

# **L'ERRORE DEL MEDICO COMPETENTE: PROFILI PENALI**

Novelio Furin    Emanuele Riva  
[www.studiolegalefuringrotto.it](http://www.studiolegalefuringrotto.it)

In corso di pubblicazione su ISL, Igiene & Sicurezza  
del lavoro, anno 2022

**SOMMARIO:** *1. Introduzione; 2. La sorveglianza sanitaria; 3. L'errore medico nella formulazione del giudizio di idoneità e nella programmazione della sorveglianza sanitaria; 4. La rilevanza penale ex art. 590 sexies e i canoni di imputazione soggettiva della responsabilità penale medica; 5. Le difficoltà di accertamento del nesso causale; 6. L'errore o l'omissione nell'attività di collaborazione alla valutazione dei rischi; 7. La progressiva estensione della responsabilità del MC nel campo della valutazione dei rischi; 8. Sorveglianza sanitaria e valutazione dei rischi: la necessità di un intervento legislativo; 9. Conclusioni.*

## **1. Introduzione.**

Il D. Lgs. 81/2008 (TUSL) assegna al medico competente (in seguito, anche solo MC) un ruolo di primaria importanza nel sistema della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali<sup>1</sup>. La centralità di tale figura emerge già dalla definizione normativa, contenuta nell'art. 2, lett. h), TUSL, ove viene definito come il medico che «*collabora (...) 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*»<sup>2</sup>.

L'insieme delle funzioni e dei compiti attribuiti al medico competente è assai vasto: secondo una tassonomia divenuta ormai "classica"<sup>3</sup> - si possono distinguere almeno tre "tipologie" di obblighi.

In primo luogo, il medico competente è tenuto a collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori, alla forma-

---

<sup>1</sup> B. DEIDDA, L. MONNI, *La responsabilità penale del medico del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2015, p. 126; A. VELTRI, *I soggetti garanti della sicurezza nei luoghi di lavoro*, Giappichelli, Torino, 2013, p. 162; AA.VV., *Diritto penale della sicurezza sul lavoro*, Bononia University Press, Bologna, 2016, pp. 86-87; M. GALLO, M. VALSIGLIO, *Medico competente, informazione e valutazione*, in *Ambiente&Sicurezza*, n. 8 del 2019; MOSCONI, G. B. BARTOLUCCI, P. APOSTOLI, *Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio*, in *Giornale italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, Pavia, 2014; A. D'AVIRRO, P.M. LUCIBELLO, *I soggetti responsabili della sicurezza sul lavoro nell'impresa*, in *Teoria e pratica del diritto*, Giuffrè, Milano, 2010, p. 55.

<sup>2</sup> Più precisamente, l'art. 2, lett. h), TUSL specifica che si tratta del «*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*».

<sup>3</sup> Tripartizione da ultimo recepita anche dalla Suprema Corte di Cassazione, con la sentenza n. 19856 del 23 maggio 2020. Sul tema: AA.VV., *Diritto penale della sicurezza sul lavoro*, cit., p. 86.; R. DUBINI, *I compiti del medico competente*, in *Puntosicuro.it*, 10 gennaio 2013.

zione e informazione dei lavoratori, nonché all'organizzazione del servizio di primo soccorso, oltre che alla «attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute». Si tratta, in sintesi, degli obblighi di natura "collaborativa" o "consultiva", previsti dalla lettera a) dell'art. 25 TUSL. Il MC è, poi, destinatario di obblighi di natura "professionale". Ci si riferisce a quanto previsto dalla lett. b) del citato art. 25, secondo cui il sanitario «programma ed effettua la sorveglianza sanitaria (...) attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati»: nell'ambito della c.d. sorveglianza sanitaria, come vedremo, assume un particolare rilievo il giudizio di idoneità alla mansione, previsto e disciplinato dall'art. 41 TUSL. Infine, al medico competente sono attribuiti compiti di natura "formativa e informativa", a favore dei lavoratori (art. 25, lettere a), g) e h) TUSL).

Come si vede, quindi, il MC è destinatario di un sistema di obblighi piuttosto complesso. Tale complessità si riflette anche sul piano dell'individuazione delle responsabilità penali che potenzialmente attingono tale figura. E ciò non solo quando il medico competente ometta *tout court* di adempiere alle obbligazioni previste a suo carico dal testo unico<sup>4</sup>, ma anche quando, nell'adempiervi, commetta un errore diagnostico-valutativo: è l'ipotesi, insomma, dell'*errore medico* commesso da un medico competente. Un'eventualità che - com'è intuibile - può assumere rilevanza penale al verificarsi di un infortunio sul lavoro o all'insorgere di una malattia professionale. Il presente contributo approfondisce proprio il tema dell'imputabilità del medico competente per i reati di lesioni colpose e omicidio colposo, anche alla luce dei più recenti principi e paradigmi sviluppati in tema di responsabilità penale medica, dedicando particolare attenzione all'attività di sorveglianza sanitaria (e, quindi, alla formulazione del giudizio di idoneità) ed alla collaborazione del MC nella valutazione dei rischi.

## **2. La sorveglianza sanitaria.**

Il medico competente è responsabile della c.d. sorveglianza sanitaria. Tale attività è definita come l'«insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa». Ora, in base alla disciplina prevista dall'art. 41, comma secondo, del D. Lgs. 81/08, la sorveglianza sanitaria comprende, anzitutto, una serie di visite mediche, tra cui anche la c.d. visita medica preventiva (art. 41, comma 2, lett. a) TUSL), la c.d. visita medica periodica (art.

---

<sup>4</sup> L'ipotesi di violazione degli obblighi previsti a carico del MC è punita dalle contravvenzioni e sanzioni amministrative previste dall'art. 58 TUSL: B. DEIDDA, L. MONNI, *La responsabilità penale del medico del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2015, pp. 151-156; N. FURIN, E. DE NEGRI, *La nuova sicurezza del lavoro: soggetti, responsabilità e sanzioni*, La Tribuna, Piacenza, 2008, pp. 162-163; AA.VV., *Diritto penale della sicurezza sul lavoro*, Bononia University Press, Bologna, 2016, pp. 86-87. Sul tema si tornerà *infra*.

41, comma 2, lett. b) TUSL) e la visita medica prevista «*alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni*», oltre alla visita medica su richiesta del lavoratore<sup>5</sup>. In base all'esito di tali visite, ai sensi dell'art. 41, comma 6, TUSL, il medico competente esprime il c.d. giudizio di idoneità del lavoratore alla mansione specifica affidatagli. Giudizio che, come noto, può essere anche di idoneità parziale («*temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni*»), di inidoneità temporanea o, se del caso, di inidoneità permanente, in tutti i casi in cui il medico accerti dei potenziali rischi per la salute psico-fisica del lavoratore. La sorveglianza sanitaria, dunque, costituisce momento essenziale del sistema prevenzionistico<sup>6</sup>.

Analizzando la casistica giurisprudenziale, emerge come l'errore medico nell'effettuazione della sorveglianza sanitaria possa annidarsi in due momenti: nella formulazione del giudizio di idoneità o, più in generale, nella pianificazione della sorveglianza sanitaria. Approfondiamo le due ipotesi.

### **3. L'errore medico nella formulazione del giudizio di idoneità e nella programmazione della sorveglianza sanitaria.**

L'errore medico nella formulazione del giudizio di idoneità può senz'altro dar luogo ad una responsabilità penale del professionista sanitario. Ciò si desume sia dall'analisi del quadro normativo, sia dalla ricognizione della prassi giurisprudenziale.

Per chiarezza espositiva, si propone l'esempio del lavoratore che contragga una malattia professionale. Può accadere che detto lavoratore abbia sviluppato la patologia non già a causa di una generale mancanza nelle dotazioni antinfortunistiche aziendali, ma, più semplicemente, perché quel singolo lavoratore ha una maggiore predisposi-

---

<sup>5</sup> Più precisamente, l'art. 41, comma 2, TUSL, prevede le seguenti visite mediche: «*a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica; b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente; c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica; d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica; e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente; e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva; e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione*».

<sup>6</sup> Sull'argomento: M. MAGRI, *Le sanzioni per l'omessa sorveglianza sanitaria: chiarimenti INL*, in *Igiene e Sicurezza del Lavoro*, n. 3 del 2018, pagg. 141 e segg.

zione personale verso certe forme patologiche<sup>7</sup>. Si tratta di una situazione tutt'altro che infrequente<sup>8</sup>.

Ora, nell'esempio che si è proposto, v'è da chiedersi se la responsabilità ricada comunque sul datore di lavoro (quale vertice dell'organizzazione prevenzionistica), oppure se la responsabilità ricada sul medico competente, il quale abbia emesso un giudizio di idoneità non conforme al quadro clinico del lavoratore, così esponendolo ad un maggiore rischio di tecnopatìa. Ebbene, alla luce del quadro normativo e della giurisprudenza maggioritaria, deve ritenersi che il medico competente, quale destinatario degli obblighi prevenzionistici stabiliti dagli artt. 25 e 41 TUSL, sia titolare di una propria, autonoma, posizione di garanzia nei confronti dei lavoratori. Sul punto si consideri, innanzitutto, un primo rilievo: soltanto il medico competente può conoscere il contenuto della c.d. cartella sanitaria disciplinata dall'art. 25, lett. c), d) ed e). Le informazioni mediche ivi contenute, infatti, sono trattate nel rispetto delle disposizioni dettate in materia di *privacy* e «con salvaguardia del segreto professionale». Pertanto, il MC, oltre a disporre delle necessarie competenze medico-specialistiche, è il solo che può avere il quadro completo della situazione clinica del lavoratore, avendo egli accesso ad informazioni alle quali, invece, non possono accedere le altre figure del sistema antinfortunistico, ivi compreso il datore di lavoro. Quanto detto trova conferma in una recente sentenza del Tribunale di Frosinone. Il Giudice di merito, infatti, ha stabilito che «*gli esiti della visita sono coperti dal segreto professionale e pertanto non possono essere comunicati al datore di lavoro, né a terzi estranei al rapporto. Pertanto una volta ricevuto il giudizio di idoneità alla mansione da parte del medico competente, non è compito del datore di lavoro effettuare ulteriori diagnosi e/o accertamenti medici più penetranti*»<sup>9</sup>.

Ma, ciò che più preme evidenziare, è che, a ben guardare, la disciplina delineata dagli artt. 38, 39, 40 e 41 del D. Lgs. 81/08 attribuisce esclusivamente al medico competente la responsabilità per la sorveglianza sanitaria. Ed infatti, tale sezione del testo unico prima individua i «*titoli e requisiti*» necessari «*per svolgere le funzioni di medico competente*» (art. 38 TUSL) e, poi, solennemente stabilisce che «*la sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente*» (art. 41 TUSL). Ciò significa - com'è intuibile - che le attività e le valutazioni di cui all'art. 41 TUSL sono *riservate* al professionista medico, il quale ne è, dunque, responsabile.

---

<sup>7</sup> M. DEL NEVO, A. DEL NEVO, S. SIMONINI, *I peculiari profili di responsabilità del medico competente*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, n. 3/2008, p. 729. Qui, in particolare, si propone l'esempio del «*lavoratore che avesse una iperattività bronchiale tale da potere subire un attacco asmatico anche per concentrazioni residue di fumi di saldatura non pericolose per soggetti sani, oppure nel lavoratore non idoneo all'uso di filtranti facciali*».

<sup>8</sup> Si pensi, ad esempio, al c.d. rischio psicosociale e alle ipotesi di stress lavoro-correlato. Sull'argomento: A. ROSIELLO, M. SERRA, *Stress lavoro-correlato, criteri di valutazione e ruolo del medico competente*, in Igiene e Sicurezza del Lavoro, n. 4 del 2018, pagg. 197 e segg.

<sup>9</sup> Così: Tribunale di Frosinone, sentenza n. 1005 del 9 novembre 2021.

Sulla base di tali elementi, possiamo allora affermare - con il conforto della più recente giurisprudenza di legittimità<sup>10</sup> - che il D. Lgs. 81/2008 istituisce in capo al medico competente una autonoma posizione di garanzia, riconducibile «*alla sua specifica funzione di controllo delle fonti di pericolo attribuitagli dall'ordinamento giuridico*»<sup>11</sup>. Di conseguenza, può esservi una responsabilità penale del medico che, rilasciando negligenzemente o imprudentemente un giudizio di piena idoneità, esponga il lavoratore al rischio di contrarre una patologia cagionandogli, così, una lesione (o la morte)<sup>12</sup>.

La sfera di responsabilità del MC non si esaurisce, però, nella mera formulazione del giudizio di idoneità. Va segnalato, infatti, che, secondo la giurisprudenza, la responsabilità penale del medico competente può derivare anche, più in generale, da una non corretta programmazione dell'attività di sorveglianza sanitaria<sup>13</sup>. Sul punto, con due sentenze del 2016, la Suprema Corte di Cassazione ha stabilito che l'ordinamento antinfortunistico pone in capo al MC «*un obbligo di programmazione e di sorveglianza sanitaria (...), attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati*»<sup>14</sup>.

Abbiamo individuato, dunque, le ipotesi di errore penalmente rilevante del medico impegnato nella c.d. sorveglianza sanitaria dei lavoratori. Vediamo, ora, più nello specifico, come possa configurarsi il rimprovero penale del professionista sanitario.

#### **4. La rilevanza penale ex art. 590 sexies e i canoni di imputazione soggettiva della responsabilità penale medica.**

In primo luogo, bisogna stabilire quale sia la fattispecie sanzionatoria applicabile nell'ipotesi di errore del medico competente che provochi la lesione o il decesso del lavoratore. In particolare, v'è da chiedersi se si applichino le fattispecie "generiche" (di cui agli artt. 589 e 590 c.p.), oppure se si applichino le fattispecie aggravate dalla

---

<sup>10</sup> Cass. Pen. Sentenza n. 19856 del 23 maggio 2020.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> Ciò, come si vedrà meglio *infra*, ove siano comunque dimostrate sia la sussistenza del nesso causale, sia l'efficacia impeditiva della condotta alternativa doverosa, sia ancora la sussistenza di un profilo di colpa - specifica o generica - imputabile al sanitario.

<sup>13</sup> Una prima sentenza in questa direzione è la n. 24290, pronunciata dalla Corte di Cassazione il 28 giugno 2005. Nella specie, al Medico incaricato della sorveglianza sanitaria era contestato di avere «*omesso di sottoporre a visita medica periodica la lavoratrice benché la stessa fosse esposta a rischio lavorativo identificato nel documento di valutazione dei rischi e avesse segnalato la presenza di disturbi allergici*». In dottrina: B. GIORDANO, Responsabilità penale del medico competente, in L. ALESSIO, G. FRANCO, F. TOMEI, Trattato di medicina del lavoro, Piccin, Padova, 2015, pp. 521-522.

<sup>14</sup> Cass. Pen. Sent. n. 35425 del 31 maggio 2016. Nello stesso senso: Cass. Pen. Sent. n. 6885 del 23 novembre 2016. Sull'argomento, anche: A. GUARDAVILLA, Responsabilità del medico competente: protocolli sanitari e linee guida, in Puntosicuro.it, numero 3966 del 9 marzo 2017.

«violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro» (ex artt. 589, comma 2, e 590, comma 3, c.p.), oppure ancora la disciplina speciale di cui all'art. 590 *sexies* c.p., rubricato «responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario». Per risolvere il nodo, pare sufficiente considerare che la norma da ultimo richiamata, introdotta nell'ambito della riforma della responsabilità medica di cui alla L. n. 24 del 2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco), trova applicazione quando «i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria». Ebbene, non può esservi dubbio che l'attività di sorveglianza sanitaria posta in essere dal medico competente costituisca «esercizio della professione sanitaria»<sup>15</sup>. Ciò è confermato, in ogni caso, dalla disciplina prevista dall'art. 39 TUSL, ove si precisa che «l'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH)». Pertanto, la lesione o la morte del lavoratore riconducibili all'errore del medico competente, sono fatti sussumibili nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 590 *sexies* c.p.<sup>16</sup> La soluzione appena individuata trova conferma nella sentenza della Corte di Cassazione n. 19856 del 2020, ove la condotta di un medico del lavoro è stata inquadrata come penalmente rilevante proprio ai sensi dell'art. 590 *sexies* c.p. Ecco, allora, che le eventuali responsabilità penali del medico competente dovranno essere ricostruite facendo ricorso a tale specifica disciplina sanzionatoria e, più in generale, tenendo a mente i principi sviluppati in materia di responsabilità penale medica. Il tema è assai vasto. Merita, in questa sede, soffermarsi su due aspetti: quello (dirimente) della natura della colpa del medico competente e quello (assai problematico) dell'accertamento del nesso di causalità.

Partendo dal primo aspetto, v'è da approfondire la portata della clausola di non punibilità prevista dal secondo comma dell'art. 590 *sexies*<sup>17</sup>. Con tale disposizione, infatti, la Legge Gelli-Bianco ha previsto che qualora l'evento lesivo si sia verificato «a cau-

---

<sup>15</sup> Si è osservato, infatti, che «appare inconfutabile il parallelismo tra la prestazione del professionista sanitario che deve diagnosticare e curare il paziente con quella invece del medico competente che deve, ad esempio, valutare le condizioni cliniche e di salute del lavoratore ed eventualmente conferire idoneità alle mansioni»: G. MONTANARI VERGALLO, M. GULINO, P. FRATI, *Aspetti medico-legali della professione*, in L. ALESSIO, G. FRANCO, F. TOMEI, *Trattato di medicina del lavoro*, Piccin, Padova, 2015, p. 528.

<sup>16</sup> Ciò, almeno, qualora il medico competente, pur adempiendo ai propri obblighi securitari, sbagli nell'applicare la scienza medica: diversamente, invece, nel caso in cui egli ometta, *tout court*, di procedere alle incombenze poste a suo carico dal TUSL, il medico competente potrà essere imputabile delle contravvenzioni previste dal combinato disposto degli artt. 25 e 58 TUSL. Sul tema: B. DEIDDA, L. MONNI, *La responsabilità penale del medico del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2015, pp. 151 e segg.

<sup>17</sup> Sul tema: F. AMBROSETTI, *La responsabilità penale senza pace dalla Balduzzi alla Gelli*, in P. CENDON (diretto da) e N. TODESCHINI (a cura di), *La responsabilità medica*, Utet, Milano, 2019, pp. 530-533; V. NIZZA, *La nuova colpa penale del medico*, Giuffrè, Milano, 2019, pp. 133 e segg.; C. BRUSCO, *La responsabilità sanitaria civile e penale*, Giappichelli, Torino, 2018, pp. 154e segg.;

sa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto». Come è stato autorevolmente osservato, nel nuovo assetto della responsabilità penale medica s'impone, quindi, di determinare preliminarmente «la natura della colpa»<sup>18</sup>, per stabilire se la violazione della regola cautelare da parte del professionista sanitario sia imputabile a negligenza, imprudenza oppure a imperizia<sup>19</sup>. Ciò perché soltanto nel caso di "imperizia" è applicabile la disciplina "di favore" descritta dal secondo comma dell'art. 590 *sexies*. Ebbene, ad un'analisi attenta, tale scelta legislativa delimita di molto la portata dalla clausola di non punibilità nel caso di errore del medico competente. Dalla casistica giurisprudenziale, infatti, emerge come la colpa del medico competente sia tendenzialmente rinvenibile nella violazione di un dovere cautelare di diligenza o di prudenza. Le ipotesi di responsabilità del MC, infatti, riguardano per lo più casi di mancato approfondimento del quadro diagnostico<sup>20</sup> del lavoratore oppure casi di sottovalutazione dei rischi cui è esposto il lavoratore: si tratta, quindi, di ipotesi "classiche" rispettivamente di negligenza e di imprudenza<sup>21</sup>. Mentre, invece, il terreno d'elezione delle regole cautelari che impongano uno standard di perizia è più tipico dell'attività chirurgica e terapeutica.

Stando così le cose, applicando i canoni cristallizzati dalle Sezioni Unite con la sentenza "Mariotti"<sup>22</sup>, il medico competente sarà punibile secondo le *comuni* regole

---

<sup>18</sup> Così: C. BRUSCO, *La responsabilità sanitaria civile e penale*, Giappichelli, Torino, 2018, p. 162. Sul tema anche: P. PIRAS, *L'accertamento della colpa medica nella giurisprudenza post Mariotti*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 2019.

<sup>19</sup> Sia consentito, per chiarezza del lettore che non abbia specifica formazione giuridica, richiamare in termini sintetici le nozioni di negligenza, imprudenza e imperizia, in campo medico. Si ha negligenza quando «la regola di condotta violata prescrive un'attività positiva che è stata violata o trascurata»; l'imprudenza ricorre, invece, qualora sia trasgredita una regola di condotta «da cui discende l'obbligo di non realizzare una determinata azione oppure di compierla con modalità diverse»; l'imperizia sussiste nell'ipotesi di mal governo delle conoscenze e competenze tecniche che informano una determinata attività tecnica: V. NIZZA, *La nuova colpa penale del medico*, Giuffrè, Milano, 2019, p. 120.

<sup>20</sup> Anche il mancato approfondimento del quadro diagnostico, ad ogni modo, costituisce "errore diagnostico". Ciò è stato stabilito dalla Suprema Corte di Cassazione, con la sentenza n. 5800 del 15 febbraio 2021. In particolare, il Supremo Collegio ha chiarito che «l'errore diagnostico si configura non solo quando, in presenza di uno o più sintomi di malattia, non si riesca ad inquadrare il caso clinico in una patologia nota alla scienza o si addivenga a un inquadramento erroneo, ma anche quando si ometta di eseguire o disporre controlli ed accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi».

<sup>21</sup> V. NIZZA, *La nuova colpa penale del medico*, Giuffrè, Milano, 2019, p. 120.

<sup>22</sup> Cass., SS. UU., sentenza n. 8770 del 21 dicembre 2017. Sul tema, autorevolmente: R. BLAIOTTA, *Niente resurrezioni, per favore. A proposito di S. U. Mariotti in tema di responsabilità medica*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 28 maggio 2018; C. CUPELLI, *L'art. 590-sexies c.p. nelle moti-*

dell'imputazione penale colposa e, dunque, egli potrà essere condannato anche a titolo di colpa lieve: ciò in quanto il rimprovero mosso nei confronti del sanitario sia riconducibile a negligenza o imprudenza.

Laddove, invece, l'errore del medico competente dovesse effettivamente imputarsi ad un difetto di perizia, il sanitario potrà avvantaggiarsi della causa di esclusione della punibilità, qualora egli abbia rispettato le raccomandazioni contenute nelle linee-guida e nelle buone pratiche clinico-assistenziali<sup>23</sup>. Tuttavia, anche nel caso di imperizia, il sanitario è comunque punibile per colpa lieve, in due casi: i) quando il caso concreto non sia regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali, oppure ii) quando il difetto di perizia sia consistito nella scelta di linee-guida o pratiche assistenziali non adeguate al caso di specie<sup>24</sup>. Questa seconda ipotesi di imperizia (consistente nell'errore nella scelta delle buone pratiche assistenziali da applicare al caso concreto) pare astrattamente assai probabile nell'attività di sorveglianza sanitaria, attività in cui l'errore medico "tipico" può risiedere proprio nella non corretta individuazione del protocollo clinico<sup>25</sup> o dell'*iter* diagnostico più consono alla luce del quadro anamnestico e sintomatologico del lavoratore<sup>26</sup>. Il punto merita un breve approfondimento. Innanzitutto, bisogna osservare che le linee guida e i protocolli sanitari adottati nell'ambito della medicina del lavoro sono vari e selezionano i diversi ambiti di operatività sulla base di criteri tra loro eterogenei: alcune linee guida, infatti, si riferiscono ad uno specifico ambiente lavorativo<sup>27</sup>; altre

---

*vazioni delle sezioni unite: un'interpretazione 'costituzionalmente conforme' dell'imperizia medica (ancora) punibile*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, n. 3 del 1 marzo 2018;

<sup>23</sup> Per alcune interessanti riflessioni critiche sull'argomento: R. BARTOLI, *Riforma gelli-bianco e sezioni unite non placano il tormento: una proposta per limitare la colpa medica*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, n. 5 del 24 maggio 2018; P. PIRAS, *Un distillato di nomofilachia: l'imperizia lieve intrinseca quale causa di non punibilità del medico*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 20 aprile 2018; M. SCHIAVO, *La persistente imprevedibilità delle pronunce sulla colpa medica a due anni dall'entrata in vigore della legge gelli-bianco*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 3 maggio 2019.

<sup>24</sup> Sul punto: G. IADECOLA, *Qualche riflessione sulla nuova disciplina della colpa medica per imperizia nella legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge cd Gelli-Bianco)*, in *Diritto penale Contemporaneo*, n. 6 del 2017, p. 57.

<sup>25</sup> Per esattezza, va specificato che linee guida e protocolli costituiscono indicazioni che si pongono su due piani distinti. Le prime, infatti, contengono «*principi generali*»; i secondi, invece, specificano le prime e costituiscono «*strumenti clinici più precisi e vincolanti*»: C. PEZZIMENTI, *La responsabilità penale del medico tra linee guida e colpa "non lieve": un'analisi critica*, in *Rivista Italiana di diritto e procedura penale*, Giuffrè, n. 1/2015.

<sup>26</sup> Ed infatti, proprio tale ipotesi è giunta dinnanzi ai giudici di legittimità: Cass. Pen. Sez. IV, con la sentenza n. 6885 del 23 novembre 2016. Nella specie, al medico competente era contestato il reato di cui agli artt. 25, comma 1, lett. b) e 58 TUSL, per aver sottoposto due lavoratori a visita periodica, «*non attuando un protocollo sanitario definito in funzione dei rischi specifici*».

<sup>27</sup> Ci si riferisce, ad esempio, alle *Linee Guida per la sorveglianza sanitaria in ambito ospedaliero*, adottate dalla Regione Puglia, o alle *Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli operatori della ATS Sardegna*, del 2017.

indicazioni informano una specifica area di rischio<sup>28</sup>; altre, ancora, coniugano l'uno e l'altro aspetto, enucleando i protocolli da attuare con riferimento ad un determinato rischio nell'ambito del relativo contesto lavorativo<sup>29</sup>. Il preciso ambito di applicazione viene meglio specificato dal contenuto delle stesse linee guida. Le recenti Linee Guida SIML (Società Italiana di Medicina del Lavoro) sul *Ruolo del medico del lavoro nella gestione e prevenzione della tubercolosi in ambito occupazionale*, recepite ex art. 5 L. 24/2017 nel *Sistema Nazionale Linee Guida*, individuano l'ambito di applicazione sulla base di una c.d. *popolazione target* e sulla base di un *setting*. Il primo elemento contempla una serie di soggetti-tipo, cui si rivolgono le prestazioni medico-sanitarie oggetto delle linee-guida; il *setting* consiste, invece, nella enucleazione di contesti lavorativi ai quali applicare dette raccomandazioni. Orbene, questa definizione dell'ambito di applicazione delle linee guida evidenzia un profilo assai critico. Infatti, se le raccomandazioni ivi contenute si applicano esclusivamente al *setting* indicato, allora il MC che operi al di fuori di tale *setting*, dovrà scegliere delle diverse linee guida, oppure (qualora non ve ne fossero) opererà in un settore non "regolato" dalle linee guida.

Diversamente, invece, se il *setting* è un'indicazione con mero valore esemplificativo, il MC che effettui la sorveglianza sanitaria in un diverso contesto lavorativo potrà (e dovrà) comunque utilizzare tali raccomandazioni, benché fuori dell'ambito di applicazione definito dalle stesse.

La questione può essere chiarita con un esempio. Le Linee Guida SIML sul *Ruolo del medico del lavoro nella gestione e prevenzione della tubercolosi in ambito occupazionale* prevedono, come «*setting coperti dalle presenti LG*», le strutture sanitarie e assistenziali, i centri di ricerca biologica, i centri di assistenza per tossicodipendenti, i centri di ricovero per senzatetto, le carceri, i centri di accoglienza per i migranti e le aziende con lavoratori impegnati all'estero in aree ad alta incidenza di tubercolosi. Il *setting* non contempla, invece, gli istituti scolastici: eppure, non mancano casi di tubercolosi individuati proprio nelle scuole<sup>30</sup>. Pertanto, una volta individuato il primo caso di tubercolosi, v'è da chiedersi se il medico competente di una scuola debba applicare le LG stabilite dal SIML (benché esse non contemplino le scuole quale pro-

---

<sup>28</sup> È il caso delle *Linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori*, elaborate dalla Regione Veneto e dall'AULSS-17, nonché alle *linee guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti a lavori temporanei in quota con impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi*, sviluppate nel 2007 dal Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro; oppure, ancora, alle recenti Linee Guida sul *Ruolo del medico del lavoro nella gestione e prevenzione della tubercolosi in ambito occupazionale*, adottate dal SIML il 7 agosto 2021.

<sup>29</sup> Si vedano, ad esempio, le *Raccomandazioni per la prevenzione della tubercolosi nelle strutture sanitarie*, elaborate e aggiornate nel 2011 dalla Regione Piemonte.

<sup>30</sup> Si vedano, ad esempio, gli articoli pubblicati su LaRepubblica.it il 10 aprile 2019 (*Un caso di tubercolosi in una scuola del Fiorentino*) ed il 19 dicembre 2018 (*Un caso di tubercolosi in una scuola del Bolognese*).

prio ambito di applicazione) oppure se, al contrario, l'adozione di dette raccomandazioni costituisca un errore (penalmente rilevante) nella scelta delle linee guida da applicare al caso di specie. Queste brevi riflessioni, svolte alla luce del contenuto delle LG disponibili, mettono in luce come il riferimento al rispetto delle «raccomandazioni previste dalle linee guida» (art. 590 *sexies*, comma 2, c.p.) non sia affatto risolutivo, poiché - anche nel campo della medicina del lavoro - residuano margini (troppo) ampi di incertezza già sul piano della selezione delle linee guida da applicare al caso di specie: un'incertezza che si traduce, inevitabilmente, in un'eccessiva discrezionalità nell'individuazione dei confini della colpa penale del medico.

Per inciso, restando sul tema della scelta delle linee guida adeguate al caso di specie, si tenga a mente che, secondo un orientamento consolidato e risalente nel tempo, la punibilità del sanitario potrà comunque essere esclusa qualora il quadro sintomatologico sia aspecifico o non univoco<sup>31</sup>.

## **5. Le difficoltà di accertamento del nesso causale.**

Maggiori difficoltà probatorie, invece, si possono rinvenire sul piano della causalità. Infatti, muovendoci nell'ambito della responsabilità colposa, è sempre necessario verificare se l'osservanza della regola cautelare (violata dal sanitario) avrebbe consentito di evitare l'evento infausto<sup>32</sup>. Ebbene, proprio per l'ipotesi di responsabilità del medico del lavoro, la Suprema Corte di Cassazione ha ribadito che «*deve ritenersi esclusa la penale responsabilità dell'agente allorquando risulti accertato che l'evento si sarebbe ugualmente verificato anche ove l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa, oppure nel caso in cui non si raggiunga la prova dell'efficienza del comportamento corretto a scongiurare l'evento*»<sup>33</sup>. Serve, quindi, la prova certa (e non "vaga" o "nebulosa"<sup>34</sup>) che le condotte omissive addebitate al medico competente

---

<sup>31</sup> Sul tema, di recente: Tribunale di Spoleto, sentenza n. 316 del 15 giugno 2021. Per un autorevole commento alla pronuncia: L. RISICATO, *Colpa medica: sintomi aspecifici del paziente e omissioni del medico, il fatto non sussiste*, in Altalex.it, agg. 7 settembre 2021. In passato, già: Cass. Pen. Sez. IV, sentenza del 15 febbraio 1978. Sul tema anche: D. MICHELETTI, *Attività medica e colpa penale. Dalla prevedibilità all'esperienza*, in Quaderni di Studi Senesi, n. 9 del 2021, *passim*.

<sup>32</sup> Con specifico riferimento all'accertamento del nesso causale nelle ipotesi di responsabilità del MC: M. DEL NEVO, A. DEL NEVO, S. SIMONINI, *I peculiari profili di responsabilità del medico competente*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 3/2008, p. 729. Più in generale, sui profili critici della causalità sia permesso citare: C. BRUSCO, *Il rapporto di causalità – Prassi e orientamenti*, in *Teoria e pratica del diritto*, Giuffrè, Milano, 2012; S. ALEO, *Causalità, complessità e funzione penale – Per un'analisi funzionalistica dei problemi della responsabilità penale*, Giuffrè, Milano, 2009; P. ALDOVRANDI, *Concorso nel reato colposo e diritto penale d'impresa*, Giuffrè, Milano, 1999; G. CARUSO, *Gli equivoci della dogmatica causale – Per una ricostruzione critica del versante obiettivo del reato*, Giappichelli, Torino, 2013.

<sup>33</sup> Cass. Pen. Sez. IV, sentenza n. 26439 del 9 luglio 2007

<sup>34</sup> *ibidem*.

siano antecedente causalmente efficiente rispetto all'evento lesivo. Tale precisazione - apparentemente banale - può risultare decisiva in molte ipotesi di responsabilità del medico competente. Come si è già evidenziato, infatti, la casistica giurisprudenziale riguarda assai spesso casi di mancata diagnosi o di c.d. diagnosi intempestiva da parte del medico del lavoro.

Rispetto a tali situazioni tipiche, è necessario dimostrare che l'omessa o ritardata diagnosi da parte del sanitario abbia provocato quantomeno una «*progressione del male*»<sup>35</sup>. È necessario, in altri termini, accertare che il medico, qualora avesse correttamente diagnosticato la patologia, avrebbe potuto adottare misure effettivamente idonee a rallentarne il decorso o ad impedire il decesso del paziente<sup>36</sup>.

E tale onere probatorio va calato nell'ambito - del tutto peculiare - della sorveglianza sanitaria. In tale contesto, la cadenza predeterminata delle visite mediche (o, almeno, di quelle obbligatorie) rende in molti casi dubbio che il medico competente abbia la possibilità di "intercettare" in tempo utile la malattia del lavoratore<sup>37</sup>: ben può accadere, infatti, che il morbo si sia sviluppato ed abbia purtroppo raggiunto uno stadio irreversibile nell'intervallo di tempo previsto tra una visita medica e quella successiva<sup>38</sup>.

Sotto diverso profilo, va osservato che, assai frequentemente, nell'ambito del diritto penale del lavoro si ha a che fare con patologie cc.dd. multifattoriali<sup>39</sup>, la cui insorgenza può essere imputabile a cause diverse, anche extraprofessionali<sup>40</sup>. E ciò ulteriormente complica l'accertamento del nesso di causalità sussistente tra la condotta del medico e l'evento lesivo<sup>41</sup>, poiché, in simili ipotesi, va dimostrato che il fatto proprio del sanitario sia «*condizione necessaria dell'evento*»<sup>42</sup>, escludendo - in termini di probabilità logica - la prevalenza di eventuali decorsi causali alternativi.

---

<sup>35</sup> Così Cass. Pen. Sez. IV, sentenza n. 5800 del 15 febbraio 2021.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

<sup>37</sup> Sul punto: Cass. Pen. Sez. IV, sentenza n. 26439 del 9 luglio 2007.

<sup>38</sup> Diverso è il caso, invece, della visita prevista dall'art. 41, comma 2, lett. e ter), per l'ipotesi di assenza dal lavoro per motivi di salute superiore ai sessanta giorni: in quest'ipotesi, infatti, può accadere che la patologia che ha condotto all'assenza del lavoratore possa non essere guarita, ovvero possa riacutizzarsi.

<sup>39</sup> Ci si riferisce, in sostanza, a «*disturbi e/o patologie (...) la cui probabilità dipende non da una singola causa ma dall'interazione tra più fattori di tipo individuale ed ambientale*»: G. MOSCONI, G. B. BARTOLUCCI, P. APOSTOLI, *Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio*, in *Giornale italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, Pavia, 2014. Sul punto, si veda anche: M. ASCIONE, *L'accertamento del nesso causale nelle malattie asbesto correlate*, in *La Giustizia Penale*, n. 2 del 2016, pp. 104-107.

<sup>40</sup> Per alcune riflessioni sul tema, in chiave "tecnica": U. FONZAR, A. E. WUDY, C. NEGRO, F. LARESE FILON, *La diagnosi di malattia professionale da parte del medico competente*, in *Igiene e Sicurezza del Lavoro*, n. 7 del 2015, pp. 357 e segg.

<sup>41</sup> Sull'argomento: R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza sul lavoro*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 223-236.

<sup>42</sup> Così Cass. Pen. Sez. IV, sentenza n. 1332 del 21 giugno 2013. La sentenza definisce i criteri di accertamento del nesso causale, anche alla luce dei canoni stabiliti dalle Sezioni Unite "Franzese"

A corollario delle considerazioni appena svolte, è utile richiamare l'interessante procedimento definito nel 2020 dalla Suprema Corte di Cassazione. Trattavasi di un medico competente imputato del reato di cui all'art. 590 *sexies* c.p., per avere omesso, nel redigere i certificati di idoneità lavorativa, di effettuare «*un'adeguata valutazione dei risultati degli esami ematochimici (...) determinando così un ritardo diagnostico della patologia (mielodisplasia) della quale [il lavoratore] era affetto da almeno due anni compromettendo così le possibilità di intervento terapeutico che avrebbero potuto allungarne la durata della sopravvivenza e migliorare la qualità della vita*»<sup>43</sup>. I Giudici di legittimità hanno rilevato che, a fronte di una siffatta imputazione, è necessario verificare se, in caso di comportamento alternativo lecito, l'evento che ne è derivato si sarebbe verificato ugualmente. E tale verifica va condotta, secondo la Cassazione, «*tenendo conto della specifica attività che sia stata specificamente richiesta al sanitario (diagnostica, terapeutica, di vigilanza o di controllo) e che si assume idonea, se realizzata, a scongiurare o ritardare l'evento lesivo*»<sup>44</sup>. I giudici di merito, invece, nel condannare l'imputato, non si erano attenuti a tale rigoroso accertamento del nesso di causa, ma si erano limitati a proporre argomentazioni «*meramente congetturali*»: per tale motivo, la Cassazione ha annullato la condanna.

## **6. L'errore o l'omissione nell'attività di collaborazione alla valutazione dei rischi.**

Abbiamo visto come gli obblighi inerenti alla c.d. sorveglianza sanitaria diano luogo ad una posizione di garanzia del medico, il quale risponde del proprio errore professionale secondo i canoni della responsabilità penale medica. Proviamo ora a capire, invece, quali responsabilità penali gravino sul medico competente nell'ambito della collaborazione nella valutazione dei rischi<sup>45</sup>. Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. a) TUSL, il medico competente «*collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi*» ed «*alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori*».

---

(SS. UU. n. 30328 del 2002), in un caso di omicidio colposo e lesioni colpose ai danni di alcuni lavoratori affetti da tumori polmonari, a causa dell'esposizione a vapori tossici contenenti cromo esavalente (CR-VI). Per un commento alla sentenza: P. BRAMBILLA, *Malattie professionali e nesso causale: una interessante pronuncia della corte di cassazione in tema di accertamento della causalità individuale*, in *Diritto Penale Contemporaneo* (archivio 2010-2019), 26 settembre 2014.

<sup>43</sup> Cass. Pen. Sez. IV, sentenza n. 19856 del 23 maggio 2020.

<sup>44</sup> *Ibidem*.

<sup>45</sup> Sul tema: G. MOSCONI, G. B. BARTOLUCCI, P. APOSTOLI, *Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio*, in *Giornale italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, Pavia, 2014; A. SCARELLA, *L'importanza del ruolo del medico competente sul luogo di lavoro*, in *Igiene e sicurezza del Lavoro*, n. 6 del 2019.

Anche in questo caso, poniamo un esempio. Si pensi all'ipotesi di un lavoratore che contragga una patologia sul luogo di lavoro e che, in tale contesto, il rischio riferibile a tale specifica patologia non sia contemplato nel DVR o, comunque, non siano state correttamente individuate le misure di prevenzione e protezione più adeguate. V'è da chiedersi se, in un caso come questo, il medico competente possa essere imputato per il delitto di lesioni colpose. Nel tentare di rispondere al quesito, ricordiamo innanzitutto che «*la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28*» costituisce obbligo - non delegabile - espressamente attribuito al datore di lavoro. Il contesto giuridico-normativo è, dunque, ben diverso da quello visto in tema di sorveglianza sanitaria: infatti, la valutazione dei rischi non costituisce di certo un'obbligazione esclusiva del professionista medico. Ad una prima analisi, quindi, sembrerebbe che la responsabilità relativa alla corretta mappatura dei rischi vada attribuita unicamente al datore di lavoro. Depongono in questo senso, a ben vedere, due argomenti.

In primo luogo, l'obbligo di collaborazione previsto dal testo unico in capo al MC è, tutto sommato, generico. La norma, infatti, non specifica né una concreta modalità attraverso cui debba estrinsecarsi detta "collaborazione"<sup>46</sup>, né definisce un "contenuto minimo" dell'apporto specialistico richiesto al sanitario in sede di valutazione dei rischi.

In secondo luogo, la de-responsabilizzazione del MC nella valutazione dei rischi discende dalla stessa distribuzione dei "poteri prevenzionistici" prevista dalla legge, la quale non assegna al medico competente alcuna «*capacità operativ[a] sulla struttura aziendale*»<sup>47</sup>. Applicando tale impostazione, dunque, l'errore del medico in sede di collaborazione alla valutazione dei rischi non fonderebbe alcuna responsabilità penale del professionista sanitario per l'infortunio o la tecnopatìa del lavoratore.

In ogni caso, il medico competente può rispondere della contravvenzione prevista dal combinato disposto degli artt. 25, comma 1, lett. a) e 58, comma 1, lett. c) TUSL, che sanzionano la violazione, da parte del MC, dell'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi. Peraltro, con interpretazione estensiva, la giurisprudenza riconosce l'ipotesi contravvenzionale *de qua* non soltanto nel caso di omissione, *tout court*, dell'obbligo di collaborazione, ma anche nel caso ben diverso in cui il medico competente commetta un errore nell'ambito dell'attività di valutazione dei rischi<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Ad esempio, non si prevede che siano svolte delle riunioni periodiche. Eppure, in altri contesti, si impongono adempimenti simili.

<sup>47</sup> B. DEIDDA, L. MONNI, *La responsabilità penale del medico del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2015, p. 87.

<sup>48</sup> Il riferimento è alla ormai nota Sentenza del Tribunale di Pisa, n. 399 del 13.4.2011. Nella specie, il medico competente è stato condannato, tra l'altro, perché il documento di valutazione dei rischi, sottoscritto dall'imputato, «*presentava incongruenze in relazione all'esposizione quotidiana al rumore e alle vibrazioni ed infine 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*». Sul tema: A. GUARDAVILLA, *Medico*

## 7. La progressiva estensione della responsabilità del MC nel campo della valutazione dei rischi.

Tale ultima peculiare interpretazione della fattispecie di cui all'art. 58 TUSL è sintomatica del corso intrapreso dalla giurisprudenza che, negli anni, ha dilatato sempre di più gli spazi di responsabilità penale del medico competente. E ciò fino a giungere, di recente, ad affermare che anche nell'attività di collaborazione alla valutazione dei rischi, il sanitario riveste una propria autonoma posizione di garanzia. Ma andiamo con ordine.

Già a partire dalla sentenza n. 2814 del 27 gennaio 2011, la giurisprudenza di legittimità ha offerto lo spunto per una possibile diversa ricostruzione delle responsabilità penali connesse alla valutazione dei rischi. Il caso riguardava, in realtà, la responsabilità penale di un RSPP. Nella specie, il Supremo Collegio ha dapprima chiarito che *«il datore di lavoro è e rimane il titolare della posizione di garanzia (...) poiché l'obbligo di effettuare la valutazione dei rischi e di elaborare il documento contenente le misure di prevenzione e protezione (...) fa pur sempre capo a lui»*<sup>49</sup>. Pur tuttavia, nel prosieguo della sentenza, si legge che può *«profilarsi lo spazio per una (concorrente) responsabilità dell'RSPP»*, il quale va ritenuto *«(cor)responsabile del verificarsi di un infortunio, ogni qualvolta questo sia oggettivamente riconducibile ad una situazione pericolosa che egli avrebbe avuto l'obbligo di conoscere e segnalare, dovendosi presumere che alla segnalazione avrebbe fatto seguito l'adozione, da parte del datore di lavoro, delle necessarie iniziative»*<sup>50</sup>. Il principio di diritto appena richiamato ben potrebbe estendersi anche al medico competente. Sia concessa, tuttavia, una considerazione critica. La Suprema Corte non ha individuato con esattezza in quali circostanze alla responsabilità datoriale debba aggiungersi anche quella del consulente (medico o RSPP). Manca, perciò, un parametro determinato e prevedibile per stabilire quando vi sia esclusiva responsabilità del datore di lavoro e quando, invece, si configuri l'ipotesi di responsabilità concorrente<sup>51</sup>.

---

*competente: l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi*, in Puntosicuro.it, n. 2807 del 2 marzo 2012; R. DUBINI, *La collaborazione del MC alla VR: prima e a prescindere dalla nomina*, in Puntosicuro.it, n. 2407 del 28 maggio 2010; A. M. CARELLA, *Osservazioni a corte di cassazione penale*, Num. 1856 2013, in Rivista Italiana di Medicina Legale (e Diritto in campo sanitario), n. 2/2013, p. 882; B. GIORDANO, *Responsabilità penale del medico competente*, in L. ALESSIO, G. FRANCO, F. TOMEI, Trattato di medicina del lavoro, Piccin, Padova, 2015, p. 520.

<sup>49</sup> La sentenza (Cass. Pen. n. 2814 del 27 gennaio 2011) rileva, infatti, che l'RSPP è *«privo di capacità immediatamente operative sulla struttura aziendale, spettandogli solo di prestare ausilio al datore di lavoro nella individuazione e segnalazione dei fattori di rischio»*.

<sup>50</sup> *Ibidem*.

<sup>51</sup> Si tratta, in altri termini, del problema del c.d. livello minimo accettabile di collaborazione. Sul punto, il gruppo di lavoro MeLC - SIMLII ha redatto un documento dal titolo *«Valutazione del rischio da parte del medico competente: assolvimento degli obblighi derivanti dalla normativa vigen-*

Fatta questa necessaria considerazione, preme evidenziare un ulteriore passaggio della medesima decisione, di assoluta importanza per il tema che ci occupa. La Suprema Corte, infatti, ha aggiunto che qualora il consulente «*agendo con imperizia, negligenza, imprudenza o inosservanza di leggi e discipline, abbia dato un suggerimento sbagliato o abbia trascurato di segnalare una situazione di rischio*», allora egli sarà responsabile dell'evento, «*essendo a lui ascrivibile un titolo di colpa professionale che può assumere anche un carattere addirittura esclusivo*». Con queste poche righe, il Supremo Collegio ha sdoganato la possibilità che un soggetto appartenente alla c.d. "linea consultiva" della sicurezza sul lavoro possa avere responsabilità esclusiva in ordine al verificarsi di un evento lesivo, laddove esso dipenda da una cattiva valutazione dei rischi<sup>52</sup>.

E così, sviluppando tale argomento, la Corte di Cassazione è giunta, dieci anni più tardi, ad affermare che «*il medico competente è titolare di una propria sfera di competenza; si tratta di un garante a titolo originario*» e ciò con specifico riferimento all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro alla valutazione dei rischi<sup>53</sup>. La sentenza del 2021, in particolare, ha confermato la condanna di un medico competente per il delitto di lesioni colpose, subite da un infermiere che, sul luogo di lavoro, è stato accidentalmente punto da un ago infetto, contraendo una patologia<sup>54</sup>. Il medico competente è stato giudicato colpevole per non aver segnalato, in sede di valutazione dei rischi, la necessità di fornire al personale infermieristico degli aghi protetti<sup>55</sup>. Si noti, peraltro, come nel caso di errore nella valutazione dei rischi, al medico compe-

---

te». Se ne parla in *Valutazione dei rischi: la collaborazione del medico competente*, in *puntosicuro.it*. Sul tema, anche: G. MOSCONI, G. B. BARTOLUCCI, P. APOSTOLI, *Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio*, in *Giornale italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, Pavia, 2014.

<sup>52</sup> Si rimanda, sul punto, anche alle riflessioni svolte in: P. SOPRANI, *La colpa generale e la colpa tecnica*, in *Igiene e Sicurezza del Lavoro*, n. 6 del 2015, pp. 295 e segg.

<sup>53</sup> Si tratta della Sentenza della Suprema Corte di Cassazione, Sez. IV penale, n. 21521 del 9 febbraio 2021. Ivi si afferma anche che «*l'obbligo di collaborazione (...) comporta un'effettiva integrazione nel contesto aziendale del sanitario, il quale non deve limitarsi ad un ruolo meramente passivo, ma deve dedicarsi ad un'attività propositiva e informativa*». Peraltro, affermazioni simili si trovano già in una pronuncia del 2001, ove si afferma che il MC assume «*una autonoma posizione di garanzia in materia sanitaria*» (Cass. Pen. Sent. n. 5037 del 6 febbraio 2001). Sul tema: R. DUBINI, *La collaborazione del MC alla VR*, cit. Sul punto, anche: R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2020, p. 61.

<sup>54</sup> Più in particolare, l'infermiere impiegava un ago cannula di tipo 18G Delta2, sprovvisto di dispositivo di sicurezza, per effettuare un prelievo di sangue venoso ad una paziente affetta da HCV e HBV. A seguito di un movimento maldestro della paziente, l'infermiere si è punto con lo stesso ago, così contraendo l'epatite C.

<sup>55</sup> Si legge, in particolare, nella sentenza che «*il medico competente aveva omissso di collaborare con il datore di lavoro nella valutazione del rischio biologico rappresentato, per il personale sanitario addetto al pronto soccorso, anche dalla possibile contrazione di patologie infettive per via ematica a causa di punture e ferite con aghi e taglienti contaminati da sangue infetto*».

tente non sia stata addebitata una responsabilità penale «*nell'esercizio della professione sanitaria*» (ex art. 590 sexies c.p.), bensì una "generica" responsabilità per lesioni colpose (ex art. 590 c.p.).

Ora, la configurazione di una responsabilità esclusiva del medico competente ha senz'altro il pregio di ammettere che certe valutazioni, connotate da un alto grado di tecnicismo medico-scientifico, non si possono esigere da parte del datore di lavoro, il quale non possiede una specifica formazione medica. In questo senso, la giurisprudenza appena richiamata si rivela coerente con i principi di prevedibilità in concreto dell'evento e di esigibilità della condotta alternativa lecita<sup>56</sup>, evitando così di dar luogo a forme occulte di responsabilità oggettiva in capo al datore di lavoro. Eppure, a ben guardare, detta impostazione si fonda su una sorta di "dogma causale"<sup>57</sup>: quello secondo cui la segnalazione di rischio da parte del medico competente farebbe attivare immediatamente ed automaticamente il datore di lavoro, il quale, a sua volta, predisporrebbe efficacemente le misure preventive più adeguate, scongiurando così l'evento lesivo. Si tratta, però, di un automatismo che difficilmente può superare un attento giudizio contro-fattuale. Non stupisce, quindi, che decisioni – anche recenti – della giurisprudenza di merito continuino ad affermare che al MC è attribuita soltanto una funzione consultiva, inidonea a fondare una posizione di garanzia<sup>58</sup>. In definitiva, ci pare di poter affermare che se il medico competente individua correttamente una possibile area di rischio e la segnala al datore di lavoro, il predetto sanitario andrà senz'altro esente da colpa. Ma non è necessariamente vero il contrario: se il MC non segnala detto rischio, non può ritenersi che tale condotta costituisca, di per sé, un antecedente causale idoneo a fondare la responsabilità penale (concorrente o esclusiva) del sanitario. In definitiva, si tratterà sempre di accertare quando, se ci fosse stata la segnalazione del medico competente, sarebbe seguita senz'altro l'attivazione del datore di lavoro, con la conseguente adozione dei necessari adempimenti antinfortunistici.

## **8. Sorveglianza sanitaria e valutazione dei rischi: la necessità di un intervento legislativo.**

Il processo di responsabilizzazione del medico competente nel campo della valutazione dei rischi ha condotto ad affermare che al sanitario compete «*l'esauriente sottoposizione al datore di lavoro dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione*

---

<sup>56</sup> Sul tema, autorevolmente: R. BLAIOTTA, *Diritto penale e sicurezza sul lavoro*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 294-295.

<sup>57</sup> L'espressione è mutuata da: G. CARUSO, *Gli equivoci della dogmatica causale – Per una ricostruzione critica del versante obiettivo del reato*, Giappichelli, Torino, 2013.

<sup>58</sup> Così il Tribunale di Taranto, con la sentenza n. 163 del 9 marzo 2020. In particolare, vi si afferma che «è pacifica la sussistenza di una posizione di garanzia a tutela della incolumità e della salute dei lavoratori in capo ai direttori generali (...). non altrettanto può dirsi per la figura del medico competente».

*dei rischi che coinvolgono le sue competenze professionali in materia sanitaria (...) in una con le contromisure sanitarie ritenute necessarie» e che, a tal fine, egli è tenuto a valutare tutti i «profili di rischio che egli doveva e poteva conoscere di scienza propria, in virtù dei canali ufficiosi di acquisizione dei dati»<sup>59</sup>. Ora, un simile ampliamento delle responsabilità penali del MC risponde sicuramente ad una chiara esigenza, quella di coinvolgere attivamente ed integrare sempre di più il professionista sanitario nel tessuto prevenzionistico aziendale. È una direzione auspicabile, perché le valutazioni medico-specialistiche costituiscono elemento indefettibile per una efficace tutela dei lavoratori. Si ritiene, tuttavia, che tale direzione (si ripete, auspicabile) debba essere perseguita attraverso un perfezionamento della cornice normativa e non, invece, sulla base di (maldestre) evoluzioni estensive della giurisprudenza. Il rischio, infatti, è quello di offuscare e complicare (ulteriormente) il quadro della responsabilità penale del MC, incentivando il diffondersi di atteggiamenti di c.d. medicina difensiva<sup>60</sup>. Sul punto, sia concessa un'ultima considerazione. La c.d. sorveglianza *sanitaria* costituisce un'attività di natura, appunto, medico-sanitaria, ben delineata, il cui *dominus* non può che essere il medico competente. Pertanto egli, come visto, risponde in sede penale secondo i principi applicabili a chi esercita la professione *sanitaria*. Vale un discorso diverso, invece, per l'altro versante, quello della valutazione dei rischi. Qui il *dominus* è il datore di lavoro: al MC compete solo un "generico" obbligo di collaborazione. Si ritiene, quindi, che, in questo campo, l'affermazione di una autonoma posizione di garanzia del medico competente poggi su basi normative meno solide. Sintomatico di questa "incertezza" è il fatto che il MC sia stato, talvolta, imputato ai sensi dell'art. 590 c.p. e non, invece, ai sensi dell'art. 590 *sexies* c.p.: si ritiene, invece, che l'obbligo di collaborazione del medico alla valutazione attenga a profili tecnico-medici e, dunque, anche le eventuali responsabilità debbano ricostruirsi secondo i canoni della responsabilità medica. Per ovviare a tali incertezze, la proposta è, quindi, quella di definire con maggior dettaglio - e in sede legislativa - quali specifici obblighi competano al MC in sede di valutazione dei rischi, così da garantire maggiore determinatezza e prevedibilità al rimprovero penale.*

## **9. Conclusioni.**

---

<sup>59</sup> Cass. Pen. Sent. n. 1856 del 15 gennaio 2013. Per un autorevole commento alla pronuncia: G. GUARINIELLO, *Obblighi e responsabilità del medico competente nel D. Lgs. n. 81/2008*, in *Igiene e Sicurezza del Lavoro*, n. 4 del 2013, p. 223; P. BELSITO (a cura di), *Medico competente: rapporti con gli altri soggetti della prevenzione e profili di responsabilità penale*, in *Bollettino dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza "Toscana RLS"*, n. 1 del 2014.

<sup>60</sup> Banalizzando (ma non troppo), a fronte di un atteggiarsi "schizofrenico" delle responsabilità penali, i medici del lavoro potrebbero essere portati ad "abusare" del giudizio di inidoneità lavorativa in tutti quei casi in cui intendano mettersi al riparo da eventuali responsabilità penali.

All'esito di tutte le considerazioni svolte, possiamo affermare che l'attuale assetto normativo - come interpretato dalla giurisprudenza più recente - impone al medico competente di rispettare un delicato "equilibrio professionale".

Da un lato, infatti, si richiede al MC un impegno "in prima linea" nel sistema prevenzionistico aziendale. In particolare, il sanitario dovrà sempre segnalare al datore di lavoro ogni fonte di rischio (individuabile sulla base delle specifiche competenze medico-sanitarie) non ancora contemplata nel DVR, accertandosi che vengano effettivamente adottate le misure antinfortunistiche più opportune. Non solo. Egli è tenuto ad assicurare la massima diligenza, prudenza e perizia sia nella pianificazione della sorveglianza sanitaria, sia nella formulazione del giudizio di idoneità, selezionando le linee guida ed i protocolli più adatti allo specifico luogo di lavoro, ai relativi rischi di infortunio o tecnopatia ed alle condizioni cliniche del lavoratore.

Dall'altro lato, tuttavia, pur a fronte di tali responsabilità, il medico competente deve evitare il rifugio della c.d. medicina difensiva. In particolare, è necessario scongiurare un eccessivo ricorso al c.d. giudizio di inidoneità: ciò sia per evitare un ingessamento ingiustificato dell'accesso al lavoro, sia per salvaguardare, sempre, la massima professionalità e credibilità della valutazione operata dal medico competente.

Studio Legale Associato Furin – Grotto

Novelio Furin      Emanuele Riva