



 <p>Associazione Medico - Chirurgia Lilybearsa Marsala Via Mazzini, 546 - MARSALA</p>	 <p>Associazione di Imprese per la Salute e la Sicurezza del Lavoro</p>	IN COLLABORAZIONE CON	
			 <p>FORMAZIONE ETA <a href="http://www.azionemarsala.it">www.azionemarsala.it</a></p>

**SEMINARIO**  
**“IL MEDICO COMPETENTE NEL D. LGS. 81/08: CRITICITÀ E  
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO”**

**Aggiornamento valido per Medici Competenti, 12 Crediti ECM**  
**(accreditato per Medico chirurgo , 100 posti)**

**28 Giugno 2014**  
Marsala (TP)  
Cantine Donna Fugata



Associazione di Imprese per  
la Salute e la Sicurezza del Lavoro

## **Valutazione dei rischi: il ruolo del Medico competente**

**Graziano Frigeri**

*Medico Competente, Presidente Assoprev*



# L'obbligo di collaborazione

- D.Lgs.81/08 (art. 29) il datore di lavoro ha l'obbligo di effettuare la valutazione, e redigere il documento, **in collaborazione** con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione ed **il medico competente nei casi in cui è prevista la sorveglianza sanitaria.**
- Il medico competente (art. 25) ha l'obbligo di **collaborare** alla effettuazione della valutazione dei rischi, *“anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria”*.
- Definizione di medico competente (art.2 )
  - “medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, **che collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi** ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto”



# Quando è obbligatoria la sorveglianza sanitaria

- Nei casi espressamente previsti dal D.Lgs.81/2008:
  - Per la verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza<sup>[1]</sup> e di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope (Titolo I, art. 41 comma 4);
  - Movimentazione manuale dei carichi (Titolo VI, art. 168);
  - Videoterminali (Titolo VII, art. 176);
  - Rumore (Titolo VIII, art. 196);
  - Vibrazioni (Titolo VIII, art. 204);
  - Campi elettromagnetici (Titolo VIII, art. 211);
  - Radiazioni ottiche (Titolo VIII, art. 218);
  - Agenti chimici pericolosi (Titolo IX, art. 229);
  - Agenti cancerogeni e mutageni (Titolo IX, art. 242);
  - Amianto (Titolo IX, art. 259);
  - Agenti biologici (Titolo X, art. 279);
  - Protezione dalle ferite da taglio e punta (Titolo X-bis, art.286-sexies)
- Nei casi indicati dalla Commissione consultiva di cui all'art. 6;
- Quando il lavoratore ne faccia richiesta e questa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi (art. 41 c. 1 lett. b)



# Obbligo deontologico

- La partecipazione attiva e “proattiva” del medico competente alla valutazione dei rischi rappresenta un elemento essenziale qualificante della professione del medico competente.
- il Codice ICOH tra i “doveri e compiti degli operatori di medicina del lavoro” specifica che
  - *“dovranno fare uso di validi metodi di valutazione dei rischi, dovranno proporre misure preventive efficaci e quindi controllarne l’applicazione”.*
  - *“la valutazione dei fattori di rischio professionali dovrà portare all’attuazione di una strategia per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e di un programma di prevenzione adeguato”.*
- Il rispetto del Codice ICOH è un obbligo per il MC (art. 39 c.1)



# Obbligo proattivo

- La collaborazione alla VDR è una **attività propria del medico competente**, indipendentemente dall'atteggiamento più o meno attivo del datore di lavoro nel richiedere ed avvalersi di tale collaborazione.
- Il medico competente deve occuparsi della valutazione dei rischi **anche di sua propria iniziativa**, in quanto parte essenziale del proprio lavoro.



## Rifiutare le forme fittizie di collaborazione

- Sono da **rigettare modalità di approccio errate e fuorvianti** quali il mostrare al medico competente un documento di valutazione dei rischi “preconfezionato”, redatto senza la sua attiva partecipazione, richiedendone la firma per “presa visione”;
- La firma del medico attesta che il medico competente **approva e condivide** i criteri e i risultati della valutazione dei rischi riportati sul documento



## In caso di nuova nomina o di subentro

- Il medico competente, dovrà pretendere di **visionare il documento** (anche ai sensi dell'art. 18 comma 2)
- Dopo aver effettuato i necessari sopralluoghi e verifiche nell'ambiente di lavoro, **proporre le eventuali integrazioni o modifiche** che ritenesse necessarie
  - *concetto ribadito dalla anche Commissione per gli interpellanti di cui all'art. 12 del D.Lgs.81/08, in occasione della redazione dell'interpello n. 5/2014.*





## Non “delegare” al RSPP

- Il medico competente **non deve adottare un approccio rinunciatario e di delega** “di fatto” al RSPP in materia di valutazione del rischio
- La valutazione del rischio è uno dei **compiti** (il primo in base a quanto previsto dall’art. 25) **propri** del medico competente, da attuare “in collaborazione” con le altre figure direttamente coinvolte: datore di lavoro e RSPP.



## Cosa significa “collaborare”

- Il verbo “**collaborare**” risale al latino tardo (Tertulliano),
- Deriva, a livello etimologico, da “**laboro cum**”, nel suo significato di *coadiuvare, prendere parte attiva a qualche impresa in genere a carattere intellettuale o culturale, limitatamente (in genere) alla propria competenza.*
- La preposizione “*cum*” indica unione, comunanza, l’operare in comune con qualcuno, cooperazione; lavorare insieme ad altri coadiuvandoli e contribuendo con la propria opera ad un’attività.



# Collaborare

- L'etimologia stessa del verbo “collaborare” non rimanda a qualcosa di passivo o che alluda all’“attesa” o all’“avallo” di qualcosa,
- Indica una **condotta attiva di cooperazione**:
  - **prendere parte ad un lavoro** contribuendo alla sua realizzazione per la parte di propria competenza, adoperandosi per esso e dirigendo i propri sforzi in tale direzione.



# Le sentenze di Pisa: Pisa 1

- *Trib. Pisa 13 aprile 2011:*
- Il medico competente della ditta ometteva di collaborare attivamente alla valutazione dei rischi aziendali;
- Il documento di valutazione dei rischi generale dell'azienda sottoscritto dall'imputato presentava incongruenze e lacune rispetto:
  - all'organizzazione del primo soccorso e delle emergenze,
  - incongruenze in relazione all'esposizione quotidiana al rumore e alle vibrazioni
  - descriveva un livello di rischio da movimentazione dei carichi modesto senza giustificare le motivazioni che hanno reso necessaria la sorveglianza sanitaria per rischio movimentazione dei carichi per tutti i lavoratori.



# Incongruenza tra VDR e Protocollo Sanitario

- Se non vi è congruenza tra il protocollo sanitario e il DVR, occorre verificare che il medico competente abbia collaborato realmente e attivamente alla attività di valutazione dei rischi.
- La **mancata coerenza tra DVR e protocollo sanitario** può essere uno dei “sintomi” da cui si *può* dedurre l’omessa collaborazione alla valutazione dei rischi da parte del medico competente.



# Incongruenza tra VDR e Protocollo Sanitario

- Il protocollo sanitario potrebbe essere “congruo” rispetto alla tipologia dei rischi effettivamente presenti in azienda, mentre potrebbero essere proprio la valutazione, ed il conseguente DVR, incompleti o inadeguati.
- Potremmo cioè trovarci nella situazione in cui il medico competente ha effettuato “in proprio” una valutazione dei rischi tecnicamente esatta ed ha adottato un conseguente e coerente protocollo;
- Tuttavia poiché la valutazione dei rischi è un obbligo (indelegabile) del datore di lavoro, cui il medico deve nondimeno collaborare, tale comportamento configurerebbe comunque in capo al medico competente l’omissione dell’obbligo di collaborazione



# La condanna

- E' stata accertata la responsabilità del MC in quanto sono state appurate negligenze nella collaborazione attiva alla valutazione dei rischi aziendali non avendo il MC provveduto ad individuare esattamente il grado di rischio connesso:
  - alla movimentazione dei carichi;
  - all'esposizione quotidiana dei dipendenti al rumore e alle vibrazioni
- *I critici della sentenza hanno osservato come il disposto non sia perfettamente coerente con il dettato normativo: obbligo infatti del medico competente non è “individuare esattamente il grado di rischio connesso alla movimentazione dei carichi, all'esposizione quotidiana dei dipendenti al rumore e alle vibrazioni” ma, semmai, “collaborare ad individuare...”.*
- *Nel caso in questione non si è giunti ad un pronunciamento della Cassazione in quanto l'imputato ha scelto di non presentare appello contro la sentenza e corrispondere l'importo dell'ammenda.*



## Le sentenze di Pisa: Pisa 2

- *Trib. di Pisa 7 dicembre 2011*
  - Azienda in regime di autocertificazione (< 10 lav.)
  - Il datore di lavoro aveva prodotto all'ASL, in occasione di una visita ispettiva, una semplice autocertificazione e non era stato “in grado di documentare - mediante referti di analisi, predisposizione di misure sanitarie ecc. - che i rischi [biologico, di scivolamento, di inalazione dei gas di scarico prodotti dai carrelli elevatori e di cadute dall'alto] fossero stati effettivamente individuati e controbilanciati con idonee misure di tutela sanitaria.”
  - Inoltre l'organo di vigilanza aveva accertato la “mancata istituzione del servizio di primo soccorso dato che non era stato sostituito il lavoratore che vi era addetto, nel frattempo collocato a riposo.”





## Le sentenze di Pisa: Pisa 2

- Nell'intento di ottemperare alle prescrizioni ricevute, il datore di lavoro e il medico competente avevano elaborato con l'ausilio dell'RSPP un documento di valutazione dei rischi
- Secondo il Tribunale tuttavia tale documento "non ovviava agli specifici rilievi formulati dagli organi di vigilanza dal momento che non individuava né prevedeva misure di contenimento del rischio biologico e del rischio di inalazione dei gas di scarico".



## Le sentenze di Pisa: Pisa 2

- Il mancato adempimento alla prescrizione impartita veniva segnalato alla Procura della Repubblica.
- Successivamente il medico competente produceva una integrazione al documento di valutazione dei rischi col quale prendeva in considerazione:
  - il rischio biologico (per il quale prescriveva come contromisura una terapia vaccinale)
  - il rischio di inalazione dei gas di scarico (per il quale prescriveva analisi più approfondite da parte del datore di lavoro sulle conseguenze dell'impiego dei carrelli elevatori)
  - dava atto di aver provveduto a formare con un corso di 12 ore un nuovo addetto al servizio di primo soccorso.”



# Le motivazioni della condanna

- Il Tribunale afferma:
  - che “i più recenti interventi del legislatore hanno modificato la figura professionale del medico competente, aggiungendo alle sue tradizionali attribuzioni in materia di sorveglianza sanitaria il nuovo ruolo di **consulente del datore di lavoro in materia di valutazione dei rischi**”
  - che la *ratio* della norma è “quella di stimolare l’adeguamento della figura del medico competente alle nuove attribuzioni - e in definitiva alla nuova mentalità professionale - che gli sono state assegnate”.



# Le motivazioni della condanna

- Il Tribunale riconosce:
  - che si sia creata una evidente **disarmonia** all'interno del sistema di prevenzione e protezione dal momento che tra le due figure professionali ugualmente gravate del ruolo di ausiliario del datore di lavoro in materia di valutazione dei rischi (**RSPP e medico competente**) è stato assegnato rilievo penale solo alla mancata collaborazione di quest'ultimo, e non invece a quella del primo”;
- Ma, dice, questo è il “sistema normativo oggi vigente”!



## Il “confine” degli obblighi tra DL e MC

- Il Giudice di Pisa precisa che “ciò che si chiede al medico competente non è l’adempimento di un obbligo altrui (la redazione del D.V.R.). ma lo svolgimento del proprio obbligo di collaborazione:
  - vale a dire l’esauriente sottoposizione al datore di lavoro dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione dei rischi che coinvolgono le sue competenze professionali in materia sanitaria.”
- “Una volta che il medico competente abbia assicurato quanto sopra, egli ha esaurito il perimetro della sua condotta doverosa, con l’ovvia conseguenza che l’eventuale ulteriore inerzia del datore di lavoro diverrebbe costitutiva di esclusiva responsabilità penale di quest’ultimo.”



# Obbligo “proattivo”

- Il medico competente non può essere chiamato a rispondere dell'omessa valutazione dei rischi la cui conoscenza gli era impedita dall'inerzia del datore di lavoro
  - ad es. per omissione dell'obbligo di fornire le informazioni di cui all'art. 18 comma 2, n.d.r.,
- **Lo stesso non vale per quei profili di rischio che egli poteva e doveva conoscere di scienza propria.**
- Rientra nei compiti di collaborazione l'obbligo di segnalare al datore di lavoro tutti i profili di rischio di cui il medico competente sia comunque venuto a conoscenza unitamente all'indicazione delle misure di tutela ritenute necessarie, senza bisogno di attendere di essere a ciò richiesto dall'imprenditore.



# La Cassazione

- *Terza Sezione Penale della Cassazione*  
*15 gennaio 2013*
  - *Ha confermato la decisione e l’approccio argomentativo della sentenza di primo grado del Tribunale di Pisa.*
  - “deve ritenersi corretta la funzione consultiva attribuita al “medico competente” nell’ambito del rapporto di collaborazione che la legge gli attribuisce”



# La Cassazione

- L'espletamento di tali compiti da parte del “medico competente” comporta una effettiva **integrazione nel contesto aziendale** e non può essere limitato un ruolo meramente passivo in assenza di opportuna sollecitazione da parte del datore di lavoro, anche se il contributo propulsivo richiesto resta limitato alla specifica qualificazione professionale
- L'ambito della responsabilità penale resta confinato nella violazione dell'obbligo di collaborazione, che comprende anche un'attività propositiva e di informazione che il medico deve svolgere.





# La Cassazione

- il “medico competente” assume elementi di valutazione:
  - Dalle informazioni che devono essere fornite dal datore di lavoro, quali quelle di cui all’art. 18, comma 2,
  - Dalle informazioni che può e deve direttamente acquisire
    - di sua iniziativa, ad esempio in occasione delle visite agli ambienti di lavoro
    - fornitegli direttamente dai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria o da altri soggetti.



## Il rapporto tra valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria

- Il medico competente “collabora 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;
- Programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso ***protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici...***”



# Ipotesi

- Ipotizziamo che **il protocollo sanitario tenga conto di tutti i rischi presenti**, e che quindi sul piano della sorveglianza sanitaria i lavoratori siano messi in grado di ricevere tutte le tutele cui hanno diritto in relazione ai rischi cui sono esposti
- ....ma che tuttavia la documentazione relativa alla collaborazione alla valutazione dei rischi da parte del medico competente evidenzi delle carenze sul piano dell'identificazione/valutazione dei rischi, delle misure etc.



# Quesito

- Si può dire che, essendo salvaguardato il risultato finale (l'elaborazione del protocollo sanitario), la completezza dei rischi presi in esame per ciò che attiene la sorveglianza sanitaria possa sanare il vizio legato alla carente o inadeguata collaborazione alla valutazione dei rischi?
- **No: un protocollo sanitario idoneo non può sanare una inidonea attività di collaborazione alla valutazione dei rischi.**



## Perche il protocollo corretto non basta

- Quello della collaborazione alla valutazione dei rischi è un **obbligo autonomo** che va adempiuto a monte della sorveglianza sanitaria.
- Il “**risultato finale**” a cui deve condurre la collaborazione alla valutazione dei rischi da parte del medico competente **non è esclusivamente quello della programmazione della sorveglianza sanitaria**, ma è anzitutto quello dell’individuazione delle misure di prevenzione e protezione.



# Esempio

- Rischio da **sovraccarico biomeccanico dovuto alla movimentazione manuale dei pazienti**
- Misure di prevenzione e protezione da indicare, da parte anche del medico competente:
  - tecniche (ad esempio dotazione di sollevatori)
  - organizzative (numero di operatori congruo rispetto al compito da eseguire, corretta turnazione, ecc.),
  - procedurali (l'elaborazione e di adeguate procedure di movimentazione e connesse attività di formazione e addestramento)



# Esempio

- Naturalmente **gli operatori**, ove non sia possibile eliminare il rischio o ridurlo a livelli trascurabili (il che, nel caso della movimentazione dei pazienti, è la regola) **saranno anche sottoposti a sorveglianza sanitaria** per il fattore di rischio in questione;
- Ma costituirebbe una **grave negligenza per il medico competente limitare il suo apporto professionale alla sola esecuzione della sorveglianza sanitaria**, ancorché tecnicamente appropriata.



# Conclusione 1

- Non è in discussione il fatto che la collaborazione alla valutazione dei rischi sia presupposto ***anche*** per la programmazione della sorveglianza sanitaria
- Tuttavia sarebbe miope guardare la collaborazione alla valutazione dei rischi come è un'attività che abbia come unico “output” la pianificazione e l'attuazione della sorveglianza sanitaria,





## Conclusione 2

- Anche in termini di **efficacia della sorveglianza sanitaria**, la partecipazione del medico competente alla suddetta valutazione costituisce un **arricchimento professionale**
  - Essere addentro alle varie problematiche della realtà aziendale consente, nel corso della sorveglianza sanitaria, di individuare con maggiore facilità il **nesso causale** con gli eventuali disturbi riferiti dal lavoratore o con i danni riscontrati nel corso della visita medica.



## Conclusione 3

- Nel **bagaglio professionale** del medico competente non dovrà mancare
  - la **conoscenza dei principi, delle tecniche e delle metodologie di valutazione di tutti i rischi** dei loro presupposti e dei loro limiti,
  - La **conoscenza delle modalità operative specifiche** di quei rischi che più strettamente attengono alla propria specifica competenza e per i quali in ultima istanza sarà proprio il medico competente a fornire gli elementi che condurranno alla definizione del livello di rischio per la salute.



## Conclusione 4

- Il medico competente dovrà pertanto acquisire **conoscenze generali** sulle metodologie di valutazione di tutti i rischi e **conoscenze specifiche** nonché capacità tecnico-operative rispetto ai metodi per valutazione:
  - del rischio disergonomico (videoterminali, movimentazione dei carichi, movimenti ripetitivi, posture incongrue)
  - del rischio chimico e cancerogeno
  - del rischio da esposizione da amianto
  - dei rischi fisici (in particolare rumore, vibrazioni, microclima, radiazioni ottiche artificiali)
  - dei rischi biologici e da ferite da taglio e punta nel settore sanitario (Titolo *X-bis* del D.lgs. 81/08)
  - dei rischi connessi allo stato di gravidanza,
  - dello stress lavoro-correlato e in generale dei rischi di natura organizzativa e psicosociale.



Associazione di Imprese per  
la Salute e la Sicurezza del Lavoro

**Grazie per l'attenzione**

*Graziano Frigeri*

*Presidente **assoprev***