

medico competente



JOURNAL

in questo numero

- Il Medico Competente oggi
- Controllo della funzione uditiva in lavoratori esposti a rumore
- Successo confermato alla 37° Edizione del Congresso Nazionale
- Presentazione Manuale del Medico Competente
- Piano Formativo e Campagna Soci
- Elezioni cariche sociali: Patané riconfermato Presidente ANMA

I vaccini

sono una componente chiave dell'assistenza sanitaria primaria e sono fondamentali per la prevenzione e il controllo delle epidemie di malattie infettive.

Referenze

https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1



VIATRIS



SOMMARIO

2/2024

4 **Editoriale**
- Franco Massironi

5 **In primo piano**
- Il Medico Competente oggi

12 **Contributi**
- Controllo della funzione uditiva in lavoratori esposti a rumore

22 **Eventi ANMA**
- Successo confermato alla 37° Edizione del Congresso Nazionale

23 **Presentazione
Manuale del Medico Competente**

25 **Piano Formativo**

26 **Campagna Soci**

27 **ANMA comunica**
- Elezioni cariche sociali: Patané riconfermato Presidente ANMA

Cari Lettori,

in un contesto lavorativo in continua evoluzione, il ruolo del Medico Competente si è trasformato, mantenendo però il suo significato profondo e la sua importanza centrale.

La nostra professione non è semplicemente un insieme di competenze tecniche, ma rappresenta una figura chiave nella tutela della salute dei lavoratori, inserita nel contesto aziendale con autonomia e indipendenza.

Sono trascorsi più di trent'anni, sottolinea l'avvocato Scudier, dall'introduzione del Medico Competente nel panorama giuridico italiano, e dieci anni dalla prima edizione del Manuale Operativo del Medico Competente presentato da ANMA. Questo manuale, che esce oggi completamente aggiornato, non solo rivendica il ruolo del Medico Competente all'interno dell'azienda, ma anche la sua capacità di adattarsi e rispondere alle complessità del mondo del lavoro contemporaneo.

Il Decreto Legislativo 81/08 ha sancito la sorveglianza sanitaria come uno dei compiti fondamentali del Medico Competente, definendo gli "atti medici" necessari per la tutela della salute dei lavoratori. Tuttavia, la sorveglianza sanitaria non è solo un compito tradizionale; essa si sta evolvendo per rispondere alle nuove esigenze e trasformazioni del mercato del lavoro. L'importanza della collaborazione alla valutazione dei rischi, sancita dall'art. 25 comma 1 lettera a) del Decreto, evidenzia ulteriormente il ruolo cruciale del Medico Competente nella prevenzione e nella gestione dei rischi lavorativi.

Il recente Congresso Nazionale ANMA ha messo in luce quanto sia sentito e partecipato il nostro ruolo, con una straordinaria partecipazione e un forte interesse per le tematiche innovative presentate. Questo dimostra che il Medico Competente non è solo un esecutore di compiti, ma un protagonista attivo nel miglioramento continuo delle condizioni di lavoro e nella promozione della salute.

Nel ringraziare tutti i colleghi, i soci e i collaboratori per il loro impegno e passione, ribadiamo la nostra dedizione nel continuare a sviluppare strumenti operativi e modelli professionali, come le best practice, che rispondano alle sfide attuali e future. Il nostro obiettivo rimane quello di fornire un contributo significativo non solo ai medici d'azienda, ma a tutta la comunità sociale che si occupa di prevenzione sul lavoro.

Possiamo concludere con una citazione. "La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente" affermava Arthur Schopenhauer. Questa indicazione racchiude perfettamente la missione del Medico Competente: lavorare incessantemente per garantire che la salute dei lavoratori sia sempre al primo posto, perché è il pilastro su cui si costruisce ogni altra forma di benessere e produttività aziendale.

Buona lettura e buone vacanze a tutti!

Franco Massironi

Medico Competente,

Responsabile del Comitato di Redazione

Prefazione di Pietro Antonio Patanè, Presidente ANMA

Riportiamo il capitolo posto a premessa di tutti i capitoli tecnici che compongono il Manuale del Medico Competente di ANMA Edizione 2024. Ringraziamo l'Avvocato Scudier, del Comitato Scientifico Anma di aver voluto offrire questa riflessione.

Lo facciamo con l'assoluta consapevolezza che si tratta di una elaborazione di grande pregio e di eccezionale originalità sulla figura del Medico Competente oggi e di quale cambiamento sia in atto, impercettibilmente(?) ma inesorabilmente.

Normalmente i testi giuridici risultano ostici e, diciamo la verità, un po' noiosi; non in questo caso! Siamo infatti condotti, navigando tra le pieghe dei recenti cambiamenti legislativi, a scoprire quello che siamo già e quello a cui siamo chiamati, senza tacere degli ostacoli ma già proiettandoci su nuovi approdi. Si rafforza e si consolida la figura a noi cara di 'specialista inserito nel contesto aziendale' e si richiama ad una figura di MC che si allarga sempre di più, ad aspetti che sono opportunità e pericolo insieme.

Al di fuori del Medico Competente Journal troverete questo articolo disponibile sul Manuale del Medico Competente Anma.

Una lettura che consigliamo a tutti, ai colleghi giovani e agli specializzandi in particolar modo.

Il Medico Competente, oggi

Giovanni Scudier,

Avvocato Studio Legale C&S Casella e Scudier – Padova, Componente del Comitato Scientifico di ANMA

Sono trascorsi più di trent'anni da quando il "Medico Competente" ha fatto il suo ingresso nella scena giuridica.

Ne sono trascorsi dieci da quando ANMA presentava la prima edizione del *Manuale Operativo del Medico Competente*, in cui rivendicava, con la forza dei comportamenti e delle prassi virtuose, il ruolo del MC "inserito nel contesto aziendale".

La seconda edizione del Manuale esprime, nei suoi contenuti, tutta la complessità della funzione e stimola una domanda.

Chi è, oggi, il Medico Competente? Qual è il suo ruolo nel sistema normativo di sicurezza e salute del lavoro?

Quando il legislatore individuò il MC come uno dei protagonisti del sistema di sicurezza delle organizzazioni, costruì attorno al suo "essere medico" un profilo giuridico che ne rappresenta elemento costitutivo, non certo attributo secondario né accessorio: questo profilo si è venuto affinando nel tempo, dettagliando i requisiti, i compiti e le responsabilità che definiscono la figura; l'esame di questo profilo propone molti elementi di riflessione, anche in chiave futura e nella prospettiva delle trasformazioni in atto.

Iniziando dai *compiti* del MC, quello che immediatamente viene ricollegato alla figura è certamente quello della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 25 comma 1 lettera b) del Decreto 81/08 e del compimento degli "atti medici" definiti dall'art. 2, comma 1 lettera m) del

Decreto; si tratta del compito più tradizionale, per così dire, ed anche quello che più direttamente connette il MC al suo "essere medico".

Questo compito si sta riconfigurando, come più oltre si dirà: la ridefinizione riguarda il perimetro della sorveglianza sanitaria, per un verso, e le sue modalità di espletamento operativo, per altro verso; riguarda anche il modello di sorveglianza sanitaria che l'ordinamento persegue, per altro verso ancora; ma non è in discussione l'intima essenza del MC come soggetto che *effettua la sorveglianza sanitaria*.

Appare invece più problematico l'altro compito fondamentale del MC, quello sancito dall'art. 25 comma 1 lettera a), e cioè il ruolo del MC come *collaboratore alla valutazione dei rischi*.

Sono note le criticità del dato normativo, con la discrasia tra le norme che regolano la valutazione dei rischi e quelle che disciplinano la nomina del MC ricollegandola invece alla sorveglianza sanitaria: ne è derivata una difficile applicazione sul campo, ed insieme la necessità di una opera di elaborazione da parte della giurisprudenza di legittimità e di merito.

Al punto in cui tale opera è giunta, il ruolo del MC come *collaboratore* del datore di lavoro è da considerare come un dato oramai acquisito: esso è stato riconosciuto dalla Corte di Cassazione almeno dal 2008, ancora con riferimento al D.Lgs. n. 626/94, e in seguito più volte ribadito.

È significativo osservare che questa qualificazione di collaboratore non si basa solo su un neutro richiamo al di-

sposto dell'art. 25 comma 1 lettera a) del Decreto 81/08, inequivocabile nel sancire che il MC collabora alla valutazione dei rischi; al contrario, la giurisprudenza ha valorizzato la intima connessione di questa collaborazione con la *qualificata professionalità* che contraddistingue il MC e con il patrimonio di *specifiche conoscenze professionali* e di *qualificate cognizioni tecniche* di cui è portatore: sono questi i caratteri che ne fanno un collaboratore *necessario*, di cui il datore di lavoro non può non avvalersi ed i cui compiti non possono essere svolti da altri.

A queste conclusioni si accompagna la nota ripartizione, proposta dalla Suprema Corte, dei compiti del MC in "professionali", "collaborativi" ed "informativi"; questa analisi è stata fondamentale per sancire il superamento della visione legata alla sola sorveglian-

za sanitaria, ma è fertile di ulteriori sviluppi se la suddivisione non viene valorizzata solo in rigida correlazione ai singoli obblighi (compiti professionali-sorveglianza sanitaria; compiti collaborativi-collaborazione alla valutazione dei rischi), bensì nella sua portata trasversale rispetto agli stessi. Così, ad esempio, sono compiti "professionali" non soltanto gli "atti medici" in senso stretto, ma anche tutte le attività di collaborazione alla valutazione dei rischi per le quali proprio la professionalità del MC, il suo "essere medico", è requisito indispensabile, anzi condizione stessa per lo svolgimento. Le conclusioni della giurisprudenza si propongono, così facendo, come chiave di lettura anche delle recenti novità normative, consentendo di coglierne tutta la portata sistematica.

Un altro elemento che appare oramai acquisito dalla giurisprudenza, e che incide nel vivo dell'operato quotidiano del MC, è che questi è collaboratore *proattivo*, non meramente passivo; la sua azione non presuppone necessariamente una sollecitazione da parte del datore di lavoro, ma anzi deve comprendere un'attività propositiva e di informazione; questo anche e proprio perché egli dispone delle informazioni fornitegli direttamente dai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (ancora, il compito professionale si fonde con il compito collaborativo ed entrambi con quello informativo).

Vi è comunque un punto fermo fondamentale: questa attività di collaborazione propositiva del MC è comunque richiesta nei limiti del proprio *ambito professionale*, avendo come presupposto - e al tempo stesso come limite - le *competenze del MC in materia sanitaria*.

L'ambito professionale che contraddistingue il MC vale così anche per definire con precisione la sfera di competenza di cui il MC è titolare: delimitazione importantissima, perché in quella sfera il MC è *un garante a titolo originario*: al MC non è richiesto l'adempimento di un obbligo altrui; il MC risponde per la violazione di un obbligo proprio, che è l'obbligo di collaborare.





Anche questo è un risultato oramai acquisito dell'analisi giurisprudenziale: *il MC è titolare di un'autonoma posizione di garanzia*, che lo rende responsabile degli eventi che risultino integrati dall'inadeguato esercizio dei propri poteri impeditivi e quindi dalla omissione colposa di quelle regole cautelari, poste a presidio della salvaguardia della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, che sono direttamente riconducibili alla sua specifica funzione: questo vale per gli obblighi inerenti la sorveglianza sanitaria così come per quelli di collaborazione, e in generale per tutte le attribuzioni e le funzioni che la legge individua in capo al MC.

Naturalmente, collaborare alla valutazione dei rischi non significa effettuare la valutazione dei rischi, che è attribuita dal Decreto 81/08 al datore di lavoro; l'attività propositiva ed informativa del MC va compiuta sul presupposto che una eventuale segnalazione effettuata dal MC, corredata di specifiche indicazioni e valutazioni, sarebbe seguita

dalla concreta esecuzione delle misure da parte del datore di lavoro; però, una volta adempiuti gli obblighi di esauriente sottoposizione dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione dei rischi che coinvolgono le sue competenze in materia sanitaria, la collaborazione del MC è compiuta e l'eventuale inerzia del datore di lavoro resterebbe imputata a esclusiva responsabilità di quest'ultimo.

Vero è che, perché nasca una posizione di garanzia, è necessaria l'esistenza di *poteri impeditivi* della lesione del bene garantito; e se è vero che questi poteri propri del MC vanno esercitati, come si è visto, in maniera proattiva, è altrettanto vero che le condizioni di esercizio di questi poteri sono ancora oggi, nella pratica quotidiana, uno dei punti di maggiore criticità nello svolgimento della funzione di MC.

Da un lato va allora sottolineato il cammino che è stato fatto nel riconoscimento del ruolo del MC, oggi che

la Suprema Corte ha recepito nelle sue pronunce il principio della *effettiva integrazione nel contesto aziendale*; in pari tempo va dato atto che si tratta di un percorso non completato, e che molteplici fattori, imputabili tanto ai datori di lavoro quanto ai MC, ancora ne impediscono una realizzazione piena che vada oltre la "sola" sorveglianza sanitaria.

Sicuramente, uno dei fattori ostativi è stato rappresentato dalla stessa norma e dalle sue ambiguità; ma proprio dalla norma sono giunti, di recente, alcuni segni di un possibile cambio di passo, destinato ad incidere in maniera profonda sul MC.

Il più rilevante di questi segni, per quanto controverso, è *il superamento della distinzione tra "rischi normati" e "rischi non normati"* ai fini della sorveglianza sanitaria, compiuto dalla legge n. 85/2023 con la previsione dell'obbligo di nomina del MC per la effettuazione della sorveglianza sanitaria non più



soltanto nei casi previsti dalla legge, ma anche quando richiesto dalla valutazione dei rischi.

Si tratta di un grande passo in avanti, in termini di sistema: il nuovo art. 18 del Decreto 81/08 enfatizza la prospettiva *sanitaria* della tutela dei lavoratori, e lo fa puntando sulla combinazione di valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria; la centralità del ruolo del MC anche ai fini della valutazione dei rischi ne è il naturale e inevitabile corollario. Questa riforma ha reso quantomai evidente il significato del MC come collaboratore necessario, non essendo immaginabile che altri, se non il MC, decida se un rischio riscontrato come esistente, ma non disciplinato dal legislatore, sia tale da esigere sorveglianza sanitaria.

È mancato però lo sforzo finale del legislatore, che non ha tratto la conseguenza più ovvia della modifica e non ha generalizzato l'obbligo di nomina del MC. La necessità di un MC in tutte le organizzazioni, che pure era stata riconosciuta

dai provvedimenti dell'esperienza pandemica, è rimasta un ricordo; in quei momenti, l'emergenza di assicurare un approccio "sanitario" alla tutela dei lavoratori aveva trovato la sua soluzione nella "espansione" della figura del MC al di fuori del tradizionale perimetro della sorveglianza sanitaria; invece, la riforma seguita alla fine dell'emergenza ha portato risultati equivoci.

Certo i confini rigidi e predeterminati della sorveglianza sanitaria regolata *ex lege* sono stati superati valorizzando lo strumento della valutazione dei rischi; però il risultato oggettivo che ne deriva, e cioè l'ampliamento della tutela dei lavoratori grazie ad una sorveglianza direttamente costruita sulla valutazione del loro lavoro e della loro persona, non è stato accompagnato dallo strumento che gli era necessario, e cioè la presenza, sempre, del MC come soggetto che costruisce quella sorveglianza sanitaria.

Questa ambiguità normativa, per quan-

to risalente nel tempo, oggi è diventata quasi insostenibile; l'inserimento del MC nel contesto aziendale è principio informatore della materia oramai definitivamente sancito, e non si vede come esso possa conciliarsi con il perpetuarsi di contesti aziendali privi di MC; valutare i rischi in funzione della sorveglianza sanitaria richiede necessariamente la presenza di un MC, che collabori alla valutazione dei rischi e compia l'atto professionale di attivare o non attivare la sorveglianza sanitaria.

Nelle organizzazioni in cui il MC non è presente, il protrarsi di questa ambiguità normativa rischia di risolversi in un diniego di tutela per i lavoratori, privati di una sorveglianza sanitaria che nessuno degli altri soggetti del sistema di sicurezza aziendale può introdurre; ma anche dove il MC è presente, l'incertezza del legislatore rischia di dare ancora nutrimento a letture riduttive dei compiti del MC.

Incertezze e ritrosie del legislatore non fanno venire meno però la novità della riforma che appare più rilevante sul piano sistematico: è stato attribuito alle organizzazioni, a ciascuna singola organizzazione, il potere (che è al tempo stesso obbligo giuridico) di *effettuare la sorveglianza sanitaria sulla base dei risultati della propria valutazione dei rischi*, anche in mancanza di una previsione legislativa specifica.

Resta naturalmente fermo l'imperio della norma, nel senso che dove è la norma a sancire la sorveglianza sanitaria e le condizioni che la regolano, ogni organizzazione sottostà alla norma; ma dove la norma non c'è, la sorveglianza sanitaria è consentita, anzi è dovuta, tutte le volte che la valutazione dei rischi ne mostri l'esigenza.

Protagonista di questa riscrittura è la valutazione dei rischi, riconfermata come perno imprescindibile dell'intero sistema normativo di sicurezza e salute del lavoro; ma è evidente il ruolo fondamentale che, valorizzando la valutazione dei rischi anche sotto il profilo sanitario, viene attribuito a chi governa il binomio valutazione dei rischi-sorveglianza sanitaria, e cioè il sistema di

sicurezza aziendale composto da datore di lavoro (e struttura aziendale: dirigenti, preposti, lavoratori), RSPP e servizio di prevenzione, RLS e naturalmente dal MC.

Il previgente tassativo divieto di sottoporre a visita i lavoratori al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge, sancito dall'art. 5 dello Statuto dei lavoratori, viene riconfigurato, non già eliminando il divieto di visita per il datore di lavoro, che tale rimane al di fuori della sorveglianza sanitaria, bensì ridisegnando la sorveglianza sanitaria e ponendola al centro di un ben preciso schema organizzativo e procedimentale dotato di regole rigorose.

La riforma riconosce che il sistema aziendale di sicurezza disegnato dal Decreto 81/08 è in grado di elevare il livello di tutela della salute dei lavoratori grazie ad una sorveglianza sanitaria mirata sulla conoscenza specifica dei luoghi di lavoro e dei lavoratori; ma la riforma attesta anche che, grazie alle norme regolatrici delle plurime posizioni di garanzia di cui si compone il sistema di sicurezza aziendale, questo risultato può essere raggiunto senza che venga pregiudicata la salvaguardia dei diritti fondamentali dei lavoratori.

Certo il percorso di questa nuova sorveglianza sanitaria è solo all'inizio, e necessiterà di una accurata azione di approfondimento sul piano tecnico-scientifico, anche attraverso la adozione di adeguate linee guida e nuovi documenti di indirizzo che contribuiscano a stabilire le condizioni di sorveglianza sanitaria dei rischi "non normati"; questo anche per evitare che il nuovo ruolo assegnato dal legislatore al MC, anziché fattore di miglioramento della tutela, si trasformi in un indiscriminato allargamento della posizione di garanzia.

In questo momento, però, quello che ci sembra di dover sottolineare è che la scelta del legislatore contiene un riconoscimento straordinario della professionalità del MC: il che rappresenta, tra l'altro, una saldatura significativa con la elaborazione di origine giurisprudenziale.

È un riconoscimento della professiona-

lità del MC intesa nel senso più ampio, che include non soltanto la sua competenza specialistica, ma anche la sua autonomia ed indipendenza come sancite nell'art. 39 del Decreto 81/08: del resto, la "piena autonomia organizzativa e funzionale" del MC è stata ricordata in questi anni anche in alcuni interpelli della Commissione istituita dal Decreto 81/08 riguardanti l'ambito ospedaliero, ma già la prima edizione del Manuale di ANMA individuava l'autonomia e l'indipendenza intellettuale del MC come requisito imprescindibile da garantire assolutamente.

Professionalità e indipendenza introducono un altro ambito che una analisi della figura attuale del MC non può ignorare, quello delle *modalità di esercizio della funzione*.

Il principio di riferimento, in questo

caso, è naturalmente quello della *personalità* della prestazione del MC.

Anche su questo tema la giurisprudenza ha avuto occasione di soffermarsi in questi anni, non solo per sancire la ovvia illiceità quando non vi è coincidenza tra l'atto sostanziale (la visita) e l'atto formale (l'attestazione della visita), ma anche per rimarcare che gli adempimenti in cui si struttura l'azione del MC (visita del lavoratore, eventuale individuazione e prescrizione degli esami specialistici, formulazione del giudizio di idoneità) sono passaggi necessari di un unico processo da gestire personalmente. Il principio è stato sancito dalla giurisprudenza rispetto ai temi della sorveglianza sanitaria, ma non può non essere considerato anche rispetto alla valutazione dei rischi.

In prospettiva, peraltro, il tema mostra





profili di novità che vanno approfonditi, e ancora una volta è proprio l'evoluzione normativa ad avere accelerato la necessità di una riflessione.

L'attenzione che la legge n. 85/23 ha dedicato alla *nomina del sostituto* del MC, per quanto a prima vista legata a necessità di tipo squisitamente pratico ed apparentemente poco accattivante sul piano teorico, in realtà pone una questione di fondo, e cioè come assicurare la *continuità* della funzione del MC.

Ciò impone una ulteriore riflessione su come è strutturata la funzione del MC: accanto ad attività tendenzialmente uniche salvi aggiornamenti (tipicamente il sopralluogo ai fini della valutazione dei rischi, la valutazione stessa dei rischi ai fini della sorveglianza sanitaria, la elaborazione del protocollo sanitario), oppure numerose ma suscettibili di una preventiva programmazione (tipicamente le visite periodiche), ce ne sono altre non prevedibili né programmabili nel medio termine, e che si presentano a volte anche con frequenza elevata quando non addirittura con requisiti di vera e propria urgenza (tipicamente, la visita preassuntiva e in misura minore la visita di reinserimento lavorativo). La garanzia della presenza del MC è necessaria in questi casi, per

assicurare non soltanto la stessa continuità aziendale, ma anche i diritti e gli interessi del lavoratore; si pone dunque il problema di dare alla funzione del MC una continuità che sia compatibile con la personalità della prestazione.

La soluzione non è e non può essere una scomposizione della funzione con la ripartizione dei compiti tra soggetti diversi, pena la perdita del valore aggiunto che il MC garantisce; si impone piuttosto la necessità di una riflessione sulle soluzioni organizzative che sono a disposizione del MC, sulle forme di aggregazione nell'esercizio della professione che l'ordinamento prevede, sulla loro applicabilità ad una funzione così peculiare come è quella del MC. I profili da valutare sono molteplici, non soltanto per garantire l'unicità della prestazione sopra ricordata, ma anche rispetto al tema della responsabilità, della tutela assicurativa, della disciplina contrattuale del rapporto professionale, e molti altri ancora.

È una questione che già comincia a manifestarsi, come l'interesse del legislatore comprova, e che va affrontata per garantire efficienza ed efficacia al ruolo disegnato per il MC dalla norma e dalla giurisprudenza, senza sacrificarlo alla facile soluzione di prassi inappropriate.

Potrebbe essere utile, dunque, interrogarsi se la personalità della prestazione possa essere soddisfatta soltanto tramite la figura di un MC singolo, eventualmente con una disciplina strutturata della sua sostituzione temporanea, o anche tramite altre strade, ivi compresa la soluzione collegiale, che siano comunque in grado di garantire sia naturalmente lo svolgimento da parte di chi ne ha titolo (inteso come abilitazione e come incarico) sia la imputazione unitaria della prestazione anche in termini contrattuali nonché di responsabilità.

Una riflessione di questo tipo potrebbe essere l'occasione per dipanare una matassa mai sbrogliata, come è quella che riguarda natura, compiti e responsabilità del Medico Coordinatore rispetto alla struttura coordinata ed ai singoli MC che ne fanno parte: ma è noto che questo argomento risulta ad oggi sostanzialmente inesplorato, a riprova della necessità di una analisi approfondita sul significato della personalità della prestazione del MC.

Il tema è connesso, ancora una volta, alla necessità di tracciare il perimetro della sfera di responsabilità del MC: che va circoscritta verso l'esterno, nel senso che il MC non risponde di ciò che non rientra nella matrice sanitaria della sua

professionalità, ma va anche dettagliata dal lato interno, nella prospettiva della delimitazione degli atti sanitari che il MC può o non può compiere, del rapporto con gli specialisti e con il loro operato, e ancora del rapporto con il Medico di Medicina Generale e più in generale con il SSN.

Quest'ultimo è più un tema di prospettiva futura che di attualità, nel senso che oggi prevale la constatazione che questo rapporto manca; però anche i recenti interventi normativi riguardanti la tenuta della *cartella sanitaria e di rischio* e la sua trasmissione al lavoratore da parte del MC, ponendo il tema della conoscenza e conoscibilità dei dati sanitari dei lavoratori, confermano che non sono solo temi tecnici e gestionali, né rilevano solo per la tutela di altri diritti del lavoratore, primo tra tutti quello alla tutela della riservatezza dei dati sanitari: il tema ultimo è il rapporto tra MC e lavoratore e la qualità dei canali informativi, in entrambe le direzioni.

Certo l'interazione con il SSN, le connessioni tra cartella e Fascicolo Sanitario Elettronico, i rapporti con il Medico di Medicina Generale, sono aspetti che vanno oltre la mera applicazione del Decreto 81/08, e rimangono tutti da sviluppare su un piano più generale; ma vanno segnalati tra quelli meritevoli di attenzione nell'immediato futuro, per l'impatto che possono avere sul MC e sul suo operato.

Qualsiasi allargamento di prospettiva, peraltro, non deve mai dimenticare il legame inscindibile del MC con il lavoro.

Il superamento della "protezione" offerta dalla tabellazione dei rischi "normati" (cui dovrà sostituirsi, come si è detto, la preziosa opera di guida delle società scientifiche e della migliore dottrina), combinandosi con questioni più che mai attuali come le contaminazioni con i rischi non tipicamente lavorativi o la tutela dei terzi e della comunità, rende imprescindibile l'esigenza di ricordare sempre, a maggior ragione quando lo sguardo si allarga ai rapporti con il SSN e con il medico curante, che il MC è garante della tutela *del lavoratore*: il che significa sicuramente che il novero dei

rischi si amplia e guarda alla persona del lavoratore in accezione ampia, ma si tratta comunque di tutela del lavoratore rispetto al suo lavoro ed al suo contesto lavorativo: per usare un concetto caro ai MC, il MC esprime un giudizio di idoneità alla mansione rispetto all'esposizione a rischi specifici.

Anche rispetto ad ambiti quali le esperienze di promozione della salute o di Total Worker Health, che fuoriescono dalla funzione *tipica* del MC, occorre sempre avere ben chiaro il limite: sia per evitare conseguenze improprie sull'idoneità, sia perché la configurazione del MC come posizione di garanzia esige che sia ben definita l'area di responsabilità del MC; questo a maggior ragione davanti alle nuove situazioni che già promanano dalla riflessione della giurisprudenza giuslavoristica, quale ad esempio la recentissima riconduzione della gestione dei conflitti sui luoghi di lavoro alla disciplina dell'art. 2087 c.c.

La necessità di un perimetro netto appare una delle priorità per il MC di oggi; non lo è soltanto in una prospettiva di tutela del MC contro addebiti impropri, ma anche per consentire che, una volta tracciati i confini, possa manifestarsi nella sua piena capacità espansiva l'apporto del MC al miglioramento della tutela della salute dei lavoratori.

Nel contesto attuale, ma ancor più nelle tendenze che si manifestano, l'approccio alla prevenzione pone più che mai la "salute" al centro, e la intende nella maniera più ampia: nel sempre più ricco dibattito sui nuovi rischi di un mondo del lavoro in permanente trasformazione, una delle poche certezze è l'impatto che essi avranno sulla *persona del lavoratore vista nella sua globalità*, superando la tradizionale dimensione "fisica" del rischio. Possono essere gli effetti delle nuove forme di organizzazione del lavoro o delle nuove tipologie contrattuali, oppure i rapporti dei lavoratori con le nuove tecnologie in tutti i modi in cui ciò può essere inteso: possono essere le caratteristiche dei nuovi rischi; è un dato di fatto che la *dimensione sanitaria della prevenzione* va assumendo un ruolo sempre più rilevante, addirittura preponderante in taluni

contesti di vera e propria dematerializzazione dei luoghi di lavoro quando non addirittura delle attività lavorative.

Molteplici indizi mostrano che anche l'attenzione della legislazione va in questa direzione: basti citare il delicatissimo tema della *fragilità*, nozione di cui la migliore dottrina giuridica ha evidenziato l'assunzione a paradigma e cifra riassuntiva di innumerevoli e diversissimi profili, tutti espressione di una aumentata esposizione al rischio riconducibile alle condizioni della persona, che l'ordinamento sempre più ritiene meritevole di attenzione e tutela.

Gli straordinari effetti dei progressi tecnologici anche sulla medicina del lavoro, con la capacità di valutazioni, di diagnosi e di risposte sempre più mirate sulla persona, rendono disponibili anche gli strumenti operativi per intraprendere una strada che può portare molto lontano, se percorsa da tutti i protagonisti ognuno per la sua parte.

Il Medico Competente, oggi, si pone al centro di questo fenomeno di rinnovamento della prevenzione, sempre più proiettata sulla persona del lavoratore, anzi sulla singola persona di ciascun lavoratore.

Si può leggere questo ruolo con entusiasmo, se si guarda alla portata degli effetti benefici che l'azione del MC può produrre sia singolarmente che collettivamente; si può far prevalere la cautela, se si considera che tanti fattori devono combinarsi assieme perché questo accada e che molti ostacoli devono ancora essere rimossi.

Una cosa è certa.

La visione, che ANMA colse fin dalle sue origini, si è perfezionata tecnicamente, si è definita giuridicamente, ma il significato profondo del Medico Competente non è mutato: essere medico, essere inserito nel contesto aziendale, operare con autonomia e indipendenza per la tutela della salute dei lavoratori nelle complesse pieghe del mondo del lavoro.

Best practice del Medico Competente presentata al 37° Congresso Nazionale ANMA Bologna, 23-24-25 maggio 2024

Gruppo di lavoro:

dott. Terenzio Cassina (coordinatore), dott. Danilo Bontadi, dott. Franco Massirini,
dott.ssa Chiara Previato (tecnico audiometrista), dott. Massimo Sabbatucci, dott.ssa Laura Zingaretti

Presidente comitato scientifico ANMA: prof. Paolo Mascagni

Presidente ANMA: dott. Pietro Antonio Patanè

Il gruppo di lavoro ringrazia il prof. Umberto Ambrosetti (Audiologo, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano) e il prof. Nicola Di Credico (Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Milano) per i suggerimenti e la supervisione.

Controllo della funzione uditiva in lavoratori esposti a rumore

PRESENTAZIONE

Nel corso del 37° Congresso Nazionale ANMA che si è svolto a Bologna dal 23 al 24 maggio 2024 abbiamo approfondito la tematica della audiologia professionale consapevole che questa materia ha avuto sviluppi importanti in questi anni, sviluppi che devono essere conosciuti ed applicati.

Alla sessione di lavoro in merito alle problematiche della ipoacusia in ambito professionale hanno partecipato autorevoli relatori tra cui il Prof. Umberto Ambrosetti (Audiologo, Università degli Studi di Milano) e il Prof. Nicola Di Credico (Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Milano) che ci hanno anche supportato nella predisposizione della BEST Practice presentata in queste pagine.

Ci siamo introdotti ai lavori con un sondaggio che ha raccolto le modalità operative quotidiane dei medici competenti e abbiamo concluso i lavori con la presentazione di una best practice che pubblichiamo in questo numero del journal

La Best practice, come definito anche sull'enciclopedia Treccani) è "l'insieme delle attività (procedure, comportamenti, abitudini ecc.) che, organizzate in modo sistematico, possono essere prese come riferimento e riprodotte per favorire il raggiungimento dei risultati migliori", si tratta anche di una pratica operativa basata su un consenso consolidato negli anni.

Proponiamo pertanto questa Best practice come guida al medico competente per eseguire nel modo più corretto l'iter di controllo dei lavoratori esposti a rumore, per proporre e formalizzare criteri condivisi di valutazione del tracciato audiometrico ai fini della formulazione del giudizio di idoneità e degli eventuali adempimenti medico legali.

Dott. Terenzio Cassina, Medico Competente ANMA Milano, Componente del Consiglio Direttivo ANMA



1. PREMESSA

L'ESAME AUDIOMETRICO in Medicina del Lavoro è l'esame di accesso alla valutazione della funzione uditiva dei lavoratori esposti a rumore che ha lo scopo di

- valutare gli effetti lesivi del rumore sull'apparato uditivo
- formulare il giudizio di idoneità all'attività con rischio acustico
- controllare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate
- attuare eventuali adempimenti medico legali per la denuncia di malattia professionale

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa best practice si applica all'organizzazione e all'esecuzione dell'esame audiometrico nei lavoratori esposti a rumore; ha inoltre lo scopo di proporre e formalizzare criteri condivisi di valutazione del tracciato audiometrico ai fini della formulazione del giudizio di

idoneità e degli eventuali adempimenti medico legali

3. DEFINIZIONI

Livello di esposizione giornaliera al rumore (LEX,8h): valore medio, ponderato in funzione del tempo, dei livelli di esposizione al rumore per una giornata lavorativa nominale di otto ore, definito dalla norma internazionale ISO 1999: 1990 punto 3.6. Si riferisce a tutti i rumori sul lavoro, incluso il rumore impulsivo;

Livello di esposizione settimanale al rumore (LEX,w): valore medio, ponderato in funzione del tempo, dei livelli di esposizione giornaliera al rumore per una settimana nominale di cinque giornate lavorative di otto ore, definito dalla norma internazionale ISO 1999: 1990 punto 3.6, nota 2.

Audiometria tonale liminare: è un esame che si propone di stabilire, per

ognuna delle frequenze del campo tonale preso in considerazione, solitamente comprese fra 0,250 e 8 KHz, quale è il minor livello sonoro, espresso in dBHL (Hearing level), che può essere percepito dal soggetto in esame che costituisce appunto il cosiddetto "livello di soglia uditiva";

Spostamento temporaneo di soglia uditiva (STS): differenza in dBHL, tra il livello di soglia uditiva in condizioni di riposo acustico è quella dopo stimolazione sonora, dei recettori acustici periferici, per cui la soglia uditiva si innalza. Questo fenomeno, una volta cessata l'esposizione, scompare velocemente per un 30-40% entro i primi 20-30 minuti, successivamente il recupero rallenta e si esaurisce, in condizioni di normalità, in 14-16 ore;

Recruitment: alterazione qualitativa e quantitativa del reclutamento delle onde di pressione sonora, per cui la sensazione di intensità uditiva non aumenta proporzionalmente al livello



acustico dello stimolo. Il suono appare tanto più distorto quanto più si aumenta il livello di emissione. Il recruitment è sintomatico di una lesione cocleare;

Indebolimento permanente del senso dell'udito: sussiste quando a seguito di un evento lesivo, quale può essere l'esposizione al rumore, le prestazioni funzionali diminuiscono rispetto alla condizione precedente all'esposizione e quando la diminuzione sia di entità, anche minima, purché apprezzabile;

Handicap uditivo: un deficit uditivo in grado di interferire con le comuni relazioni e attività sociali ed in modo particolare con la comprensione della voce di conversazione;

Presbiacusia: si intendono tutte le ipoacusie dovute all'invecchiamento e non ad altre cause ed è un fenomeno di entità minima;

Socioacusia: si intendono tutte le ipoacusie non dovute all'invecchiamento o al rumore professionale ed è un fenomeno rilevante;

Suscettibilità individuale al danno uditivo: Taluni individui possono essere più suscettibili di altri per predisposizione individuale, familiare o altro all'insorgenza di disturbi dell'apparato uditivo;

Otoprotettori: sono dispositivi di protezione individuale (DPI) che hanno lo scopo di proteggere contro il rumore ambientale, qualora i provvedimenti tecnici ed organizzativi non abbiano ridotto i livelli di rumorosità. I dispositivi devono essere conformi alle indicazioni dell'Allegato VIII del D.Lgs 81/2008

4. APPARECCHIATURA

L'apparecchio utilizzato per verificare la funzione uditiva dei soggetti esposti a rumore è l'audiometro le cui caratteristiche elettroacustiche sono specificate nella norma internazionale CEI EN 60645-1. La norma classifica in gli audiometri in 5 classi e ne specifica le caratteristiche elettroacustiche (allegato 1). La classe 1 è quella che ha la gamma più completa di funzioni.

Per le attività del Medico Competente, come descritte in questa best practice, è necessario l'utilizzo di un audiometro almeno di classe 3.

TARATURA DELLO STRUMENTO:

Le norme EN ISO 689/1983 e 8252-1/2010 stabiliscono i requisiti per effettuare i controlli periodici dell'audiometro per verificarne la rispondenza per la classe dello strumento.

La norma prevede che siano effettuati frequenti controlli funzionali soggettivi e periodici controlli oggettivi della ca-

librazione, e che la taratura dell'audiometro vada eseguita da un laboratorio competente almeno ogni 2 anni oppure ogni qual volta lo si ritenga opportuno in base ai controlli periodici.

Poiché gli strumenti utilizzati dal medico competente che vengono spesso trasportati per l'utilizzo nelle varie aziende riteniamo opportuno che la taratura sia svolta almeno annualmente.

È opportuno che prima dell'esecuzione degli esami, soprattutto se lo strumento è stato trasportato, sia effettuata dall'operatore una verifica soggettiva di ascolto e del normale funzionamento confrontando la soglia dell'operatore o di una persona avente un udito conosciuto e stabile, precedentemente rilevata, con quella ottenuta al momento con l'audiometro da utilizzare

5. LUOGO DI ESECUZIONE DELL'ESAME

- Quando possibile l'esame viene svolto in cabina silente
- *In alternativa* l'ambiente in cui viene eseguito l'esame deve abbastanza silenzioso da consentire la definizione di un livello di soglia di 0 dB (ISO 6189-1983)

6. CHI ESEGUE L'ESAME

Come previsto dal Ministero della Salute l'AUDIOMETRIA deve essere effettuata da personale esperto (audiometristi, o specialisti in audiologia, ORL, medicina del lavoro) previa valutazione obiettiva otoscopica (*Consiglio superiore di sanità sessione XLVIII seduta del 19/01/2011, all.4*)

L'audiometrista è l'unico professionista non medico abilitato all'esecuzione dell'esame audiometrico dal Decreto ministeriale n.667 del 14/09/1994 che ne individua la figura e il relativo profilo professionale

Queste indicazioni devono essere verificate dal Medico Competente quando affida l'effettuazione degli esami a centri medici così che l'esecutore dell'esame ne sia qualificato, abbia adeguata competenza ed esperienza.

La preliminare valutazione otoscopica può essere effettuata solo dal medico o dall'audiometrista.

7. PERIODICITA'

Razionale:

D.lgs. 81/08: Articolo 189 - Valori limite di esposizione e valori di azione.

I valori limite di esposizione e i valori di azione, in relazione al livello di esposizione giornaliera al rumore e alla pressione acustica di picco, sono fissati a:

a) valori limite di esposizione LEX = 87 dB(A) e p_{peak} = 200 Pa (140 dB(C) riferito a 20 µPa);

b) valori superiori di azione LEX = 85 dB(A) e p_{peak} = 140 Pa (137 dB(C) riferito a 20 µPa)

c) valori inferiori di azione LEX = 80 dB(A) e p_{peak} = 112 Pa (135 dB(C) riferito a 20 µPa).

WHO (OMS) Permanent hearing impairment

The literature on hearing impairment as a result of occupational noise exposure is extensive. A noise exposure level beyond 80 dB during 40 years of working a 40-hour work week can give rise to permanent hearing impairment. (ENVIRONMENTAL NOISE GUIDELINES for the European Region, 2018)

- **Audiogramma in riposo acustico all'assunzione in caso di esposizione a partire da 80 dB(A)**
- **Audiogramma dopo un anno di lavoro, indipendentemente dal livello del rumore**
- **Audiogramma ogni anno per esposizioni superiori a 87 dB(A)**
- **Audiogramma ogni due anni per esposizioni comprese tra 85 e 87 dB(A)**
- **Per esposizioni superiori a 80 dB(A) audiogramma a richiesta del lavoratore che segnala disturbi uditivi**

NB: La periodicità dell'esame può essere modificata dal medico competente, sia relativamente al gruppo monitorato che con personalizzazione della sorveglianza sanitaria in caso di ipersusceptibilità (**prevedendo un controllo ogni tre anni anche per esposizione compresa tra 80 e 85 dB(A).**)

8. MOMENTO DI ESECUZIONE DELL'ESAME

1. **Favorire, ove possibile, l'esecuzione del test in condizioni di riposo acustico** (intervallo di 14-16 ore dalla esposizione a rumore, per esempio dopo un turno di riposo)
2. **Il test può essere effettuato in condizioni di fatica uditiva ma devono essere trascorsi almeno 30 minuti dalla cessata esposizione**, per consentire il recupero di buona parte dell'eventuale spostamento temporaneo di soglia (STS), indicativo della fatica uditiva correlata alla recente esposizione. Tale innalzamento della soglia uditiva non dovrebbe essere presente se l'esposizione è inferiore a 90 dB(A).

I soggetti con deficit uditivo non noto o modificato rispetto al precedente esame devono essere rivalutati in cabina silente e riposo acustico

9. MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME

- Fase preparatoria
Anamnesi: raccolta della storia clinica e dei dati di esposizione lavorativa
Esame otoscopico: per individuare condizioni che non garantiscono la corretta interpretazione del tracciato (infiammazione e/o eczema del condotto o tappo di cerume completo occludente).
Istruzione del lavoratore: indicare la modalità di risposta in relazione alla percezione del suono, la tempestività della risposta e la sequenza di presentazione delle frequenze dei suoni test
- Conduzione del test e determinazione della soglia uditiva
Condotta del test: con metodo "ascendente", "discendente" o preferibilmente "per inquadramento" (i suoni sono presentati con dei livelli crescenti fino a che non si è ottenuta risposta, dopodiché si presentano i suoni-test a livelli decrescenti)
La presentazione del tono test è preferibile che sia effettuata in modali-

tà pulsata per evitare l'interferenza di eventuali acufeni. Il suono pulsato è percepito meglio rispetto al suono continuo.

- **Misura della soglia:** dopo la "familiarizzazione" iniziale del suono a 1000 Hz si presentano i suoni test:
 - ogni orecchio deve essere valutato separatamente
 - la valutazione della via aerea va effettuata alle frequenze 250, 500 Hz, 1, 2, 3, 4, 6 e 8 KHz
 - la valutazione della via ossea può essere effettuata a 500 Hz, 1, 2, 3, 4 KHz
 - la definizione della VO deve essere eseguita sempre con mascheramento per VA dell'orecchio controlaterale se ci sono asimmetrie delle soglie per via aerea
 - la valutazione delle soglie per VA con mascheramento controlaterale è necessaria quando la differenza di soglia fra i due orecchi è di almeno 40 dB.

10. REFERTAZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL TRACCIATO AUDIOMETRICO

REFERTAZIONE:

la refertazione dell'audiometria (deve essere effettuata da un medico e tiene conto del tracciato, dei dati anamnestici e otoscopici) consente di identificare se il tracciato depone per:

- udito nei limiti di norma
- deficit uditivo da cause diverse dalla esposizione a rumore
- deficit uditivi da esposizione a rumore

Le caratteristiche abituali di un deficit uditivo riferibile a trauma acustico cronico sono:

- *deficit neurosensoriale (via ossea coincidente con via aerea), con andamento caratteristico (curva a "V"). Caduta iniziale a 4000 Hz, successivo interessamento a 3000 e 6000 Hz e risalita a 8000 Hz.*
- *deficit bilaterale e simmetrico (a meno che si associno altre cause di ipoacusia). Per simmetria si intende con differenze, per frequenza, fra una soglia e l'altra,*

non superiori a 15 dB HTL. Sovente l'ipoacusia si accompagna a recruitment e acufeni.

CLASSIFICAZIONE:

Il Medico Competente per quantificare i deficit uditivi al fine di valutare complessivamente gli effetti del rumore sui lavoratori, per confrontare i risultati tra più indagini, per predisporre le relazioni annuali, classifica i tracciati audiometrici con un valore numerico. Il metodo più semplice e sperimentato nell'ambito della medicina del lavoro è il metodo messo a punto dalla prof. Merluzzi nel 1979. Nelle "Linee guida SIML per la prevenzione dei danni da rumore" del 2008 è stato proposto un altro sistema di classificazione derivato dal precedente (Merluzzi-Bosio-Pira 2002), che tende a definire con più precisione le classi audiologiche e ha permesso la messa a punto di un programma informatico per la classificazione automatica dei tracciati e per il confronto con audiogrammi di base derivati dai database ISO e Merluzzi/Pira.

Il gruppo di lavoro ritiene che la classificazione Merluzzi, Pira e Bosio (MBP) caratterizzata da un maggior dettaglio classificativo sia la più indicata per quantificare e monitorare il danno uditivo da rumore e quella maggiormente sensibile per apprezzarne l'eventuale progressione.

11. GESTIONE DEL CASO

Il Medico Competente dopo aver referato e classificato i tracciati audiometrici dovrà gestire i casi di deficit uditivo:

- **deficit uditivo da cause diverse dalla esposizione a rumore:** valuta se inviare al MMG o allo specialista audiologo/ORL, per definire la diagnosi ed eventuali provvedimenti terapeutici e ottenere indicazioni anche sulla possibile ipersuscettibilità del lavoratore (allegato 3)
- **deficit da esposizione a rumore:** valuta, eventualmente con lo specialista ORL se ricorrono le condizioni per la denuncia di malattia professionale (vedi punto successivo).

In ogni caso formula il GIUDIZIO DI

IDONEITA' esprimendo un eventuale allontanamento dall'esposizione o la prescrizione di utilizzo di otoproettori (allegato 4), stabilendo inoltre la periodicità dei controlli audiometrici e ne informa il lavoratore ed il datore di Lavoro

12. DIAGNOSI DI IPOACUSIA PROFESSIONALE

In caso di sospetta ipoacusia da rumore rilevata dall'audiometria di screening si effettua se possibile il ricontrollo in riposo acustico e cabina silente e se necessario l'approfondimento diagnostico specialistico.

Diagnosi eziologica

- **criterio di efficienza lesiva:** L'esposizione lavorativa a rumore è o è stata di intensità rilevante (superiore a 80 dB(A) per alcuni anni
- **criterio cronologico:** l'ipoacusia non era presente all'audiometria basale; dai tracciati precedenti è documentabile una progressione del danno
- **criterio di esclusione:** evidenza di altre cause di ipoacusia neurosensoriale, esclusione di danno acustico da socio/presbiacusia (la soglia misurata è tutta al di sopra della distribuzione delle soglie di normalità uditiva attesa per le persone di uguale età.

Una ipoacusia per la quale sia stata esclusa la progressa esposizione efficace al rumore non deve essere considerata una Ipoacusia professionale

CRITERI DECISIONALI PER LA SEGNALEZIONE DI IPOACUSIA DA RUMORE

Nel danno da esposizione a rumore la lesione anatomica nell'orecchio è caratterizzata dalla distruzione di un gruppo di cellule (ciliate esterne) a cui si associa il sovertimento della micromeccanica cocleare. Ne consegue l'alterazione oltre che della soglia di percezione anche di altre funzioni, quali la discriminazione in altezza dei suoni e la individuazione della provenienza dei suoni, che si manifestano con il noto fenomeno del recruitment (distorsione sonora). Per questo, anche piccoli deficit tonali, in relazione alle frequenze interessate,

possono comportare una significativa sensazione soggettiva di insufficienza uditiva, con disagio soprattutto nella conversazione di gruppo

Pertanto, la riduzione della capacità uditiva è un sintomo che dipende dalla presenza di acufeni, dalla difficoltà di percezione e discriminazione di suoni e messaggi vocali nella vita sociale e non solo dal livello delle soglie tonali

Il criterio decisionale per la segnalazione di malattia professionale si basa sull'evidenza del deficit misurato per le soglie uditive tonali.

Dal punto della giurisprudenza l'indebolimento della funzione uditiva di rilevanza penale è quello che ha le caratteristiche della "apprezzabilità". Vari metodi sono stati proposti ed in tutti il problema è consistito nel definire quando finisce la condizione di normalità ed inizia quella di malattia

Alla fine degli anni '80 Benciolini et al. (1989) hanno proposto di considerare di "entità apprezzabile" l'indebolimento permanente del senso dell'udito quando la somma delle cadute uditive medie per i due orecchi a 2-3-4 kHz è superiore a 105 dB; (di dubbia apprezzabilità e da valutare caso per caso quando la caduta uditiva di cui sopra è tra >75-105 dB), Con il D.Lgs. n. 38 del 23 febbraio 2000 è stato accolto dall'INAIL il concetto di risarcimento del danno biologico e la tabella di indennizzo per le ipoacusie sono state riportate nel il Decreto Ministeriale n. 119 del 12 luglio 2000: per le ipoacusie professionali il danno biologico viene quantificato utilizzando la tabella elaborata da Marello nel 1996 nella quale sono prese in considerazione le frequenze 0.5-1-2-3-4 kHz e vengono indicate diverse percentuali di deficit, ponderate per ogni singola frequenza.

Il metodo dotato di maggior conforto scientifico per definire l'indebolimento della funzione uditiva rimane però il confronto dell'audiogramma rilevato con i dati forniti dall'ISO 7029/1984 (rivista senza sostanziali modifiche nel 2000: ISO-FDIS 7029 Acoustic Statistical distribution of hearing threshold as a functions for age Ginevra 2000) integrati dai dati epidemiologici sulla popolazione italiana elaborati da Merluzzi e Pira negli anni 80

In base a queste considerazioni ed in assenza di indicazioni univoche non è semplice suggerire un criterio che consenta di assolvere all'obbligo della denuncia di malattia professionale (ex art. 139); riteniamo comunque di prospettare due possibilità:

1. dar seguito agli orientamenti operativi proposti da ANMA nel congresso di Portofino (2004) e dalle linee guida SIML, che prevedono di segnalare l'ipoacusia professionale quando il danno da rumore raggiunge il grado 3b della classificazione Merluzzi/Pira/Bosio per entrambe gli orecchi.
2. far riferimento al confronto dell'audiometria da denunciare con le aree di "normalità" della ISO 7029. La denuncia va fatta quando entrambe le soglie uditive escono dal limite rappresentato dall'area sottesa dal 5° al 95° percentile.

AGGRAVAMENTO DEL DEFICIT Uditivo "PENALMENTE RILEVANTE"

Si procede alla segnalazione dell'aggravamento quando la modifica peggiorativa media sulle frequenze 2, 3, 4 Khz

è superiore a 10 dB, dopo aver detratto la socio-presbiacusia (Metodica OSHA modificata da Menzio e Morra)

Modalità di calcolo: dopo aver calcolato la somma dei valori di soglia calcolativa espressa in dB alle 3 frequenze considerate nei due audiogrammi, si sottraggono i valori dell'esame più remoto (quello cioè che costituisce il punto di riferimento) da quello dell'esame eseguito in corso di indagine, detraendo poi dal risultato l'incremento di socio-presbiacusia corrispondente alla variazione di età intervenuta tra i due esami.

13. PROCEDURE PER LA SEGNALAZIONE DELLA IPOACUSIA DA RUMORE

Ai sensi dell'art.139 del DPR n.1124 del 30/6/1965 "È obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca la esistenza, la denuncia delle malattie professionali"

La denuncia deve essere inviata tramite raccomandata o PEC all'Ufficiale di Polizia Giudiziaria della Azienda Sanitaria Territoriale e all'Ufficio Provinciale

del Lavoro

- L'invio della denuncia all'UPG della Azienda sanitaria Territoriale può essere considerato liberatorio dell'obbligo di referto in capo al medico nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, quali le malattie professionali e gli infortuni con prognosi superiore a 40 giorni.

In base a quanto previsto dall'art. 10 punto 4 del D.Lgs. n. 38 del 23 febbraio 2000 una copia di tale denuncia andrà inviata anche alla sede INAIL competente per territorio.

Il medico competente dovrà inoltre compilare il primo certificato medico di malattia professionale e inviarlo all'INAIL per via telematica: se questo certificato è redatto sul portale dell'INAIL si adempie anche alla segnalazione di cui al punto precedente.

14. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI, NORMATIVI E TECNICI

- D.Lgs. 81/08 - Titolo VIII "Agenti Fisici" Capo II
- D.M. 9.4.2008 (Nuove tabelle delle malattie professionali) Punto 20: Ipoacusia da rumore
- D.M. 10.6.2014 (Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia)
- Indicazioni operative per la prevenzione del rischio da Agenti Fisici ai sensi del Decreto Legislativo 81/08. A cura del Coordinamento Tecnico delle Regioni in collaborazione con l'INAIL e l'ISS - 2021
- Norma ISO 6189 1983 Requisiti ambientale per effettuare l'audiometria
- Norma ISO 8253/2010 Procedure e requisiti per l'audiometria liminare per VA e VO.
- Norma ISO R/1999 Stima del rischio di ipoacusia
- ISO 1999/1975: International Standard: Assessment of occupational noise exposure for hearing conservation purpose; Geneva; 1975
- ISO/FDIS 7029/2000: Acoustics – Statistical distribution of hearing thresholds as a function of age. International Organization for Standardization Ginevra; 2000
- Linee guida SIML per la prevenzione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro - 2009
- Atti Congresso ANMA Sessione Ipoacusia da rumore – Portofino 2004
- Metodologia di esecuzione del controllo dell'udito dei lavoratori esposti a rumore. - Merluzzi F, e Coll. - Nuovo Archivio Italiano di Otologia 1979; 7: 695-714
- Soglia uditiva di lavoratori non esposti a rumore professionale - valori di riferimento. - Merluzzi F, e Coll. - Med Lav; 78(6): 427-440; 1987
- Le ipoacusie da rumore intese come "Lesioni personali". Presentazione di uno schema valutativo medico-legale - Benciolini e Coll.- Riv. It. Med. Leg. 1989; 9:353-79
- Problemi giuridici e metodologici nella valutazione delle ipoacusie professionali - Menzio e Morra Acta Otorhinol, ital. 1985;5
- L'indebolimento permanente nel senso dell'udito di origine professionale. Proposta di un metodo per la determinazione della sua insorgenza e del suo aggravamento. - Albera R, Beatrice F. Med Leg 1999; 119: 133-40.

15. ALLEGATI

1. Classificazione audiometri (CEI EN 60645-1)
2. Modulo Esame Audiometrico del medico Competente
3. Cause di ipersuscettibilità al danno acustico da rumore
4. Tabella con le variabili che influenzano la scelta degli otoprotettori

Norma CEI EN 60645-1 “CLASSIFICAZIONE AUDIOMETRI”

	<i>Classe 1</i>	<i>Classe 2</i>	<i>Classe 3</i>	<i>Classe 4</i>	<i>Classe 5</i>
Conduzione via aerea	X	X	X	X	X
- cuffie	X	X	X	X	
- inserti	X				
Conduzione via ossea	X	X	X		
Mascheramento					
- rumore a banda stretta	X	X	X	X	
- rumore a banda stretta o altro	X				
- rumore a banda larga					
Modalità di mascheramento	X	X	X		
- cuffia controlaterale	X				
- cuffia ipsilaterale	X				
- vibratore osseo					
Commutazione toni					
- presentazione/interruzione tono	X	X	X	X	X
- tono pulsato	X	X		X	
Tono di riferimento					
- presentazione alternata	X	X	X		
- presentazione simultanea					
Sistema risposta soggetto	X	X	X	X	
Uscita per segnale elettrico	X	X			
Ingresso per segnali esterni	X	X			
Indicatore di segnale	X	X			
Monitoraggio acustico del segnale	X				
Comunicazione parlata tra operatore e soggetto	X				



LOGO MEDICO COMPETENTE

ESAME ESEGUITO SEGUENDO LE INDICAZIONE DI BEST PRACTICE REDATTE DA ANMA

ESAME AUDIOMETRICO PER LA MEDICINA DEL LAVORO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Sesso M F

Vertigini SI NO Acufeni SI NO Dx Sx

Ipoacusia SI NO Dx Sx Inizio brusco graduale

E' già stato segnalato all'Inail SI NO non sa riferire

Uso di armi da fuoco SI NO spesso discoteche/concerti live SI NO

ascolto abituale di musica con auricolari SI NO

sport motoristici SI NO altri hobby rumorosi _____

immersioni subacquee SI NO

ipoacusia familiare SI NO traumi cranici SI NO

interventi audiologici SI NO malattie otologiche SI NO

cure per TBC SI NO antimalarici SI NO antineoplastici SI NO

furoseme SI NO

altre annotazioni (allergie, raffreddore in atto, ecc.) _____

Ditta

Reparto/Mansione _____

Esposto a rumore NO SI

Attuale ditta da anni _____

Livello di esposizione _____ db(A)

In precedenti ditte per anni _____

Usa di protettori auricolari

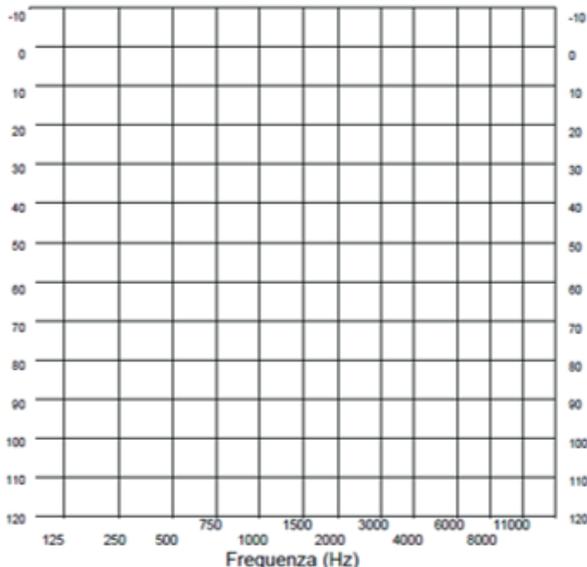
SI NO a volte

quali _____

Weber { 500 _____ Dx _____ Sx _____
1.000 _____ Dx _____ Sx _____
2.000 _____ Dx _____ Sx _____
4.000 _____ Dx _____ Sx _____

PROVA TONALE

Modello conforme ISO 6189-1983



SIMBOLI USATI	NON-MASCHERATO	MASCHERATO
Au.D. (rosso)	O	>
Au.S. (bleu)	X	<

Dx	Membrana timpanica e CUE	Sx
<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	iperemica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	opaca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retratta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	con calcificazione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	con perforazione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	con essudato	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	con cerume parziale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	con cerume totale	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI:

CONCLUSIONI _____

CLASSE _____

Data |__|__|__|

timbro e firma _____

ESPOSIZIONE A RUMORE E PREDISPOSIZIONE AL DANNO UDITIVO IN SOGGETTI CON DEFICIT TRASMISSIVO, PERCETTIVO E MISTO

Danno trasmissivo puro

Patologia	Predispone
otite cronica senza perforazione	no
otite cronica con perforazione	si rumore imp.
aplasia congenita	no
stenosi del condotto	no
esostosi o osteoma del condotto	no
Otosclerosi	no
otosclerosi operata	si
esiti di intervento per otite cronica	no/si

Una patologia percettiva può predisporre al trauma acustico qualora il danno sia a sede cocleare, in quanto il rumore agisce su un organo già danneggiato mentre è meno probabile che questo si realizzi quando la lesione interessa il nervo

Patologia	Predispone
sindrome di Ménière e ménièriformi	si
cocleopatie vascolari	si
cocleopatie degenerative	si
cocleopatie virali	? no
cocleopatie batteriche	si
cocleopatie da trauma cranico	si/no
cocleopatie da tossici	si
cocleopatie da presbiacusia	no
cocleopatie da trauma acustico acuto	no
cocleopatie da trauma acustico cronico	si/no
neuropatia da neurinoma	no
neuropatia virale	no

Una patologia mista da sofferenza a livello cocleare può predisporre al trauma acustico nei casi in cui la coclea, danneggiata dalla stessa noxa responsabile del danno trasmissivo (es sostanze presenti nel focolaio otitico) sia più sensibile al rumore

Patologia	Predispone
otite cronica labirintizzata	si
otosclerosi labirintizzata	no/si
esiti di intervento di otite cronica	no/si

VARIABILI CHE INFLUENZANO LA SCELTA DELL'OTOPROTETTORE (Merluzzi, Di Credico)

1) Livello di esposizione quotidiana a rumore (LEX 8h, LEX w)	
< 80	Non necessari
> 80 < 85	Consigliabili in casi di accertata ipersuscettibilità individuale (interventi di otosclerosi, S. Meniere, emicrania, fotofobia) - INSERTI
> 85 < 87	Necessari in tutti i casi di rumorosità con marcata componente impulsiva e nei casi con variazioni di livello > 10 dB anche se di breve durata - INSERTI
2) Soglia uditiva (si fa riferimento all'orecchio migliore, Classificazione merluzzi e coll.)	
Classe 0-1-2 Classe 6-7 (deficit medio 1, 2, 3, 4 KHz < 30 dB)	Nessuna limitazione nella scelta del protettore
Classe 3-4 Classe 6-7 (deficit medio 1, 2, 3, 4 KHz < 40 dB)	Se necessita di percepire segnali acustici, usare protettori con minima attenuazione
Classe 5 Classe 6-7 (deficit medio 1, 2, 3, 4 KHz > 40 dB)	Se necessita di percepire segnali acustici è tassativamente controindicato l'uso di protettori, ridurre l'esposizione a rumore con altri sistemi; se non necessita di percepire usare protettori con minima attenuazione
Classe 7 con deficit trasmissivo pantonale > 50 dB	Non necessita di alcuna protezione uditiva ad eccezione dei casi di otosclerosi operata
Classe 7 con deficit trasmissivo pantonale > 70 dB	Non necessita di alcuna protezione
3) Compiti lavorativi	
Esposizione al rumore continuata per 4-8 ore	INSERTI
Esposizione al rumore interrotta per < 4 ore	CUFFIE - INSERTI
Necessità di usare: occhiali, maschera, elmetti, cappelli antisoletta	INSERTI O CUFFIE COMPATIBILI
4) Altre variabili biologiche	
Otite cronica in fase secretiva, dermatiti, atresie del condotto uditivo	CUFFIE SE TOLLERATE
Dermatiti o patologia del padiglione auricolare	INSERTI
5) Adempimenti di legge	
LEX < 80 dB	Non necessita di alcuna protezione
LEX > 80 < 85	Non necessita di alcuna protezione. Obbligo di informazione all'uso dei mezzi di protezione individuale
LEX > 85 < 87	Obbligo del DdL di fornire i protettori; uso facoltativo da parte dei lavoratori; Obbligo del DdL alla informazione e formazione all'uso degli otoprotettori
LEX > 87	Obbligo del DdL di fornire i protettori e alla informazione e formazione all'uso; obbligo dei lavoratori all'uso dei mezzi di protezione personale

OLTRE 400 CENTRI MEDICI IN TUTTA ITALIA



CERBA HEALTHCARE PARTNER DI ECCELLENZA, AL SERVIZIO DELLA SALUTE!

Prevenzione, sicurezza e salute in azienda? C'è Cerba

La medicina del lavoro firmata Cerba HealthCare mette a sistema le pratiche moderne per offrire il meglio su tutto il territorio nazionale.

"Abbastanza grandi per seguirti in tutto, abbastanza piccoli per sapere chi sei". È questo l'approccio che Cerba HealthCare applica anche alla medicina del lavoro, ambito in cui è **partner di oltre 34mila aziende in tutta Italia mettendo a disposizione più di 450 tra medici e operatori sanitari.**

Tantissimi i servizi offerti da Cerba: **sorveglianza sanitaria** (con esami e visite anche direttamente in azienda, grazie alle unità mobili di Cerba), **soluzioni per la sicurezza e la prevenzione dei rischi, igiene industriale, consulenze specifiche, valutazione del rischio stress lavoro correlato, fino ai sistemi di gestione basati sulle norme ISO, consulenza HACCP, la valutazione legionella e analisi ambientali.** Cerba inoltre supporta le aziende nella **formazione obbligatoria dei dipendenti**, nonché nella **progettazione di pacchetti welfare** per ogni esigenza di salute e prevenzione.

L'alto tasso di **digitalizzazione dei servizi** facilita ancora di più aziende e utenti e fa di **Cerba un punto di riferimento per la qualità e l'innovazione nella medicina del lavoro.**



Inquadra il QR code,
e scopri i nostri
servizi!



SUCCESSO CONFERMATO ALLA 37° EDIZIONE DEL CONGRESSO NAZIONALE

Bilancio positivo per la tre giorni di lavori del Congresso tenutosi a Bologna che ha visto confrontarsi un prestigioso gruppo di Relatori per uno sguardo a 360° sui temi proposti dal Comitato Scientifico ANMA guidato dal prof. Paolo Mascagni: accomodamento ragionevole, audiologia, fatica mentale, prevenzione e salute nel comparto agricoltura.

Oltre 30 interventi per un importante momento di confronto e aggiornamento che ha suscitato molto interesse nei quasi 350 iscritti che hanno dimostrato una partecipazione attiva e contribuito al successo dell'evento che è andato al di là delle migliori aspettative.

Anche quest'anno quindi la partecipazione al nostro appuntamento nazionale è stata molto sentita da tutti i presenti, Medici Competenti e Specializzandi in Medicina del Lavoro, che hanno dimostrato interesse anche per l'innovazione con cui sono stati presentati gli e-Poster e apprezzamento per i numerosi sponsor, il cui ruolo è sempre prezioso e gradito, che hanno proposto prodotti e servizi utili per la professione.

Come ha sottolineato nella video intervista il dott. Patanè, Presidente ANMA, questa edizione del Congresso ha voluto scommettere anche sulla nuova formula che non eroga crediti ECM al termine dell'evento ma con un Corso FAD successivo dedicato ai partecipanti: il risultato è stata una partecipazione straordinaria ai lavori con alti livelli di attenzione pressoché continuativa.

Il successo di questa iniziativa è quindi sicuramente un'ulteriore spinta propulsiva per organizzare il nostro #ANMA2025!



CLICCA QUI - Le video interviste su [YouTube](#) [Linkedin](#) [Facebook](#)

CLICCA QUI - Gli E-Poster presentati al Congresso

CLICCA QUI - La Foto gallery

CLICCA QUI - Il messaggio del dott. Ernesto Ramistella di Cosips

Il Manuale del Medico Competente



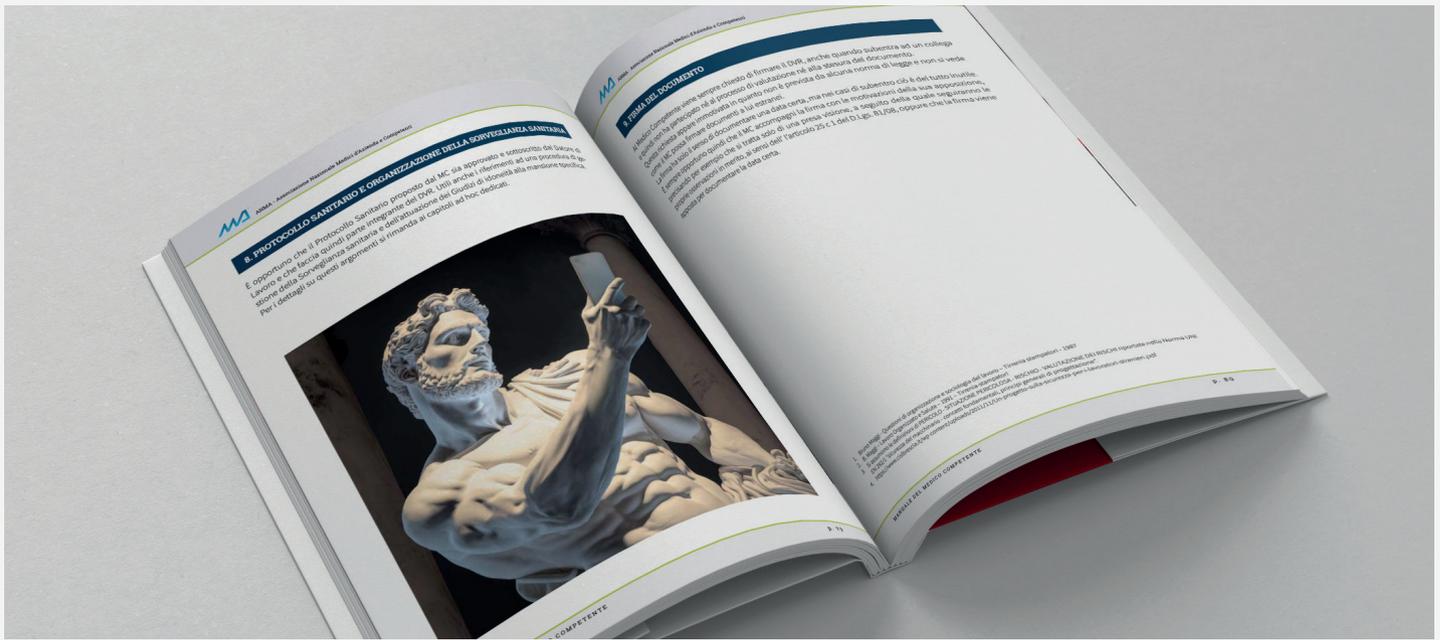
Fin dai suoi inizi, nell'ormai lontano 1987, ANMA ha prodotto una mole impressionante di materiale documentale inerente l'attività e il ruolo del medico d'azienda, poi competente, sotto diverse forme (documenti di consenso, conclusioni di lavori di gruppo, relazioni per enti e istituzioni varie, best practices, linee di indirizzo, relazioni a seminari e congressi). Gran parte di questo materiale è archiviato e disponibile sul sito web, ma mancava

una collocazione sistematica che ne permettesse una facile consultazione per i soci e per tutti i visitatori del sito.

Negli ultimi anni sempre di più datori di lavori, responsabili risorse umane, RSP, RSL e tutti gli attori della prevenzione chiedono ai medici competenti procedure e regole chiare per l'organizzazioni delle attività previste dalle norme o comunque che fanno parte delle buo-

ne prassi professionali. Anche molti medici, soci e no, chiedono consigli sull'applicazione delle norme e sulle modalità operative con cui il medico competente esercita i propri compiti e il proprio ruolo.

Da qui nell'estate del 2022 è nata l'idea di raccogliere, aggiornare e sistematizzare la "produzione" scientifica e professionale dell'ANMA in un unico testo, che illustrasse compiutamente la professione del



medico competente, secondo un modello preciso che corrispondesse pienamente ai principi e valori etici associativi e alle linee di indirizzo operativo più volte espresse.

Fin dai primi capitoli (protocollo sanitario, valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria) ci si è resi conto che tutto il materiale poteva confluire in un ampio “Manuale del Medico Competente” che presentasse il modello professionale proposto da ANMA.

Il lavoro è stato lungo e faticoso; sin dalle prime bozze fatte circolare il Consiglio Direttivo si è reso conto dell'importanza dell'opera, ha coinvolto il Comitato Scientifico ed ha costituito un gruppo di lavoro redazionale.

Per ciascun argomento/capitolo si sono poi costituiti specifici gruppi di lavoro di revisione e confronto.

Il coinvolgimento dei soci è stato quindi molto ampio, tutti hanno partecipato con il consueto impegno e passione.

Il metodo e lo stile utilizzati sono quello tipico di tutti i lavori ANMA:

- Riferimenti scientifici e discipli-

nari chiari e esplicitati, superando il rischio dell'autoreferenzialità.

- Collegialità, coinvolgendo non solo di medici ma di diversi professionisti della prevenzione (tecnici, igienisti, giuslavoristi).
- Linguaggio semplice e chiaro, taglio pratico, immediatamente applicabile sul campo.
- Formato editoriale digitale, facilmente consultabile, aggiornamenti continui in tempo reale.
- Chiarezza e trasparenza delle scelte operate, motivate e argomentate dal punto di vista scientifico e professionale

Con generosità l'Associazione ha deciso di rendere fruibile il Manuale a tutti gli interessati.

Il piano dell'opera è davvero ampio ed esaustivo: si inizia dal primo incontro con una nuova azienda sino al Pronto Soccorso in azienda, passando per tutti i principali temi discussi in questi anni sul ruolo e compiti del medico competente:

Ciascun capitolo è strutturato sostanzialmente da una parte introduttiva che inquadra il razionale

dell'argomento, illustrando i punti critici e le linee di indirizzo per superarli e da una serie molto ampia di schede tecniche allegate che contengono indicazioni e strumenti operativi da subito applicabili sul campo.

Fondamentale il contributo dell'avvocato Antonio Scudier sull'inquadramento giuridico della nostra professione, ricco come al solito di spunti per riflettere e migliorare.

È quindi con orgoglio e soddisfazione che ANMA propone con questo Manuale il suo modello professionale, non solo dal punto di vista concettuale, ma, come di consueto, fornendo anche strumenti operativi concreti per l'applicazione sul campo.

Nella certezza che il nostro Manuale sarà più che utile non solo ai medici d'azienda, ma a tutti coloro che in qualche modo si occupano di prevenzione sul lavoro, il mio sincero e appassionato ringraziamento a tutti coloro, soci e non soci, che con me hanno collaborato alla nascita dell'opera, frutto del lavoro di quanti da decenni lavorano per l'associazione con impegno e passione, portando alla fine copiosi frutti non solo per i soci ma per l'intera comunità sociale.

CLICCA QUI - Scopri come ottenere o richiedere il Manuale del Medico Competente



PIANO FORMATIVO ANMA 2024

PIANO FORMATIVO ANMA: NUOVE DATE PER I CORSI REGIONALI

Nell'ottica di un'offerta formativa sempre aggiornata ed efficace, che rilascia crediti ECM per il Medico Competente, le Sezioni regionali sono al lavoro per organizzare i Corsi residenziali: nel **Piano Formativo 2024** abbiamo pubblicato il calendario con le ultime date di Marche e Piemonte.

La formazione regionale ANMA, costruita su misura per i Medici Competenti, garantisce un costante aggiornamento per le esigenze dei nostri Soci, sviluppando corsi per aree tematiche, leggendo le trasformazioni in atto, ascoltando e interpretando i bisogni, anticipando e concretizzando risposte adeguate.

Vai alle pagine del **Piano Formativo 2024** per maggiori informazioni e delle **Sezioni Regionali** per i dettagli degli eventi.

[CLICCA QUI - Piano Formativo 2024](#)

[CLICCA QUI - Sezioni Regionali](#)



CAMPAGNA
SOCI
M2024
anmainsieme

[CLICCA QUI - Campagna associativa](#)

Elezioni cariche sociali: Patané riconfermato Presidente ANMA

Durante il 37° congresso nazionale di Bologna si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e siamo lieti di presentarvi i Consiglieri che ne fanno parte: Gilberto Marcello Boschiroli, Giovanna Contin, Rino Donghi, Elisabetta Gallo, Franco Massironi, Carmine Mastripolito, Lorenzo Palamà, Monica Palmisano, Pietro Antonio Patanè, Paolo Sanchioli, Alessandra Vivaldi.

Il primo onere dei componenti il Consiglio è stata la nomina di Presidente, Vice Presidente e Segretario Nazionale: Pietro Antonio Patanè e Alessandra Vivaldi sono stati riconfermati per un secondo quadriennio, a loro si unisce Rino Donghi come Segretario.

Completano la squadra degli incarichi Eugenio Maria Capodicasa, Giuseppe Iannuzzi e Luigi Striuli eletti per il Collegio dei Revisori dei Conti e Giuseppe Briatico Vangosa, Massimo Sabbatucci e Francesco Viglienghi per il Collegio dei Proviviri.

Il rieletto Presidente ha subito commentato: «Ringrazio il Consiglio Direttivo per avermi nuovamente conferito l'incarico di Presidente della nostra ANMA. Riprendiamo dove non ci siamo mai interrotti: nel sostenere e valorizzare la nostra professione di Medici Competenti. L'ultimo Congresso Nazionale – venti giorni fa – ha restituito l'immagine di una Associazione viva e con molte cose da dire, anche attraverso progetti che chiedono di essere completati. L'apertura a tutte le realtà significative del mondo della prevenzione nei luoghi di lavoro, ad iniziare dalla comunità degli Specializzandi, sarà il metodo con cui vogliamo continuare a lavorare. Grazie al nuovo Consiglio Direttivo, al Comitato Scientifico e a tutti quelli che vorranno coinvolgersi in questa affascinante mission. Buon lavoro!».

Desideriamo esprimere un sentito ringraziamento ai Colleghi che hanno dato la loro disponibilità con la loro candidatura nell'interesse dell'Associazione, nonché ai numerosi Soci che, con la loro partecipazione al voto, confermano la vitalità di ANMA: gli ultimi anni sono stati ricchi di attività e l'Associazione ha sperimentato una crescita notevole, investendo sulla comunicazione, sui giovani, sulla formazione, sulla collaborazione con numerose realtà. La sfida, in questo nuovo ciclo, sarà quella di portare avanti con lo stesso entusiasmo e con il massimo sostegno quel percorso tracciato.

[CLICCA QUI - Congresso Nazionale di Bologna](#)

[CLICCA QUI - Consiglio Direttivo ANMA](#)

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 2/2024

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](https://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

COMITATO DI REDAZIONE: Work in progress

MARKETING E COMUNICAZIONE: Serena Trincanato



ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2015

certificato Certiquality n.7344

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: Rino Donghi

CONSIGLIERI: Gilberto Marcello Boschirolì, 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:

Work in progress



Rimani in contatto con ANMA

Seguici sui nostri canali
social e scopri ogni giorno
nuovi contenuti



LINKEDIN



INSTAGRAM



YOUTUBE



TWITTER



FACEBOOK

Quota associativa 2024 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 056 9601 6000 0001 4539 X22

Iscriviti alla newsletter per ricevere
informazioni e notizie aggiornate!

www.anma.it



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anma.it