

ANCHE I MEDICI HANNO BISOGNO DI CURE

LETTERA APERTA DI JOSEPH G. KRAMER, PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA DELL'UTAH
DAL BOLLETTINO MEDICO DELL'UTAH

«Sono un medico e sono il Presidente dell'Associazione Medica dell'Utah. Ho una splendida moglie e una bella famiglia. Ho un buon lavoro e dei bravi colleghi. Ho anche la depressione. Mi rendo conto che dirlo pubblicamente ai miei colleghi può dare origine a vari tipi di risposte. Alcuni di voi capiranno. Per altri sarà l'equivalente dell'ammissione di un'inferiorità morale o di una lebbra mentale. Altri diranno che non sono fatti loro.»

«Io voglio informare i miei amici e i colleghi che non conosco, che sono uniti tra di loro dal fatto di essere medici, perché sono profondamente preoccupato per i membri di questa professione. Se i medici non si prendono cura degli altri medici chi lo farà?»

«La medicina è un mestiere pericoloso con una paga sempre più bassa. Coloro che controllano i soldi ci richiedono di condividere il rischio ma nello stesso tempo non hanno nessuna idea dei rischi che corriamo come medici.»

«La medicina può essere un'attività pericolosa. Negli ultimi anni molti dei nostri associati si sono suicidati: dei medici che sono morti nell'Utah negli ultimi 10 anni il 5% è morto di sua propria mano».

«Perché siamo così pericolosi per noi stessi? Suppongo che vi sia un processo di preselezione per coloro che entrano in medicina. Forse alcuni di noi sono particolarmente sensibili ai sensi di colpa. C'è anche la vulnerabilità di non sapere mai abbastanza in una professione che richiede che noi sappiamo tutto. Le aspettative e le pressioni della vita e della morte si aggiungono a questo fardello. Vi è un orgoglio professionale che ci insegna che noi non possiamo sbagliare. Un progressivo isolamento sociale si aggiunge a questi fattori: un tempo eravamo soliti incontrarci nelle Società delle varie specialità, adesso siamo così occupati che la terapia della conversazione sta declinando.»

«Come ho deciso di uscire dal recesso di segretezza che avvolge le patologie dell'umore, chiedo a ciascuno di voi di pensare alla propria felicità, e ai propri timori e alle proprie preoccupazioni, di avere il coraggio di uscire allo scoperto. Noi medici dobbiamo riflettere sull'ammonimento *“medico cura te stesso”*».

«Questo editoriale non è un incitamento a buttarsi giù, ma è un invito rivolto ai membri di questa Associazione perché si prendano cura di coloro che sono intorno a loro includendovi i nostri colleghi e loro stessi.»

JOSEPH G. KRAMER

Presidente dell'Associazione Medica dell'Utah

Anche i medici si ammalano. Chi cura talvolta ha disperatamente bisogno di essere curato. I medici colpiti da malattia devono poter disporre delle stesse cure, dello stesso interesse e delle stesse attenzioni che vengono forniti a tutti gli altri pazienti. Ma la malattia di un medico, se paragonata a quella di un paziente standard, è più complicata, molto più difficile a causa della relazione diretta del medico con la professione medica. Anche la reazione emotiva di un medico alla malattia è molto diversa. I medici hanno una reale e ben fondata preoccupazione di essere evitati non soltanto dai pazienti ma anche dai colleghi. Enormi sensi di colpa accompagnano frequentemente la malattia di un medico, rendendo complicato per il paziente medico presentarsi alle associazioni mediche in cerca dell'aiuto e delle cure di cui ha bisogno.

Dal 7 al 10% dei medici ad un certo punto della loro carriera si ammalano e non riescono più a lavorare: la frequenza della incapacità lavorativa che si manifesta tra i medici è aumentata progressivamente a partire dagli anni '90 ed è andata di pari passo con il massivo cambiamento del numero e del tipo di capacità richieste ai professionisti della salute. Stiamo assistendo a cambiamenti di ruoli, di responsabilità, di status e di guadagno che possono portare a uno stato inabilitante di stress che si manifesta in un aumento di malattie e di problemi fisici, in una crescente difficoltà relazionale, in un aumento di pensieri e di emozioni negativi, in un aumento di comportamenti e abitudini maladattivi, all'esaurimento psico-fisico, al suicidio. Con crescente frequenza stiamo cioè assistendo alle cosiddette *sindromi da avversità di carriera*, che comprendono:

- ❑ Burn-Out
- ❑ Invalidità al lavoro
- ❑ Dipendenze/Deperimento
- ❑ Comportamento distruttivo/disfunzionale
- ❑ Abbandono del lavoro

Le *sindromi da avversità di carriera* riflettono un divario che ha un alto costo umano. Riflettono la distanza tra il medico e le richieste del suo lavoro e del suo posto di lavoro, lo squilibrio cronico nel

quale le richieste di lavoro e di carriera che vengono fatte al medico superano ciò che il medico può dare. Sono una misura della disparità tra le aspettative e la realtà, tra ciò che siamo e ciò che facciamo. Rappresentano la distanza tra i valori economici e i valori umani e riflettono situazioni di lavoro nelle quali i valori umani vengono in secondo piano rispetto ai valori economici.

Le *sindromi da avversità di carriera* costituiscono un importante barometro della disfunzione sociale, organizzativa, professionale e culturale sul luogo di lavoro. Comprendono le manifestazioni di stress e di Burn-Out, che si manifestano con depressione e altre patologie affettive, psicologiche e cognitive correlate all'ansia.

Il Burn-Out merita un'attenzione speciale a causa del suo incremento epidemico all'interno della nostra professione, perché è *la sindrome da avversità di carriera* che più frequentemente precipita e/o può essere associata con le altre. E' una sindrome che risulta da un prolungato stress cronico, normalmente associato con alte aspettative e con un lavoro che pretende un elevato coinvolgimento emotivo. E' un processo cumulativo che avviene nel tempo e che determina un esaurimento fisico, emotivo e mentale. E' caratterizzato dallo svilupparsi di un concetto negativo di sé stessi e da atteggiamenti negativi verso la vita, il lavoro, la carriera e le altre persone. Le manifestazioni di questa condizione comprendono depressione, disturbi emotivo-comportamentali, patologie associate all'ansia, patologie gastrointestinali, cardiovascolari e la sindrome da fatica cronica.

Le manifestazioni emotive ricadono in due dimensioni: la prima è caratterizzata dal cinismo e include sentimenti di negatività, vittimizzazione, risentimento, intrappolamento e comportamenti reattivi disfunzionali. La seconda dimensione è caratterizzata dal ritiro e comprende sentimenti di isolamento, mancanza di speranza, impotenza, disillusione e disimpegno. Le manifestazioni mentali comprendono comportamenti maladattivi e tentativi di fronteggiare la situazione con l'uso di sostanze e/o con altre dipendenze e sindromi compulsive.

Per prendersi cura dei medici che presentano *sindromi da avversità di carriera* è necessario un approccio che non segua il tradizionale modello medico di trattare i sintomi e rimettere insieme le parti rotte.

I medici hanno una frequenza di patologie depressive superiore a quella della popolazione generale, forse perché studiare medicina è una risposta inconscia al bisogno di compensare problemi emozionali. Un elevato perfezionismo è caratteristico dei medici, ma le capacità organizzative possono sfumare in un bisogno compulsivo di controllo e di padronanza e in uno stile ossessivo. Le difese intellettuali ed ossessive sono supportate dalle modalità dell'addestramento medico. L'ansietà di sapere cosa fare e di essere in grado di affrontare le responsabilità tende a intensificare la compulsività. Il perfezionismo può anche portare a fare richieste sempre più alte a se stessi e perciò a una maggior possibilità di provare un senso di fallimento. Ciò può condurre alla

depressione per il fatto di sentirsi incapaci di raggiungere i propri scopi ed i propri ideali. Anche tollerare l'emozione del paziente è causa di stress: per affrontare questo problema vengono messi in atto numerosi meccanismi di difesa in modo da non correre il rischio di essere travolti dalla tensione emotiva. Per proteggersi dalle emozioni penose i medici generalmente usano delle difese intellettuali che possono essere la causa principale del non cercare aiuto. Le principali difese sono: la negazione, la minimizzazione, la razionalizzazione, la formazione reattiva e la sublimazione.

E' difficile per un medico essere un paziente. Molti medici pertanto negano i problemi e sono molto riluttanti nel cercare aiuto: ciò porta ad un ritardo nella richiesta del trattamento e perciò i problemi vengono spesso affrontati quando sono diventati molto gravi. Le insicurezze dei medici li porta a temere il giudizio, l'esposizione e a sentire un senso di colpa e di fallimento personale.

Trattare un paziente medico presenta molte sfide. I medici sono per alcuni versi diversi dagli altri pazienti, per altri no. Per trattare con pazienti medici bisogna:

- ❑ Rispondere prontamente alle richieste di aiuto. La maggior parte dei medici hanno aspettato troppo prima di chiedere aiuto.
- ❑ Assicurare la riservatezza
- ❑ Essere empatici e riconoscere il loro coraggio nel cercare aiuto
- ❑ Chiarire che il trattamento deve essere uno sforzo collaborativo ma permettere al paziente di essere solo un "paziente"
- ❑ Anticipare i meccanismi di difesa
- ❑ Se è necessario il ricovero assicurarsi che il paziente rimanga in ospedale il tempo necessario per completare il trattamento.

Sono stati fatti molti progressi nella comprensione e nel trattamento della depressione. Per la depressione da lieve a moderata, non bipolare, non psicotica, che è di gran lunga il tipo più comune, si è dimostrata efficace la farmacoterapia associata a varie specifiche forme di psicoterapia. Non c'è una ragione a priori per selezionare un tipo particolare di trattamento per i pazienti medici: è preferibile permettere al paziente la scelta di una specifica opzione terapeutica dopo aver spiegato con cura i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna. La terapia interpersonale e la psicoterapia cognitivo-comportamentale sono due specifiche forme di psicoterapia che sono generalmente limitate nel tempo, pratiche e focalizzate su difficoltà attuali, aspetti che le rendono particolarmente gradite ai medici. Molti medici infatti non desiderano impegnarsi in una psicoterapia dalla durata illimitata. I medici curati hanno dei buoni risultati purché vengano convinti a completare il corso del trattamento e ad essere sostenuti nel follow-up.

Per i medici affetti da patologie da uso di sostanze o da alcoolismo la prognosi è generalmente migliore rispetto a quella della popolazione generale. Il trattamento deve essere per un certo tempo

residenziale e poi semiresidenziale. La maggior parte degli studi dimostrano che i medici hanno una percentuale di guarigione superiore a quella della popolazione generale. I medici che soffrono di alcolismo o da dipendenza da droghe spesso richiedono una disintossicazione in un ambiente ospedaliero.

Negli Stati Uniti le Associazioni Mediche di ogni Stato hanno attivato almeno un programma residenziale o semiresidenziale per assistere i medici malati. I programmi variano e offrono tipi diversi di assistenza: alcuni si occupano dei problemi di droga e di alcolismo altri anche di problemi psichiatrici o comportamentali, di stress, di Burn-out, di problemi familiari. In Spagna l'Associazione Medica di Barcellona ha dato inizio ad un programma (PAIME) per la salute dei medici malati che si è dimostrato estremamente efficace e che verrà esteso alle altre province spagnole.

L'informazione sulle problematiche connesse con le *sindromi da avversità di carriera* e le ricerche mirate alla conoscenza della presenza e diffusione del fenomeno del Burn-Out, stanno aprendo una breccia nel muro di silenzio, paura, indifferenza e vergogna, permettendo ai medici e agli operatori sanitari di iniziare a conoscere, condividere e gradualmente esplicitare il vissuto reale della loro professione riconsiderandosi così come esseri umani uguali agli altri.

Nelle situazioni di prevenzione, sostegno, cura, riabilitazione l'accesso ai Servizi è paradossalmente problematico per gli operatori sanitari soprattutto quando sono in gioco le dinamiche del *ben-essere* legate all'esercizio della professione.

In Piemonte, da alcuni anni, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Torino, il Centro di Formazione A. Schweitzer, l'Adimed ed altre realtà del privato sociale hanno intrapreso un percorso scientifico di conoscenza e rilevazione dati a vari livelli del Sistema Sanitario riguardante la sindrome del Burn-Out, l'errore in medicina e il profilo psicologico delle professioni sanitarie. Dopo anni di studio si sta allestendo un sistema di percorsi diversificati di prevenzione e aiuto alle persone sia a livello ambulatoriale che semiresidenziale e residenziale per le varie situazioni di difficoltà e crisi di medici e operatori sanitari e le varie sintomatologie delle *sindromi da avversità di carriera*.

La riservatezza assolutamente garantita, la specificità delle proposte formative e di aiuto, la considerazione dei vari aspetti personali, famigliari, lavorativi, istituzionali, giuridici e sociali, permettono di promuovere e salvaguardare il diritto della persona a chiedere aiuto, a ricevere accoglienza, rispetto, comprensione e proposte in grado di stimolare e accompagnare l'uscita dal silenzio, solitudine e disperazione e trasformare la crisi in un processo di sviluppo, ripresa e miglioramento del proprio vissuto lavorativo e esistenziale.

Il progetto Piemontese è in fase di partenza ed è il primo in Italia: esso intende collegarsi con realtà già operanti all'estero e con quelle che eventualmente nasceranno in futuro nella nostra Nazione.

Paola Mora
Segretario Generale
Centro di Formazione A.Schweitzer