



Legge 198/2025 – Modifiche D.LGS. 81/08

Le novità per il Medico Competente

L'entrata in vigore della Legge 29 dicembre 2025, n. 198, di conversione del D.L. 159/2025, introduce modifiche sostanziali al D.Lgs. 81/08, delineando un quadro normativo in forte evoluzione. In questo approfondimento l'Avv. Scudier analizza con rigore tecnico l'impatto della riforma, ponendo l'accento sulla ridefinizione della figura del Medico Competente. Attraverso una disamina dei tre pilastri del cambiamento — la sorveglianza sanitaria (con l'introduzione della visita per “ragionevole motivo”), la promozione della salute e i nuovi requisiti organizzativi per l'esercizio della funzione — l'Avv. Scudier offre un supporto indispensabile per interpretare le nuove sfide operative e le criticità interpretative di una norma che preannuncia cambiamenti profondi nella gestione della prevenzione in Azienda.

Legge 198/2025 – Modifiche D.LGS. 81/08

Le novità per il Medico Competente

La Legge 198/2025 ha convertito in legge il D.L. n. 159/2025, confermando sostanzialmente le modifiche del D.Lgs. n. 81/08 che il Decreto Legge aveva introdotto per il Medico Competente.

La novità più significativa rimane quella della visita per accertare l'effetto di alcol e droghe; altre disposizioni disegnano un quadro normativo in movimento e preannunciano cambiamenti.

La Legge 198/2025: uno sguardo d'insieme

La Legge 29 dicembre 2025 n. 198 (in G.U. 31.12.2025) ha convertito il D.L. 31 ottobre 2025 n. 159 (“*Misure urgenti per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e in materia di protezione civile*”).

Le modificazioni in sede di conversione, a parte numerosi ritocchi esclusivamente lessicali, sono state poche, e pochissime le modifiche davvero sostanziali rispetto al testo del Decreto Legge.

È stato introdotto l'art. 1-bis che prevede un termine di trenta giorni dalla costituzione del rapporto di lavoro per completare la formazione e l'addestramento negli esercizi di somministrazione di alimenti e bevande e nelle imprese turistico-ricettive.

Si osserva che la “deroga” è riferita espressamente e specificamente alla “*formazione e l'eventuale addestramento specifico di cui all'articolo 37, comma 4, lettera a)*” e non a tutti gli adempimenti previsti all'atto della costituzione del rapporto di lavoro; in particolare, non c'è nessun riferimento alla visita preventiva di cui all'art. 41, per la quale la disciplina rimane immutata.

Sono stati nuovamente rivisti l'art. 113 e l'art. 115 del Decreto 81/08 in materia di scale e di protezione contro le cadute dall'alto.

È stato introdotto l'art. 14-bis, contenente modifiche alla legge n. 68/99 e al D.Lgs. n. 276/03 per il rafforzamento delle tutele nei confronti dei lavoratori più fragili.

È stato inserito nell'art. 18 sulle organizzazioni di volontariato una sorta di scudo penale per i rappresentanti legali ed i volontari, con una limitazione dell'applicabilità del Decreto 81.

È stato aggiunto l'art. 20-bis contenente la clausola di salvaguardia per l'applicazione delle norme nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e Bolzano.

Per il resto, l'impianto del Decreto Legge è stato confermato: alcune materie sono trattate con una pluralità di disposizioni distribuite tra articoli diversi, mentre altri argomenti sono affrontati con disposizioni singole.

Tra le prime troviamo:

- l'assicurazione obbligatoria (autorizzazione alla revisione INAIL delle aliquote di oscillazione nonché dei contributi in agricoltura, art. 1; riserva di risorse per la Rete del lavoro agricolo di qualità, art. 2; tutela assicurativa per gli studenti, art. 7; erogazione di borse di studio ai superstiti, art. 8; assegno di incollocabilità, art. 9; gestioni di cassa, art. 11; rafforzamento personale sanitario INAIL, art. 12);
- la ulteriore stretta su appalti e cantieri (priorità ai controlli sui subappalti, badge identificativo con codice anticontraffazione nei cantieri, decurtazione immediata dei crediti per lavoro irregolare, indicazione dei subappalti nella notifica preliminare, art. 3);
- la vigilanza (potenziamento degli organi di vigilanza, art. 4: semplificazione dei controlli, art. 13; risorse per le attività delle ASL, art. 16).

Sono oggetto di disposizioni singole:

- la formazione (art. 6);
- la disciplina del mercato del lavoro (art. 14);
- l'accesso alle norme UNI (art. 10);
- i mancati infortuni (art. 15).

A questo quadro si aggiungono le disposizioni del Decreto Legge convertito che direttamente modificano il Decreto 81/08: oltre all'art. 3 nella parte riguardante i cantieri, si tratta degli articoli 5, 16, 17, 18.

Alle modifiche del Decreto 81/08, specificamente per la parte di interesse per il Medico Competente, sono dedicate le presenti note di prima lettura.

Le modifiche del Decreto 81/08 che riguardano direttamente il MC

Tra le disposizioni del D.L. 159 che la Legge 198 non ha modificato, ci sono gli articoli che coinvolgono direttamente il MC, rimasti sostanzialmente immutati.

Ci riferiamo in particolare all'art. 17 del decreto convertito, esplicitamente intitolato "*Sorveglianza sanitaria e promozione della salute*"; ma anche nell'art. 5, nell'art. 16 e nell'art. 18 ci sono disposizioni che interessano da vicino il MC.

I temi più significativi sono sostanzialmente tre, e tutti preannunciano cambiamenti prossimi nello scenario delle regole, ma anche nella pratica quotidiana.

Il primo tema è la sorveglianza sanitaria, in particolare in materia di alcol e droghe, con un nuovo Accordo Stato-Regioni tutto da scrivere e una nuova visita tutta da inventare.

Il secondo tema è la promozione della salute, con l'introduzione di un obbligo informativo e promozionale estraneo alla funzione "istituzionale" del MC, assolutamente nuovo, che cambia l'elenco delle cose da fare, ma non può e non deve cambiare i confini che dividono la prevenzione (e la posizione di garanzia) dalla promozione (e la funzione di divulgazione).

Il terzo tema riguarda gli strumenti contrattuali ed i requisiti di esercizio della funzione di MC, in particolare per chi la svolge tramite strutture organizzate, materie per le quali sono preannunciati provvedimenti ministeriali attuativi e interventi della contrattazione collettiva, in ambiti fino ad oggi sostanzialmente privi di disciplina.

Le disposizioni che riguardano questi tre temi sono disseminate nel Decreto Legge convertito senza un ordine sistematico; per agevolare la lettura, in questa nota esse sono state accorpate per materia e per ogni paragrafo sono indicate, nel titolo, le disposizioni del Decreto 81/08 modificate e, in nota, la norma del Decreto Legge convertito che contiene la modifica.

Sorveglianza sanitaria

Controlli sanitari e orario di lavoro (art. 20, comma 2, lettera i)¹

I lavoratori devono sottoporsi ai controlli sanitari, *"che devono essere computati nell'ambito dell'orario di lavoro, ad eccezione di quelli compiuti in fase preassuntiva"*.

A stretto rigore letterale, non si tratta di norma che impone di effettuare le visite in orario di lavoro; piuttosto, prevede che il tempo di eventuali visite eseguite fuori dell'orario va comunque computato come orario di lavoro.

Controlli sanitari nelle organizzazioni di volontariato della protezione civile (art. 2, art. 3, comma 3-bis; art. 3-bis)²

Partendo da una modifica in senso restrittivo della nozione di lavoratore di cui all'art. 2, il nuovo art. 3 del Decreto 81/08 sottrae i volontari della protezione civile alla disciplina ministeriale di cui al comma 3-bis³ e introduce *ex novo* nel Decreto 81/08 l'articolo 3-bis interamente dedicato alle Organizzazioni di volontariato della protezione civile.

Senza entrare in questa sede nel merito complessivo della nuova disciplina, ai fini delle presenti note va evidenziato che essa ripropone la distinzione tra il controllo sanitario - inteso come insieme degli accertamenti medici basilari finalizzati alla ricognizione delle condizioni di salute, a cura delle componenti mediche interne delle organizzazioni o delle strutture del SSN (comma 3), in favore di tutti i volontari - e la sorveglianza sanitaria vera e propria, a cura del MC, in favore dei volontari che devono essere individuati dalle organizzazioni in quanto svolgono attività che li espongono a fattori di rischio che necessitano di sorveglianza sanitaria (commi 6 e 7); le modalità di questa sorveglianza sanitaria sono quelle definite nel decreto del Capo Dipartimento protezione civile del 12 gennaio 2012 (comma 8), ma è prevista (comma 13) la possibilità di introduzione di ulteriori misure.

La annotazione più rilevante, in questa sede di primo commento, riguarda la previsione, assolutamente peculiare, che esclude l'applicazione delle norme penali di cui agli articoli 55, 56 e 59 del Decreto 81/08 nei confronti dei rappresentanti legali e dei volontari, anche con funzioni di coordinamento, delle organizzazioni: essi *"non possono essere equiparati al datore di lavoro, al dirigente o al preposto, anche ai fini di cui agli articoli 18 e 19"* (comma 13-bis).

Non si può qui approfondire questa disposizione e la sua portata per certi versi dirompente; ci si limita ad evidenziare che la “cancellazione” della sanzione penale non è estesa al Medico Competente.

Vero è, tuttavia, che la peculiarità del settore del volontariato, che con questa riforma diventa una vera e propria eccezionalità quanto alla configurazione dell'apparato sanzionatorio, contraddistingue sicuramente e pienamente anche la sorveglianza sanitaria: sia nei presupposti e nei destinatari (comma 6), sia nelle modalità delle attività, “*compatibili con le effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato*” (comma 8). I contenuti del decreto del Capo del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2012 danno ampia conferma di tale assoluta peculiarità.

Vero è, ancora, che senza dubbio l'operato del Medico Competente risente in maniera imprescindibile delle valutazioni, delle scelte e delle attività organizzative e informative compiute a monte dai legali rappresentanti (che però “non sono” datori di lavoro), dai volontari con funzioni di coordinamento (che “non sono” dirigenti), nonché dagli stessi volontari (che “non sono” preposti e che non sono punibili neppure in quanto lavoratori, ad esempio in caso di rifiuto di sottoporsi a visita, perché tra le norme sanzionatorie che non si applicano è compreso anche l'art. 59).

Occorre domandarsi, a fronte di ciò, se la mancata citazione del Medico Competente tra i soggetti che “non possono essere equiparati” alle posizioni di garanzia del Decreto 81/08, così come la mancata menzione dell'art. 58 tra le norme sanzionatorie che “non si applicano”, siano il frutto di una scelta meditata, o non si tratti invece di una dimenticanza, magari causata da una lettura letterale impropriamente restrittiva dell'art. 299, citato ad altri fini nel comma 10 riproponendo il testo del Decreto Interministeriale 2011.

Sicuramente la questione richiederà un approfondimento, probabilmente già nell'ambito della riflessione che andrà fatta sul complessivo intervento normativo di riscrittura della sicurezza e salute nelle organizzazioni di volontariato.

Accordo per l'accertamento della tossicodipendenza e dell'alcol dipendenza (art. 41 co. 4-bis)⁴

La legge fissa il nuovo termine del 31 dicembre 2026 per la revisione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, delle condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e dell'alcol dipendenza.

Viene anche previsto che il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, trascorsi sessanta giorni dal termine di cui sopra, è autorizzato a intervenire con proprio decreto.

Modificando il Decreto Legge, in sede di conversione è stato precisato che il potere di decretazione ministeriale sussiste “*in caso di mancato raggiungimento dell'accordo*”; la puntualizzazione conferma, come peraltro già si poteva evincere, che si tratta di un potere del tutto sussidiario esercitabile soltanto in caso di inerzia della Conferenza.

La norma si segnala sia per l'importanza del tema, da troppo tempo esposto ad una grave carenza di disciplina anche per il mancato rispetto delle precedenti scadenze di intervento rimaste sempre disattese, sia per la sua strettissima connessione con una delle più dirompenti novità di questo provvedimento, e cioè la visita medica per ragionevole motivo che il lavoratore sia sotto l'effetto di alcol e droga. In realtà le due disposizioni operano su ambiti ben diversi (la visita medica non riguarda la

questione della dipendenza), ma è ragionevole attendersi che la Conferenza Stato-Regioni affronti, o quantomeno ne tenga conto, il problema della correlazione tra la nuova visita medica e il percorso di accertamento della dipendenza, cura e recupero del lavoratore.

Abilitazione all'effettuazione dei controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro (art. 15 co. 2 legge n. 125/2001)⁵

Questo intervento non modifica il Decreto 81/08, ma la Legge n. 125/2001 e cioè la legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati. Va comunque menzionato qui perché è parte dell'intervento complessivo in materia di alcol.

In base alla nuova versione dell'art. 15, al fine di accertare l'osservanza del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività lavorative a rischio, i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati, oltre che dal medico competente come già previsto, anche "dal personale sanitario" (e non più "dai medici del lavoro") dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali.

La *ratio* di tale modifica sembra essere quella di ampliare la platea dei soggetti legittimati al controllo, e questo in una prospettiva di rafforzamento dell'attività di vigilanza: sembrerebbe confermarlo la collocazione della modifica all'interno dell'art. 16 del Decreto Legge convertito, che ha per oggetto *"Attività di prevenzione e vigilanza dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro"*.

Rimane da definire il perimetro di questi ampliati poteri di controllo, se cioè essi riguardino la materiale esecuzione dell'attività strumentale in cui consistono i controlli alcolimetrici (aria espirata, capello, sangue, urine, etc.) o, come sembra meno probabile, si estendano anche alla valutazione dei risultati di essa.

La nuova visita in presenza di ragionevole motivo (art. 41, co. 2, lettera e-quater)⁶

Nella prospettiva del MC e della sorveglianza sanitaria, la nuova lettera e-quater dell'art. 41 era apparsa fin da subito la novità più dirompente del D.L. n. 159/2025: dirompente per il suo contenuto, ed ancor più per i numerosi elementi di criticità sia sul piano dogmatico sia dal punto di vista applicativo.

Su questo contenuto e su queste criticità abbiamo già avuto modo di soffermarci in una precedente riflessione⁷; in quella occasione, rispetto alle tante incertezze concludevamo che era il caso di attendere e vedere cosa avrebbe portato la legge di conversione.

Ebbene, a parte un paio di ritocchi puramente estetici (un apostrofo, una lettera o), la nuova lettera e-quater dell'art. 41 è rimasta identica al testo della decretazione d'urgenza.

Rimane dunque confermato - con tutte le difficoltà, sia di lettura, sia di sistema, sia di applicazione pratica - che nella sorveglianza sanitaria è stata aggiunta una nuova tipologia di visita, totalmente atipica, contraddistinta dal fatto che: (i) viene effettuata a richiesta del datore di lavoro; (ii) i suoi presupposti sono accertati direttamente ed esclusivamente dal datore di lavoro, senza il coinvolgimento del MC⁸; (iii) può e deve essere eseguita entro uno spazio temporale limitato, cioè prima o durante il turno lavorativo; (iv) non ne è garantita l'effettuazione, se alla chiamata del datore di lavoro non corrisponde una immediata disponibilità del MC; (v) ha una finalità limitata esclusivamente a verifi-

care se il lavoratore è in quel momento sotto effetto di alcol o di sostanze; (vi) coerentemente con il fine, ha un contenuto limitato esclusivamente agli accertamenti utili allo scopo; (vii) non si colloca all'interno del generale percorso di sorveglianza sanitaria, ma comunque deve concludersi con la formulazione di un giudizio di idoneità.

Parimenti rimangono immutate tutte le criticità della posizione del datore di lavoro: innanzitutto sul piano prettamente giuslavoristico, con la necessità di gestire il lavoratore prima, durante e dopo la visita; poi dal punto di vista prevenzionale, sia per la difficoltà pratica di definire ruoli e procedure per la gestione della fattispecie, sia e soprattutto per il dilemma interpretativo che, laddove venisse risolto ritenendo sia stato introdotto un vero e proprio potere impeditivo, comporterebbe nuove, ma sfuggenti forme di responsabilità.

Promozione della salute

Il nuovo obbligo di informazione sulla prevenzione oncologica (art. 25, lett. a-bis)⁹

All'interno dell'art. 25 del Decreto 81/08, la legge 198/25 aggiunge una nuova lettera:

«a-bis): fornisce informazioni ai lavoratori sull'importanza della prevenzione oncologica, promuovendo l'adesione ai programmi di screening oncologici previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA), informando le lavoratrici e i lavoratori sulla loro finalità e utilità, anche con il supporto di campagne informative a tale scopo promosse dal Ministero della salute».

La norma riguarda la promozione della salute, ma in realtà il suo contenuto ultimo è un altro: collocazione, autosufficienza, contenuto della nuova disposizione conducono ad una unica conclusione, e cioè che la nuova lettera a-bis) aggiunge una nuova fattispecie nell'elenco degli obblighi del MC.

Collocazione: la lettera a-bis) si trova all'interno dell'art. 25, intitolato “*Obblighi del medico competente*”.

Autosufficienza: la norma impone una attività che configura un adempimento a sé stante, a prescindere dal fatto che, all'interno della organizzazione datoriale in cui il MC opera, siano o non siano attuati programmi volontari di promozione della salute (quelli, per intenderci, della lettera a); non sono questi programmi l'oggetto dell'informazione che il MC deve dare.

Contenuto: la norma prescrive un obbligo specifico e predeterminato, che è quello di fornire informazioni ai lavoratori su un tema individuato, cioè la prevenzione oncologica ed i programmi di screening.

Il nuovo obbligo, dunque, è un obbligo di informazione.

Il MC deve informare i lavoratori: informarli in generale, sull'importanza della prevenzione oncologica; informarli in particolare, sulla finalità e utilità dei programmi di screening oncologici previsti dai LEA, promuovendone l'adesione. Si tratta di promozione tramite informazione: per come è formulata la norma, l'attività di promozione dell'adesione ai programmi di prevenzione oncologica consiste nell'informazione stessa. Questo significa, sul piano pratico, che la promozione si attua trasmettendo le informazioni sui programmi e sulla loro utilità.

Non si tratta tuttavia, si badi bene, di un obbligo riconducibile a quella categoria che la Corte di Cassazione, nella nota classificazione degli obblighi del MC, qualifica come “informativi”, affiancandoli

agli obblighi “collaborativi” (per la valutazione dei rischi, in particolare) ed agli obblighi “professionali” (la sorveglianza sanitaria).

Va infatti sottolineato che - a differenza degli obblighi di informare sul significato della sorveglianza sanitaria, che la Corte di Cassazione cita avendo a riferimento la lettera g) dell’art. 25 e la corrispondente sanzione dell’art. 58 lettera b) - qui l’informazione ha per oggetto la ben diversa materia della promozione della salute, perdipiù in una configurazione limitata alla prevenzione oncologica ed ai programmi di screening oncologici.

Questo nuovo obbligo si colloca dunque su un piano diverso, che non ha nulla a che vedere con la funzione informativa sulla sorveglianza sanitaria assegnata al MC nell’ambito della sua posizione di garanzia; qui l’obbligo è introdotto esclusivamente per perseguire il fine generale di un rafforzamento della consapevolezza dei lavoratori sull’importanza della prevenzione oncologica e di una incentivazione dei programmi di screening.

Ne è riprova il fatto che questo obbligo non è munito di sanzione: il catalogo delle sanzioni penali previste per il MC dall’art. 58 non è stato modificato dal Decreto Legge (proprio come anche la parte della lettera a) dell’art. 25 riferita alla promozione della salute è priva di sanzione penale).

Alla fine, la lettura della norma è chiara: il legislatore, volendo dare una “spinta” alla consapevolezza delle persone in ambito di prevenzione oncologica, ha individuato il MC come un valido “strumento” per divulgare questa consapevolezza; poiché il MC ha “accesso” ai lavoratori tramite la visita, è stato scelto come il destinatario di questo obbligo di informazione: ma in questo specifico caso il MC parla loro come “persone”, non come lavoratori.

La visita medica, in questo senso, è concepita dalla norma come la *occasione*, in cui il MC può svolgere l’opera di informazione (ed il MC valuterà se, a futura dimostrazione dell’adempimento, registrarla nella cartella clinica; fermo restando che con la cartella clinica in senso stretto, questa informazione non ha nulla a che vedere e quindi nulla vieta soluzioni diverse).

È un obbligo di informazione su programmi specifici di promozione della salute; non siamo nell’ambito della sorveglianza sanitaria, né all’interno del sistema prevenzionale del Decreto 81/08; è bene precisarlo, ad evitare equivoci interpretativi e improprie contaminazioni tra questo adempimento ed il perimetro della posizione di garanzia del MC.

Proprio perché si tratta di un mero obbligo di informazione, e di un obbligo con finalità di mera promozione, non può esserci dubbio sul fatto che tanto le scelte del lavoratore (di aderire o meno ai programmi e/o di adeguare le proprie condotte personali ai principi della prevenzione oncologica) quanto le conseguenze che possono derivarne per la salute della sua persona, rimangono del tutto estranee al MC ed alla sua funzione.

È altrettanto certo che il nuovo obbligo non ha nulla a che vedere con gli atti medici e gli adempimenti di sorveglianza sanitaria propri del MC riguardanti i rischi professionali da agenti cancerogeni ovvero, semplificando, il rischio lavorativo “oncologico”.

Ed infatti, l’obbligo di informare si applica sia dove un rischio professionale “oncologico” è stato valutato ed è soggetto a sorveglianza sanitaria, sia dove è stato escluso; vanno informati tutti i lavoratori che si presentano a visita al MC, indipendentemente dalla mansione, dalle condizioni personali, e indipendentemente anche dalla tipologia dei rischi previsti nel luogo di lavoro, nel DVR e nel Protocollo sanitario; non sono solo i lavoratori esposti a rischio oncologico a dover essere informati, e per converso l’informazione verso questi non modifica in alcun modo la gestione della prevenzione nei

loro confronti. È certo, infatti, che questo adempimento informativo non è uno strumento per gestire il rischio lavorativo “oncologico” che, ove presente, va valutato, sorvegliato e prevenuto secondo le regole già esistenti.

Va da sé che la platea dei beneficiari dell’attività informativa, in realtà, non annovera “tutti” i lavoratori, ma solo quelli sorvegliati, cioè quelli di cui il MC è interlocutore; agli altri nessun tipo di informazione sarà data, sicuramente non ai lavoratori che operano in organizzazioni dove il MC non è stato nominato.

Questo ripropone la criticità di un sistema che continua a richiedere la presenza del MC non per tutte le attività e non per tutti i lavoratori; il che è vieppiù paradossale nel momento in cui, come è anche in questo ultimo intervento normativo, il MC viene riconosciuto come presenza preziosa nei luoghi di lavoro, a tal punto da utilizzarlo anche oltre e fuori le sue funzioni, per perseguire obiettivi generalissimi di sanità pubblica.

Giacché questo è certo, in conclusione: non si tratta né di valutazione del rischio, né di sorveglianza sanitaria, né di prevenzione di rischi professionali; si tratta di informazione a tutti i lavoratori, per aumentarne la consapevolezza come persone.

Obbligo di informare, dunque; ma, definitivamente, promozione della salute, non prevenzione dei rischi.

Promozione della salute e screening oncologici nella contrattazione collettiva¹⁰.

Con una disposizione che non si inserisce nel Decreto 81/08, l’art. 17 comma 2 della legge 198/25 prevede che *“nell’ambito della contrattazione collettiva ... possono essere introdotte misure idonee a sostenere iniziative di promozione della salute nei luoghi di lavoro e a garantire ai lavoratori la fruizione di permessi retribuiti per effettuare, durante l’orario di lavoro, gli screening oncologici inclusi nei programmi di prevenzione del Servizio sanitario nazionale”*.

La norma appartiene al novero delle molte disposizioni della legge 198/2025 che attribuiscono alla contrattazione collettiva, agli organismi paritetici ed in generale alle cosiddette Parti Sociali un ruolo importante ai fini della tutela della salute nei luoghi di lavoro; in questo caso l’ambito è quello della promozione della salute, sia attraverso un rinvio a misure di sostegno genericamente indicate e che la contrattazione è chiamata a individuare, sia attraverso la diretta specificazione di una misura da adottare consistente nella fruizione di permessi retribuiti per effettuare screening durante l’orario di lavoro.

Dovendosi necessariamente rimandare alla contrattazione per ogni futuro commento, la norma appare come una sorta di complemento dell’attività informativa sulla prevenzione oncologica e gli screening demandata al MC.

Profili organizzativi per l’esercizio della funzione di MC

Requisiti delle strutture (art. 39, co. 2-bis)¹¹

Come noto, l’art. 39 co. 2 del Decreto 81 prevede che il medico competente può svolgere la propria opera, oltre che come libero professionista (lett. b) o come dipendente del datore di lavoro (lett. c),

anche in qualità di dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore (lett. a).

La legge 198/25 aggiunge all'art. 39 il comma 2-bis:

«2-bis. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i requisiti delle strutture di cui al comma 2, lettera a)».

Dal punto di vista temporale, il termine di riferimento sembrerebbe essere la data di entrata in vigore del Decreto Legge, e quindi i dodici mesi andrebbero calcolati dalla fine di ottobre 2025; la questione peraltro non appare così decisiva, trattandosi oltretutto di termine non perentorio.

Dal punto di vista sostanziale, la norma è importante perché potrebbe avere impatto sul mercato dei servizi del MC, nella misura in cui il decreto ministeriale è chiamato a definire i requisiti di tutte le strutture organizzate alle quali i datori di lavoro si rivolgono per ricevere la prestazione dei servizi propri del MC: qualunque ne sia la natura (privata o pubblica), la forma giuridica (società di capitali, società di persone, studio associato, e così via), l'oggetto sociale (esclusivo o meno), la dimensione numerica, geografica o economica.

La norma, peraltro, non contiene nessun elemento utile a definire le caratteristiche dell'intervento, e non fornisce al Ministero nessun principio direttivo né alcun tipo di indirizzo, neanche rispetto alle finalità che si vogliono perseguire, ai beni giuridici da tutelare, agli obiettivi che questa regolamentazione dovrà conseguire¹².

Sorveglianza sanitaria mediante convenzioni con le ASL o con i MC (art. 51 co. 3-quater)¹³

Un ruolo nuovo nella materia della sorveglianza sanitaria viene attribuito dalla legge n. 198/2025 anche agli organismi paritetici, aggiungendo all'art. 51 un nuovo comma 3-quater: *«3-quater. Ai fini del potenziamento multidisciplinare della medicina del territorio, gli organismi paritetici delle imprese fino a dieci lavoratori e dei lavoratori aderenti al sistema della bilateralità, possono adottare iniziative finalizzate a favorire l'assolvimento degli obblighi in materia di sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 mediante convenzioni con le aziende sanitarie locali ovvero mediante convenzioni con medici competenti.»*

La norma non riconosce legittimazione diretta agli organismi paritetici a svolgere attività di sorveglianza sanitaria, come è ad essi consentito invece per l'attività di formazione richiamata dal medesimo art. 51 oltre che dall'art. 10 del Decreto 81/08 (e confermata dall'ASR 17 aprile 2025 in materia di formazione, che include gli organismi paritetici tra i soggetti formatori)¹⁴; la novità consiste invece nella possibilità di stipulare convenzioni con le aziende sanitarie locali, ma anche con singoli medici competenti, quali strumenti per favorire l'assolvimento degli obblighi in materia da parte dei datori di lavoro delle imprese aderenti al sistema della bilateralità (limitatamente, peraltro, alle imprese fino a dieci lavoratori).

La questione che il dettato letterale della norma pone è, se la formula "iniziative...mediante convenzioni" significhi che le iniziative che gli organismi paritetici possono adottare sono le convenzioni stesse, di cui allora essi sarebbero diretti firmatari; in questo caso, verosimilmente dovrebbe trattarsi di sottoscrivere delle convenzioni quadro, alle quali i singoli imprenditori possono o meno aderire.

Rimangono sullo sfondo, in attesa che l'esperienza applicativa faccia chiarezza, due questioni.

La prima riguarda le modalità con le quali si arriverebbe, tramite queste convenzioni, alla designazione del MC, che ai sensi dell'art. 18 lettera a) del Decreto 81/08 rimane pur sempre un adempimento del datore di lavoro.

La seconda questione è, precipuamente nel caso di convenzione con le aziende sanitarie locali, se il MC così individuato vada configurato come "dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore", integrando così la fattispecie di cui all'art. 39 comma 2: se così fosse, si rientrerebbe nel campo di applicazione della disciplina dei requisiti di cui al nuovo art. 39 comma 2-bis. In questo caso, infatti, le aziende sanitarie locali opererebbero come vere e proprie società di servizi; la domanda è se vadano considerati tali, per quanto in via mediata, gli stessi organismi paritetici.



NOTE:

1. Art. 17 comma 1 lettera a).
2. Art. 18.
3. Decreto Interministeriale 13 aprile 2011.
4. Art. 5 co. 1 lett. e)
5. Art. 16, co. 2.
6. Art. 17, co. 1, lett. d)
7. G. SCUDIER, "D.L. 159/2025. La nuova visita medica, una riflessione legale", in *MC Journal*, n. 4-2025, pp. 5 e ss. La difficoltà interpretativa è stata sottolineata anche nella nota di CONFINDUSTRIA, D.L. 31 ottobre 2025, n. 159 – *Nota di aggiornamento – Novembre 2025*.
8. Solo al MC compete, naturalmente, accertare se il lavoratore è o non è sotto l'effetto di alcol e sostanze; però, nel momento in cui compie questo accertamento, il MC si trova già ad eseguire una visita, e cioè si trova già coinvolto in una attività di sorveglianza sanitaria, che però non scaturisce da una sua gestione. Se dunque è vero che il MC potrebbe escludere, anche solo ad una prima valutazione preliminare, che ci siano i presupposti del ragionevole motivo, e potrebbe quindi rinviare il lavoratore al suo turno lavorativo, nondimeno deve comunque farlo all'esito di una visita che altri hanno deciso, e per farlo deve necessariamente esprimere un giudizio di idoneità.
9. Art. 17, co. 1, lett. b)
10. Art. 17, co. 2
11. Art. 17, co. 1, lett. c)
12. Come è invece, per esempio, per l'art. 6 che, nel prevedere un Accordo Stato-Regioni entro novanta giorni che regoli criteri e requisiti di accreditamento delle strutture che erogano la formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, indica il "fine di innalzare il livello della qualità dell'offerta formativa" ed i parametri cui criteri e requisiti devono riferirsi (competenza, esperienza, organizzazione, risorse).
13. Art. 17, co. 1, lett. e)
14. Nel ridisegnare il comma 8-bis dell'art. 51, il quale elenca i dati che gli organismi paritetici devono annualmente trasmettere sulle imprese aderenti e sulle attività di formazione e asseverazione, l'art. 5, co. 1, lettera f n. 2) ha omissso di aggiungere all'elenco i dati sulla sorveglianza sanitaria. Probabilmente, la novità della previsione contenuta nello stesso provvedimento ha determinato un difetto di coordinamento tra le norme, che si può immaginare sia colmato in futuro.