CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno VII, n. 14, 2022

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Fabrizio Greco

Staff di supporto alla Redazione
Giuseppina Della Sala, Federica Graziano, Luca Manunza, Andrea Postiglione

Staff di supporto alla Redazione per le attività di internazionalizzazione
Lucio Castracani, Laura Giovinazzi

Coordinamento redazionale
Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli)

Comitato di redazione
Manuel Anselmi (Unitelma Sapienza), Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm),Tugba Basaran (Kent University), Davide Caselli (Università Milano-Bicocca), Valentina Castellini (Università di Toronto), Alberto De Nicola (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Nick Dines (Robert Schuman Centre – European University Institute), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Alessandro Mazzola (University of Liège),Domenico Perrotta (Università di Bergamo),Valeria Piro (Università degli Studi di Milano), Ciro Pizzo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre)

Comitato scientifico
Maurizio Bergamaschi (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Emiliano Bevilacqua (Università del Salento), Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain-la-Neuve), Sandro Busso (Università degli Studi di Torino), Alessandro Dal Lago (già professore presso Università di Genova), Davide De Sanctis (Università degli Studi Federico II – Napoli), Vincent Dubois (Université de Strasbourg), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Domenico Fruncillo (Università degli Studi di Salerno), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Giulio Moini (Sapienza Università di Roma), Carlotta Mozzana (Università Milano-Bicocca), Laurent Mucchielli (CNRS – Centre national de la recherche scientifique), Fabio Quassoli (Università di Milano Bicocca), Salvatore Palidda (già professore presso Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS – Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles), Giuseppe Ricotta (Sapienza Università di Roma), Francesca Vianello (Università degli Studi di Padova)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

FLUSSI E COMUNITÀ: TRA RISCHIO AMBIENTALE E GOVERNO DELLA SALUTE PUBBLICA

A cura di Stefania Ferraro e Antonello Petrillo

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 – Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca – Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 – 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857599366
Issn: 2499-7641

© 2022 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale
Una necessaria histoire du présent: la sociologia tra le popolazioni danneggiate nei territori devastati
di Stefania Ferraro, Antonello Petrillo 7

MAPPE

Prendere le comunità sul serio
La ricerca in campo ambientale "con" le comunità interessate
di Rosalba Altopiedi 17

Amministrazioni locali e linguaggio del rischio
Cornici discorsive e azioni nel risanamento di Messina
di Pietro Saitta 37

Mediterraneo, migrazioni e delegittimazione dei diritti umani
La considerazione dell'altro tra condizioni antropiche e contingenze "naturali"
di Michelangelo Pascali 57

ROTTE

Il medico competente: criticità di una professione scomoda
di Angela Bagnato 83

I discorsi dei medici competenti durante la pandemia di Covid-19: verso un professionalismo *connettivo*?
di Sara Calicchia 103

The fall of the asbestos branch
A Sociological Approach to Self-ban Strategy of Italian Railways: between Laws, Market Regulations and Judgments
di Anna D'Ascenzio, Stefania Ferraro 125

RILIEVI

La salute mentale che non c'è
Tra disuguaglianze territoriali e nuove politiche post-pandemia
di Daniele Pulino 151

Semis: cronaca di uno spettacolo sui semi e sulla biodiversità
di Giulia Bocciero 167

WUNDERKAMMER

La posta in gioco nel giornalismo d'inchiesta ambientale italiano: industrializzazione, cambiamento climatico, salute
Breve reportage in tre tappe
di Fabrizio Denunzio 185

I diritti delle vittime in costituzione
di Laura Vastano 195

Una lotta, contro la distrazione collettiva
di Antonio Olivieri, a cura di Maria Lombardi 213

Suenos compartidos
di Hebe Pastor de Bonafini, a cura di Maria Lombardi 219

TRAVELOGUES

Il volontariato oggi, tra workfare e dovere sociale
di Federica Graziano 227

La guerra di Piero
di Andrea Postiglione 231

Angela Bagnato

IL MEDICO COMPETENTE: CRITICITÀ DI UNA PROFESSIONE SCOMODA

Abstract:
The article focuses on a profession that daily tries to arbitrate the difficult match between production and health in the workplace: the occupational health physician. Starting from the need for more adequate professional recognition reported by this category in Italy, the author tries to analyze and interpret some critical issues that emerged from the literature and from the discourses of the professional associations, framing them in the historical and social context in which this profession takes shape.

Keywords:
Occupational Health Physician; Work Health; Medical Profession.

1. *Introduzione*

Nella revisione del programma di mandato della Commissione permanente per l'attività professionale del Medico Competente della Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML), tra le azioni considerate prioritarie, vi è la necessità di adoperarsi per «un più completo riconoscimento professionale» (Pagliaro 2022, p. 4). La revisione del documento viene a seguito della pandemia da COVID-19 che sembra, però, aver dato nuovo spessore a questa professione.

Come evidenziato infatti da un'altra grande associazione scientifica italiana, l'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti, la pandemia ha, nel contesto critico di emergenza sanitaria, portato alla maturazione di una figura del medico competente «appena affacciata sullo scenario del sistema di prevenzione nelle aziende […]: il MC [Medico Competente] autorevole» (Patanè 2022). In questa affermazione, l'autorevolezza, come una proprietà totalmente nuova di questa professione, ci lascia immaginare la percezione di un suo deficit costante.

Se guardiamo alla radice del termine autorevolezza, ritroviamo la parola *auctor* che, come ci ricorda Bourdieu riprendendo il linguista Benveniste, corrisponde all'immagine dell'*autore*. Parola derivata dal verbo *augeo* che, indicando «l'atto di produrre dal proprio seno» (Benveniste 1972, p. 397), mette in rilievo la proprietà creativa dell'autore attraverso cui questi istituisce mondi e significati. Così l'*auctoritas* corrisponde al potere di definire e circoscrivere la rappresentazione di un'identità (Bourdieu 1980). E, nello specifico, l'autorevolezza si distingue dall'autorità perché mentre quest'ultima «è formale e subita – l'autorevolezza è qualcosa che gli altri attribuiscono spontaneamente» (Marino 2008, p. 54), essendo determinata da «la credibilità, l'affidabilità e la riconosciuta competenza» di chi la incarna (*Ibidem*).

Questo potere di definizione e riconoscimento, declinato nell'identità professionale, può essere ritrovato in «una delle caratteristiche tipiche delle professioni: l'attività di fissazione dei confini, ossia l'individuazione di una giurisdizione sulla quale rivendicare il monopolio delle competenze» (Tousijn, Dimonte 2016, p. 164), che per i medici ha significato essere riconosciuti come unici detentori dell'*ars medica* (*Ibidem*). Ma la definizione di un'identità e la circoscrizione di uno spazio forse non è per gli attori sociali un atto puramente creativo. Il verbo *augeo* è predicato degli dei, non degli uomini (Benveniste, p. 397). Guardando alla storia della professione medica, così come alla storia di tutte le professioni, «la fissazione dei confini è sempre stata l'esito di un processo di negoziazione tra due o più occupazioni confinanti» (Tousijn, Dimonte 2016, p. 165). L'identità (professionale) appare frutto di una contrattazione tra molteplici forze in gioco e significati possibili, formulando quella che, in un dato momento, trova "terreno fertile", altra condizione fondamentale connessa al verbo *augeo* nel vocabolario di Benveniste[1].

È solo intorno al Cinquecento che i medici hanno iniziato a costruirsi un'identità professionale e un esclusivo campo di competenze, togliendo spazio a «una schiera di ciarlatani, levatrici e guaritrici popolane» (Tousijn, Dimonte 2016, p. 166) e legittimandosi come protagonisti della cura della malattia. Con le grandi scoperte scientifiche avvenute tra il XVI e il XVII secolo, si costituì «un nuovo ordine sociale attraverso un progressivo processo d'intellettualizzazione e razionalizzazione che portava l'uomo ad allontanarsi dalla natura, soggetta ora al suo dominio» (Raffa 2017, p. 128). In questo contesto, caratterizzato da un crescente disincantamento nei con-

1 Benveniste scrive infatti che il verbo augeo indica «l'atto di produrre dal proprio seno; atto creatore che fa sorgere qualcosa da un terreno fertile e che è privilegio degli dei o delle grandi forze naturali, non degli uomini» (Benveniste 1972, p. 397).

fronti di quelle letture magiche e animistiche nell'interpretazione dei fenomeni naturali (Weber 2006), la legittimazione della professione medica si rifinirà gradualmente e, alla fine del Ottocento, con «l'evoluzione dei ruoli, delle competenze e delle forme di divisione del lavoro sanitario negli ospedali che, da luogo di solo ricovero, diventano luoghi di cura» (Tousijn, Dimonte 2016, p. 164), vedrà la piena realizzazione di un monopolio e una specializzazione di questa professione «sulle fasi della diagnosi e della scelta della terapia» (*Ibidem*).

Nella storia generale della professione medica prende forma un ambito di competenza che «ha il mandato sociale di occuparsi della salute dei lavoratori» (Paleani *et al.* 2006, p. 438); un ambito la cui circoscrizione non è dovuta al focalizzarsi su una parte del corpo o su delle sue inefficienze, così come succede per altre specializzazioni mediche (Ricci 2005). È la necessità di medicare dei lavoratori feriti dalle macchine della prima industrializzazione che porta i medici ad assistere i lavoratori delle fabbriche[2] e sarà l'avvicinarsi a questo luogo e ai suoi effetti collaterali che li distinguerà dagli altri colleghi, assumendo quell'etichetta, "medico di fabbrica", volta ad indicare «nulla più che il rapporto del professionista con la struttura di lavoro» (De Falco 1999, p. 158).

Quando, col fascismo, dalla semplice assistenza si passa al controllo delle condizioni di salute dei lavoratori, con l'obbligo di visite preventive e periodiche in certi settori industriali, una nuova dizione comparirà sulla scena, quella, più longeva, di "medico competente"[3]. Con questa locuzione, utilizzata anche dalle norme successive e che identifica sostanzialmente un *medico professionalmente competente*, si è continuato «a definire un requisito specifico della professionalità del medico e non a connotare la figura in modo puntuale attraverso il possesso di particolari requisiti» (Deidda, Monni 2015, p. 15). Come ci fa notare lo storico De Maria (2020), siamo in presenza di un immobilismo normativo sulla definizione di questo profilo, le cui possibili derive si evincono dall'intervento di un docente di patologia generale, Giovanni Favilli, durante un convegno di Medicina del Lavoro, tenutosi a Bologna nel 1962, proprio sul vuoto legislativo nella definizione di questa figura:

2 La legge 80 del 1898, "Infortuni sul lavoro", stabilisce, all'art. 9, che «in ogni infortunio, il capo o esercente dell'impresa, industria o costruzione, è obbligato a sostenere la spesa per le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica».

3 Regio Decreto 14 aprile 1927, n. 530, "Approvazione del regolamento generale per l'igiene del lavoro", alla sezione dedicata al Medico di Fabbrica, poi ripreso nei relativi articoli con la locuzione "medico competente".

> Accade quindi che la competenza si riduce ad essere quella che qualsiasi medico ha; magari immediatamente dopo la laurea, e la legge non richiede affatto che il medico sia in possesso di titoli specifici [….] quanto è prescritto dalla legge viene affidato alla discrezione dei datori di lavoro, ai quali è sufficiente dimostrare che sono in regola nei riguardi di quella norma estremamente generica fissata dalla legge, la visita cioè del medico competente[4].

Sarà solo negli anni Novanta, nonostante la presenza di scuole di specializzazione in medicina del lavoro già dagli anni Cinquanta (Busacchi, D'Antuono 1967), con l'emanazione di decreti relativi all'attuazione di direttive europee in materia di sicurezza e salute sul lavoro, *in primis* il Decreto legislativo n. 626 del 1994, che il profilo di questa professione assumerà dei contorni puntuali richiedendo, per chi volesse lavorare in questo settore, specifiche esperienze professionali o di docenza nel settore, oppure determinate specializzazioni che a oggi sono: medicina del lavoro, medicina preventiva dei lavoratori, igiene e medicina preventiva, medicina legale. Vista la molteplicità dei curricula, sarà il termine "competente" che continuerà a identificare questa categoria di medici chiamati dalla legge a vigilare sulle condizioni di salute dei lavoratori[5].

2. *Il medico competente dentro la storia*

Ma facciamo un passo indietro per arrivare a quel medico che la storia della medicina riconosce come colui che ha dato avvio alla medicina del lavoro e quindi a quella professione che su questo ambito ha trovato origine.

È Bernardino Ramazzini che, con il suo *De Morbisartificum diatriba* (1700), teorizza e mette a punto l'approccio scientifico della moderna medicina del lavoro, segnando «un'inversione di direzione da parte dell'attenzione scientifica, che muove dagli effetti alle cause, tanto che la nosografia delle malattie professionali viene riferita non più al tipo di organo colpito, ma al mestiere con cui la malattia stessa si associa» (Ricci 2005, p. 22).

E così questa nuova medicina «*veniva prima* della clinica, perché *preveniva* le malattie anziché curarle» (Cosmacini 1999, p. IX), delineando il valore della prevenzione come colonna portante di questo campo d'azione.

4 Intervento riportato da De Maria (2020, p. 31) e a sua volta ripreso da De Falco (1999, pp. 157-158).

5 Per una più completa e articolata analisi dell'uso della locuzione "medico competente" e di altre terminologie utilizzate per questa professione, si veda Riva, Carnevale 2017.

Lo sguardo allargato e profondo di Ramazzini nella comprensione delle patologie dei lavoratori è lo sguardo di un medico ambientalista. Un medico che non poteva non mettere in pratica l'insegnamento ippocratico della correlazione tra individuo e ambiente, ampliando «il concetto di ambiente da ambiente "naturale", fatto di aere, acque e luoghi, com'è detto nel titolo dell'opera che costituisce uno dei frutti più maturi del pensiero ippocratico, ad ambiente «artificiale», abitato dagli artefici in quanto habitat del loro lavoro» (Cosmacini 1999, p. IX).

Ma il fine della ricerca è figlio anch'esso del suo tempo, rappresentando Ramazzini un «intellettuale organico», in cui la necessità di gestire gli effetti collaterali dell'industrializzazione per evitare che il sistema capitalistico implodesse su sé stesso, maturò il dovere di porre rimedio agli indebolimenti e ai logorii dei suoi ingranaggi.

E «la ragione economica, che pone la necessità di salvaguardare la forza-lavoro, trapassa in un'istanza etica» (Ricci 2005, pp. 23-24). È per salvaguardare la produttività che ci si inizia a interrogare su come salvaguardare i lavoratori, tenendo insieme due istanze difficilmente conciliabili. Questo vizio d'origine impatterà su quella professione che progressivamente è andata specializzandosi per arbitrare questa partita, il medico competente.

Affacciata in prima linea su un mondo dove quotidianamente si esplicita il disequilibrio di potere tra classi sociali diverse, la medicina del lavoro ha visto nei suoi esponenti, tra gli alti e i bassi della storia, un richiamo alle condizioni sociali nell'indagine medica che è stato molto più forte di quanto fatto in altre branche della medicina.

Agli inizi del Novecento Luigi Devoto, fondatore della prima Clinica del Lavoro di Milano operativa dal 1910, ricordava ai suoi colleghi, nell'affrontare le patologie del lavoro, il dovere di «entrare nel vivo delle contraddizioni sociali del loro tempo» (Vicarelli 1997, p. 161) e sottolineava come le «conseguenze del lavoro […] esplicano il loro danno non sull'individuo soltanto ma sulla società intera le cui risorse minano incessantemente» (*Ibidem*)[6].

Mentre la guerra e il fascismo (dove la medicina del lavoro aveva dato un suo contributo a una sorta di eugenetica applicata ai lavoratori[7]) ave-

6 Quest'ultimo enunciato virgolettato è un'affermazione di Devoto riportata da Vicarelli (1997) e da lei ripresa da Carbonini A., 1982, *Luigi Devoto e la clinica del lavoro di Milano*, *in Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri e A. Gigli Marchetti, Milano, Angeli.

7 Il Regio Decreto 14 aprile 1927, n. 530: Regolamento di igiene del lavoro, primo regolamento di questo genere, rende obbligatorie visite preventive e periodiche da parte di un medico di fabbrica, definito "competente", ai lavoratori a contatto con

vano portato la classe medica a una «incipiente neutralità nei riguardi della società e più in generale della realtà socio-ambientale della malattia e della salute» (Vicarelli 2010, p. 88), i medici del lavoro, insieme ad igienisti ed epidemiologi, saranno tra i primi a scendere in piazza e rivendicare delle riforme nelle politiche del welfare, a cominciare dall'istituzione di un servizio sanitario nazionale, tirandosi addosso l'ostilità della classe medica fortemente ancorata al sistema mutualistico (Vicarelli, 2017; 2010).

Questi anni, che furono gli anni della Ricostruzione e del boom economico,

> guardati alla luce delle condizioni di salute dei lavoratori hanno avuto ben poco di positivo. L'entità dei danni alla salute richiamava alla mente degli osservatori dell'epoca l'espressione marxiana di «genocidio pacifico», coniata per definire il consumo indiscriminato di forza-lavoro e il superamento dei limiti di resistenza fisica degli operai propri della rivoluzione industriale del XIX secolo (Tonelli 2007, p. 2).

A ridosso di questo genocidio, per i medici che stavano nelle fabbriche, maturò una nuova coscienza politica tanto nell'interpretazione del proprio ruolo che nell'esercizio della propria professione.

Così, accanto alle manifestazioni di piazza, ci si imbatte – come racconta Carlo De Maria (2020) – negli atti del Corso di medicina del lavoro organizzato dal Dipartimento di sicurezza sociale della Regione Emilia-Romagna nel 1972, in cui si dichiara che obiettivo del corso era «produrre una linea, un orientamento, politici e tecnici comuni» per gli interventi nell'ambiente di lavoro (De Maria 2020, p. 33).

> Qual è la componente politica? È il modo in cui l'operatore si pone rispetto ai lavoratori della fabbrica, rispetto alla direzione della fabbrica. Abbiamo esempi storici, che sono il modello degli enti pubblici della prevenzione: andare in fabbrica con rapporto esclusivo con la direzione, non avere rapporti con i lavoratori, rispondere segretamente alla sola direzione […] Abbiamo un altro modello: andare in fabbrica con un rapporto di identificazione con i lavoratori per restituire l'informazione tecnica alla gestione politica dei lavoratori, soli protagonisti della prevenzione (*Ibidem*).

---

sostanze tossiche. Questi medici avevano praticamente il compito di «i lavoratori più sani e dismettere quelli che sani non sono più» (Carnevale, Baldasseroni, 1999, p. 75). Sull'approccio eugenetico della medicina del lavoro durante il fascismo si veda inoltre Vicarelli 2010.

Soprattutto nelle grandi fabbriche del Nord Italia, troviamo poi numerose esperienze di confronto tra medici, operai, sindacati, assistenti sociali, che, nelle ricerche sulla nocività in fabbrica, collaborarono attivamente, seguendo i concetti guida di "validazione consensuale" e "non-delega" (Tonelli 2007) e riconoscendo quindi la necessità di tenere insieme portatori di istanze e saperi differenti sul tema della salute sul lavoro, con particolare riguardo alla soggettività dell'operaio.

Si istituì un «modello tecnico-politico» d'azione che andò anche «a modificare la linea di ricerca della stessa università italiana soffocata da un'asfittica logica di tipo legale-assicurativo» (Ricci 2005, pp. 26-27). Logica che per lungo tempo aveva fatto da sponda a un approccio sindacale che, in tema di diritti per la salute dei lavoratori, si era mosso quasi esclusivamente per la contrattazione del risarcimento monetario del danno (Tonelli 2007).

E così, accanto alle sembianze del medico competente, come "medico del padrone", in questa stagione fa capolino un altro personaggio, il medico competente con atteggiamento "operaista" (De Maria 2020, p. 33); e le due istanze, produzione e salute, si ritrovano ad avere ognuna una possibile maschera nella scena controversa in cui si muove il medico competente.

3. *Lo spigoloso perimetro d'azione del medico competente*

La riforma del servizio sanitario, che rispose alla «richiesta di un sistema unificato di protezione sanitaria, opposto al mutualismo clientelare e segmentato degli anni Sessanta» (Vicarelli 2010, p. 93) ha visto la luce nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'attivazione di Servizi di igiene e medicina del lavoro, previsti presso ogni Unità Sanitaria Locale[8], si procedette all'assunzione di medici competenti che dovevano garantire una tutela, a questo punto di natura pubblica, della salute dei lavoratori.

8 Come si legge nell'art. 14 della Legge n. 833 del 1978 le USL dovevano provvedere, tra le varie funzioni, «all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali». I relativi Servizi di igiene e medicina del lavoro si attiveranno in maniera non omogenea sul territorio, con forti ritardi al Sud. Oggi, tali servizi all'interno delle ASL, definiti Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, esercitano la loro funzione di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, da una parte attraverso le attività di vigilanza e controllo, dall'altra attivandosi sul territorio per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Si verificò una sorta di cortocircuito che vide attivarsi la giurisprudenza per cercare di capire la posizione, in questo nuovo assetto, di quei medici a cui i datori di lavoro, in regime privatistico, avevano fino a quel momento affidato la sorveglianza sanitaria degli impiegati nelle loro aziende. Combinandosi con l'articolo 5 dello Statuto dei lavoratori (Legge n. 300 del 1970) – che vieta «accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente» e demanda, per la realizzazione degli stessi, l'esclusiva possibilità del datore di lavoro di rivolgersi al servizio pubblico – la presenza dei medici competenti delle USL sembrerà dover coprire interamente la funzione di sorveglianza sanitaria sui lavoratori. E una sentenza della Corte di Cassazione del 1986[9] va in questo senso, finendo col riconoscere la titolarità dell'esecuzione delle visite mediche preventive e periodiche per l'assunzione o il mantenimento del lavoratore alle sole strutture pubbliche. Questa apertura verso una tutela pubblica della salute dei lavoratori viene poi avvalorata da uno dei primi decreti di attuazione della normativa europea sul tema di salute e sicurezza, il Decreto legislativo n. 277 del 1991, il quale affermava che il medico competente addetto alla sorveglianza sanitaria doveva «essere "ove possibile" dipendente dal servizio sanitario nazionale: conseguentemente il datore di lavoro poteva ricorrere a medici privati solo quando non fosse possibile altrimenti» (Paci 2010, p. 7). Tre anni dopo, questa parentesi si chiude con il ribaltamento operato dal Decreto Legislativo n. 626 del 1994 in cui

> ai sensi dell'art. 17, comma 5, il medico competente può essere indifferentemente dipendente da una struttura esterna pubblica o privata, un libero professionista o un dipendente dello stesso imprenditore. Novità che ha suscitato notevoli perplessità in dottrina facendo addirittura parlare di implicita abrogazione dell'art. 5 dello Statuto, benché a tale dubbio sia stata data risposta negativa ribadendo la diversa funzione e quindi ambito di applicazione delle due norme. Tale impostazione è stata confermata dal decreto 81/2008 e […] dalla giurisprudenza più recente (*Ibidem*).

La giurisprudenza ha nel tempo chiarito che la sorveglianza sanitaria obbligatoria e indicata dalla normativa sulla salute e sicurezza sul lavoro sarà esercitata da un medico competente scelto liberamente dal datore di lavoro (e quindi anche privato)[10], mentre «le visite sulle assenze per ma-

9 Sentenza della Corte di Cassazione, Sezione1, n. 2799 del 21 aprile 1986.

10 L'art. 39 comma 2 del Decreto legislativo n. 81 del 2008 prevede che il medico competente possa svolgere la sua funzione, oltre che in qualità di libero professionista e dipendente diretto del datore di lavoro, in qualità di dipendente o collaboratore di una struttura pubblica o privata convenzionata con il datore di lavoro.

lattia del lavoratore (ovviamente per malattia generica, non collegabile al rischio lavorativo) […] devono essere obbligatoriamente svolte, a tutela della dignità del lavoratore, dal medico della struttura pubblica» (*Ivi*, p. 8).

Nella traiettoria ballerina di sentenze e norme tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta, che cercano di gestire questo difficile matrimonio tra pubblico e privato, si palesa un'altra difficoltà di conciliazione che attraversa lo spazio controverso della salute sul lavoro e che forgia ancora una volta in maniera particolare la professione del medico del lavoro: quella tra liberalismo e protezionismo sociale.

Nella ripresa economica post-bellica, appoggiata su un mercato che si costruiva in nome della libera circolazione delle merci e dei lavoratori, la questione della salute dei lavoratori diviene da subito centrale nelle politiche dell'allora Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio (CECA), dando vita in questo ambito a una alleanza tra liberalismo e protezione sociale che delinea un volto "sociale" di questa istituzione che raramente ha trovato in altri settori altrettanta presa (Rosenthal, Omnès 2009, p. 6).

In quel momento era chiaro che «la creazione dei mercati produce essa stessa la necessità di interventi di sostegno» (Crouch 2019, pp. 44-45).

Ma questa alleanza, che vedrà delle direttive puntuali che disegneranno il sistema di salute e sicurezza sul lavoro negli stati membri, avrà però vita breve. La crisi economica del 1979 porterà negli anni successivi allo smantellamento del welfare, con il consolidarsi di un regime neoliberale che considererà il mercato come migliore meccanismo di allocazione delle risorse di fronte al quale l'intervento statale apparirà un ostacolo (Martinelli 2017); «liberalizzazione, deregulation e privatizzazione» rappresenteranno i principi guida del ridimensionamento del welfare (*Ivi*, p. 19).

In Italia la sanità avvierà un processo di aziendalizzazione in cui lo Stato si ritrarrà da un «impegno totale e istituzionale, così come definito nella legge 833 del 1978» (Vicarelli 2010, p. 100).

E in questa regressione è difficile immaginare un servizio pubblico che si facesse carico diretto della sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

Il quadro che si è quindi delineato, come mette in luce Marisola (2021) rivolgendosi ai suoi colleghi, è quello in cui «collaboriamo […] con l'imprenditore nell'ambito di un rapporto privatistico ma al contempo svolgiamo una funzione di natura pubblicistica, in quanto finalizzata alla tutela dell'integrità psico-fisica dei lavoratori» (*Ivi*, p. 5).

Punto critico della professione del medico competente diventa così l'indipendenza, nonostante una normativa che indichi l'obbligo, in capo al datore di lavoro che lo nomina, di garantirne l'autonomia senza tuttavia precisare a quali rimedi ricorrere in caso di sua violazione.

In questo senso si comprende l'osservazione di due medici al Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene e Sanità Pubblica del 2016:

> è […] opportuno che il Legislatore valuti la concreta realizzabilità di adeguate misure di garanzia circa l'indipendenza professionale del MC, tenendo presente che la semplice indicazione di interrompere il rapporto di collaborazione con l'impresa mandataria in assenza di adeguate misure di garanzia può essere considerata legalmente appropriata per il professionista, ma di certo non contribuisce in nulla alla tutela dei lavoratori (Campagna, Riccò 2016, p. 9).

Questi ultimi, in qualità di assistiti dal medico competente sono in Italia circa 13 milioni, un'utenza che per quantità è seconda solo a quella dei medici di medicina generale. I medici competenti rappresentano dunque un corpo importante che nello stesso tempo vive, però, una forte frammentazione al suo interno, raffigurandosi come un "medico monade" (Gili 2021):

> la condizione che probabilmente più ha marginalizzato (in senso relativo) la figura del MC, è il suo essere isolato nell'orticello della sua professione. Non c'è forse stato un Cesare ad ipotizzare il *divide et impera*, ma alla fine il risultato è stato quello: una condizione che non corrisponde né scientificamente (carenza di numeri nei docenti, posti letto, scuole di specialità, specializzandi) né socio-economicamente a quelle che potrebbero essere le potenzialità (*Ivi*, p. 3).

A questa frammentazione e isolamento, fa da contraltare la proliferazione di nuove professioni che cercano di guadagnare spazio sulla scena. Guardando alla preziosa mappatura svolta in una recente ricerca su "Competenze e nuove professionalità per la tutela della salute e sicurezza" (Negri 2021), in questa folta schiera ritroviamo in Italia e all'estero una crescente presenza di tecnici, confermando quella deriva tecnocratica in cui l'attenzione si è focalizzata sul controllo dei fattori di rischio, laddove

> questi ultimi rispondono sempre più alle leggi della tecnica e altre professionalità quindi (ingegneri, biologi, chimici, ecc…) rivendicano la capacità di riconoscere e gestire questi fattori di rischio, nel senso di renderli compatibili con l'efficienza di funzionamento della "macchina umana" (Ricci 2005, pp. 47-48).

In questa prospettiva possiamo leggere il fiorente mercato della sicurezza, dove, i garanti della salute, «si riconoscono, inevitabilmente, più nei tecnologi che nei medici» (*Ibidem*).

Il lavoratore viene sempre più studiato come un automa, col sostegno di esoscheletri e robot collaborativi, per capire come meglio questi possa interagire con la macchina e quali dispositivi debba indossare per essere

efficiente senza rompersi. E nella «illusione di una neutralità tecnica delle questioni della salute sul lavoro» (Vogel 2009, p. 109), altre variabili, quali quelle connesse alle dinamiche del mercato del lavoro, non hanno motivo di essere valutate.

Eppure, la letteratura mostra come la precarietà e la flessibilità delle condizioni lavorative vadano a impattare sulla salute dei lavoratori (per esempio, aumento del rischio di malattia coronarica, disturbi del sonno, disturbi gastro-intestinali)[11] e richiedano pertanto una buona capacità di osservazione in un'azione che voglia essere efficace nella prevenzione.

Come ben spiega Violante (2021):

> È vero che un infortunio avvenuto su una macchina è collegato a qualcosa di tecnologico, ma l'infortunio trova origine anche in aspetti personali: ad esempio quell'infortunio non sarebbe accaduto se il comportamento del lavoratore o di altri fosse stato diverso. Nei fattori che determinano un evento sicuramente c'è la tecnologia ma altrettanto sicuramente c'è l'organizzazione e c'è il comportamento di qualcuno: ora, tutti questi aspetti a livello aziendale sono domini di figure diverse quindi il medico del lavoro ha necessità di approfondire questi aspetti […] Spesso la riduzione degli infortuni non si può ottenere soltanto con misure tecnologiche ma bisogna coniugare i tre aspetti che citavo prima: i comportamenti, cioè le persone, l'organizzazione e la tecnologia. Il medico del lavoro sicuramente ha qualcosa da dare e qualcosa da ricevere dagli altri professionisti (*Ivi*, pp. 545-546).

Il medico competente soprattutto nell'ottica di una prevenzione primaria che miri ad evitare la presenza di rischi in ambiente lavorativo può avere un ruolo cruciale se, accanto alle visite di sorveglianza sanitaria, può conoscere e quindi intervenire sull'organizzazione della stessa attività lavorativa. Il sociologo Bruno Maggi, ricordando la natura eziopatogenica dell'organizzazione, sottolinea la necessità che il benessere sia incorporato nella progettazione del processo di lavoro perché

> non basta un'ergonomia correttiva, che corrisponde alla prevenzione secondaria e terziaria; occorre un'ergonomia di progettazione. Meglio, occorre un'ergonomia di processo, che non può che aver per base la conoscenza della regolazione del processo d'azione di lavoro (Maggi 2015, p. 37).

11 Sono molteplici gli studi che individuano specifiche correlazioni tra condizioni contrattuali e particolari rischi per la salute. Si veda per esempio l'ottima analisi della letteratura su questo tema condotta da Koranyi *et al.* 2018.

L'organizzazione del lavoro non può essere un ecosistema dato a partire dal quale si cercano di individuare i migliori comportamenti che i lavoratori devono attuare per evitare incidenti o malattie. L'organizzazione va vista come «"azione-che-organizza" l'intera situazione e i suoi singoli aspetti, materiali e umani, non come una "entità"» (Maggi 2011, p. 3). Inoltre,

> soltanto se adotta criteri di lettura che presuppongono la concezione dell'azione organizzativa, la medicina del lavoro può interpretare le situazioni di lavoro come processi sempre modificabili, in cui ogni scelta organizzativa può essere corretta, a cominciare dalle scelte di obiettivi, verso una razionalità che comprende il benessere dei soggetti (*Ibidem*).

Uno strumento che la legislazione offre al medico competente, e che potrebbe configurarsi come un tentativo di attivare una sua partecipazione a monte nella configurazione degli spazi e dei tempi di lavoro, è la sua collaborazione nella stesura del documento di valutazione dei rischi nell'organizzazione lavorativa[12].

L'obbligo di partecipazione viene sancito nell'articolo 25 del Decreto legislativo n. 81 del 2008 in merito a "Obblighi del medico competente". Alla lettera *a* di tale articolo troviamo:

> [Il medico competente] collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori.

Solo che

> la legge stabilisce un ruolo attivo del MC, un obbligo sanzionato di collaborare con il DL, insieme al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), alla VR. Non chiarisce come la collaborazione/consulenza debba effettuarsi (Mosconi *et al.* 2014, p. 71).

Quella che potrebbe apparire come azione chiave del medico competente sembra giusto enunciata dalla legge e poi lasciata priva di un perimetro

12 La valutazione dei rischi, definita dall'art. 2, comma 1, lett. q) del Decreto legislativo n. 81 del 2008, va considerata come la «valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza».

che definisca lo spazio in cui questi possa rivendicare il suo intervento[13]. Manca concretamente al medico competente «ogni potere di iniziativa ed ogni strumento giuridico per costringere il datore di lavoro a farlo partecipare al processo di valutazione» (Deidda 2010)[14].

In questa astrattezza l'organizzazione del lavoro continua ad essere un tabù per il medico competente e nel contempo si sono consolidate pratiche dove la collaborazione si riduce ad una mera firma in calce al documento di valutazione dei rischi (Calicchia *et al.* 2019), già predisposto dal datore di lavoro e dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), andando così ad assolvere a una funzione meramente formale per evitare una sanzione. Nell'ottica di un sistema preventivo che miri sostanzialmente ad adempiere agli obblighi di legge e ridurre le sanzioni, Ricci guardava con preoccupazione, nel 2005, alla possibile apertura verso l'inserimento della specializzazione in medicina legale come altro requisito per l'esercizio della professione di medico competente, riconoscendo in essa un'ulteriore deriva della medicina del lavoro, cioè «la sua riduzione a questione giuridico-amministrativa, inesauribile fonte di contenziosi legali» (Ricci 2005, p. 48).

Questa apertura alla specializzazione in medicina legale vedrà, dopo alcuni decreti che si erano mossi in questo senso (integrando il Decreto legislativo n. 626 del 1994 che inizialmente non la prevedeva), una sua ratifica nel "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" (Decreto legislativo n. 81 del 2008 e s.m.i.).

La medicina del lavoro rischia così di diventare sempre più una medicina difensiva perdendo la sua funzione proattiva nella tutela della salute sul lavoro, ridimensionando così anche la portata di quella funzione di promozione, e non solo di difesa, della salute che la stessa normativa gli chiede. La promozione sembrerebbe infatti prevalentemente orientata nell'incidere sugli stili di vita del lavoratore, dall'alimentazione al movimento fisico, ma poco riesce ad oltrepassare i cancelli della fabbrica e influire sulle condizioni di lavoro.

Questo ripiegamento sull'individuo, tipico di tutta una medicina le cui conquiste negli ultimi anni sono «sempre più rivolte ad cellulam» (Vicarel-

13 Proprio la mancata definizione di un chiaro perimetro di questa collaborazione è uno dei punti esposti dal dott. Umberto Candura e dal dott. Daniele Ditaranto nell'intervento dal titolo *Analisi delle criticità della professione* al 35° Congresso nazionale dell'ANMA, *Attualità e prospettive del Medico Competente nel Sistema di Prevenzione Nazionale ed Europeo*, tenutosi a Perugia il 9-10-11 giugno 2022.

14 La frase di Deidda è ripresa dal suo intervento al 73° Congresso Nazionale SIMLII e disponibile al link: https://medicocompetente.it/mese/114/Compiti-e-responsabilit-agrave-del-medico-competente.htm

li 2010, p. 134), ha perso completamente le determinanti sociali e ambientali della salute, discostandosi da quella visione più politica che nel 1974 fu delineata nel Rapporto Lalonde per definire il concetto di promozione della salute (Galvin 2002) ripreso dall'OMS nel 1986 nella Carta di Ottawa su questo tema.

L'omissione delle diverse forze, economiche, sociali, culturali, che impattano sulla vita degli individui rischia così di restituire un concetto di salute monco che si trincera dietro una visione naïf della medicina.

4. *Riflessioni a margine*

Come spiega Tousijn (1997), citando gli studi di Abbott (1988), il problema del riconoscimento professionale – che ha aperto il lavoro qui presentato – si gioca principalmente su tre arene: sistema giuridico, opinione pubblica, luogo di lavoro. Proviamo a tirare le fila del discorso, osservando la posizione del medico competente in queste tre arene.

Se ci muoviamo nell'ambito del quadro normativo è indubbio che questo abbia delimitato a più riprese la figura del medico competente. Per dirla con le parole di un esponente di questa categoria, «la professione di Medico Competente […] si forma quale esito di un obbligo legislativo» (Marisola 2021, p. 4). La percezione di questi professionisti – così come si evince dai discorsi delle associazioni professionali e dalle testimonianze dei diretti interessati (Calicchia *et al.* 2019) – è quella di subire la norma piuttosto che trovare in essa la dimensione per il riconoscimento delle esigenze e delle specificità di questa professione.

Guardiamo per esempio alla definizione dei requisiti professionali. Prima il legislatore ha lungamente ignorato la necessità di circoscrivere l'esercizio di questa professione a dei requisiti di specializzazione ed esperienza nell'ambito della medicina del lavoro.

Successivamente, delineati i primi tratti, ha ampliato il ventaglio delle figure mediche che avrebbero potuto rivendicare la titolarità di medico competente introducendo nuove specializzazioni in igiene e medicina legale, nonostante i pareri negativi della categoria su questo allargamento, raccolti da un'apposita indagine esplorativa messa a punto nel 1999 da una Commissione Permanente del Senato[15] (Deidda, Monni 2015).

15 XI Commissione Permanente del Senato sulla «adeguatezza quantitativa e qualitativa dei medici competenti ai fini della piena attuazione del Decreto legislativo n. 626 del 1994».

Spostandoci sul piano dell'opinione pubblica, la figura del medico competente sembrerebbe presente sullo sfondo ma poco distinta nella profondità del suo ruolo.

Da un lato è familiare, perché chi intraprende un'attività lavorativa finirà con l'incrociare questa professione per essere visitato nelle attività di sorveglianza sanitaria. Dall'altro risulta quasi sconosciuta nella sua reale identità professionale perché la maggior parte dei lavoratori non ha chiaro quale sia lo status di questo medico e quale sia la sua posizione rispetto al datore di lavoro e ai poteri pubblici (Marichalar 2014, p. 11). Guardando poi al contributo di Sara Calicchia in questo volume, è interessante vedere come, di contro, sulla stampa italiana questa professione abbia ottenuto le luci della ribalta durante la pandemia, mentre in precedenza era a mala pena accennata. Se dalla stampa ci spostiamo alle pubblicazioni scientifiche, la già citata ricerca svolta a livello internazionale sulla più generale mappatura delle professioni in ambito di salute e sicurezza, individua:

> un limitato sviluppo di ricerche e contributi volti a indagare i ruoli e le pratiche dei professionisti della salute e sicurezza sul lavoro, limitatezza testimoniata anche all'interno della medesima letteratura che evidenzia la necessità di sviluppare analisi qualitative in questo ambito (Tiraboschi 2021, p. 286).

Entrando infine nel luogo di lavoro, ritroviamo forse in maniera più esplicita quei nodi che rendono tesa la questione del riconoscimento professionale dei medici competenti. Il loro luogo di lavoro, quello in cui vanno a mettere in atto le loro competenze, è lo spazio tra l'impresa e il corpo del lavoratore, tra il sapere medico e la legge (Marichalar 2014). È qui che si giocano l'autonomia e l'autorevolezza di cui questi professionisti si sentono deficitari.

Generalizzando quello che sostiene Pascal Marichalar (2012, p. 340) studiando lo status dei medici del lavoro in Francia, questa professione «cristallizza le contraddizioni di un ordine sociale negoziato tra l'imperativo della produzione e della prevenzione» (e si esercita all'interno di un luogo, l'impresa, che «è fondamentalmente uno spazio politico» (*Ivi*, p. 339). Un'azione che si insinua in questo campo di forze, dove datori di lavoro e lavoratori fanno capo a risorse e strumenti distribuiti in maniera differente, non potremmo che considerarla politica, laddove la politica, come ci insegna Hanna Arendt, «si fonda sul dato di fatto della pluralità degli uomini» (Arendt 1995, p. 6) e quindi rappresenta quell'arte capace di «organizzare e regolamentare l'essere-insieme di diversi» (Sontheimer 1995, p. IX).

La dimensione politica sembra invece pressoché omessa, per una professione che cerca soprattutto di legittimarsi e ancorare la propria identità attraverso il riferimento alle verità tecnico-scientifiche e alla regolamentazione puntuale della professione (Marichalar 2014, p. 342).

Affinché si consolidi quello spessore che i medici competenti sentono di aver acquisito durante la pandemia, e che si è costruito in un momento in cui il sopraggiungere di una tipologia di rischio squisitamente biologico sembra aver neutralizzato ancora una volta le contraddizioni del luogo di lavoro, occorrerebbe forse partire da un riconoscimento professionale che sia prima di tutto un riconoscere la dimensione politica che attraversa il campo di competenza di questa professione.

Riferimenti bibliografici

Abbott A., 1988, *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago, The University of Chicago Press.

Arendt H., 1995, *Che cos'è la politica*, Torino, Einaudi.

Benveniste E., 1972, *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Torino, Einaudi.

Bourdieu P., 1980, *L'identité et la représentation*, in «Actes de la recherche en sciences sociales», vol. 35, pp. 63-72.

Busacchi V., D'Antuono G., 1967, *La medicina del lavoro nei suoi sviluppi storici: relazione al XXIII Congresso nazionale della Società italiana di storia della medicina*, Modena, 23-23-24 settembre 1967, Roma, Arti grafiche-Linotypia E. Cossidente.

Calicchia S., Cangiano G., Scolamiero G., Capanna S., Papaleo B., 2019, *Emerging problems and novel skills: a qualitative analysis on the role of occupational physicians*, in «Medicina del lavoro», n. 110, vol. 3, pp. 215-225.

Campagna M., Riccò M., 2016, *Attuale ruolo del Medico Competente nel contesto aziendale, sociale e di Sanità Pubblica*, Conference Paper in 49° Congresso Nazionale Siti; al link: https://www.researchgate.net/publication/310426371_Attuale_ruolo_del_Medico_Competente_nel_contesto_aziendale_sociale_e_di_Sanita_Pubblica

Carnevale F., Baldasseroni A.,1999, *Mal da lavoro*, Roma-Bari, Laterza.

Cosmacini G., 1999, *Introduzione*, in F. Carnevale, A. Baldasseroni, *Mal da lavoro*, Roma-Bari, Laterza.

Crouch C., 2019, *L'Europa oltre il neoliberismo*, in «il Mulino. Rivista trimestrale di cultura e di politica», n. 1, pp. 41-46.

De Falco G., 1999, *Sicurezza sul lavoro. Le figure soggettive: competenze, adempimenti, responsabilità*, Roma, Carocci.

De Maria C., 2020, *L'evoluzione della Medicina del Lavoro*, in E. Betti, C. De Maria (a cura di), *Genere, salute e lavoro dal fascismo alla Repubblica. Spazi urbani e contesti industriali*, Roma, Bradypus Editore.

Deidda B., Monni L., 2015, *La responsabilità penale del medico del lavoro*, Torino, Giappichelli Editore.

Galvin R., 2002, *Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals*, in «Health», 6(2), pp. 107-137.

Gili C., 2021, *Interpretare le transizioni: una proposta, una sfida*, in Webinar 30 novembre 2021 della Commissione permanente per l'attività professionale del Medico Competente, SIML; al link: https://uploadsssl.webflow.com/5e314724ceeebbf011927853/619b7bea85a3c968b2ce06dc_documento_CMC_Re_visioni_RIVISTO.pdf.

Koranyi I., Jonsson J., Rönnblad T., Stockfelt L., Bodin T., 2018, *Precarious employment and occupational accidents and injuries–a systematic review* in «Scandinavian journal of work, environment & health», n. 44, vo. 4, pp. 341-350.

Maggi B., 2011, *Introduzione*, in B. Maggi, G. Rulli (a cura di), *Decreto Legislativo 81/2008. Quale prevenzione nei luoghi di lavoro?*, Bologna, TAO Digital Library, http://amsacta.unibo.it/3093/1/dlgs81.pdf.

Id., 2015, *Il "vero paziente" è il lavoro*, Bologna, TAO Digital Library, http://amsacta.unibo.it/4418/1/LavoroVeroPaziente.pdf.

Marichalar P., 2012, *Enfermé dans un schéma carcéral pour éviter les dévoiements politiques. Les stratégies professionnelles d'un médecin du travail dans l'espace politique de l'entreprise*, in F. Ploux, M. Offerlé, L. Le Gall (eds.), *La politique sans en avoir l'air: Aspects de la politique informelle XIXe-XXIe siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Id., 2014, *Médecin du travail, médecin du patron: l'indépendance médicale en question,* Paris, Presses de Sciences Po.

Marino M., 2008, *Leadership filosofica*, Perugia, Morlacchi Editore.

Marisola C., 2021, *La frammentazione professionale e le formule organizzative*, in *Re – visioni: riflessioni sulla Professione*, Webinar 30 novembre 2021 della Commissione permanente per l'attività professionale del Medico Competente, SIML, al link: https://uploadsssl.webflow.com/5e314724ceeebbf011927853/619b7bea85a3c968b2ce06dc_documento_CMC_Re_visioni_RIVISTO.pdf.

Martinelli F., 2017, *Social services, welfare states and places: an overview*, in F. Martinelli, A. Anttonen, M. Mätzke, (eds.), *Social Services Disrupted. Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity*, Cheltenham (UK), Edward Elgar Publishers.

Mosconi G., Bartolucci G. B., Apostoli P., 2014, *Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio*, in «Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia», n. 36, vol. 2, pp. 69-77.

Negri S. (a cura di), 2021, *Competenze e nuove professionalità per la tutela della salute e sicurezza*, Vol V di *Il sistema prevenzionistico e le tutele assicurative alla prova della IV Rivoluzione Industriale*, ADAPT University Press; al link: https://salus.adapt.it/il-sistema-prevenzionistico-e-le-tutele-assicurative-alla-prova-della-iv-rivoluzione-industriale-volume-v/

Paci N. 2010, *Il Medico Competente*, in «*Rassegne di dottrina e giurisprudenza sui soggetti della sicurezza*», in «Olympus – Osservatorio per il moni-

toraggio permanente della legislazione e giurisprudenza sulla sicurezza del lavoro – Università degli studi di Urbino Carlo Bo»; al link: https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2434:2010-paci-natalia-rassegna-sui-soggetti-della-sicurezza-il-medico-competente&catid=98&Itemid=126

Pagliaro G., 2022, *Revisione del programma di mandato dalla 'Commissione permanente per l'attività professionale del Medico Competente' della Società Italiana di Medicina Lavoro (SIML)*; al link: https://uploadsssl.webflow.com/5e314724ceeebbf011927853/623057f7b2cf9e2d04234a0c_Revisione_programma_di_mandato_CMC.pdf.

Paleani R., Cangiao G., Signorini S., Papaleo B., 2006, *La medicina del lavoro e i nuovi rischi*, in «Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia», n. 28, vol. 4, pp. 437-439.

Patané P. A., 2022, *Presentazione 33° Congresso nazionale ANMA*, Perugia 9-10-11 giugno 2022, al link: http://www.anma.it/wp-content/uploads/2022/02/PRESENTAZIONE-DEL-CONGRESSO.pdf.

Raffa V., 2017, *Oltre l'immaginario scientista: la malattia cronica tra ospedalizzazione e vita quotidiana*, in «Imago», Number 9 – Year VI / June, pp. 126-140.

Ricci P., 2005, *La medicina del lavoro tra memoria e attualità*, in Chiaretti G. (a cura di), *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, Franco Angeli.

Riva M.A., Carnevale F., 2017, *Da dove nasce il termine medico competente*, in «La Medicina del Lavoro», n. 108, vol. 6, pp. 487-490.

Sontheimer K., 1995, *Prefazione* in Arendt H., *Che cos'è la politica*, Torino, Einaudi.

Tiraboschi M. (a cura di), 2021, *Bilancio e prospettive di una ricerca* (vol. 1), in *Il sistema prevenzionistico e le tutele assicurative alla prova della IV Rivoluzione Industriale*, Adapt University Press; al link: https://iris.unimore.it/handle/11380/1250353

Tonelli P., 2007, *"La salute non si vende". Ambiente di lavoro e lotte di fabbrica tra anni '60 e '70*, in L. Falossi, F. Loreto (a cura di), *I due bienni rossi del Novecento 1919-1920 e 1968-1969. Studi e interpretazioni a confronto*, Roma, Ediesse.

Vicarelli G., 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia: società e salute da Crispi al Fascismo*, Bologna, il Mulino.

Id., 2010, *Gli eredi di Esculapio: medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma, Carocci.

Id., 2017, *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, in «Autonomie locali e servizi sociali», vol. 40, n. 2, pp. 221-238.

Violante F. 2021, *Medico del lavoro: una professione in evoluzione? intervista a Francesco Violante*, in M. Tiraboschi (a cura di), *Bilancio e prospettive di una ricerca*, Vol 1 di *Il sistema prevenzionistico e le tutele assicurative alla prova della IV Rivoluzione Industriale*, Adapt University Press; al link: https://iris.unimore.it/handle/11380/1250353

Vogel L., 2009, *Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail*, in « Mouvements », n. 2, pp. 104-116.
Weber M., 2006, *La scienza come professione, la politica come professione*, Milano, Mondadori (ed. or. 1919).