

**Servizio PSAL**

**INCONTRIAMO I MEDICI COMPETENTI**  
**Edilizia**

**Giovanni Pianosi**

**Un punto di vista sulla sorveglianza  
sanitaria**

**Milano, 5 giugno 2012**

## **PERCHE' LA SORVEGLIANZA SANITARIA?**

**La risposta (giuridica) è all'art. 41 del D.Lgs. 81/2004:**

- La visita medica preventiva è “...*intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato...*”.**
- La visita medica periodica serve a “...*controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica*”.**

**L'assenza di controindicazioni e il giudizio di idoneità alla mansione specifica, così come il “controllo dello stato di salute” si basano sui risultati di **percorsi diagnostici** che riguardano “malattie” che possono essere:**

- indipendenti dall'esposizione professionale attuale;**
- dipendenti, in tutto o in parte da essa.**

I percorsi da seguire per diagnosticare le “malattie” indipendenti dall’esposizione professionale attuale e quelle che, invece, ne dipendono in tutto o in parte hanno **struttura** diversa.

E’ infatti diversa la tipologia dei **quesiti diagnostici** cui devono rispondere.

Tali quesiti rimandano:

-per le “malattie” che non dipendono dall’esposizione professionale attuale, alla **storia individuale** di ogni lavoratore, ovviamente **diversa** da lavoratore a lavoratore e **ignota** al medico *a priori*;

-per le “malattie” che dipendono invece, in tutto o in parte, dall’esposizione professionale attuale, alla **condizione di rischio collettiva** (di gruppo omogeneo) **nota** al medico *a priori*.

Detto alla buona:

- per le malattie indipendenti dall'esposizione professionale attuale il medico competente **non sa a priori** quali "malattie" sta cercando,
- mentre per le altre, quelle dipendenti in tutto o in parte dall'esposizione attuale, **lo sa**.

Per le prime è necessario un approccio **clinico** e quindi un percorso diagnostico necessariamente **personalizzato** e non definibile nei dettagli a priori.

Per le seconde occorre invece rifarsi alle regole degli **screening di popolazione** (asintomatica) e quindi ad un protocollo diagnostico **predefinito** e **standardizzato**.

L'approccio **clinico** si sviluppa a partire da una meticolosa indagine anamnestica:

- sulla presenza, nella famiglia d'origine del lavoratore, di patologie con carattere di **ereditarietà** o di **familiarità**;
- sulle sue **abitudini di vita** con una ovvia particolare attenzione alla ricostruzione della sua **storia lavorativa**;
- sulla sua **storia clinica** e sulle sue **condizioni di salute** attuali.

Si tratta di restituire lo spazio che merita alla vecchia e mai sufficientemente apprezzata anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima), troppo spesso trascurata -non solo dai medici del lavoro!- nonostante il rilievo che i metodologi clinici continuano a riconoscerle anche in quest'epoca di spettacolari sviluppi della tecnologia medica.

**La storia è la parte più difficile del procedimento diagnostico e impegna la maggior quantità di tempo nell'incontro iniziale e nell'eventuale ripresa del colloquio in tempi successivi.**

**Per una storia diagnosticamente utile il medico deve avere una vasta conoscenza di base. Deve sapere quali domande porre, come porle e saper ascoltare le risposte. Deve saper aggregare i sintomi in *cluster* di comune significato clinico, che hanno maggior valore diagnostico rispetto ai sintomi isolati.**

**Deve dare al paziente il tempo di raccontare liberamente i suoi problemi di salute e quali sono i riflessi del suo stato di malattia sulla vita di ogni giorno**

**L. Pagliaro, M. Bobbio, A. Colli  
LA DIAGNOSI IN MEDICINA  
Raffaello Cortina Editore, 2011  
pp. 48-49**

Sulla scorta delle conoscenze acquisite attraverso l'anamnesi si può procedere, in maniera **mirata**:

- all'esame fisico del lavoratore;
- all'esame di eventuale documentazione sanitaria ritenuta rilevante;
- a **proporre** ulteriori test la cui effettiva esecuzione va lasciata all'autonoma determinazione del lavoratore nel quadro del consenso informato.

### **Spunto di riflessione**

**Fin dove il medico competente può/deve spingersi nell'accertamento dello stato di salute del lavoratore?**

**L'esame fisico è uno strumento diagnostico che ha avuto apprezzamenti e dimenticanze: scoperto da Ippocrate e Galeno, ignorato per secoli dopo l'era classica, riscoperto uno o due secoli fa, è attualmente oggetto di valutazioni diverse (da rituale di scarsa utilità a importante contributo alla diagnosi).**

**In una visione non estremista, l'esame fisico rimane determinante per la diagnosi di patologie che hanno manifestazioni esterne e nella ricerca di segni di sofferenza del sistema nervoso centrale e periferico.**

**L'esame fisico rimane fondamentale nella medicina generale in pazienti che si presentano per la comparsa di sintomi o perché hanno notato segni di patologia (ittero, edemi, altro).**

**L. Pagliaro et al., La diagnosi in medicina, p. 67**



**Per quanto riguarda esami di laboratorio, prove strumentali e altre indagini si ricorda che l'art. 41, c. 4 dice che le visite eseguite nell'ambito della sorveglianza sanitaria "...comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche **mirati al rischio**..."**.

**...una lastra fotografica, dove il profano crede che la malattia del paziente sia scritta a tutte lettere mentre, di fatto, essa fornisce un semplice elemento di valutazione che andrà ad aggiungersi a molti altri sui quali il medico baserà il suo ragionamento e svilupperà la sua diagnosi.**

**Marcel Proust**

**FATTORE DI  
RISCHIO**



**ESPOSIZIONE**



**DANNO**

<b>FATTORE DI RISCHIO</b>	<b>ESPOSIZIONE</b>	<b>MALATTIA</b>	<b>TEST</b>
Indicazione qualitativa	Stima quantitativa	ICD-DSM	Sensibilità Specificità

Grazie per  
l'attenzione

Chi è interessato a proseguire  
la discussione può contattarmi  
quando vuole: mi farà solo  
piacere.

335.8090252

[giovanni.pianosi@gmail.com](mailto:giovanni.pianosi@gmail.com)

