GIORNALE PROFESSIONALE E SCIENTIFICO / ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

MC JOURNAL

Anno 31, N. 1/2026

GENNAIO-MARZO 2026



ANTEPRIMA

- Legge 198/2025 – Le novità per il Medico Competente
- ANMA e la Telemedicina
- Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili
- Adozione di misure di facilitazione per l'inserimento lavorativo di lavoratori oncologici
- Strategia nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Aggiornamento al D.Lgs. 81/08
- **CONGRESSO NAZIONALE 2026**
- Tavolo congiunto tra Ministeri della Salute e del Lavoro e Politiche Sociali ed Associazioni Scientifiche della Medicina del Lavoro
- Dialoghi sulla Medicina del Lavoro
- Campagna Soci 2026
- Piano Formativo 2026

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI



SOMMARIO
1/2026

3 **Editoriale**
di Franco Massironi

4 **In primo piano**
Legge 198/2025 – Modifiche D.LGS. 81/08
Le novità per il Medico Competente

15 **ANMA Comunica**
ANMA e la Telemedicina

21 **Contributi**
Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

37 **Dalle Istituzioni**
- Adozione di misure di facilitazione per l'inserimento lavorativo di lavoratori oncologici
- Strategia nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

40 **Decreto Legge 81/08**
Aggiornamento al D.Lgs. 81/08

41 **Congresso Nazionale 2026**
- Prima Sessione: Intelligenza Artificiale e Medico Competente
- Seconda Sessione: Reprotossici: responsabilità, limiti e opportunità per il Medico Competente
- Terza Sessione: Il lavoro "gravoso"
- Quarta sessione: Zoonosi occupazionali, tumori e lavoro notturno

47 **ANMA Partecipa**
Tavolo congiunto tra Ministeri della Salute e del Lavoro e Politiche Sociali ed Associazioni Scientifiche della Medicina del Lavoro

49 **ANMA Live & Talk**
- Il Presidente ANMA P.A. Patanè intervistato sulla web TV dei consulenti del lavoro
- Dialoghi sulla Medicina del Lavoro

- Campagna Soci 2026
- Piano Formativo 2026

Tra norme, innovazione e nuovi rischi: il Medico Competente al centro del cambiamento

L'avvio del 2026 si apre con un quadro normativo in rapida evoluzione che impone al Medico Competente una riflessione profonda sul proprio ruolo e sulle responsabilità che ne derivano. La recente Legge 198/2025, che interviene in modo significativo sul D.Lgs. 81/08, non rappresenta soltanto un aggiornamento tecnico, ma segna un vero e proprio cambio di paradigma.

I tre assi principali della riforma – sorveglianza sanitaria, promozione della salute e requisiti organizzativi della funzione – delineano una figura professionale sempre più coinvolta e centrale nei processi aziendali. L'introduzione della visita per "ragionevole motivo", in particolare in relazione all'assunzione di alcol e sostanze, apre scenari applicativi complessi, nei quali il Medico Competente è chiamato a muoversi tra esigenze di tempestività, responsabilità giuridiche e difficoltà operative.

Accanto a questo, emerge con forza il tema della promozione della salute, con l'introduzione di nuovi obblighi informativi – come quello sulla prevenzione oncologica – che ampliano il perimetro di azione del Medico Competente oltre la tradizionale sorveglianza sanitaria, proiettandolo verso un ruolo più ampio di facilitatore della salute nei luoghi di lavoro.

In questo contesto di cambiamento normativo si inserisce inevitabilmente il tema della telemedicina. È necessario chiarire, senza ambiguità, che la telemedicina non è un nuovo modello organizzativo della professione, ma uno strumento: un insieme di prestazioni sanitarie erogate a distanza grazie alle tecnologie digitali.

Le sue potenzialità sono evidenti: accesso alle cure nei contesti disagiati, monitoraggio continuo, supporto ai lavoratori a distanza. Tuttavia, il suo utilizzo richiede equilibrio e senso critico, evitando derive verso una medicalizzazione "formale" che rischierebbe di impoverire il valore clinico della visita. Il Medico Competente resta il garante dell'appropriatezza: è lui che decide quando lo strumento è utile e quando non lo è.

Parallelamente, cresce l'attenzione verso patologie apparentemente "minori" ma con forte impatto sulla sicurezza: tra queste, la rinite allergica. Spesso sottovalutata, essa rappresenta una delle principali malattie respiratorie con ricadute significative sulla qualità della vita e sulla performance lavorativa. Non va dimenticato che alcuni trattamenti, in particolare gli antistaminici di prima generazione, possono indurre sonnolenza e ridurre i tempi di reazione, con implicazioni rilevanti per mansioni a rischio.

In questo ambito il ruolo del Medico Competente è strategico: individuare precocemente le allergopatie, valutare l'impatto dei farmaci e contribuire alla prevenzione degli infortuni attraverso informazione e sorveglianza mirata.

Norme, tecnologia e nuovi rischi convergono dunque verso una ridefinizione della professione. Una ridefinizione che troverà un momento di confronto fondamentale nel 39° Congresso Nazionale ANMA, in programma a Padova dal 7 al 9 maggio 2026, dedicato al tema "Governare gli strumenti, tutelare la salute".

Sarà un'occasione per discutere non solo delle novità legislative, ma anche delle sfide emergenti – dall'intelligenza artificiale ai nuovi modelli di lavoro – e per rafforzare una visione condivisa del ruolo del Medico Competente.

In definitiva, il filo conduttore che attraversa questo numero è chiaro: il Medico Competente non è più soltanto un esecutore di obblighi normativi, ma un professionista chiamato a integrare competenze cliniche, capacità organizzative e consapevolezza tecnologica.

La sfida non è adattarsi al cambiamento, ma governarlo, mantenendo al centro la tutela della salute del lavoratore.

Franco Massironi
Medico Competente,
Responsabile del Comitato di Redazione



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

22 gennaio 2026
Giovanni Scudier – Avvocato, Studio Legale C&S Casella e Scudier – Padova

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 198/2005: 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-bis[3] 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 riflessione[7]; 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 MC[8]; (*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 verificare

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, registrarlo 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 collettiva[10].

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 conseguire[12].

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 omesso 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.



ANMA e la Telemedicina

Intervento del dott. P.A. Patanè al Congresso SIML 2025

Ci siamo resi conto che parlando di telemedicina, ognuno partiva da un concetto o una immagine che rimandava a contesti e situazioni spesso diverse, certamente limitati e limitanti.
Facciamo quindi, seppur sinteticamente un po' di chiarezza sui termini per arrivare ad una immagine o contesto il più possibile chiaro e condiviso.

SANITÀ DIGITALE:

Obiettivi*:*

Fonte: Ministero per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale

- migliorare il processo di cura e assistenza;
- monitorare in tempo reale i parametri vitali;
- andare sempre più verso approcci di medicina personalizzata.
- arrivare in territori non urbani con la televisita;
- permettere il consulto di specialisti ovunque essi siano;
- ridurre le ospedalizzazioni o lunghe attese;
- ricordare ai pazienti direttamente sul loro cellulare le terapie da seguire o gli screening raccomandati;

TELEMEDICINA:

Con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo.

Vantaggi:

Accesso alle cure a distanza, riduzione dei tempi di diagnosi e trattamento
Equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti
Dialogo tra sanitari per consulti su particolari casi clinici
Inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti
https://www.salute.gov.it/portale/ehealth

SERVIZI DI TELEMEDICINA

I servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

Teleconsulto e Teleconsulenza medico-sanitaria: consulenze mediche a distanza tra specialisti e medici di base
Televisita: atto medico in cui il professionista interagisce a distanza e in tempo reale con il paziente scambiandosi dati clinici, immagini, auto-video ecc..
Telemonitoraggio: controllo remoto di parametri vitali per pazienti cronici
Telesalute e Teleassistenza: supporto per pazienti anziani o con disabilità
https://www.salute.gov.it/portale/ehealth

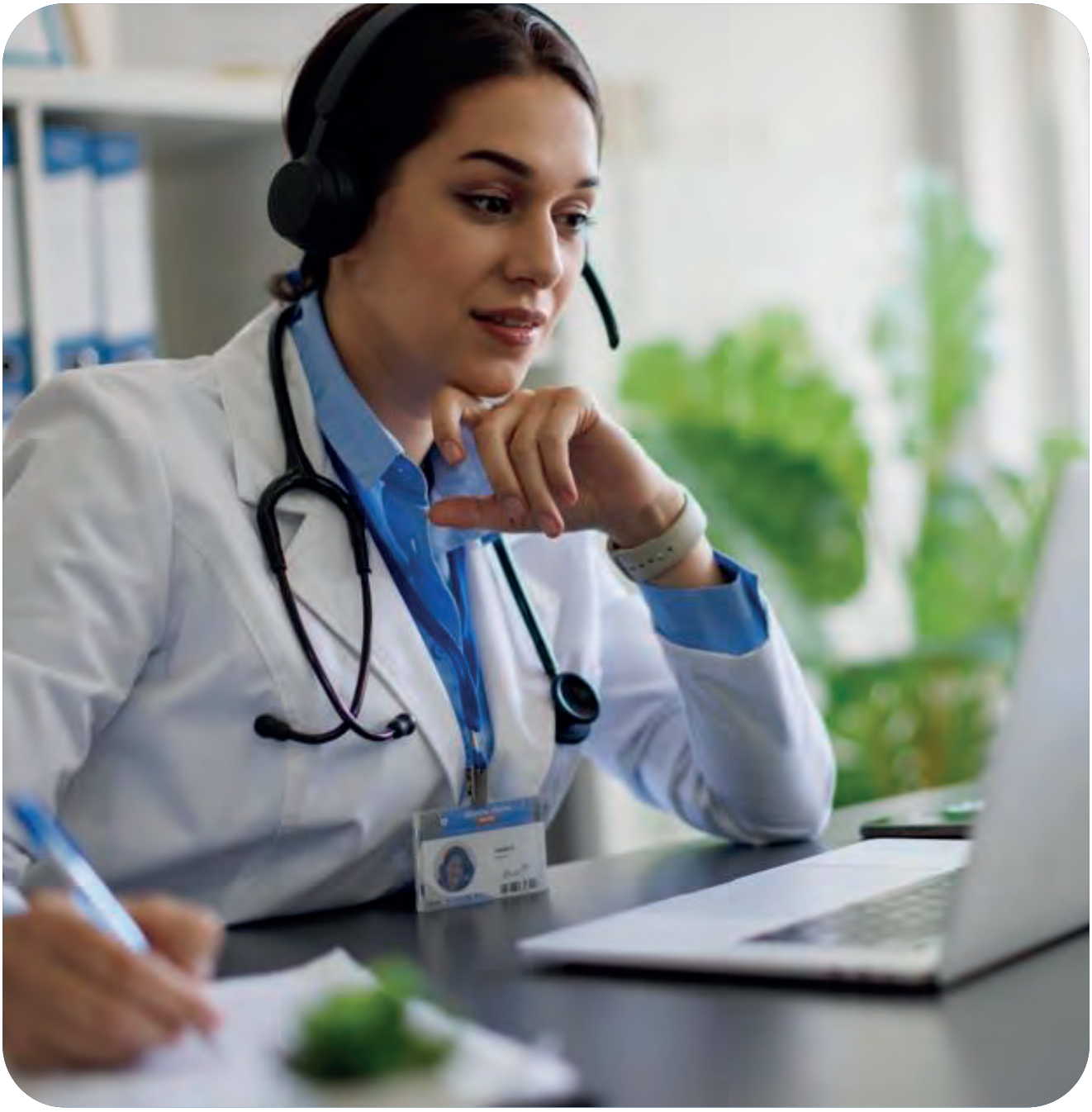
STRUMENTI PER LA TELEMEDICINA

Piattaforme digitali per la gestione del paziente: cartelle elettroniche, applicazioni di teleconsulto
Wearable devices: smartwatch, sensori indossabili per il monitoraggio continuo
Dispositivi di imaging remoti: ecografi portatili, dispositivi di diagnosi a distanza
Algoritmi di analisi avanzata: AI e machine learning per la diagnosi precoce

Discussione:

Fatta questa doverosa premessa andiamo al punto: il MC e la telemedicina per individuare opportunità e limiti.
La nostra cultura di medici competenti ha considerato e tutt'ora considera la visita "da remoto" come una diminutio dell'arte medica e della sua deontologia. La lunga premessa fatta ci suggerisce che la nostra visuale di telemedicina è ancora ridotta sia nel suo significato che nella forma. Aggiungiamo che una certa ritrosia ad aprirsi al tema della telemedicina è rintracciabile anche e più nel "sistema", a partire dalla parte datoriale, e non un limite culturale dei MC (… ed ancor meno lo sarà per le nuove generazioni). Ciò naturalmente è frutto di quella attenzione parossistica della norma e del suo apparato sanzionatorio sulla visita, che ha condizionato anche il mercato dei servizi e generato i noti fenomeni degenerativi, per i quali i MC sono ancora stigmatizzati.

L'esperienza del COVID, eccezione transitoria, ci ha confermato che il MC "integrato" nel sistema azienda sia stato ancora più presente nelle dinamiche aziendali – con tecnologie in remoto - rispetto alla normale routine operativa forzatamente limitata.
I riflessi giuridici, economici, organizzativi del giudizio di idoneità sono un ulteriore ostacolo



che può rendere più difficile il concetto del lavoro medico fatto a distanza (paradossalmente più ancora di quanto accade nelle specialità chirurgiche) frenando metodi diversi dalla consolidata tradizione.

A tal proposito ricordiamoci che è bastato un comma modificato *(art.41, c. 2 e-ter)* a rimettere tutto in discussione. E proprio la vicenda dei rischi nominati e di quelli normati dovrebbe ricordarci che il MC - volente o nolente - si è sempre storicamente impegnato a risolvere le fisiologiche latenze della normativa di riferimento usando l'arma del buon senso e le buone pratiche tratte dal confronto.

Ancora una provocazione: L'AI spinge per entrare prepotentemente nelle nostre pratiche quotidiane, ne parleremo al nostro Congresso; la telemedicina potrebbe essere fra qualche anno un argomento risolto e superato da tecnologie e strumenti di cui si intuiscono le potenzialità e che richiedono però, un anticipo almeno, di curiosità.

Chi tra di noi ha la fortuna di lavorare come tutor con i colleghi in formazione avrà osservato che non solo tecnologicamente ma culturalmente, costoro sono più inclini ad affrontare modalità nuove e ad oltrepassare barriere.
Allora val la pena a questo punto sottolineare una ovvietà, necessaria per prendere posizione su questo tema:

La telemedicina è uno strumento

Non è un metodo sistematico di lavoro, non è un assetto professionale, non è il new deal del professionista sanitario. E' uno strumento.

Obiezioni:

Nondimeno molte e ragionevoli sono le obiezioni che la telemedicina si trascina e provo a riassumerle:

- La prima e più grande è che ci sono delle patologie o situazioni del lavoratore che non si possono valutare a distanza: VERISSIMO
- Altra obiezione: da strumento orientato a situazioni particolari potrebbe divenire una pratica generalizzata, svilendo la nostra attività e riducendola a pratica formale: E' UN RISCHIO CHE PERO'' CORRIAMO ANCHE NELLE VISITE IN PRESENZA
- Ancora: viene meno il MC integrato nel contesto aziendale. E'UN RISCHIO… ma valutando meglio possiamo leggerla come la possibilità di non far venir meno una sua presenza efficace.
-

A queste obiezioni dobbiamo aggiungere una osservazione amara: anche nelle visite in presenza si corrono i medesimi rischi appena elencati e sin alcuni casi la presenza del medico competente non lascia emergere alcun valore aggiunto ((da considerare che il rigore normativo sulla tempestività dell'intervento medico ha sviluppato diversi stratagemmi organizzativi, tra i quali le nomine di MC "temporanei" che presumibilmente non offrono – loro malgrado – le stesse garanzie di tutela di un controllo da remoto fatto da un sanitario da tempo integrato nella specifica realtà lavorativa)

Opportunità:

Non possiamo lasciare in ombra le opportunità che sono significative se tese a rispondere al bisogno di salute:

- sedi disagiate
- visite richieste (oltre ai rientri)
- Monitoraggio di situazioni delicate
- Recupero di alcune assenze
- Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori che operano da remoto (telelavoro o smart working) al 90-100% e che vivono in luoghi lontani dalla sede di lavoro.

Oggi queste situazioni sono gestite con nomine ad hoc di medici che non conoscono la sede di lavoro e che visitano magari un lavoratore solo, oppure costringendo il lavoratore a recarsi presso la sede di lavoro (magari a Milano dalla Sardegna!) solo per effettuare la visita.

Certo, non siamo ingenui. Sappiamo che possono essere il grimaldello per una esasperazione del visitificio senza neanche la scomodità della trasferta. Anche in questo caso dobbiamo temere sempre degli stessi soggetti che maltrattano la nostra professione in altro modo.

IL RUOLO DELLE SOCIETA' SCIENTIFICHE

Come dicevamo il MC si è sempre storicamente impegnato a risolvere le fisiologiche latenze della normativa di riferimento. La Società Scientifica oltre alla necessaria prudenza per limitare le degenerazioni dovrebbe accompagnare questa tensione alle sfide del nuovo **valutando le pratiche di telemedicina secondo alcuni criteri.**

- Quelle sicuramente utilizzabili; per es. diagnosi di esami, teleconsulto etc…(non ci sono dubbi)
- Quelle percorribili e consigliabili in determinati contesti: visite o attività in situazioni difficili (rientri, visite richieste – ampliamento delle tutele).
- Non utilizzabile: sostituzione sistematica o surrettizia dell'attività del MC.



Studiando forme di utilizzo avanzate ed utili alla tutela del lavoratore - promuovendo anche istituzionalmente le pratiche virtuose.

LA NOSTRA PROPOSTA:

Facilmente deducibile da quanto detto: ricondurre la Telemedicina ad una opportunità finalizzata alla mission del MC

*Art. 2, comma 1 lettera m) «sorveglianza sanitaria»: 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.*

Da questo punto di vista la televisita **rappresenterebbe sicuramente una eccezione**, che potremmo pensare confinabile ad alcune situazioni:

- visita di rientro (lo è già)
- visita a richiesta
- alcune visite periodiche riguardanti singoli lavoratori e non interi gruppi.

La semplice sussistenza di una di queste fattispecie non autorizza comunque l'utilizzo indiscriminato della televisita; devono coesistere anche le condizioni per l'espressione del giudizio di idoneità senza l'osservazione diretta del MC. E' una questione di forma ed è una questione di sostanza. Chi se non il MC è capace di fare questa scelta, assumendosene la responsabilità?

L'eccezione è un atto medico. Il governo della cartella sanitaria/della visita/degli esami compete esclusivamente a.l MC. Questo governo dell'eccezione è SOSTANZA: in questa decisione si concretizza l'essere MC e si esprime la professionalità del MC. Ma l'atto medico, di decidere l'eccezione, è condizionato a precisi presupposti di FORMA. (Avv. Giovanni Scudier -Congresso Anma di Parma).LA SOSTANZA COMINCIA DALLA FORMA

E' la filosofia che sta alla base della visita di rientro (L.203/2024) e che di fatto introduce il concetto di televisita.

Conclusione:
Compito della mission di ANMA è far crescere in qualità il MC ed anche in questo caso portare a consapevolezza i nostri soci che la telemedicina è uno strumento per la tutela della salute e non una scorciatoia. Aiutarci a crescere in ogni nostro atto.

*Il medico competente del futuro sarà un professionista più tecnologicamente avanzato, con un focus crescente sulla prevenzione, la salute mentale e il benessere a lungo termine dei lavoratori. La sua figura si evolverà da quella di un semplice **supervisore della salute** a quella di un **facilitatore del benessere** integrato nelle dinamiche aziendali e sociali, utilizzando strumenti innovativi per creare ambienti di lavoro sani e sicuri.* (*Micaela Morettini, Ph.D. - Professore associato in Bioingegneria - Università Politecnica delle Marche*)

Certo è una visione del futuro anche troppo ottimistica ma è quella che ci avvicina al TWH, al concorso con i Piani di Prevenzione, che ci permette di essere più inseriti nei contesti aziendali.

Noi crediamo che questa figura di MC in evoluzione debba poter sfruttare tutte le opportunità, tutti gli strumenti, anche tecnici, a disposizione, rimanendo integro nella sua professione perché integro nei suoi obiettivi.



Il documento che pubblichiamo nelle prossime pagine si riferisce all'iniziativa multidisciplinare volta a sensibilizzare l'opinione pubblica e il mondo del lavoro sull'impatto delle allergie respiratorie, in particolare della rinite allergica, sulla sicurezza e sulla produttività.

ANMA ha svolto un ruolo centrale nella redazione del documento, contribuendo attraverso i propri esperti (tra cui il Presidente dott. Pietro Antonio Patanè e il coordinatore del comitato scientifico prof. Paolo Mascagni) all'analisi del nesso tra allergie, le sue terapie e sicurezza sul lavoro, focalizzandosi su diversi punti chiave:

- **Sorveglianza Sanitaria:** si sottolinea come il Medico Competente debba indagare, durante l'anamnesi, al riscontro di allergie, l'uso di farmaci antistaminici che possono indurre sonnolenza, specialmente per chi svolge mansioni ad alto rischio come la guida di mezzi, il lavoro in quota o la conduzione di impianti pericolosi.
- **Identificazione dei Rischi:** si evidenzia l'importanza di far emergere precocemente le allergopatie nei contesti lavorativi, permettendo di intervenire sui fattori di rischio ambientale (come polveri o agenti sensibilizzanti) e di indirizzare i lavoratori verso mansioni più idonee.
- **Proposte Operative:** promuovere l'integrazione della formazione sulla salute e sicurezza con moduli specifici relativi all'interazione tra farmaci e capacità di concentrazione. Proponendo inoltre di valorizzare le visite mediche aziendali per favorire l'invio allo specialista allergologo e l'adozione di terapie (come gli antistaminici di seconda generazione) che non interferiscano con la vigilanza.
- **Prevenzione degli infortuni:** l'obiettivo è aumentare la consapevolezza dei lavoratori sui propri sintomi e sui trattamenti, riducendo così il rischio di chi è alla guida e degli incidenti causati dalla riduzione dell'attenzione sul lavoro.

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

In collaborazione con:

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

SIAAIC Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

PAZIENTI E CONSUMATORI

FederASMA e ALLERGIE Federazione Italiana Pazienti ODV

CONSUMERS' FORUM

Board scientifico

- **Giorgio Walter Canonica**
  Professore Straordinario presso Humanitas University
- **Mario Di Gioacchino**
  Past President della Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC)
- **Maria Concetta D'Ovidio**
  Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), INAIL
- **Sandra Frateiacci**
  VicePresidente di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv e Presidente dell'Associazione Liberi dall'Asma, dalle Malattie Allergiche, Atopiche, Respiratorie e Rare (ALAMA-APS)
- **Paolo Mascagni**
  Coordinatore del Comitato scientifico dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Nicola Murgia**
  Dipartimento di Scienze dell'Ambiente e della Prevenzione, Università di Ferrara.
- **Adriano Papale**
  Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), INAIL
- **Pietro Antonio Patanè**
  Presidente dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Mario Picozza**
  Presidente di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv
- **Sara Porro**
  Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA)
- **Furio Truzzi**
  Presidente di Consumers' Forum
- **Luigi Visintin**
  Tesoriere di FederAsma e Allergie – Federazione Italiana Pazienti Odv e Presidente dell'Associazione Nazionale Genitori Eczema Atopico e Allergia Alimentare (ANGEA)

Sommario

Abstract 4

La Rinite Allergica: “patologia comune, costosa e negletta” 5

Epidemiologia 5

Prevalenza della Rinite Allergica 5

Il peso della patologia su una popolazione in termini di disabilità, costi sociali ed economici 7

Trattamento 8

Comorbidità 8

Le allergie professionali respiratorie 9

Il ruolo del medico competente 11

Bibliografia 13

Proposte 14

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Abstract

Le allergie respiratorie rappresentano oggi una delle principali sfide per la sanità pubblica a livello globale. Si tratta di malattie in costante aumento, che colpiscono in misura significativa non solo la salute dei cittadini, ma anche i sistemi sanitari e le economie nazionali.

Tra le forme più diffuse vi è la Rinite Allergica, una patologia comune, costosa e spesso trascurata. Recenti dati indicano un aumento dei casi, con stime fino al 40% della popolazione totale in alcune nazioni e circa 600 milioni di pazienti a livello mondiale. Tra le principali cause di questo incremento vi sono i cambiamenti climatici e l'inquinamento, che influenzano la durata delle stagioni di pollinazione e la sensibilizzazione allergica. In Italia la Rinite Allergica colpisce circa il 20% della popolazione generale, ma solo il 12% dei pazienti ha eseguito un test allergologico per confermare la diagnosi. Inoltre, circa il 50% dei pazienti non assume alcun farmaco e circa il 40% dei trattamenti è suggerito da amici o farmacisti.

Il trattamento farmacologico della Rinite Allergica si basa principalmente sugli antistaminici anti-H1, tradizionalmente suddivisi in prima e seconda generazione. I primi sono efficaci ma associati a effetti collaterali, tra i quali soprattutto la sedazione, con riduzione dell'attenzione e dei tempi di reazione. I secondi sono meglio tollerati e rappresentano quindi la scelta terapeutica preferenziale, ottimizzando efficacia clinica, sicurezza e qualità della vita. Una classificazione aggiornata distingue tre gruppi: antistaminici che non attraversano la barriera ematoencefalica, come bilastina e fexofenadina, privi di effetti sedativi clinicamente rilevanti; molecole con penetrazione limitata, come cetirizina e levocetirizina, che possono indurre sedazione lieve; e farmaci liposolubili, come difenidramina e ketotifene, associati a sedazione significativa e riduzione dei tempi di reazione.

La Rinite Allergica ha un impatto significativo sulla qualità della vita, influenzando molte attività quotidiane e causando una percezione elevata di gravità della malattia, spesso sottovalutata. L'impatto economico è notevole, includendo assenteismo, presenteismo e ridotta produttività scolastica e lavorativa, stimata tra 30 e 50 miliardi di euro all'anno soltanto in Europa.

In ambito professionale, la Rinite Allergica rappresenta una delle principali malattie respiratorie, sia a seguito di esposizioni occupazionali sia a causa di condizioni preesistenti che possono essere esacerbate dall'ambiente di lavoro. Per una precoce individuazione e gestione dei disturbi respiratori è fondamentale considerare la storia occupazionale dei lavoratori allergici e adottare un approccio multidisciplinare nella valutazione delle esposizioni, degli effetti e delle strategie di informazione, educazione sanitaria dedicata a pazienti e cittadini, formazione del personale sanitario e del mondo del lavoro pubblico e privato.

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria, se il Medico Competente nella sua anamnesi rileva l'uso di antistaminici che possono indurre sonnolenza, dovrebbe tenerne conto nella valutazione del lavoratore, soprattutto nelle mansioni ad alto rischio (come, ad esempio, la guida di mezzi, la conduzione di impianti pericolosi, il lavoro in quota) dove vigilanza, attenzione e prontezza di riflessi risultano fondamentali.

La Rinite Allergica: "patologia comune, costosa e negletta"

Così veniva definita la Rinite Allergica nel 2008 dalla rivista *The Lancet,* uno dei giornali medico-scientifici più impattati ed impattanti. I meccanismi che sottendono questa patologia riconoscono una genesi immunologica, dove le IgE identificano l'allergene e legandosi alle cellule effettrici (prevalentemente mastociti), che degranulano inducendo il rilascio di vari mediatori chimici, tra cui l'istamina. Tale mediatore risulta, certamente il più significativo nella fase immediata della reazione e nell'indurre i sintomi ben noti per quanto concerne la Rinite Allergica: secrezioni nasali, prurito nasale, sternuti, scolo retronasale, ostruzione nasale.

Epidemiologia

Nel 2015 Wheatley & Togias riportavano, sul *NEJM-New England Journal of Medicine* (altra rivista prestigiosa) che la Rinite Allergica interessava tra il 15 ed il 30% della popolazione degli USA, segnalando tra l'altro la frequentissima comorbidità con l'Asma nella popolazione americana. Nella Figura 1, viene riportato un dato recente sulla prevalenza della Rinite Allergica nelle varie regioni del mondo, dimostrando picchi altissimi in Oceania e una prevalenza di circa il 20% nella popolazione in Europa.

Prevalenza della Rinite Allergica

La Rinite Allergica (RA) è una delle malattie croniche più comuni al mondo.

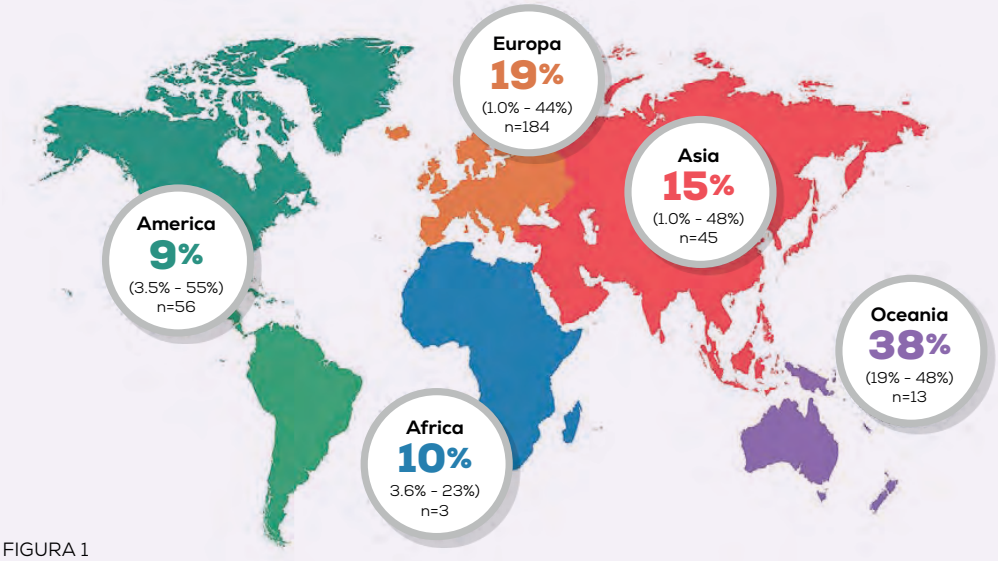


FIGURA 1
Savouré M, *et al. Clin Transl Allergy* 2022 Mar;12(3):e12130

In realtà questi dati di prevalenza vanno aggiornati, in quanto l'aumento di pazienti affetti da questa patologia è sostanziata da recenti pubblicazioni dell'India, ad esempio, che riferiscono prevalenze che arrivano al 40% della popolazione totale, e una recente pubblicazione (Savouré M. *et al. Clin Transl Allergy. 2022 Mar;12(3):e12130)* riporta una prevalenza in crescita con 600.000.000 pazienti nel mondo.

Le maggiori cause riferite di questo aumento di prevalenza sono: cambiamenti climatici ed inquinamento. In Italia, in uno studio pubblicato nel 2010, che ha indagato il possibile ruolo del cambiamento climatico sulle stagioni di pollinazione e sulle sensibilizzazioni allergiche, per un arco di tempo di 27 anni (Ariano, Canonica e Passalacqua, *Annals of Allergy Asthma Immunol 2010)*, i giorni di pollinazione della Parietaria, ad esempio, erano aumentate di oltre 90 giorni/anno. Facile quindi desumere l'impatto di questi mutamenti sull'esposizione dei pazienti e conseguentemente sulle manifestazioni cliniche che ne derivano.

A tal proposito è essenziale ricordare che per una corretta diagnosi e per una altrettanto corretta terapia bisogna avere molto chiaro le stagionalità polliniche nelle regioni in cui si opera e dove i pazienti vivono. In Cina un recente studio (Zhang *et al. Journal of Asthma and Allergy 2024*) ha fornito un esempio calzante delle diversità e degli impatti che i differenti allergeni hanno in differenti territori: Figura 2.

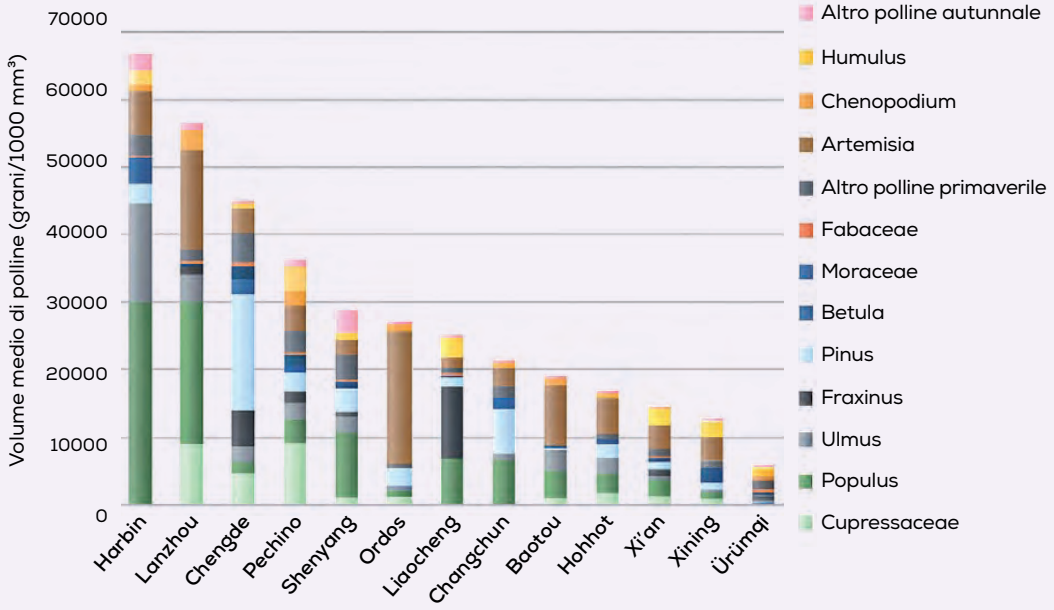


FIGURA 2

Il peso della patologia su una popolazione in termini di disabilità, costi sociali ed economici

La Rinite Allergica ha un sensibile impatto sulla Qualità di Vita del paziente, in quanto questa malattia influisce su molte sfere del quotidiano dei pazienti, come riassunto nello studio di Baena-Cagnani *et al. WAO -World Allergy Organization Journal 2015.*



FIGURA 3
Baena-Cagnani *et al.* WAO -World Allergy Organization Journal 2015.

Peraltro, è stato dimostrato che in Europa la Rinite Allergica persiste per tutta la vita del paziente nel 24% dei casi, costituendo quindi un disturbo impattante. Infatti, uno studio europeo (Canonica *et al. Allergy 2007)* ha rivelato che la percezione di severità di malattia è in oltre il 70% dei pazienti con Rinite Perenne a fronte di una sottovalutazione da parte dei medici. Tale dato è confortato da uno studio analogo (Shatz *et al. Allergy 2007*) eseguito negli USA, che ha confermato i dati europei. Questo a sottolineare una sottovalutazione da parte dei medici dell'impatto che la Rinite Allergica ha in realtà sui pazienti. È inoltre noto da tempo che la Qualità della Vita dei pazienti con Rinite Allergica peggiora con il perdurare della malattia; esiste infatti un parallelismo tra durata e decadimento della qualità della vita.

Dal punto di vista della valutazione economica dell'impatto della Rinite Allergica dobbiamo anche inserire Assenteismo e Presenteismo, che sono due capitoli importanti. Basti pensare alle evidenze scientifiche che dimostrano inequivocabilmente come la Rinite Allergica influisca negativamente sulla resa e sul superamento degli esami scolastici da parte degli studenti che ne sono affetti (Naclerio, Ansotegui, Canonica *WAOJ 2024*). Un dato che riassume il tutto: in Europa l'impatto negativo della Rinite Allergica sulla produttività lavorativa è stimata in 30-50 Miliardi di €/anno (Bousquet *et al. Nature Reviews Disease Primers 2020*).

Trattamento

Gli antistaminici anti-H1 vengono tradizionalmente classificati in due gruppi, le molecole di prima e seconda generazione. Al di là dell'effetto farmacologico ricercato, l'utilizzo clinico delle molecole di prima generazione è gravato da alcuni effetti collaterali ben noti: secchezza delle fauci, nausea, vomito, diarrea, stipsi, pollachiuria, disuria, ritenzione urinaria, aumento dell'appetito, tachicardia. A causa della elevata liposolubilità, gli antistaminici anti-H1 di prima generazione sono in grado, in particolare, di attraversare con facilità la barriera ematoencefalica e di interagire con i recettori del sistema nervoso centrale, inducendo più facilmente sedazione, sonnolenza, riduzione del livello di attenzione e dei tempi di reazione, comunemente considerati i più noti e temuti effetti collaterali.

Gli antistaminici di seconda generazione si sono dimostrati terapeuticamente più efficaci e accompagnati da minori effetti collaterali, in particolare proprio di sedazione rispetto a quelli di prima generazione. Ciò per le loro caratteristiche lipofobiche che determinano minor capacità di superare la barriera ematoencefalica. Si prestano inoltre a maggior compliance da parte del paziente in quanto assunti in mono-somministrazione.

Una più recente classificazione degli antistaminici basata sulla loro occupazione dei recettori cerebrali dell'istamina prevede tre classi di molecole: gli antistaminici che non penetrano nell'encefalo (bilastina e fexofenadina), gli antistaminici non sedativi/poco sedativi (cetirizina, levocetirizina), gli antistaminici sedativi (difenidramina, ketotifene).

Gli antistaminici costituiscono nella realtà clinica il primo farmaco assunto dal paziente e proposto dal farmacista (Lombardi *et al. Asthma Research & Practice 2015*). È doveroso però segnalare quanto sia fondamentale astenersi dall'uso degli antistaminici di prima generazione che danno sedazione e quindi interferiscono pesantemente con la conduzione di vita del paziente.

Un altro aspetto che la ricerca italiana ha dimostrato già due decadi fa e che ha orientato in modo differente il trattamento della Rinite Allergica è stata la individuazione della Flogosi Minima Persistente (Ciprandi *et al. J. Allergy Clinical Immunol. 1995*). In breve: la Rinite Allergica è sottesa da una infiammazione indotta dalla reazione allergica prima descritta; ma tale infiammazione persiste anche in assenza dei sintomi della malattia. Questo ha condotto a un ripensamento sulla strategia terapeutica nel trattare il paziente, cioè se esiste esposizione all'allergene causale bisogna trattare il paziente anche in assenza di sintomi, come anche riportato da allora nelle Linee guida internazionali della Rinite (*Compalati & Canonica Clinical Experimental Immunology 2009*).

Comorbidità

Nel 2000 fu coniato il termine e il concetto di UAD-*United Airways Disease* (Passalacqua & Canonica, *Thorax 2000*) a significare la valutazione globale del paziente alla luce della coesistenza pressoché costante di patologia delle alte (Rinite Allergica) e basse vie respiratorie (Asma Bronchiale), il che chiaramente comporta sia una corretta e completa valutazione clinico/diagnostica del paziente sia una terapia coordinata. Tra le altre comorbidità la più frequente è l'Oculorinite Allergica, anch'essa trattata primariamente con antistaminici e con colliri topici.

Non esiste una frequenza di comorbidità con Orticaria Cronica, patologia con una prevalenza di oltre 1 milione di pazienti, prevalente il sesso femminile, e che conta almeno un episodio/nella vita di circa il 20% della popolazione. L'Orticaria Cronica viene trattata secondo le Linee guida internazionali, in prima istanza, con antistaminici di nuova generazione, con alte dosi se necessario.

Le allergie professionali respiratorie

Le allergie professionali respiratorie sono associate a numerose esposizioni ambientali di diversa natura, tra cui biologica e chimica, nei luoghi di lavoro *indoor* e *outdoor*. Tra le patologie allergiche respiratorie, la Rinite e l'Asma sono tra quelle più rappresentative, sia a seguito di esposizioni in ambiente di lavoro che di condizioni preesistenti che possono essere esacerbate a seguito di esposizioni occupazionali.

Tra gli effetti delle allergie respiratorie vanno considerati gli impatti negativi sulla qualità di vita e sulla produttività. Alcuni studi riportano che l'ambiente di lavoro contribuisce in maniera sostanziale al carico globale delle allergie con circa il 17% per i casi di Asma e con circa 11 milioni di giornate lavorative perse in individui affetti da rinosinusite cronica. L'Asma e la Rinite occupazionale sono anche importanti co-morbilità che possono interessare prevalentemente alcune categorie di lavoratori con percentuali variabili tra 5-31%.

Recenti stime dell'*European Environment Agency* (EEA 2024) suggeriscono che le malattie respiratorie croniche legate all'attività lavorativa siano diminuite nell'UE-27 negli ultimi due decenni, ma solo di meno del 10%. La loro prevalenza continua a essere molto più elevata negli uomini che nelle donne, sebbene anche tale differenza sia diminuita. Comunque, alcune malattie respiratorie croniche legate al lavoro non mostrano segni di diminuzione nell'UE, tra queste l'Asma correlata al lavoro per la quale nella maggior parte dei Paesi dell'EU non si osserva un netto calo (EU-OSHA, 2023). In Europa, tra le malattie respiratorie, l'Asma correlata al lavoro è quella più comune, con un'associazione al lavoro che si ritiene rappresenti circa il 15% di tutti i casi di Asma in età adulta. Una riacutizzazione grave di Asma su sette è collegata all'esposizione lavorativa (*European Lung Foundation,* 2024)

La banca dati statistica dell'INAIL, consultabile anche *online* (https://www.inail.it/portale/it/attivita-e-servizi/dati-e-statistiche/banca-dati-statistica.html), riporta che nel quinquennio 2020 – 2024 le malattie respiratorie riconosciute sono risultate al quarto posto del totale delle tecnopatie dell'INAIL dopo le malattie del sistema muscoloscheletrico, le malattie del sistema nervoso e le malattie dell'orecchio (ipoacusia da rumore). Nell'ambito delle malattie professionali definite della Banca Dati Statistica INAIL riguardante il Totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto dello Stato), aggiornata al 30 aprile 2025, sono riportate nell'Analisi per Settore ICD-10 e Anno di protocollazione, le Malattie del sistema respiratorio (J00-J99) negli anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024. Tra le malattie sono considerate "Altre malattie delle alte vie respiratorie (J30-J39)" e le "malattie croniche delle basse vie respiratorie (J40-J47)". Tra quelle delle alte vie respiratorie il numero è maggiore per la Rinite Allergica non specificata con un totale sui 5 anni di 38. Riguardo le malattie delle basse vie respiratorie, l'Asma preminentemente allergico 119 sui 5 anni. In dettaglio, negli ultimi 2 anni (2023-2024) è stato osservato un aumento significativo delle certificazioni di Asma professionale pervenute all'INAIL.

Allergie respiratorie e attenzione: strategie per ridurre i rischi invisibili

Le malattie respiratorie (esclusi i tumori polmonari, i mesoteliomi e le malattie infettive respiratorie) registrate nel sistema di sorveglianza MALPROF (malattie segnalate alle ASL nel periodo 2018-2022 da tutte le 18 Regioni partecipanti alla rete MALPROF) sono il 2,85% del totale delle malattie con nesso causale positivo. Tra queste sono predominanti le Pneumoconiosi, seguite come frequenza dalle Bronchiti Croniche e dall'Asma (**Tabella 1).**

Tabella 1

MalProf - numero di segnalazioni con nesso globale positivo 2019-2022 per malattia	Frequenza	Percentuale sul totale delle malattie professionali	Percentuale sulle malattie professionali dell'apparato respiratorio
Asma	99	0,19	6,7
Bronchite Cronica ostruttiva e altre Bronchiti Croniche	121	0,23	8,1
Asbestosi	362	0,69	24,3
Placca Pleurica	536	1,02	36,0
Silicosi	147	0,28	9,9
Altre Pneumoconiosi	30	0,06	2,0
Polmoniti da ipersensibilità a polveri organiche (Alveolite allergica estrinseca)	21	0,04	1,4
Altre affezioni polmonari da agenti esterni	20	0,04	1,3
Rinite Allergica	23	0,04	1,5
Polipo e altre malattie corde vocali e laringe	21	0,04	1,4
Altre malattie dell'apparato respiratorio	108	0,21	7,3
Totale delle malattie dell'apparato respiratorio	**1.488**	**2,85**	**100,0**
Malattie NON dell'apparato respiratorio	50.807	97,15	-
Totale	**52.295**	**100,00**	**-**

La distribuzione delle segnalazioni è differente tra le varie Regioni italiane. In particolare, i casi di Asma sono segnalati per la maggior parte da tre regioni (Lombardia, Toscana e Emilia-Romagna). Su questo dato possono verosimilmente incidere iniziative regionali di ricerca attiva, reti ambulatoriali, ecc.

Le segnalazioni con nesso causale positivo riguardano in modo nettamente prevalente il genere maschile con un rapporto M/F pari a 12,4/1 nel periodo. Tra gli uomini le malattie respiratorie professionali più frequenti sono l'Asbestosi, la Silicosi e le Bronchiti Croniche; tra le donne sono l'Asma, la Rinite Allergica, l'Asbestosi e i Polipi alle corde vocali.

Se si considera l'età dei lavoratori al momento della diagnosi, tra i più giovani prevalgono le patologie con più breve periodo di latenza, come le patologie allergiche: Asma e Rinite nella fascia di età 16-29 anni rappresentano rispettivamente il 42,1% e il 26,3% delle malattie respiratorie. È importante far emergere precocemente i casi di Asma e Rinite Allergica in quanto queste patologie colpiscono soprattutto i giovani, che nel caso possono essere indirizzati ad altra mansione, inoltre le diagnosi precoci di casi sentinella permettono spesso di diagnosticare altri casi (*cluster*) con sintomi subclinici e di eliminare/sostituire fattori rischio presenti nei cicli lavorativi. Le Pneumoconiosi sono invece presenti quasi esclusivamente nelle fasce di età più avanzate.

Per quanto riguarda la tipologia di malattia respiratoria per settore, il maggior numero di casi di Asma e Rinite Allergica è segnalato nell'industria alimentare. Un numero rilevante

di segnalazione riguarda anche i lavoratori del settore agricolo che rappresenta altresì il settore di rischio prevalente, come atteso, per le Alveoliti Allergiche estrinseche.
Per quanto riguarda la fonte di segnalazione delle malattie respiratorie, i Medici Competenti segnalano principalmente Asma, BPCO, Rinite Allergica e Silicosi, mentre sono di numero inferiore, in relazione alle altre fonti informative, le segnalazioni di patologie come l'Asbestosi e le Placche Pleuriche. Questo può essere spiegato, almeno in parte, con l'età dei pazienti al momento della segnalazione: la diagnosi di Asma avviene nella quasi totalità dei casi (98,5%) prima dei 60 anni, quindi in piena età lavorativa. Vi è invece uniformità dal punto di vista delle patologie segnalate dai medici di medicina generale.

È probabile che tali patologie possano essere sottostimate evidenziando l'utilità di promuovere una maggiore attenzione riguardante le allergie respiratorie professionali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha considerato, nell'ambito della Classificazione ICD (*International Classification of Diseases*), la revisione 11 (https://icd.who.int/en). La letteratura scientifica pone l'attenzione sulla ottimizzazione della classificazione degli allergeni sulla base dell'ICD-11 che inserisce gli "allergeni occupazionali" con una percentuale del 6.5% da riclassificare per adattarli all'ICD-11.

Oltre 8000 litri d'aria attraversano i polmoni ogni giorno. Pertanto, i polmoni sono tra gli organi più esposti ai cambiamenti ambientali e, in quanto tali, sono anche tra i più vulnerabili alle minacce ambientali. Poiché le condizioni ambientali sono influenzate dai cambiamenti climatici, si prevede che diventeranno sempre più rilevanti nel contesto del posto di lavoro e dei rischi per l'apparato respiratorio: il riscaldamento globale porta a variazioni e aumento dell'esposizione a polveri organiche composte da batteri, funghi, pollini e virus, oltre a frammenti di animali o piante, collegato allo sviluppo di molte malattie respiratorie; gli incendi boschivi, in aumento per il surriscaldamento ambientale, comportano effetti dell'inalazione di fumo su patologie preesistenti o di nuova insorgenza come l'Asma; dopo la pandemia da coronavirus SARS-CoV-2 l'uso di disinfettanti e prodotti per la pulizia è aumentato notevolmente e le proprietà irritanti e sensibilizzanti di questi agenti possono indurre/aggravare patologie respiratorie nei lavoratori.

Va, quindi, considerata la necessità di conoscere la storia occupazionale dei pazienti allergici, favorendo un approccio multidisciplinare per una gestione integrata delle malattie allergiche professionali con il coinvolgimento di professionalità diverse riguardo le esposizioni, gli effetti, le metodologie e le modalità di informazione, formazione e comunicazione e una attenta sorveglianza sanitaria che garantisca una precoce individuazione dei disturbi respiratori nella popolazione lavorativa.

Il ruolo del medico competente

Nella Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori, le patologie e le alterazioni che possono alterare lo stato di attenzione sono sempre state di primaria importanza per tutti quei rischi in cui i fattori di salute si intersecano profondamente con quelli della sicurezza. Le novità legislative degli ultimi anni hanno accentuato questa sensibilità e quindi sollecitato i Medici Competenti a una maggiore attenzione.

Sono molte le mansioni in cui è richiesto un perfetto stato di lucidità, di attenzione e di pronta risposta del lavoratore. Senza la pretesa di stilare un elenco esaustivo e a puro titolo esemplificativo, si possono includere tutte le attività che richiedano la guida di mezzi (treni,

gru, pullman, camion, macchine agricole, carrelli elevatori e transpallet con uomo a bordo, ecc.), la conduzione di impianti particolarmente rischiosi (chimici, di fonderia, di trasporto su linee automatizzate, manovrare carichi sospesi). Sono queste attività che vengono anche rubricate come "a rischio verso terzi" e sono giustamente gravate da controlli circa assunzione di stupefacenti, sostanze psicotrope ed alcol. In ogni caso, non vanno tralasciate le attività a rischio per lo stesso lavoratore: lavoro in quota, lavoro in spazi confinati, attività in presenza di inquinanti, lavoro con uso di strumenti pericolosi. .

Infine, va segnalata l'importanza dell'assunzione di farmaci nel lavoro intellettuale, sia esso manageriale, progettuale o speculativo, che interessa una porzione rilevante di popolazione lavorativa, potendo influenzare in modo negativo la performance lavorativa.

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria, se il Medico Competente nella sua anamnesi rileva l'uso di antistaminici che possono indurre sonnolenza, dovrebbe tenerne conto nella valutazione del lavoratore, soprattutto nelle mansioni ad alto rischio (come guida di mezzi, conduzione di impianti pericolosi, lavoro in quota) dove vigilanza, attenzione e prontezza di riflessi risultano fondamentali.

Bibliografia

- Ariano, R., Canonica, G. W., & Passalacqua, G. (2010). *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.*
- Baena-Cagnani, C. E., *et al.* (2015). *World Allergy Organization Journal.*
- Bernstein, D. I., Pacheco, K., & Lemiere, C. (2024). How allergists can perform an occupational history in every patient. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 12(8)*, 1951–1958. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.05.012
- Bernstein, J. S., Ware, K., Zamora-Sifuentes, J., Poole, J. A., & Shusterman, D. (2026). Occupational rhinitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America, 46*(1), 49–67. https://doi.org/10.1016/j.iac.2025.09.004
- Bousquet, J., *et al.* (2020). *Nature Reviews Disease Primers*.
- Bousquet, J., Sousa-Pinto, B., Vieira, R. J., *et al.* (2025). Methodology for the development of the allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA)-EAACI 2024–2025 guidelines: From evidence-to-decision frameworks to digitalised shared decision-making algorithms. *Allergy*. https://doi.org/10.1111/all.70100
- Canonica, G. W., *et al.* (2007). *Allergy*.
- Ciprandi, G., *et al.* (1995). *Journal of Allergy and Clinical Immunology.*
- Compalati, E., & Canonica, G. W. (2009). *Clinical and Experimental Immunology.*
- European Environment Agency. (2024, November 7). Occupational exposure and respiratory disease. Retrieved from https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/beating-chronic-respiratory-disease/occupational-exposure-and-respiratory-disease
- Galván, C. A., Durán, R., & Quirce, S. (2026). A critical review of occupational asthma in the 21st Century work environment. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 36(5). https://doi.org/10.18176/jiaci.1123
- Kaawauchi, H., *et al.* (2019). Antihistamines for allergic rhinitis treatment from the viewpoint of nonsedative properties. International *Journal of Molecular Sciences, 20*(213). https://doi.org/10.3390/ijms20010213
- Lombardi, C., *et al.* (2015). *Asthma Research & Practice.*
- Naclerio, R., Ansotegui, I., & Canonica, G. W. (2024). *World Allergy Organization Journal.*
- Passalacqua, G., & Canonica, G. W. (2000). *Thorax.*
- Passali, D., Bellussi, L. M., Damiani, V., Passali, F. M., Motta, G., & Ciprandi, G. (2020). The impact of allergic rhinitis in clinical practice: An Italian survey. *Acta Biomedica*, 91(1-S), 19–27. https://doi.org/10.23750/abm.v91i1-s.9246
- Savouré, M., *et al.* (2022). *Clinical and Translational Allergy*, 12(3), e12130.
- Shatz, M., *et al.* (2007). *Allergy.*
- Tanno, L. K., Briand, Y., Mary, M., Khan, D. A., Sublett, J. L., Corbett, M. L., *et al.* (2023). Optimization of the allergen classification of the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 151(6), 1655–1659.e3. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.03.019
- The Lancet. (2008). Allergic rhinitis: Common, costly, and neglected. *The Lancet*, 371(9630), 2057.
- Wheatley, L. M., & Togias, A. (2015). Clinical practice: Allergic rhinitis. *New England Journal of Medicine*, 372(5), 456–463. https://doi.org/10.1056/nejmcp1412282
- Zhang, Y., *et al.* (2024). *Journal of Asthma and Allergy.*

Proposte

1. Alfabetizzazione sanitaria ed educazione al consumo consapevole

Promuovere **interventi normativi**, **campagne nazionali e strumenti divulgativi** *ad hoc,* rivolti a **cittadini, studenti, lavoratori (pubblici e privati, dipendenti e autonomi),** sulle **allergie**, i **trattamenti disponibili** e il relativo **impatto** sull'**attenzione** (con particolare riferimento alla guida o all'uso di macchinari), per creare **consapevolezza** sulla patologia, sull'uso dei farmaci e sugli effetti indesiderati, coinvolgendo in modo sinergico **Istituzioni**, **Enti** per gli **infortuni e** la **sicurezza sul lavoro**, associazioni di **Pazienti e Consumatori**, **Medici del lavoro**, **Medici di Medicina generale e Farmacisti**.

2. Corsi di salute e sicurezza sul lavoro

Integrare i **moduli formativi per la salute e sicurezza sul lavoro**, rivolti ai lavoratori, con contenuti relativi alle possibili interazioni di alcuni **farmaci** – inclusi gli antistaminici – sulla **capacità di concentrazione**, al fine di aumentare la consapevolezza sui rischi e promuovere comportamenti sicuri.

3. Visite mediche aziendali

Valorizzare, durante **le visite di sorveglianza sanitaria del lavoratore**, le **domande specifiche** da parte del **medico competente** relativamente a eventuali **condizioni allergiche**, al fine di consentire l'emersione di eventuali allergopatie e di suggerire quindi un approfondimento specialistico in ambito allergologico e, di conseguenza, l'approccio terapeutico più appropriato, anche al fine di ridurre i possibili rischi legati alla mansione.

4. Packaging degli antistaminici

Valutare la possibilità di inserire un **apposito pittogramma sulla confezione dei farmaci – a partire da quelli per l'allergia –** che segnali in maniera immediata al paziente l'ininfluenza sulla capacità di guida e sull'utilizzo di macchinari (sul modello "no doping").

5. Monitoraggio statistico

Nelle statistiche relative alle ragioni dell'**assenteismo dal lavoro per malattia e infortunio** e agli **incidenti stradali causati da sostanze**, promuovere la realizzazione di **focus** sui sintomi delle **allergie e** sull'assunzione di farmaci, in particolare **antistaminici.**

In collaborazione con:

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

PAZIENTI E CONSUMATORI



Adozione di misure di facilitazione per l'inserimento lavorativo di lavoratori oncologici

Il Ministro del Lavoro e Politiche Sociali ed il Ministro della Salute hanno firmato il Decreto Ministeriale relativo all'adozione di misure specifiche di facilitazione all'inserimento lavorativo di lavoratori oncologici.
Destinatari delle misure sono i soggetti "guariti" da patologia oncologica intendendo sia le persone dichiarate guarite dal cancro sia le persone che, in assenza di evidenza attuale di malattia, sono sottoposti a trattamenti prolungati (adiuvanti o di follow-up).

Le misure previste nel Decreto sono riportate all'articolo 2:

- programma nazionale per la garanzia di occupabilità dei lavoratori ai quali è riservato uno specifico percorso di servizi;
- fondo Nuove Competenze;
- Assegno di Inclusione;
- supporto per la formazione e il lavoro – la misura determina l'accesso per l'interessato ad un beneficio economico quale indennità di partecipazione alle misure di attivazione lavorativa;
- accomodamenti ragionevoli.



Strategia nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Rilanciamo il documento denominato "Strategia nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", emanato dal Ministero della Salute, che si basa sul Quadro Strategico 2021-2027 dell'Unione Europea.

La Strategia mira a garantire un ambiente di lavoro sano e sicuro ponendo l'attenzione sulla necessità di anticipare e gestire i rischi per la SSL nel contesto dei cambiamenti del mondo del lavoro, nonché sull'urgenza di migliorare la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle Malattie Professionali, anche nell'ottica dell'approccio *Vision Zero*, che ambisce ad azzerare gli infortuni gravi e i decessi sul luogo di lavoro, partendo dall'assunto che ogni incidente sul lavoro possa essere prevenibile. Inoltre prende in considerazione le sfide legate al lavoro a distanza e al cambiamento climatico.

Riguardo ai numeri presentati nel documento:

Infortuni sul Lavoro - Nel 2024, si registrano 593.000 denunce di infortunio (di cui 78.000 di accadimenti a studenti), in aumento dello 0,4% rispetto all'anno precedente; gli infortuni con esito mortale sono 1.202, con un incremento di 1 caso rispetto al 2023; gli infortuni in occasione di lavoro diminuiscono del 1,9%, mentre quelli in itinere aumentano del 3,1%.

Malattie Professionali in Crescita - Le malattie professionali mostrano un aumento significativo nel 2024, con oltre 88.000 denunce (+21,8% rispetto al 2023); quasi il 75% delle denunce riguarda malattie muscolo-scheletriche.

Sorveglianza Sanitaria e Rischi Lavorativi - Nel 2024 sono attivi 8.410 MC, 4.713 hanno inviato comunicazioni per l'anno 2024, *indicando una disponibilità adeguata al fabbisogno.*

Lavoratori Soggetti a Sorveglianza Sanitaria - Il numero di Lavoratori soggetti a Sorveglianza Sanitaria è in costante aumento nelle serie storiche dal 2018 al 2024: nel 2024 il 85,2% degli occupati è soggetto a Sorveglianza Sanitaria; dei 20.380.552 Lavoratori soggetti a Sorveglianza, il 44,0% ha ricevuto una visita medica nel 2024, con esito di piena idoneità in oltre il 99% dei casi. La media di esposizione ai rischi è di 2,4 rischi per Lavoratore, con il 39,5% esposto a movimentazione manuale dei carichi, dato a cui seguono i cc.dd. videoterminalisti con la quota del 29,7%.

La Strategia nazionale si basa su cinque assi strategici per affrontare le sfide della SSL:

Affrontare i Cambiamenti del Mondo del Lavoro: è richiesto l'adattamento delle politiche di salute e sicurezza:

- innovazione e digitalizzazione stanno creando nuovi rischi e opportunità
- è necessario considerare l'invecchiamento della forza lavoro e le nuove forme di lavoro, come il lavoro a distanza
- i cambiamenti climatici e le nuove tecnologie introducono rischi per la salute e sicurezza dei Lavoratori

Obiettivi ed Azioni Strategiche per questo primo asse sono:

- obiettivo 1.1: anticipare e gestire i rischi nuovi ed emergenti attraverso l'analisi normativa e la ricerca (pp. 17-18)
- obiettivo 1.2: fronteggiare i rischi tradizionali con un approccio integrato e analisi degli infortuni (p. 19)
- obiettivo 1.3: introdurre strategie innovative per la prevenzione e la vigilanza (p. 21)

Rafforzare la Resilienza del Sistema Istituzionale: resta necessario migliorare la conoscenza dei fenomeni di salute e sicurezza attraverso la condivisione dei dati (obiettivo 2.1) e coordinare le attività di vigilanza per evitare sovrapposizioni e ottimizzare le risorse (obiettivo 2.2). Altro tassello (obiettivo 2.3) della costruzione è la valorizzazione ed il rafforzamento del dialogo sociale.

Potenziare l'efficacia delle tutele: strumento fondante della Strategia per la SSL è il rilancio del capitale umano nell'area prevenzione del SSN (e in generale in sanità) ovvero il potenziamento dei servizi che la esplicano.

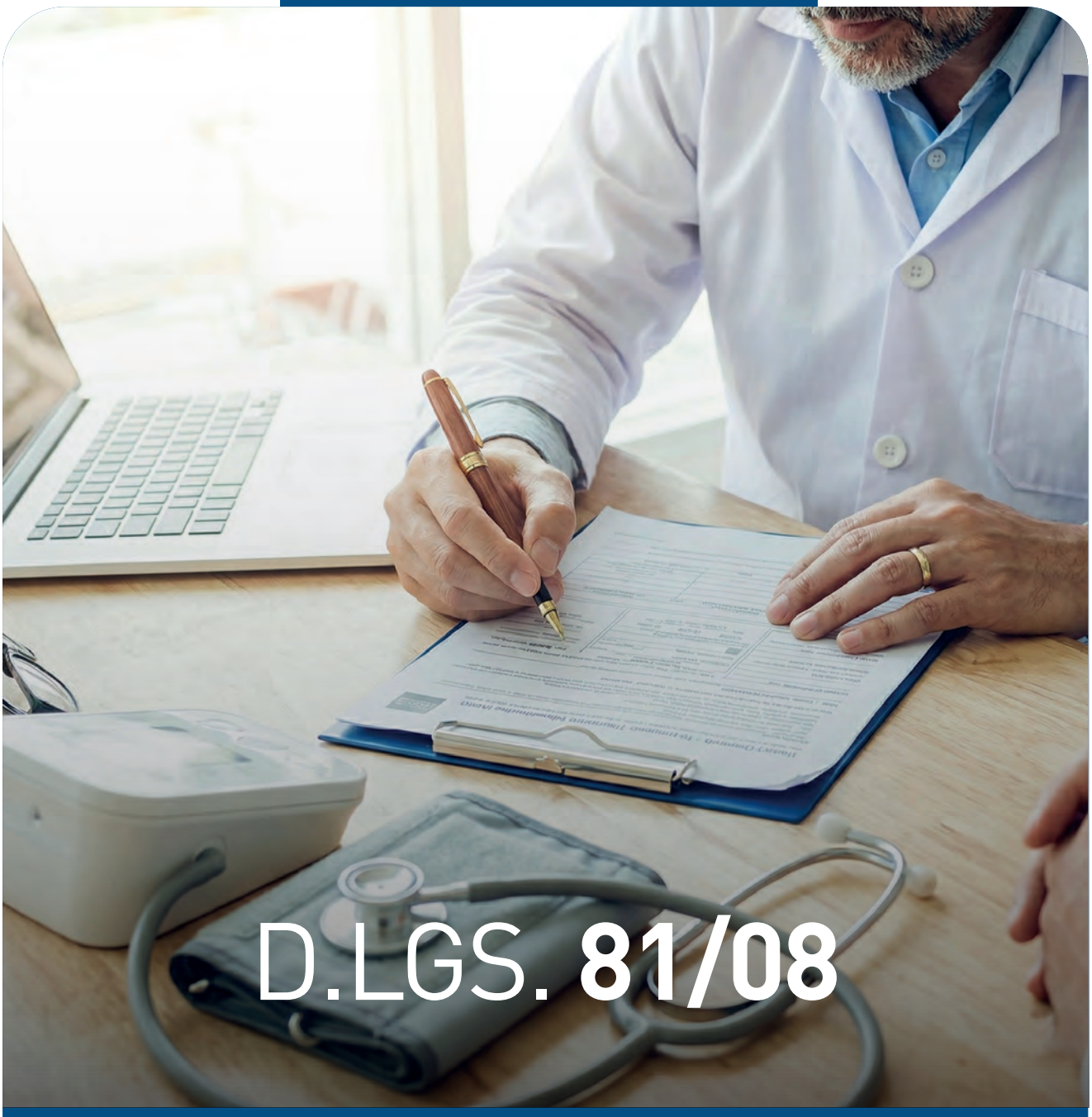
Supportare le Micro, Piccole e Medie Imprese: rappresentano oltre il 90% del tessuto imprenditoriale italiano, necessitano di supporto specifico per implementare misure di salute e sicurezza, trasformando la SSL da onere a investimento strategico.

Diffondere la cultura della prevenzione: la cultura della prevenzione deve essere integrata nell'educazione fin dalla giovane età, come parte integrante dei programmi scolastici e universitari (obiettivo 5.1), parimenti implementando (obiettivo 5.2) la promozione della *Vision Zero*.

Implementazione, *governance* e monitoraggio della Strategia saranno attuati primariamente attraverso

- un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni per garantire l'uniformità delle tutele
- un incontro annuale sarà istituito per verificare il raggiungimento degli obiettivi e condividere buone pratiche.

LINK **Strategia nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**



D.LGS. **81/08**

Ringraziando l'Ing. Gianfranco Amato (ITL Verona) ed il Dott. Ing. Fernando Di Fiore (ATS Pavia) rilanciamo qui sotto il link alla versione aggiornata a gennaio 2026 del D.Lgs. 81/2008

AGGIORNAMENTO D.Lgs. 81/2008


39°
CONGRESSO
NAZIONALE
GOVERNARE GLI STRUMENTI,
TUTELARE LA SALUTE
AI
Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
7-9 MAGGIO 2026 | PADOVA
Scopri il programma e
ISCRIVITI

PRIMA SESSIONE



Intelligenza Artificiale e Medico Competente

Tra il 'già' e il 'non ancora' della IA nella medicina del lavoro

Non è stata la moda a indurci a introdurre una Sessione su questo tema cruciale al **Congresso ANMA 2026**. I tempi sono maturi per approfondire l'intelligenza artificiale, non più orizzonte lontano ma realtà che permea profondamente la nostra Professione. Avvertiamo che questa rivoluzione è alle porte, ma fatichiamo a coglierne la portata, guardando a distanza mentre la tecnologia compie già incursioni nelle Cartelle Sanitarie e nei nostri obblighi di legge.

La sessione analizza perché l'AI stia entrando di diritto nella Medicina del Lavoro, imponendo un necessario cambio di paradigma: la tecnologia non come sostituzione della figura umana, ma come supporto organizzativo e decisionale. Faremo il punto sullo stato dell'arte in ambito sanitario, scendendo nel dettaglio degli strumenti già a disposizione del Medico Competente. Seguirà una rigorosa riflessione sul quadro giuridico e sulle criticità etiche dell'AI in medicina. Infine, esploreremo le applicazioni pratiche che trasformano la nostra quotidianità professionale: dalla valutazione dei rischi alla diagnostica, fino alla gestione predittiva dei dati, ponendo al centro la salute del Lavoratore.

L'obiettivo della sessione di giovedì pomeriggio 7 maggio è andare dritti ai contenuti concentrandoci su ciò che è utile al Medico Competente, esplorando casi concreti, offrendo spunti pratici e analisi di alto profilo grazie a esperti relatori.

Congresso NAZIONALE 2026 - Ultimi aggiornamenti

SECONDA SESSIONE



Reprotossici: responsabilità, limiti e opportunità per il Medico Competente

Sorveglianza Sanitaria alla prova

Il gruppo di lavoro della 2ª sessione del **39° Congresso ANMA** dedicata ai reprotossici nasce con un obiettivo preciso: fare chiarezza. In un ambito complesso e spesso frammentato riteniamo infatti che sia fondamentale definire che cosa il Medico Competente può e deve fare nella collaborazione alla Valutazione del Rischio e nella gestione della Sorveglianza Sanitaria.
Raccogliere lo stato dell'arte, dalle evidenze scientifiche alle esperienze operative, potrebbe rappresentare un passaggio fondamentale per orientare la pratica professionale e per offrire un contributo qualificato ma anche una base solida su cui far riflettere per evitare che una tematica così vasta e sensibile si riduca solo ad un capitolo di una norma: occorre riportare l'attenzione sulla complessità reale del problema e sulla necessità di individuare strumenti adeguati per affrontarlo.
La Sessione di Venerdì 8 maggio mattina si propone quindi di fornire un quadro aggiornato, concreto ed applicabile, mettendo a fuoco criticità e margini di miglioramento; sarà un'occasione per rafforzare il nostro ruolo di Medici Competenti e per contribuire, con competenze e visione, a una tutela della salute più efficace e consapevole.

Congresso NAZIONALE 2026 - Ultimi aggiornamenti

TERZA SESSIONE



Il lavoro “gravoso”

Identificare, definire, gestire, sorvegliare. Una prospettiva multidimensionale tra biomeccanica, rischio cardiovascolare e salute mentale

Affrontare oggi il tema del lavoro “gravoso” significa muoversi in un ambito che, pur essendo centrale per la tutela della salute dei Lavoratori, non dispone ancora di una definizione concettuale univoca e pienamente condivisa. Il Medico del Lavoro Competente è chiamato infatti a valutare situazioni spesso eterogenee, in cui fattori fisici, organizzativi e individuali si intrecciano in modo non sempre facilmente classificabile. L’ambito normativo al quale facciamo spesso riferimento ha cercato di aggiornare

con successive decretazioni la tipologia ed i criteri per il riconoscimento delle cosiddette mansioni usuranti, operando però una tutela per lo più previdenziale attraverso un accesso anticipato alla pensione. Inoltre le trasformazioni del mondo del lavoro – tecnologiche, organizzative e demografiche – hanno generato compiti e ruoli che fino a pochi anni fa non esistevano o non erano percepiti come potenzialmente gravosi, rendendo ancora più complesso il lavoro di valutazione dei rischi e di prevenzione. In questo scenario in evoluzione il contributo del Medico Competente diventa essenziale non solo per individuare i fattori di rischio tradizionali, ma anche per riconoscere precocemente forme emergenti di gravosità, spesso meno evidenti ma non per questo meno rilevanti. La Sessione del Congresso ANMA 2026 dedicata a questo tema si propone di esplorare tali aspetti, offrendo spunti di riflessione e strumenti utili per orientarsi in un contesto in cui la definizione stessa di "lavoro gravoso" richiede un approccio flessibile, multidimensionale e aggiornato. Partendo dalla fisiopatologia del lavoro, attraverso contributi di specialisti ed esperienze sul campo si andranno a considerare tre principali direttrici di valutazione del lavoro gravoso e dei suoi effetti: il rischio ergonomico da sovraccarico, quelli di diversa natura che agiscono – anche in modo indiretto – sul sistema cardiovascolare e metabolico, ed infine il grande capitolo dei rischi psicosociali che attentano alla nostra salute mentale. Lo sviluppo della Sessione consentirà quindi di evidenziare l'evoluzione del concetto di "lavoro gravoso" che oggi non può più essere confinato al solo sforzo fisico, ma va trattato in modo multidisciplinare ed integrato, con un linguaggio tecnico ma attento alle istanze pratiche ed operative del Medico Competente.

Congresso NAZIONALE 2026 - Ultimi aggiornamenti

QUARTA SESSIONE



Zoonosi occupazionali, tumori e lavoro notturno

Le sfide emergenti: presentazione di problematiche inedite

La quarta sessione del Congresso ANMA 2026, in programma per sabato 9 maggio, sarà un vero e proprio laboratorio di innovazione: un momento dedicato ad una miscellanea di argomenti di grande attualità per il Medico Competente, che troveranno spazio in una mattinata di confronti e discussioni. Spazieremo tra temi emergenti come le zoonosi occupazionali e le più recenti evidenze scientifiche su tumori e lavoro notturno; presenteremo inoltre le *Best Experienced Practices* e i nuovi documenti di consenso, che offriranno un quadro aggiornato delle principali evoluzioni normative e scientifiche. Il tutto mantenendo un approccio pratico e operativo, con l'obiettivo di fornire ai partecipanti contenuti utili e facilmente trasferibili nell'attività quotidiana, in un'ottica applicativa pensata per supportare concretamente il Medico Competente.

Congresso NAZIONALE 2026 - Ultimi aggiornamenti



Tavolo congiunto tra Ministeri della Salute e del Lavoro e Politiche Sociali ed Associazioni Scientifiche della Medicina del Lavoro

il 15 gennaio si è svolta la prima riunione del Tavolo congiunto tra i Ministeri della Salute, del Lavoro e Politiche Sociali e le Società ed Associazioni Scientifiche di Medicina del Lavoro, richiesta da molto tempo e finalmente approdata a questa convocazione. I rappresentanti delle Associazioni hanno potuto esprimere, secondo le priorità che sentivano più urgenti, una serie di problematiche inerenti lo stato della Medicina del Lavoro e dell'attività del Medico Competente in particolare.
Preliminarmente, oltre ai ringraziamenti, abbiamo posto una questione di metodo: il confronto e l'approfondimento dei temi deve essere vero e quindi a monte del processo legislativo. Capiamo le dinamiche delle istituzioni e anche quelle della politica, ma senza un lavoro continuativo ed organico, pur nel reciproco rispetto dei ruoli, non si produrranno i risultati auspicati. I temi presentati, molteplici ed articolati, erano orientati alle scadenze imminenti previste dalle recenti norme. Due in particolare: la revisione delle **norme su alcol e sostanze stupefacenti** e **i requisiti che le Strutture** che erogano servizi di Medicina del Lavoro alle Aziende dovranno avere. Soprattutto in questi casi ravvisiamo la necessità di essere coinvolti all'inizio del processo per portare la nostra esperienza 'sul cam-

po'. Per alcol e droghe è facile che ci siano già dei testi avanzati in cantiere, ma pur sempre valutabili nella loro congruenza e fattibilità; speriamo di poter dare il nostro contributo.
Un argomento posto all'attenzione del Tavolo è stato quello **dell'obbligo di certificazione per le assenze per malattia**; un tema che, seppur inedito per la parte istituzionale, ha fatto emergere significative convergenze di giudizio circa la non praticabilità di questo obbligo per il Medico Competente e che richiederà a questo punto un approfondimento con le Autorità coinvolte.
Altri temi segnalati: chiudere la procedura per i ricorsi avversi (considerando che una elaborazione più che avanzata c'è già e richiede solo di essere conclusa), convenzione tra Medici Competenti ed organismi paritetici, una attenzione sulle criticità del sistema ECM per i Medici Competenti (uniche figure ad avere il vincolo di rispetto dell'obbligo per poter esercitare).
Alcuni hanno posto anche la visita di rientro come criticità che, come ANMA, non abbiamo invece ravvisato.
In conclusione: l'istituzione di questo Tavolo è una cosa estremamente positiva potendoci finalmente confrontare contemporaneamente con i Ministeri chiave. Gli argomenti da trattare sono molteplici e richiedono un percorso articolato. Il metodo che sarà adottato è fondamentale per permettere o meno un confronto serio ed orientato a soluzioni efficaci.
Le Associazioni e le Società Scientifiche chiamate a questo confronto – ANMA, SIML, CIIP, Co.Si.P.S., AIPMel – sono già al lavoro per arrivare a posizioni e documenti condivisi da presentare ai nostri interlocutori. È questo l'altro grande elemento positivo: la volontà di procedere in modo unitario senza disperdersi in particolarismi.
Ogni sviluppo e novità saranno portati a vostra conoscenza





Il Presidente ANMA P.A. Patanè intervistato sulla web TV dei consulenti del lavoro

Il Presidente ANMA, Dott. P.A. Patanè, è intervenuto ai microfoni della web TV dei Consulenti del Lavoro.

A tema le ricadute che le norme della Legge 198/2025 avranno sulla Sorveglianza Sanitaria e sull'attività del Medico Competente, un approfondimento su luci e ombre che i Medici Competenti dovranno affrontare.
L'Associazione ringrazia i Consulenti del Lavoro per l'opportunità.



Dialoghi sulla Medicina del Lavoro

Il 20 febbraio il Presidente dott. Patanè e il Segretario Nazionale dott. Mastrippolito sono intervenuti come speakers al work-alogue organizzato dai Medici in formazione specialistica in Medicina del Lavoro della Scuola di Specializzazione dell'Università di Bologna.

L'incontro ha rappresentato un importante momento di confronto, confermando l'impegno dell'Associazione nel sostenere la crescita dei futuri professionisti.

ANMA ringrazia i Medici in formazione specialistica di Bologna per l'invito e per il grande interesse manifestato.

WORK-ALOGUES

DIALOGHI SULLA MEDICINA DEL LAVORO

DIALOGANDO CON...

PIETRO PATANÈ

PRESIDENTE ANMA

Segui Work-alogues, dove discuteremo con Pietro Patanè, Presidente ANMA, e con Carmine Mastrippolito, Segretario Nazionale ANMA.

VENERDÌ

20.02

2026

ORE 17:00

EVENTO ONLINE ORGANIZZATO DAGLI SPECIALIZZANDI DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DEL LAVORO DI BOLOGNA

SEGUI IL DIALOGO AL SEGUENTE LINK:

Un incontro con il Dott. Pietro Antonio Patanè, presidente dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti, e con il Dott. Carmine Mastrippolito, segretario nazionale ANMA, dedicato al ruolo del Medico Competente nella prevenzione e nella gestione della salute nei luoghi di lavoro. Parleremo di collaborazione tra le diverse figure della prevenzione, di come mantenere efficace la sorveglianza sanitaria e di come affrontare con equilibrio le decisioni più delicate, con attenzione sia alla tutela del lavoratore sia alle esigenze organizzative.

Work-alogues nasce come spazio di confronto e apprendimento continuo nel campo della Medicina del Lavoro. Attraverso una serie di incontri mensili, l'iniziativa mira a favorire il dialogo tra professionisti, accademici e aziende, esplorando temi emergenti e promuovendo un approccio interdisciplinare alla gestione della salute nei luoghi di lavoro a livello nazionale e internazionale.

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
CAMPAGNA SOCI
ANMA 2026
CAMPAGNA SOCI ANMA - 2026


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
PIANO FORMATIVO
ANMA 2026
PIANO FORMATIVO ANMA - 2026

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 1/2026

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede legale: Via Melchiorre Gioia n. 82, 20125 – Milano (MI)
Sede operativa: P.zza Alessandro Manzoni n. 2 20014 – Nerviano (MI)
Tel.+39 0331 1521840 - Fax +39 0331 1521841
e-mail: segreteria@anma.it **web:** www.anma.it
facebook.com/**anmamedici**
twitter.com/**anmamedici**
instagram.com/**anma_medici**
youtube.com **anma - medici del lavoro e competenti**

Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta
RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE: Franco Massironi
MARKETING E COMUNICAZIONE: Serena Trincanato
PROGETTAZIONE GRAFICA: Massimo Trevisan

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

ANMA è un marchio registrato

Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione
Associazione Federata FISM
Associazione certificata UNI EN ISO 9001:2015 Certificato Certiquality n. 7344
Associazione iscritta all'Elenco delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

ANMA è Provider ECM Standard iscritto all'Albo Nazionale AGENAS con il numero identificativo 670

PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè
VICE PRESIDENTE: Alessandra Vivaldi
SEGRETARIO NAZIONALE: Carmine Mastrippolito
CONSIGLIERI: Gilberto Marcello Boschiroli, Giovanna Contin, Rino Donghi, Elisabetta Gallo, Franco Massironi, Carmine Mastrippolito, Lorenzo Palamà, Monica Palmisano, Pietro Antonio Patanè, Paolo Sanchioli, Alessandra Vivaldi
COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Giuseppe Briatico Vangosa, Massimo Sabbatucci, Francesco Viglienghi
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Eugenio Maria Capodicasa, Giuseppe Iannuzzi, Luigi Striuli

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI:
Alessandro Stillone (Abruzzo),
Giuseppe Iannuzzi (Campania),
Corrado Maria Bellet (Emilia Romagna)
Gianfranco Petrin (Friuli Venezia Giulia),
Alessandro Pacchiarotti (Lazio),
Andrea Sagramoni (Liguria),
Marco Tibiletti (Lombardia),
Laura Zingaretti (Marche),
Valter Brossa (Piemonte e Val D'Aosta),
Eric Alexander Tantimonaco (Puglia e Lucania),
Bigotti Martina (Toscana),
Anselmo Farabi (Umbria),
Giovanna Contin (Veneto)

Quota associativa 2025 Medico Competente: Socio Ordinario € 120,00, Socio Sostenitore € 170,00. Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente. Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati.
Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Rimani in contatto con ANMA

Seguici sui nostri canali social e scopri ogni giorno nuovi contenuti

LINKEDIN INSTAGRAM YOUTUBE TWITTER FACEBOOK

Iscriviti alla newsletter per ricevere informazioni e notizie aggiornate!

www.anma.it



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anma.it