, si applica la procedura prevista dal D.Lgs. n. 758/1994, che propone l'istituto della "prescrizione," consentendo - a giudizio del magistrato inquirente - la trasformazione dell'illecito da penale in amministrativo se il reo adempie alle prescrizioni impartite dall'Organo di Vigilanza.

Oltre alle fattispecie sopra indicate, la responsabilità penale del Medico Competente è prevista anche nel caso in cui la violazione della normativa antinfortunistica abbia cagionato nel lavoratore lesioni personali (di cui agli artt. 589 e 590 cod. pen.) riconducibili a infortunio o malattia professionale direttamente causate dalla condotta del professionista. A tal proposito occorre sottolineare che, perché il professionista possa essere chiamato a rispondere del delitto di cui agli artt. 589 e 590 cod. pen., è necessario dimostrare il nesso di causalità tra la condotta posta in essere ed il danno e l'inosservanza delle norme prevenzionistiche indicate in una norma, in un regolamento, o comunque, stabilite da una disciplina.

#### **21.5 LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO COMPETENTE**

Il Medico Competente come tutti i prestatori d'opera è tenuto al risarcimento del danno per mancata o inesatta prestazione dovuta e/o obbligata per contratto sulla base degli artt. 1176, 1218 e 2236 cod. civ. ("responsabilità contrattuale" derivante da inadempimento degli obblighi contrattuali per lo più sovrapponibili agli obblighi stabiliti dal D.Lgs. n. 81/2008 per il Medico Competente). La "responsabilità contrattuale" potrebbe derivare anche da quella che l'art. 2087 cod. civ. prevede per il Datore di Lavoro, quando la mancata adozione delle misure di precauzione/prevenzione sia attribuibile all'operato del Medico Competente. Il Medico Competente, inoltre, risponde anche dell'art. 2043 cod. civ. che stabilisce che "... qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno" ("responsabilità extracontrattuale"). Nel caso di un Medico Competente dipendente dal Datore di lavoro, gli aspetti di "responsabilità contrattuale" sono oltremodo più complessi. Ulteriori profili di responsabilità civile emergono in relazione all'art. 5 della Legge n. 24/2017 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" in caso di inosservanza delle linee guida elaborate dalle società scientifiche. Tale aspetto risulta cruciale se si tiene conto che proprio il D.Lgs. n. 81/2008 all'art. 25 stabilisce che

il Medico Competente "... programma ed effettua la sorveglianza sanitaria ... attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati".

## 21.6 RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto 30 giugno 1965, n. 1124. Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Supplemento Ordinario - n. 257 del 13 ottobre 1965.
- D.Lgs. 19 dicembre 1994, n. 758. Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro. G.U. 26 gennaio 1995 n. 21.
- D.Lgs. 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. G.U. 30 aprile 2008 n. 100.
- D.M. 10 giugno 2014. Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni. G.U. 12 settembre 2014 n. 212.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. G.U. 17 marzo 2017 n. 64.

### SCHEMA CONCLUSIVO

- 1) Gli obblighi medico-legali del Medico Competente discendono sia dalla normativa prevenzionistica (D.Lgs. n. 81/2008) sia dalla normativa assicurativa (D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.) vigente nel nostro Paese.
- 2) La violazione di molti degli obblighi indicati nella normativa prevenzionistica e assicurativa è sanzionata penalmente.
- 3) La responsabilità penale del Medico Competente è prevista anche nel caso in cui la violazione della normativa antinfortunistica abbia cagionato nel lavoratore lesioni personali.
- 4) La responsabilità civile del Medico Competente come quella di qualsiasi esercente la professione sanitaria è sia del tipo contrattuale che extracontrattuale. Profili di complessità derivano dal fatto di dover adempiere ad obblighi della normativa (D.Lgs. n. 81/2008) nonché dalle recenti innovazioni introdotte dalla Legge n. 24/2017.



#### APPROFONDIMENTI

- Sacco A., Magrini A., De Lorenzo G., "Adempimenti medico-legali del medico competente" in *G Med*, Milano, 2016, 166(1), pagg. 73-80.

L'estratto che stai consultando  
fa parte del volume in vendita  
su **ShopWKI**,  
il negozio online di **Wolters Kluwer**

[Torna al libro](#)



CEDAM

IPSOA

**UTET**<sup>®</sup>  
GIURIDICA

il fisco

 ALTALEX