

## Il medico competente: funzioni e responsabilità.

Dott. Luca Poniz  
Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano

Parma 23 maggio 2006

**Fonti normative essenziali** (relative alla specifica previsione di obblighi a carico del medico competente, nell'ambito delle norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro ed igiene del lavoro), prospetto riassuntivo:

### **D.Lvo 626/94:**

titolo I,

**capo I (norme generali):** definizione: art. 2, lett. d), , nn. 1, 2, 3 (>rif. art. 55 D.Lvo 277/91); misure generali di tutela ( art. 3, 1° co. lett. l) : controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici);

capo IV: sorveglianza sanitaria; artt. 16 e 17;

titolo V: art. 48, lett. c) (sorveglianza sanitaria degli addetti alla *movimentazione manuale dei carichi*);

titolo VI: art. 55 (sorveglianza sanitaria dei lavoratori addetti all'uso dei *video-terminali*);

titolo VII (protezione da agenti cancerogeni mutageni), capo III (sorveglianza sanitaria), artt. 69, 70;

titolo VII bis (protezione da agenti chimici), artt. 72 ter f) (definizione di sorveglianza sanitaria), 72 decies (sorveglianza sanitaria, eventualmente escludibile ove ricorra il presupposto dell'art. 72 quinquies, co. 2); 72 undecies;

titolo VIII (protezione da agenti biologici), capo III (sorveglianza sanitaria), artt. 86, 87

Sanzioni medico competente:

### **art. 92:**

lett. a (arresto fino a due mesi o ammenda da 516 a 3098 Euro), per la violazione dei seguenti artt.:

17 (norma generale sulla sorveglianza sanitaria), in particolare, lettere:

b), accertamenti sanitari di cui all'art. 16);

d), istituzione ed aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorv. sanit.;

h), visita degli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno, congiuntamente al RSPP e partecipa alla programmazione del controllo dei lavoratori;

l), collabora con il dat. lav. alla predisposizione del servizio di pronto soccorso, di cui all'art. 15);

69, 4° co. , informazione al datore del lavoro di un'eventuale anomalia nei lavoratori esposti al rischio connesso a cancerogeni e mutageni, emersa nel corso di accertamenti sanitari;

72 decies, co. 3, prima parte, monitoraggio biologico per lavv. esposti ad agenti per i quali é indicato un valore-limite biologico, protezione da agenti chimici;  
72 decies co. 6, informazione individuale al singolo lav. e al dat. lav. dell'esistenza di effetti pregiudizievoli per la salute derivanti da esposizione o superamento di un valore-limite biologico, all'atto della sorv. sanit., protezione da agenti chimici;  
72 undecies, istituzione e tenuta cartella sanitaria e di rischio, protezione da agenti chimici;  
86 co. 2 bis, informazione al dat. lav. dell'esistenza di anomalie imputabili all'esposizione dei lavv. ad un agente biologico, protezione da agenti biologici;

lett. b (arresto fino a un mese, o ammenda da 258 a 1549 Euro): per la violazione dei seguenti artt.

17 ( norma generale sulla sorveglianza sanitaria), in particolare, lettere:

e), informazione ai lavv. sul significato degli accertamenti sanitari e sulla necessità di sottoporvisi anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali rischi, e, a richiesta, dei rappr. lav. per la sicurezza;

f), informazione ai lavv. interessati dei risultati degli accertamenti di cui alla lett. b e, a richiesta, rilascia copia della doc. sanitaria;

g), comunica, in occasione delle riunioni di cui all'art. 11, ai rappr. lavv. per la sic. i risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinici e strumentali e sul loro significato;

i), effettua visite richieste dal lavoratore;

17 co. 3, informazione per iscritto al dat. e al lav. del giudizio sull'inidoneità parziale o totale del singolo lav.;

70, co. 2, istituzione e tenuta cartella sanitaria e di rischio, protezione da agenti cancerogeni mutanti;

#### **D.Lvo 277/91:**

capo I (norme generali): art. 3, lett. c) (definizione); art. 4, 1 co., lett. p) (misure generali di tutela); art. 7 (obblighi del medico competente)

capo II (rischi per uso *piombo metallico e suoi composti ionici*): > abrogato, sostituito dal Titolo VII bis del Dlvo 626/94, protezione da agenti chimici, introdotto dal D.Lvo 25/2002;

capo III (*amianto*): art. 29 (controllo sanitario);

capo IV (*rumore*): art. 44 (controllo sanitario); art. 48, art. 49;

disp. transitorie:

art. 55: esercizio attività medico competente.

Sanzioni medico competente:

#### **art. 53:**

lett. a (arresto fino a due mesi o ammenda da 516 a 3098 Euro), per la violazione dei seguenti articoli:

7, co. 1, accertamento dello stato di salute dei lavv. esposti agli agenti di cui all'art. 1, co. 1;  
7, co. 3, istituzione e aggiornamento di una cartella sanitaria e di rischio, da tenere presso azienda;  
7, co. 6, visita degli ambienti di lavoro almeno due volte l'anno, e partecipa alla programmazione del controllo dei lavoratori;  
44, controllo sanitario (con modalità dettagliate di cui al medesimo articolo);  
48, co. 3, intensificazione del controllo sanitario del medico competente, dei lavoratori esposti al "rumore", ai fini della concessione di "deroghe" per situazioni lavorative particolari.

lett. b (arresto fino a un mese, o ammenda da 258 a 1549 Euro), per la violazione dei seguenti articoli:

art. 7, co. 5, informazione ai lavoratori dei risultati del controllo sanitario, ed in particolare di quelli degli esami biologici indicativi dell'esposizione relativi alla persona del lavoratore stesso;

art. 29, co. 4, informazione ai lavv. *ovvero* ai loro rappr. sul significato degli accertamenti sanitari e sulla necessità di sottoporvisi anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione alla polvere proveniente dall'amianto, o dai materiali contenenti amianto;

art. 49, co. 3, lett. f, comunicazione ai lavv. delle annotazioni individuali contenute nel registro e nella cartella sanitaria di rischio, di cui all'art. 4, co. 1, let. q, in materia di rumore.

### **Definizioni, requisiti professionali, nomina.**

La definizione della funzione del medico competente e l'individuazione dei relativi obblighi si ricavano dall'insieme delle disposizioni normative sopra indicate, ove, preliminarmente, sono date definizioni tanto della figura del medico competente intesa in senso "soggettivo", quanto del contenuto della sua attività, ossia la "sorveglianza sanitaria", in cui si sostanzia oggettivamente la funzione, con una serie significativa di obblighi che di tale sorveglianza costituiscono singoli, puntuali adempimenti.

Con riferimento alla definizione, essa ha trovato una prima codificazione nell'art. 3 del D.Lvo 277/91 (fonte normativa nella quale per la prima volta nell'ordinamento si codificava la figura del "medico competente", con una prospettiva nuova e diversa rispetto alla preesistente figura del "medico di fabbrica"), ove, alla lettera c), si prevede che esso è il "*medico, ove possibile dipendente del Servizio sanitario nazionale, in possesso di uno dei seguenti titoli: specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, o in tossicologia industriale o specializzazione equipollente; docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o in medicina preventiva dei lavoratori e*

*psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro, libera docenza nelle discipline suddette”.*

Amnesso, dunque, esplicitamente da parte del legislatore il possibile ricorso a medici anche privati, nell’ambito dei casi contemplati dal D.Lvo 277/91, la legislazione è andata poi, con il D.Lvo 626/94, verso una **generale ammissione del ricorso a medici pubblici o privati, dipendenti o meno del datore di lavoro**, secondo le molteplici previsioni espressamente codificate dall’art. 17, 5° co. del D.Lvo 626/94, norma che deve intendersi “generale” - nel senso di riferibile a tutti i casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria, ed anzi, dovendosi ritenere che l’art. 17, 5° co. sostituisca del tutto l’art. 3, lett. c) del D.Lvo 277/91 - completata, nella previsione dei requisiti professionali soggettivi del medico competente, dall’art. 2, lett. d, nn. 1, 2 e 3: potendosi oggi affermare che, venuta meno ogni disputa - precedentemente sviluppatasi in relazione al contenuto dell’art. 5 dello “statuto dei lavoratori” - sulla natura privatistica o pubblicistica della figura, il legislatore ha piuttosto posto attenzione sulle competenze professionali del medico competente, vale a dire sulla previsione di titoli idonei a far ritenere sussistenti quell’insieme di conoscenze tecnico-scientifiche e di esperienze per poter svolgere adeguatamente la funzione normativamente codificata.

Ossia la sorveglianza sanitaria, la quale, nella previsione dell’art. 16 del D.Lvo 626/94 - “contenuto della sorveglianza sanitaria” - *“effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente”*: trattasi, dunque, di una normativa di rinvio ai casi ove lo stesso D.Lvo 626/94 la prevede (vedi riferimenti sopra indicati), o previsti dal D.Lvo 277/91 (amianto, rumore), e a tutti i casi indicati da varie fonti normative “eterogenee” (art. 33 DPR 303/56, con rinvio a tabella di lavorazioni che include 57 fonti diverse di rischio; radiazioni ionizzanti; rischio inalazione di polveri di silicio ed asbesto; lavoratori esposti al cloruro di vinile monomero; lavoratori adibiti a lavorazioni ove siano previsti manipolazione ed impiego di ammine aromatiche).

Il medico competente, dunque, non è figura da ritenersi necessariamente presente in ogni luogo di lavoro, la sua necessaria nomina dipendendo esclusivamente dalla circostanza che nell’attività imprenditoriale svolta ricorra o ricorrano rischio o rischi lavorativi tali da determinare il ricorso alla sorveglianza sanitaria, che, come si è visto, è normativamente prevista in alcuni casi; è tuttavia da ritenersi che, ove all’esito di un’adeguata valutazione del rischio - adempimento strategico fondamentale, codificato dall’art. 4 del D.Lvo 626/94, ed imposto al datore di lavoro - si evidenzino rischi concretamente determinati dall’insieme della relazione organizzazione lavorativa-mezzi-lavoratori tali da evidenziarsi rischi che impongano accertamenti sanitari preventivi od un accertamento periodico, si imporrebbe il ricorso ad un medico competente, anche laddove il rischio di patologia concretamente individuato esuli da una precisa previsione normativa. La valutazione del rischio costituirebbe, dunque, una sorta di “integrazione” delle ipotesi di obbligatoria sorveglianza come normativamente codificata, imponendo al datore di lavoro ogni conseguente adempimento protettivo-organizzativo, nel quale rientra, senz’altro, anche la nomina del medico competente, che è certamente fondamentale

adempimento protettivo-organizzativo nella complessiva, e complessa, architettura normativa del D.Lvo 626/94.

Quanto ai requisiti formali della “nomina” del medico competente, essa è prevista, ai sensi dell’art. 4, co. 4, lett. c, del d.Lvo 626/94, “nei casi previsti dall’art. 16”; ma, non rientrando nel novero dei casi nei quali, ai sensi dell’art. 1, co. 4 ter, del D.Lvo 626/94, l’atto del datore di lavoro è indelegabile (come, invece, il complesso dell’attività valutativa e conseguenti adempimenti organizzativi-protettivi di cui all’art. 4, co. 1 e 2, e la designazione del RSPP), ne consegue che la nomina del medico competente è certamente atto delegabile (con la conseguente applicazione dei requisiti di validità dell’atto di delega ormai ben noti, a cominciare dalla previsione in capo al delegato di specifici poteri di scelta e mezzi per affrontarne gli oneri, organizzativi ed economici): delegabile, tuttavia, all’interno del luogo di lavoro, secondo i principi generali dell’atto di delega, essendo questa un atto di organizzazione interno alla struttura dell’impresa, ed involgendo necessariamente un atto fiduciario tra i “collaboratori” dell’imprenditore.

Si ritiene che l’atto di nomina - personalmente effettuata, o per mezzo di altri soggetti validamente delegati dal datore di lavoro - sia, tuttavia, atto che presuppone una scelta fiduciaria del medico competente, per la delicatezza dei compiti normativamente individuati. L’affermazione, che trova fondamento nell’assetto complessivo delle norme prevenzionali, ha delle ricadute significative su alcuni punti, spesso controversi, ove può dirsi che:

- il medico competente è l’unico titolare dei compiti di cui all’art. 17, che deve svolgere direttamente;
- ne consegue che egli non può, a sua volta, delegare ad altri sanitari l’esecuzione dei compiti (e delle relative attività) che gli sono propri: ciò tanto che egli sia nominato “individualmente”, quanto nell’ambito di una struttura sanitaria complessa, ai cui altri medici il medico competente non può ricorrere né per sub-delega né per parziale o temporanea sostituzione;
- ove l’organizzazione lavorativa concreta lo richiede, in relazione al numero dei lavoratori e/o al complesso delle attività svolte, e, dunque, della complessità dei rischi, dovrà ritenersi - non già consentito ricorrere ad improprie figure di sub-delega dal medico o occasionale sostituzione-integrazione, quanto, invece - necessaria la nomina di più medici competenti, la locuzione “medico competente” declinata al singolare nella legge non potendo interpretarsi nel senso di una necessaria “unicità” del soggetto, essendo, invece, il riferimento alla figura generale ed individuata con riferimento al “modello” di medico (dovendosi evidenziare che anche al datore di lavoro si fa riferimento al singolare, ma nel sistema è espressamente prevista l’ammissibilità della pluralità di datori di lavoro);
- ove si pongano necessità particolari (tanto contingenti, quali assenza del medico per qualsivoglia ragione; quanto organizzative generali: pluralità di articolazioni aziendali, etc.). il datore di lavoro può - nel senso che ove si pongano le necessità organizzative deve - ricorrere ad altri medici competenti,

con una formale nomina, ancorché temporanea; e ben può, tale nomina, essere effettuata con qualsiasi atto, anche “preventivo” (per esempio, al momento della nomina del medico competente di cui si ponga il problema dell’eventuale sostituzione, purché, ovviamente, tale atto sia chiaro ed inequivocabile, e non lasci spazio per designazioni effettuate da soggetto diverso dal datore o da suo formale delegato).

Né diversa interpretazione è sostenibile sulla base dell’art. 17, co. 2, del DLvo 626/94: il caso ivi contemplato - il medico competente può avvalersi, per motivate ragioni, della collaborazione di medici specialisti scelti dal datore di lavoro che ne sopporta gli oneri - riguarda palesemente il caso della necessità di dover ricorrere a conoscenze e specializzazioni diverse ed integrative rispetto a quelle possedute dal medico competente, necessità legate alla specialità del caso da affrontare, e non già ad esigenze personali del medico; e, comunque, lungi dal fornire la base per l’interpretazione da taluni avanzata (a tenore della quale tale disposto autorizzerebbe il ricorso ad un sostituto del medico competente), la contraddice, posto che persino nel caso della circostanza - contemplata dalla norma - di una specifica esigenza “clinica”, la scelta dell’ulteriore medico specialista deve essere una “scelta” del datore di lavoro, che ne sopporta gli oneri, rendendo a mio parere incontestabile che *a fortiori* ciò avvenga in relazione ai casi nei quali la sostituzione del medico competente sia necessaria, o fosse prevedibile lo divenisse, fin dal momento della sua nomina (ferie, malattie, assenze prolungate sono eventi di cui tener conto in via organizzativa generale, tanto che il medico sia un dipendente del datore di lavoro, quanto un esterno).

L’interpretazione qui data è stata fornita anche dal Ministero del Lavoro, con una nota del 23.2.2006: con riferimento al quesito specifico posto, circa la validità e l’efficacia, ai fini interpretativi, di tale nota e, in generale, di atti amministrativi, come circolari, pareri, etc., si evidenzia che essi non hanno attitudine, secondo il sistema delle fonti, a vincolare l’Autorità Giudiziaria, che, com’è noto, è soggetta soltanto alla Legge, formalmente intesa; il Giudice ben potrebbe interpretare una norma difformemente dal modo in cui è stata interpretata dalla circolare o dall’atto amministrativo, comunque denominato, ponendosi, semmai, delicate questioni di applicazione del principio della “presunzione di conoscenza della Legge penale”, di cui all’art. 5 del codice penale, posto che una Sentenza della Corte Costituzionale ad esso relativa ha stabilito la sua incostituzionalità nella parte in cui non rende scusabile “l’ignoranza inevitabile” della stessa legge, indicandosi in motivazione che tra le ragioni di una “ignoranza inevitabile” della legge penale ben potrebbero annoverarsi, ad esempio, atti della stessa Pubblica amministrazione che rendano interpretabile in modo contraddittorio un determinato disposto normativo).

La funzione del medico competente, quali oggi normativamente codificata e come desumibile dall’insieme delle sue attribuzioni, costituisce un’innovazione significativa rispetto alla funzione, l’unica avvicinata a quella del soggetto qui in esame, del medico di fabbrica: nel senso che, rispetto a questo, il medico competente svolge funzioni di integrazione del sistema organizzativo complessivo della “sicurezza” dei luoghi di lavoro, essendo titolare di obblighi anche “operativi”, e

fondamentali nella gestione integrata del “sistema sicurezza”, la legge affidandogli delicatissime funzioni di valutazione preventiva sull’idoneità dei lavoratori a specifiche mansioni, ciò che implica conoscenze dell’organizzazione datoriale concreta, delle mansioni stesse dei lavoratori, dell’intero assetto della struttura dell’impresa, nelle sue molteplici implicazioni produttive, organizzative, ambientali. Come è stato ben detto nel “documento n. 9, linee guida sul titolo I”, del “coordinamento tecnico per la prevenzione degli assessorati alla sanità delle Regioni e prov. autonome di TN e BZ”, *“la professionalità richiesta al medico competente deve garantire ai clienti prestazioni con caratteristiche di qualità e quindi deve basarsi su:*

- *specifiche conoscenze ed esperienze professionali dei danni e dei rischi correlati nei luoghi di lavoro;*
- *adeguate conoscenze dei protocolli sanitari da attuare e dei sistemi diagnostici predittivi di alterazioni precoci per esposizioni a tossici industriali;*
- *capacità informativa e formativa;*
- *adeguate conoscenze in campo di psicologia del lavoro, organizzazione del lavoro, fatica mentale ed ergonomia;*
- *adeguate conoscenze delle norme di prevenzione nei luoghi di lavoro.*

*La prevenzione primaria deve essere attuata mediante **approcci multidisciplinari** con altre figure tecniche presenti in azienda: in taluni casi è possibile che sia necessaria la collaborazione di un medico competente per la valutazione del rischio (ad es., carichi pesanti, agenti biologici), pur non essendo indispensabile l’effettuazione di accertamenti sanitari periodici.*

*La prevenzione secondaria deve prevedere un forte impegno nella tutela psicofisica del lavoratore, come definito dal D.Lvo 626/94, tenendo conto del lavoro e delle condizioni nelle quali esso si effettua e dell’adattamento fisico e mentale dei lavoratori nello svolgimento delle attività a cui sono preposti.*

*Questi sono risultati perseguibili dal medico competente aziendale attraverso l’acquisizione di una raffinata esperienza e sensibilità nel rilevare i primi segnali biologici e psicologici di esposizione ai rischi in ambiente di lavoro (campo di analisi preclinica) e la capacità di affrontare le nuove situazioni di rischio individuate dall’osservazione scientifica (malattie correlate al lavoro).*

*Il D.Lvo 626/94 introduce importanti novità nel rapporto tra esperibilità dell’atto medico e salvaguardia dei diritti individuali e sociali:*

- *indipendenza intellettuale del medico competente aziendale;*
- *ricerca del consenso dell’atto medico cui il lavoratore è obbligatoriamente sottoposto e gestione dei dati anche in relazione all’emanazione della Legge 675, del 31.12.1996, “tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”;*
- *espressione dell’idoneità alla mansione specifica”.*

### **Obblighi normativi del medico competente.**

I contenuti di detta sorveglianza sono individuati, in via generale, dall’art. 16 del D.Lvo 626/94, ove, dopo aver stabilito, come sopra indicato, che essa deve essere

*“effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente”, si stabilisce, al comma 2, che “la sorveglianza sanitaria di cui al comma 1 è effettuata dal medico competente, e comprende: a) **accertamenti preventivi** intesi a constatare l’assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica; b) **accertamenti periodici** per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica”.*

Dalla lettura coordinata di tali fondamentali obblighi del medico competente con quelli, ad essi coordinati, stabiliti nell’intero corpo dell’art. 17 e di altre disposizioni normative, autorevole dottrina<sup>1</sup> ha ritenuto possibile individuare tra grandi categorie di compiti ed obblighi del medico competente, ed in particolare:

- a) compiti autonomo-operativi;
- b) compiti autonomo-informativi;
- c) compiti collaborativi e partecipativi;

in ciascuna delle quali categorie sono ripartiti i veri compiti normativamente individuati, e cioè, essenzialmente:

**a) compiti autonomo-operativi** > accertamenti “preventivi”, di cui all’art. 16, accertamenti periodici, di cui allo stesso articolo, oggetto di specifico obbligo, penalmente sanzionato, di cui all’art. 17, 1° co. lett. b); svolgimento di visite mediche richieste dal lavoratore, di cui all’art. 17, 1° co., lett. i); istituzione e tenuta di cartella sanitarie e di rischio, da custodire presso il datore di lavoro, di cui all’art. 17, 1° co. lett. d), obbligo in tale norma disposto in via generale, e poi pedissequamente ribadito nell’ambito di specifici titoli dello stesso D.Lvo 626/94 e del D.Lvo 277/91, relativamente agli specifici variamente contemplati, quali quelli dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni e ad agenti biologici (causa tali apparenti duplicazioni normative, è lecito chiedersi se le previsioni specifiche di cui agli artt. 7, 3° co del d.Lvo 277/91, 5, 3° co., del D.Lvo 77/92, dell’art. 70, co. 2 del D.Lvo 626/94, e dell’art. 86 dello stesso D. 626/94 costituiscano la previsione di un ulteriore, autonomo obbligo di istituzione di cartella sanitaria per i lavoratori esposti a tali specifici rischi, in aggiunta ad altra eventualmente necessaria per diversi rischi cui siano ugualmente esposti i lavoratori: si ritiene che la previsione normativa sia soddisfabile con l’effettuazione di specifiche annotazioni relative alle valutazioni, visite, etc, relative al rischio specifico, da aggiungere alla cartella “generale”); effettuazione, almeno due volte l’anno, di visita degli ambienti di lavoro e partecipazione alla programmazione del controllo dell’esposizione dei lavoratori;

**b) compiti autonomo-informativi**> illustrare ai lavoratori il significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, illustrando la necessità di sottoporvisi anche in caso di cessazione dell’attività lavorativa, in caso di esposizione ad agenti a lungo termine (art. 17, 1° co., lett. e), nonché di informare i singoli lavoratori dei risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, rilasciando, a richiesta dell’interessato,

---

<sup>1</sup> Culotta, Di Lecce, Costagiola, p. 102, op. cit. in bibliografia.



la documentazione relativa (art. 17, 1° co., lett. f), oltre a specifici compiti informativi previsti da disposizioni in materia di rischio da amianto, rumore e rischi cancerogeni e da agenti biologici, ove varie norme prevedono obblighi estesi ad intere categorie di soggetti - tra cui, ovviamente, il medico competente - di trasmissione all'ISPESL di referti di patologie riferibili all'esposizione al rischio specifico, contemplato dalla disposizione normativa, al fine di attivare procedure di analisi conseguenti.

**c)compiti collaborativi e partecipativi**> collaborazione con il datore di lavoro e con il SPP alla predisposizione ed attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, di cui all'art. 17, 1° co., lett. a) (obbligo non sanzionato penalmente); collabora con il datore di lavoro alla predisposizione del servizio di pronto soccorso, di cui all'art. 15, ai sensi dell'art. 17, 1° co., lett. l); collabora all'attività di formazione ed informazione - di cui al capo VI del titolo I del D.Lvo 626/94, artt. 21 e 22 - ai sensi dell'art. 17, 1° co, lett. m) (obbligo non sanzionato penalmente).

Come si è visto, nella tabella riassuntiva riportata in apertura, la maggior parte degli obblighi normativamente indicati a carico del medico competente risulta autonomamente sanzionata, con ipotesi di reato contravvenzionale, oggetto di una procedura di contestazione meglio descritta all'ultimo paragrafo della presente relazione.

### **Le responsabilità penali del medico competente: le contravvenzioni ed i delitti di evento (morte o lesioni del lavoratore).**

Come si è visto, nella tabella riassuntiva riportata in apertura, la maggior parte degli obblighi normativamente indicati a carico del medico competente risulta autonomamente sanzionata, con ipotesi di reato contravvenzionale (pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda), oggetto di una procedura di contestazione meglio descritta all'ultimo paragrafo della presente relazione.

Essendo titolari di una serie di obblighi con dichiarate ed evidenti finalità "prevenzionali", è chiaro che, conformemente ai principi generali il medico competente può essere chiamato a rispondere, a titolo di colpa, di eventi di danno: essenzialmente morte o lesione del lavoratore, verosimilmente - in relazione alla natura dell'attività prevenzionale concretamente affidata al medico competente - come esito dell'insorgenza e/o di patologie professionali.

Occorre, al fine di meglio collocare il problema, fornire alcune informazioni essenziali sul sistema delle responsabilità nel nostro ordinamento, con riferimento ai reati colposi.

I processi penali relativi agli infortuni sul lavoro e le malattie professionali hanno costituito e costituiscono un ambito importante di applicazione dei principi della "**responsabilità penale colposa**" (art. 43 c.p.: *il delitto è... colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente, e si verifica a causa di negligenza o imperizia o imprudenza ovvero per inosservanza di*

*leggi, regolamenti, ordini o discipline*), e, nell'ambito di questa, di quella "**omissiva**": moltissime delle fattispecie di omicidio e lesioni colpose ipotizzate nei processi penali sono costruite proprio in relazione all'omissione di "cautele" normativamente previste ed imperativamente imposte (sotto pena di autonoma sanzione contravvenzionale), e l'imputazione in tal modo elevata descrive l'evento infortunistico ponendolo in relazione causale con ciò che "si sarebbe" dovuto fare, e non "si è" fatto; dove il "rimprovero" per non aver tenuto quella condotta supposta come causa dell'evento è mosso a colui o coloro che, sulla base dell'accertato ruolo nell'organizzazione del luogo di lavoro interessato dall'evento, si ritiene avrebbero dovuto provvedere a fornire quel determinato dispositivo di protezione, o adottare quella data misura protettiva, o a imporre l'osservanza di quella determinata misura, o disporre quel determinato accertamento, tanto per citare esemplificativamente alcune delle omissioni più frequentemente indicate come causa degli eventi infortunistici. Dove l'omissione così contestata sembra avere la natura propria della condotta omissiva in senso stretto, quale prevista dall'art. 40, 2° co., del c.p. : e dove assume, evidentemente, assoluto rilievo l'individuazione rigorosa dell'ambito soggettivo degli obblighi prevenzionali normativamente imposti, il che significa, appunto, titolarità dei medesimi. Se, infatti, si pone mente alla locuzione normativa impiegata dall'**art. 40, 2° co., c.p.**, a tenore del quale "**non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo**", si comprenderà immediatamente la rilevanza dell'operazione volta ad individuare il titolare di tale obbligo giuridico, una volta, s'intende, accertata l'esistenza stessa dell'obbligo e la sua relazione causale con la determinazione dell'evento.

Ci sembra di particolare importanza, e di evidente utilità applicativa alla materia in esame, la teoria secondo la quale la norma dell'art. 40, 2° co., c.p., benché collocata nell'ambito dei princìpi sulla causalità, sia, invece, norma sulla tipicità: nel senso che l'applicazione di tale disposizione alle fattispecie di parte speciale disciplinate in forma attiva ("chiunque cagiona la morte di uomo...", di cui all'art. 589 c.p.) le trasforma in autonome fattispecie incriminatrici, dove la condotta penalmente rilevante – indicata come determinante l'evento – è "costruita" per via dell'individuazione di obblighi di agire, la cui violazione consenta di sostenere una responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento. La "clausola di equivalenza" contenuta nell'art. 40, 2° co., c.p., contiene in sé il rinvio a quegli "obblighi di agire" la cui individuazione, estensione, titolarità, condiziona in modo decisivo la stessa formulazione della fattispecie concreta; fattispecie concreta che discende, dunque, dalla combinazione tra la previsione dei princìpi generali di cui agli artt. 40 e 43 c.p. (dove la definizione della colpa, generica e specifica, si salda, in virtù di quanto appena detto, alla clausola di equivalenza dell'art. 40, 2° co.), le fattispecie incriminatrici di parte speciale (artt. 589, 590 c.p., ma anche altre fattispecie di reati di evento, come ad es. l'art. 449 c.p., delitti colposi di danno), e le numerosissime norme "di comando", variamente tipizzate e previste nelle diverse normative in materia di prevenzione infortuni sul lavoro.

Allora, il problema fondamentale è proprio il "punto" di questa ipotizzata saldatura: il punto, cioè, ove il "chiunque" – cui si rivolge la norma incriminatrice generale – si

“trasforma” di volta in volta in questo o quel soggetto, la cui posizione in quel determinato luogo di lavoro lo colloca tra quelle figure alle quali le fonti normative prevenzionali assegnano una funzione – con i correlati obblighi - di scelta, programmazione, attuazione, controllo delle diverse misure prevenzionali, legislativamente predefinite e presuntivamente ritenute idonee a prevenire l’evento infortunistico in questa o quella delle attività lavorative. La delicatezza di tale collegamento, e della correlata attività dell’interprete, è evidente, ed evidenti ne sono i potenziali riflessi sui principi fondamentali della responsabilità penale “costituzionalmente compatibile”: ed il problema è stato assai efficacemente descritto nell’affermazione a tenore della quale “la tensione tra punibilità delle omissioni improprie ed il rispetto del principio di legalità, inevitabile stante il carattere di “clausola generale” della formula contenuta nell’art. 40 cpv. c.p., è peraltro vieppiù aggravata dall’inidoneità di tale formula a fornire una direttiva –guida sicura ed efficace all’interprete”.

Le norme prevenzionali costituiscono certamente una sorta di “sistema”, con dei principi fondamentali ormai oggetto di risalente e spesso costante interpretazione, ma non può certo affermarsi che, all’interno di quel sistema, siano rinvenibili “criteri-guida” sicuri ed incontrovertibili nell’individuazione della titolarità degli obblighi ivi codificati; sicché, mentre le stesse norme sanzionatorie contravvenzionali poste a presidio delle norme prevenzionali risentono, in sede applicativa, dell’incertezza di tale problematica individuazione, la saldatura tra le fonti prevenzionali, che contengono gli “obblighi giuridici di agire”, e le norme incriminatrici che sanzionano gli eventi che ne derivino diventa particolarmente problematica, e ricca di incertezze, talvolta di difficilissima soluzione.

Con il risultato che le “posizioni di garanzia” involte da tale costruzione normativa rischiano di essere individuabili ed individuate solo nel momento dell’accertamento giudiziale delle responsabilità, e non sempre univocamente nemmeno in tale ambito; ciò conseguentemente condizionando l’efficacia stessa del sistema prevenzionale, la cui dichiarata finalità di protezione “concreta” non può ritenersi, evidentemente, appagata da episodiche affermazioni di responsabilità (che, anzi, denunciano proprio la non applicazione del sistema). All’opposto, l’applicazione delle regole prevenzionali passa anche attraverso la chiarezza delle attribuzioni, l’individuazione certa dei ruoli, la ripartizione organizzata degli stessi: solo così le “posizioni di garanzia” sono nelle condizioni di adempiere agli obblighi che tale posizione aggrega a sé, e la funzione di tutela dei terzi è sostanziale, e non già un mero “parametro” di valutazione dell’eventuale responsabilità.

V’è, ovviamente, la consapevolezza che il problema ora sommariamente esaminato ha degli ulteriori, e connessi, riflessi su altri aspetti fondamentali della struttura della penale responsabilità: sul nesso di causalità e sull’elemento psicologico del reato, innanzitutto. Ma il tema affidatomi mi impone di circoscrivere l’esame al problema dell’individuazione dei soggetti titolari degli obblighi delle organizzazioni complesse, che è caratterizzato da autonoma specificità e particolare difficoltà.

I princìpi ora ricordati debbono essere “collegati” alla normativa specifica prevenzionale, e, con riferimento al medico competente, agli obblighi “prevenzionali” specifici che le norme citate prevedono, e tipizzano.

Il cui contenuto - come sopra riassunto in tre distinte grandi “categorie” - ha in alcuni casi l’evidente idoneità a costituire “obbligo specifico”, la cui violazione - omissione assoluta dell’obbligo, inesatto o incompleto adempimento - ha in astratto l’attitudine a costituire ragione del prodursi di determinati eventi, o a costituire la ragione del loro aggravarsi.

L’ipotesi della responsabilità per violazioni degli obblighi specifici imposti al medico competente può “sovrapporsi” - non di rado, di fatto, i due distinti piani confondendosi - con il tema delle responsabilità relative agli “errori professionali” in cui il medico in quanto tale, quand’anche non “competente” ai sensi delle norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro, può incorrere: è evidente, ad esempio, che una patologia non correttamente diagnosticata per un’erronea (incompleta, superficiale) valutazione degli elementi clinici determina un’ipotesi di responsabilità per l’evento (omicidio colposo, in caso di morte; lesioni colpose, in caso di insorgenza od aggravamento della patologia, rispettivamente determinati dalla condotta ipoteticamente negligente o imperita), secondo i princìpi generali della colpa “professionale” (con tutti i correlati e ben noti problemi della dimostrazione del rapporto di causalità, alla luce delle più recenti elaborazioni giurisprudenziali).

Ma è non meno vero che in alcuni casi si può individuare un rapporto diretto, ed evidente, tra un’ipotetica omissione di un obbligo specifico - imposto al medico competente - ed un determinato evento, che sia la concretizzazione del “rischio” alla cui eliminazione, od attenuazione, la concreta condotta del medico competente doveva tendere. Si pensi ai seguenti casi:

- mancata adozione di provvedimenti di allontanamento temporaneo del lavoratore, o di lavoratori, da una determinata fonte di rischio, collegata ad una esposizione accertata (e rientrante, ovviamente, nella sorveglianza sanitaria richiesta e svolta dal medico competente);
- mancata informazione al lavoratore esposto dei rischi per la salute relativi all’impiego di determinate sostanze o prodotti;
- erroneo giudizio sull’idoneità alla mansione, conseguente ad un’omessa, incompleta, insufficiente attività valutativa (accertamenti sanitari di cui all’art. 16) lo svolgimento della quale determini l’insorgenza o l’aggravamento di una patologia;

casi, questi, dove la responsabilità del medico competente - esclusiva, o concorrente con altri soggetti - sarebbe certamente da porre in relazione alla “violazione” di specifici obblighi normativi, integranti uno specifico titolo di colpa (inosservanza di specifiche fonti normative, in questo caso di tipo “primario”).

Va precisato, ovviamente, che la dimostrazione della responsabilità del medico competente impone il rigoroso accertamento del “nesso di causalità” tra la sua condotta (attiva, od omissiva) e l’evento che si suppone esserne derivato, ciò che, sotto il profilo teorico, pone dei problemi di non agevole soluzione (trattasi, infatti, di dimostrare che l’evento non si sarebbe determinato, o si sarebbe manifestato in

termini significativamente diversi, per entità di danno, rispetto a quelli concretamente determinatisi), anche considerato che, rispetto all'attività del medico competente, ed ai suoi stessi "deficit" comportamentali, potrebbero esplicitare effetto - concausale, o causale autonomo, ed in questo caso assorbente - condotte di altri soggetti dell'organizzazione aziendale: si pensi, ad esempio, alla circostanza che, rispetto al giudizio sull'idoneità alla mansione, abbiano influito informazioni erranee, incomplete, o volutamente false, da parte dello stesso datore di lavoro sul tipo di mansione, o sull'ambiente lavorativo, e sui connessi rischi di esposizione.

Un importante aspetto che merita di essere sottolineato è come lo svolgimento dei compiti del medico competente, ed in particolare la diligenza relativa a quelli cd. **"autonomo-informativi"** (che si riportano ancora in questo punto per maggiore comodità: illustrare ai lavoratori il significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, illustrando la necessità di sottoporvisi anche in caso di cessazione dell'attività lavorativa, in caso di esposizione ad agenti a lungo termine (art. 17, 1° co., lett. e), nonché di informare i singoli lavoratori dei risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, rilasciando, a richiesta dell'interessato, la documentazione relativa (art. 17, 1° co., lett. f), oltre a specifici compiti informativi previsti da disposizioni in materia di rischio da amianto, rumore e rischi cancerogeni e da agenti biologici, ove varie norme prevedono obblighi estesi ad intere categorie di soggetti - tra cui, ovviamente, il medico competente - di trasmissione all'ISPESL di referti di patologie riferibili all'esposizione al rischio specifico, contemplato dalla disposizione normativa, al fine di attivare procedure di analisi conseguenti), ma anche quelli **"autonomo-operativi"** ( si pensi, in particolare, a quelli relativi alla istituzione e tenuta di cartella sanitarie e di rischio, da custodire presso il datore di lavoro, di cui all'art. 17, 1° co. lett. d), obbligo in tale norma disposto in via generale, e poi pedissequamente ribadito nell'ambito di specifici titoli dello stesso D.Lvo 626/94 e del D.Lvo 277/91, relativamente agli specifici variamente contemplati, quali quelli dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni e ad agenti biologici), possono costituire un fondamentale presupposto per la prova processuale di taluni eventi attribuibili, ove si accertino omissioni prevenzionali, a datori di lavoro (e/o collaboratori): si pensi, per esempio, alla rilevanza della circostanza che, al momento della visita preventiva, un lavoratore non presentasse alcuna "controindicazione" alla mansione, non rivelandosi, dal complesso degli accertamenti svolti, patologia alcuna (ciò che dovrebbe essere adeguatamente annotato nella relativa cartella di rischio); e come, invece, ad un determinato momento risulti insorta una determinata patologia, che sia da porre in stretta correlazione al rischio cui il lavoratore sia stato esposto. E' chiaro che in una simile situazione, l'attività del medico competente costituirà un significativo elemento di prova della riferibilità almeno "temporale" della patologia accertata rispetto ad una determinata attività, collegata ad una fonte di rischio.

I reati astrattamente contestabili, come si è detto, sono essenzialmente quelli di omicidio colposo (589 c.p., perseguibile d'ufficio) e lesioni colpose (590 c.p.: questo, invece, perseguibile a querela di parte, a meno che le lesioni non siano "gravi" - 583,

1° co c.p. - o “gravissime” - 583, 2° co. c.p. - e che gli stessi siano stati commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, o abbiano determinato una malattia professionale, secondo il disposto dell’art. 590, ult. co., c.p.), quest’ultimo - la malattia professionale - essendo, ragionevolmente, il tipo di evento più facilmente immaginabile come “cagionato” dalla serie dei possibili inadempimenti del medico competente.

Con riferimento al problema, oggetto di specifica domanda, della prescrizione relativa a tali ipotesi di reato, operano le nuove norme introdotte dalla “legge ex Cirielli” che hanno innovato significativamente la disciplina dell’art. 157 e segg. c.p.. In relazione all’art. **589 c.p. (omicidio colposo)**, se si tratti di omicidio colposo non aggravato (es.: ipotesi di colpa professionale per errore diagnostico), il nuovo art. 157 c.p. comporta una modifica “in melius”: si passa., infatti, dai 10 anni di prescrizione di cui alla previgente disciplina (essendo la pena per tale reato di 5 anni di reclusione, per la quale entità di pena il precedente testo dell’art. 157 c.p. prevedeva il termine di prescrizione ordinario di 10 anni), ai 6 anni attuali di prescrizione (ossia: il termine minimo attuale per il delitto); se, invece, si tratti di ipotesi di omicidio colposo aggravato, dalla violazione delle norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro (o sulla circolazione stradale), il 6° co. dell’art. 157 c.p. prevede un significativo inasprimento della disciplina, prevedendo che il termine ordinario (dunque, quello di cui al primo co. dell’art. 157 c.p., nel caso di 6 anni) sia raddoppiato, divenendo il termine ordinario di prescrizione di 12 anni per le ipotesi di omicidio colposo aggravato; in entrambi i casi potendosi poi aumentare il termine fino a un quarto (con diversi aumenti per recidivi specifici). Si evidenzia, a completamento della descrizione della fattispecie, che la L. 102/2006 ha poi inasprito le pene per l’omicidio colposo e le lesioni colpose aggravati (tanto dalla violazione delle norme prevenzionali, quanto da quelle sulla circolazione stradale), portando, per l’omicidio, la pena nel minimo a due anni (anziché un anno); e per le lesioni gravi alla pena della reclusione da tre mesi a un anno (anziché da due a sei mesi ) o della multa da Euro 500 ad Euro 2000 (anziché da Euro 247 a 619), e per quelle gravissime alla pena della reclusione da uno a tre anni (anziché da sei mesi a due anni o della multa, che invece ora scompare, essendo possibile solo la pena detentiva): queste nuove disposizioni, tuttavia, non hanno effetto sulla disciplina della prescrizione come sopra indicata.

La modifica della prescrizione ha inciso anche sul termine previsto per le contravvenzioni (cioè, per quanto riguarda il medico competente, le violazioni previste dal D.Lvo 277/91 e dal D.Lvo 626/94, come sopra indicate): si passa dal precedente termine di tre anni, previsto in via generale per le contravvenzioni punite con la pena alternativa, a quello di quattro anni, ora previsto per tutte le contravvenzioni (dovendosi ricordare che, per pacifica giurisprudenza, le contravvenzioni relative alla violazione di obblighi preventivi hanno natura quasi sempre “permanente”, ritenendosi sussistente il reato contravvenzionale fino a quando l’ipotizzata violazione non sia stata rimossa, ponendo in essere l’adempimento richiesto dalla norma (es., la visita periodica, l’istituzione della cartella sanitaria): e, in relazione all’art. 158 c.p. - in questo non modificato - il

termine di prescrizione decorre dal giorno in cui è cessata la permanenza, ossia dal giorno in cui è stata posta in essere la condotta imposta dalla norma prevenzionale. Avendo la disciplina descritta innovato, in un caso in melius, in due in peius, la disciplina della prescrizione, con riferimento ai fatti commessi prima dell'entrata in vigore della nuova legge opera l'art. 10, co. 2 e 3, della L. 251/05, che prevede che, ove i termini delle nuove disposizioni siano più lunghi, non si applicano, e si applicano ovviamente i precedenti - ancorché abrogati - in quanto più favorevoli; ed all'opposto anche i nuovi si applicano ai fatti pregressi, ove il termine sia più breve, tranne che ai fatti in relazione ai quali il processo di primo grado sia formalmente aperto, o penda in appello o in cassazione.

### **La procedura di cui al D.Lvo 758/94.**

Come si è visto, numerosi obblighi del medico competente sono penalmente sanzionati, in via autonoma (cioè: per il fatto stesso della loro inosservanza, ove accertata dall'Organo di vigilanza), come ipotesi di reato "contravvenzionale", reati la cui configurabilità deriva dal combinato della norma sanzionatoria (art. 92 del D.Lvo 626/94 e art. 53 del D.Lvo 277/91) con le singole norme ivi sanzionate; la pena per queste contravvenzioni è quella dell'arresto o dell'ammenda, come specificamente indicate nella tabella riportata in apertura della relazione. Si evidenzia che nel nostro ordinamento vige il principio per cui nelle contravvenzioni l'incolpato risponde del reato a titolo di dolo o colpa, indifferentemente (e cioè irrilevante che l'obbligo non sia stato adempiuto perché ciò non si è scientemente voluto fare, o per negligenza), salvo che la contravvenzione non sia strutturata, nella sua costruzione normativa, a titolo necessariamente doloso.

Nessun dubbio in merito all'applicabilità, alle contravvenzioni previste per il medico competente, della procedura di contestazione ed estinzione delle contravvenzioni, di cui agli artt. 19 e segg. del D.Lvo 758/94.

Sinteticamente, essa può riassumersi nei seguenti termini.

Il D.Lvo 758/94 ha introdotto un'innovativa ed interessante procedura di accertamento, contestazione ed eventuale estinzione delle "contravvenzioni" in materia di lavoro, ovvero di violazione alle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro ed igiene sul lavoro, sanzionate con la previsione della pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda, nelle diverse entità indicate dalle norme sanzionatorie, come sopra indicate.

Tale normativa, ricompresa, in particolare, negli articoli dal 19 al 24, mira a realizzare un equilibrio tra la reazione punitiva dello Stato, giustificata dall'accertamento della violazione di una o più norme prevenzionali e conseguente ad esso, e l'interesse sostanziale a che la situazione antiggiuridica accertata, potenzialmente o concretamente foriera di un "pericolo" sotteso alla violazione della norma stessa, venga superata, attraverso una condotta positiva del contravventore, a ciò indotto dall'innovativo istituto della "prescrizione", secondo quanto previsto dall'art. 20 del D.Lvo 758/94. Cioè a dire, se il contravventore indicato nell'atto di contestazione dell'organo di vigilanza "ottempera" alla "prescrizione" imposta dallo

stesso organo contestualmente alla contestazione della violazione, tale “ottemperanza” diventa il mezzo per accedere ad una definizione particolarmente vantaggiosa della procedura attivata dall’organo, nel modo che meglio si vedrà.

In sintesi, la procedura può essere descritta nei termini che seguono, non senza aver precisato che essa deve obbligatoriamente essere attivata da ogni organo di vigilanza che si trovi nelle condizioni di procedere alla contestazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro od igiene del lavoro, non essendo, dunque, rimessa la sua applicazione alla valutazione discrezionale degli organi stessi: ciò che, altrimenti, si risolverebbe in un evidente pregiudizio a danno di coloro ai quali la procedura non si dovesse applicare, poiché in tal modo esclusi, come si vedrà, da importanti effetti vantaggiosi.

L’art. 19 lett. b) definisce l’organo di vigilanza come “*il personale ispettivo di cui all’art. 21, 3° co., della L. 23 dicembre 1978, n. 833, fatte salve le diverse competenze previste da altre norme*”, riferendosi, in tal modo, principalmente al personale delle U.S.L., ma anche al personale della Direzione Provinciale e Regionale del Lavoro (ex Ispettorati del Lavoro), dei Vigili del Fuoco, etc..., come dispongono norme speciali che prevedono, in relazione alle materie oggetto della competenza amministrativa di tali organi, correlati poteri ispettivi.

Ciò che deve essere assolutamente compreso e ricordato è che, in relazione ai rispettivi ambiti di competenza amministrativa, tali organi sono titolari anche di funzioni, e correlati poteri, di polizia giudiziaria, vale a dire poteri di compiere atti di indagine alle dipendenze funzionali della Magistratura (del Pubblico Ministero durante le indagini preliminari, dei Giudici, eventualmente, durante la fase del Giudizio); il che significa che hanno precisi e formali obblighi di rispetto delle norme del codice di procedura penale, ma anche correlati e penetranti poteri d’indagine (poteri di sequestro e di perquisizione, di accertamenti urgenti sul luogo e nell’immediatezza del fatto, di assumere a sommarie informazioni testimoniali persone presenti ai fatti, etc..).

Il principale obbligo, anche in senso cronologico, è quello di “acquisire la notizia di reato”, e di trasmetterla alla Procura della Repubblica, la quale, secondo i principi generali, deve “iscriverla” negli appositi registri istituiti presso ogni Procura; iscrizione dal quale momento il procedimento penale prosegue il suo corso, non potendo verificarsi interruzioni o sospensioni (se non in casi specificamente e tassativamente previsti dalla Legge), fino alla naturale definizione dello stesso, con archiviazione od esercizio dell’azione penale.

Ebbene, nell’ambito del procedimento speciale disciplinato dal D.Lvo 758/94, già tale prima fase contiene un’importante deroga ai principi generali: l’organo di vigilanza trasmette alla Procura della Repubblica la “notizia di reato” consistente nel verbale di accertamento e di contestazione delle violazioni alle normative prevenzionali eventualmente contestate; ma, contemporaneamente, nel momento in cui ha proceduto a tali contestazioni, l’organo di vigilanza “*impartisce al contravventore un’apposita contravvenzione, fissando per la regolarizzazione un termine non eccedente il periodo di tempo tecnicamente necessario*”; ciò, come recita testualmente l’art. 2°, “*al fine di eliminare la contravvenzione accertata*” (tale



termine è fissato dalla Legge in un primo periodo massimo di sei mesi, ulteriormente prorogabile dall'organo di vigilanza stesso di ulteriori sei mesi, salvo il dovere di darne comunicazione al Pubblico Ministero); ed è proprio al fine di consentire tale "regolarizzazione" da parte del contravventore che il procedimento penale, originato dalla comunicazione del verbale al Pubblico Ministero (cioè, alla Procura della Repubblica competente per territorio), durante tale periodo - concesso per l'adempimento della prescrizione - rimane "sospeso", come dispone l'art. 23 1° co., fino a che non pervengano dall'Organo di Vigilanza comunicazioni inerenti una o l'altra delle varie possibili definizioni della procedura stessa: 1) mancato adempimento della prescrizione, 2) adempimento della prescrizione con modalità diverse e termini superiori a quelli indicati dall'organo di vigilanza, 3) adempimento della prescrizione e conseguenziale ammissione del contravventore al pagamento di una somma, "in sede amministrativa", pari al quarto del massimo dell'ammenda prevista dalla norma o dalle norme contestate.

Quest'ultimo caso, disciplinato dall'art. 21, è quello nel quale la procedura si compie in tutti i suoi "passaggi essenziali", dei quali il primo - il completo, preciso e tempestivo adempimento alla prescrizione elevata dall'organo di vigilanza - è la condizione necessaria e sufficiente per essere ammessi al secondo, che costituisce, realizzato il primo, un vero e proprio diritto soggettivo del contravventore indicato nel verbale e raggiunto dalla procedura: cioè a dire, essere ammessi al pagamento della somma in forma ridotta, e così significativamente ridotta (si ricordi che le contravvenzioni in materia di igiene del lavoro e prevenzione infortuni sul lavoro hanno sanzioni talvolta assai elevate nel massimo, e possono, tra l'altro, essere contestate numerose violazioni: il che può portare a verbali contenenti ipotesi di contravvenzioni con sanzioni elevatissime, in relazione alle quali la riduzione ad un quarto è assai rilevante), non può essere oggetto di valutazione discrezionale, ma spetta al contravventore come diritto, una volta che la verifica dell'adempimento, effettuata dall'organo di vigilanza e comunicata dallo stesso al Pubblico Ministero, sia risultata pienamente positiva, a norma dell'art. 21, 1° co.

Vi è poi un secondo, rilevantissimo vantaggio nella soluzione indicata al punto 3): se e quando il contravventore, ammesso al pagamento della sanzione ridotta, paghi la somma prevista, la contravvenzione oggetto della contestazione si "estingue", come disciplina l'art. 24 1° co., in tal caso dovendo il Pubblico Ministero richiedere l'archiviazione al Giudice per le indagini preliminari: il che significa che si esplica l'effetto processuale e sostanziale più vantaggioso, nel senso che non è necessario giungere alla celebrazione di un processo penale (l'archiviazione è una richiesta formulata dal P.M. al Giudice sulla base degli atti sin a quel momento raccolti), e, soprattutto, nel senso che gli effetti di quel procedimento, originariamente penale, non interessano più la persona dell'originario indagato, contravventore, e la relativa vicenda scompare dalla sua storia personale, non lasciando "traccia" alcuna.

Come si vede, dunque, si tratta di un "congegno procedimentale" ben calibrato sulle potenzialmente contrapposte esigenze ad esso sottese, nel quale viene nettamente privilegiata la funzione di sostanziale raggiungimento di quell'interesse alla "sicurezza in concreto" a cui mirava la norma astratta, in ipotesi violate; interesse ben

perseguito, a nostro avviso, dal forte incoraggiamento ad “adempiere” a quell’invito, a contenuto tecnico-discrezionale che l’organo di vigilanza rivolge al contravventore con la “prescrizione”: è, dunque, il contravventore ad avere tra le mani il proprio destino processuale e sostanziale in relazione al fatto oggetto dell’accertamento.

Ove il contravventore non aderisca (vedi punto 1) suindicato), o, pur ottemperando alla prescrizione, poi non effettui il pagamento della somma indicata (situazione del tutto equiparata alla prima, a termini di legge), il Pubblico Ministero, informato di tale esito – negativo, evidentemente - dall’organo di vigilanza ritorna titolare di tutti i suoi poteri di definizione del procedimento, che possono andare dall’eventuale archiviazione (ove il PM escluda “nel merito” l’esistenza della contravvenzione ipotizzata, cosa che la legge prevede possa sempre fare, sulla base degli stessi elementi raccolti dall’organo di vigilanza e/o dallo stesso PM sulla base dell’art. 23, 3° co., e/o forniti dalla stessa persona sottoposta al procedimento) all’ “esercizio dell’azione penale”, ossia la contestazione del fatto oggetto di iniziale accertamento, con la richiesta di emissione di Decreto Penale al GIP o con l’emissione del Decreto di Citazione a Giudizio.

Vi sarebbe anche la teorica possibilità, da parte del P.M., di invitare il contravventore all’oblazione, prevista dall’art. 162 bis c.p., ovvero a pagare una somma pari alla metà del massimo della sanzione prevista per la norma violata: prevedendo, tuttavia, tale norma la condizione che il contravventore possa essere ammesso al pagamento – anch’esso estintivo del reato, ove poi effettuato – a condizione che abbia eliminato “le conseguenze dannose o pericolose del reato”, è evidente che tale invito il PM non formulerà mai al contravventore che non abbia nemmeno adempiuto alla prescrizione dell’organo di vigilanza, circostanza che lascia, evidentemente, lo stato di fatto nella stessa situazione oggetto dell’accertamento, e dunque, all’evidenza contrassegnata, almeno potenzialmente, da “conseguenze dannose o pericolose”, ostative all’ammissione all’oblazione.

A tale oblazione fa riferimento l’art. 24, 3° co., quando prevede il riferimento alla possibilità di valutare l’adempimento alla prescrizione in un termine superiore a quello indicato dall’organo di vigilanza, ovvero l’eliminazione delle conseguenze dannose o pericolose con modalità diverse da quelle previste dall’organo di vigilanza, “*ai fini dell’applicazione dell’art. 162 bis del codice penale*”: in questa situazione (indicata con il numero 2) delle tre possibilità suindicate) si presentano, dunque, i profili di valutazione dell’ammissibilità dell’oblazione ora indicati, con l’unica differenza che l’art. 24 3° co., prevede in tal caso che la somma da pagare, con l’effetto estintivo proprio dell’oblazione, sia pari al quarto del massimo. Somma identica, nel quantum, rispetto a quella da pagare nel caso di positivo adempimento alla prescrizione, secondo quanto abbiamo visto esaminando la possibilità 3): ci si potrebbe dunque chiedere perché il contravventore dovrebbe adempiere tempestivamente alla prescrizione, se poi, adempiendo in un termine superiore, o con modalità diverse, è ammesso a pagare la stessa somma: la risposta sta nella sottolineatura che tale ammissione è oggetto di una valutazione “discrezionale” del Giudice, come risulta dal richiamo testuale operato dalla norma all’art. 162 bis c.p., ove la formulazione dell’articolo indica che il Giudice “può ammettere il

contravventore al pagamento...”, circostanza ben diversa dal vero e proprio diritto che, all’opposto, ha il contravventore ad essere ammesso al pagamento estintivo di cui all’art. 21, 2° co., e 24, 2° co. del D.Lvo 758/94. Dunque, una situazione “intermedia” tra quella massimamente vantaggiosa, connessa al pieno e puntuale adempimento degli obblighi di ottemperanza alla prescrizione (e conseguente pagamento “estintivo”) , e quella, all’opposto, del tutto negativa, connessa alla mancata ottemperanza del contravventore: e, proprio perché intermedia, diversamente regolata quanto agli effetti propri.

Con riferimento a specifici quesiti posti da partecipanti a questo incontro, deve infine precisarsi che:

- ove l’organo di vigilanza infligga una sanzione al medico competente, nell’ambito della procedura sopra descritta (e, dunque, in relazione ad un’ipotesi di contravvenzione, posto che in relazione alle ipotesi di reato relative ad omicidio o lesioni colpose la procedura descritta non si applica), ed il “contravventore” in tal modo raggiunto dalla contestazione della violazione ne contesti il fondamento (e, dunque, “ricorra”, come si dice nella domanda, alla Magistratura, per esempio rivolgendo al PM un’istanza ove si indicano elementi, in fatto o in diritto, tali da escludere la violazione contestata), ciò non determina alcun pregiudizio per il contravventore: il quale, ove il Magistrato respinga la richiesta - e, dunque, ritenga fondata la contestazione o le contestazioni dell’organo di vigilanza - potrà a quel punto ben “aderire” alla procedura, purché, beninteso, i termini di legge non siano decorsi, cosa che rappresenta un pericolo quando, ad esempio, la prescrizione imposta dall’organo abbia termini brevissimi, decorsi i quali non si intravede alcuna possibilità di “restituzione” nel termine stesso;
- nell’ambito della procedura indicata, non si riesce a comprendere quali siano i casi di “accertamenti dell’organo di vigilanza che comportano l’interrogatorio del medico competente”, per lo svolgimento del quale la mancata informazione ad esso della “facoltà di avvalersi di un difensore” si chiede vanifichi l’intera procedura sanzionatoria: l’interrogatorio di un indagato è un atto che può essere effettuato formalmente solo dall’autorità giudiziaria, direttamente o per delega della P.G.; altri atti, nei quali l’indiziato - non ancora formalmente indagato - decide di rendere dichiarazioni alla PG sono disciplinati direttamente dal c.p.p., all’art. 350, in tre diversi casi e rispettive diverse garanzie, con sanzioni - in caso di loro inosservanza - previste direttamente dal codice. Ora, nel caso della procedura di cui al D.Lvo 758/94, posto che il procedimento ivi disciplinato determina la sospensione del procedimento penale iscritto, la Legge non prevede che, tra gli atti del processo penale che si possono compiere durante tale sospensione, vi sia l’interrogatorio dell’indagato, non potendo esso rientrare tra quegli atti che, ai sensi dell’art. 23, 3° co, sono possibili pur durante la sospensione del procedimento; e, peraltro, ove si voglia far rientrare l’atto di interrogatorio tra quegli “atti urgenti di indagine”, è pacifico che essi non potrebbero che essere compiuti dal PM, anche se per delega alla PG, caso nel quale l’interrogatorio dovrebbe

essere svolto - se delegato alla PG - con la necessaria presenza del difensore, previa informazione di garanzia, se non ancora spedita fino a quel momento: ove, però, per ragioni non facilmente immaginabili, all'indagato sottoposto ad interrogatorio l'informazione sui diritti, compresa la necessaria presenza del difensore innanzi alla PG, non venga data, l'invalidità colpisce l'atto, ma non l'intera procedura, rispetto alla quale (ad iniziare dai presupposti della contestazione) l'invalidità dell'interrogatorio non si vede come possa esplicare effetti; mentre eventuali spontanee dichiarazioni rese dall'indiziato all'inizio della procedura, e magari poste alla base della stessa contestazione poi elevata, non possono essere sottoposte al regime rigoroso dell'art. 350 c.p.p., almeno fino a quando sia in corso la procedura ex D.Lvo 758/94, che è fuori dal procedimento penale; e, dunque, tali eventuali dichiarazioni sarebbero perfettamente utilizzabili nel relativo procedimento sanzionatorio, posto che il suo iter, ed il suo esito favorevole - ove l'indagato se ne avvalga, a sua discrezione - giustificano una deroga rispetto alle regole processuali ordinarie.

#### Bibliografia essenziale:

- 1) Culotta, Di Lecce, Costagliola, "Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro", Il sole 24 Ore;
- 2) M. Lai, "La sicurezza del lavoro tra Legge e contrattazione collettiva", G. Giappicchelli Editore;
- 3) R. Dubini- F. Molfese, "Salute e sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro", Ed. giuridiche Simone;
- 4) Messineo A., "Sorveglianza Sanitaria e attività del medico competente", in ISL, 1997, 2, 108;
- 5) Messineo A., "Attività del medico competente", in ISL, 1997, ins.
- 6) M. Del Nevo, "Visite preventive o preassuntive? Il primo chiarimento della Corte di Cassazione", in "Medicocompetente.it - Il portale del medico del lavoro"