

## LE MALATTIE PIU' FREQUENTI NEI MEDICI

**BENIAMINO PALMIERI, LUCIA PALMIERI, GABRIELE ROMANI, IVAN CORRIDORI**

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento Integrato di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche

**RIASSUNTO.** Questo articolo descrive le malattie più frequenti dei medici ottenuti da una revisione della letteratura ; in realtà i contributi su tale materia sono piuttosto scarsi e per lo più orientati a problematiche di salute riferite a debilitazione psichica da super lavoro, frustrazione, tensione emotiva. E' assai singolare che non esista una omogenea informazione riguardante la epidemiologia di malattie professionali dei Medici suddivise per specialità o per aree di rischio ambientale e professionale inclusa quella oncologica, e forse ciò è dovuto alla "sindrome di invulnerabilità", che affligge la maggior parte dei medici in buona salute al di sotto dei 50 anni. Peraltro risalta dai reports analizzati, come il medico tenda a risolvere il proprio particolare problema di malattia in modo riservato e discreto, talora autogestendo il percorso diagnostico terapeutico fino ai limiti del possibile, considerando la malattia una debolezza, talvolta una vergogna. Tali tempi di latenza morbosa possono essere fonte di responsabilità ed errori professionali. Nelle conclusioni viene descritta la incipiente esperienza italiana del network "Medico cura te stesso" fortemente voluto e creato dagli autori, "AMAMI" una istituzione in difesa dei medici ingiustamente accusati e le iniziative di una grande struttura ospedaliera italiana dedicata alla fitness e wellness dei propri dipendenti. Il tema trattato pare quindi destinato a stimolare ulteriori approfondimenti e incentivare nuovi studi di informazione, prevenzione e cura dei medici, la cui malattia è un vissuto prezioso di percorsi psicologici, etici e culturali da riversare beneficamente nel rapporto medico paziente.

**PAROLE CHIAVE-**Medici, Malattie, Medico-Paziente, Medico Malato

*SUMMARY- This paper reviews the most relevant contributions of the last 20 years about the illnesses of doctors; the informations on this issue are quite scanty and addressed more on the minor or major psychiatric syndromes than on physical illnesses based on specific professional or environmental risk factors. As a matter of fact physicians under 50 y o seem to be affected by invulnerability, and do not take care of their prevention and cure; on the contrary most of them when affected undergo selfmanagment of diagnosis and treatment, living with shame their disease and coming back to the work as soon as possible. This behaviour is dangerous in terms of professional mistake toward the patients. The Italian activities for doctor medical care in order to preserve their fitness wellness and to defend from being prosecuted and against professional liability are reported*

*Key words: Doctor, Medical-Disease, Doctor Sick*

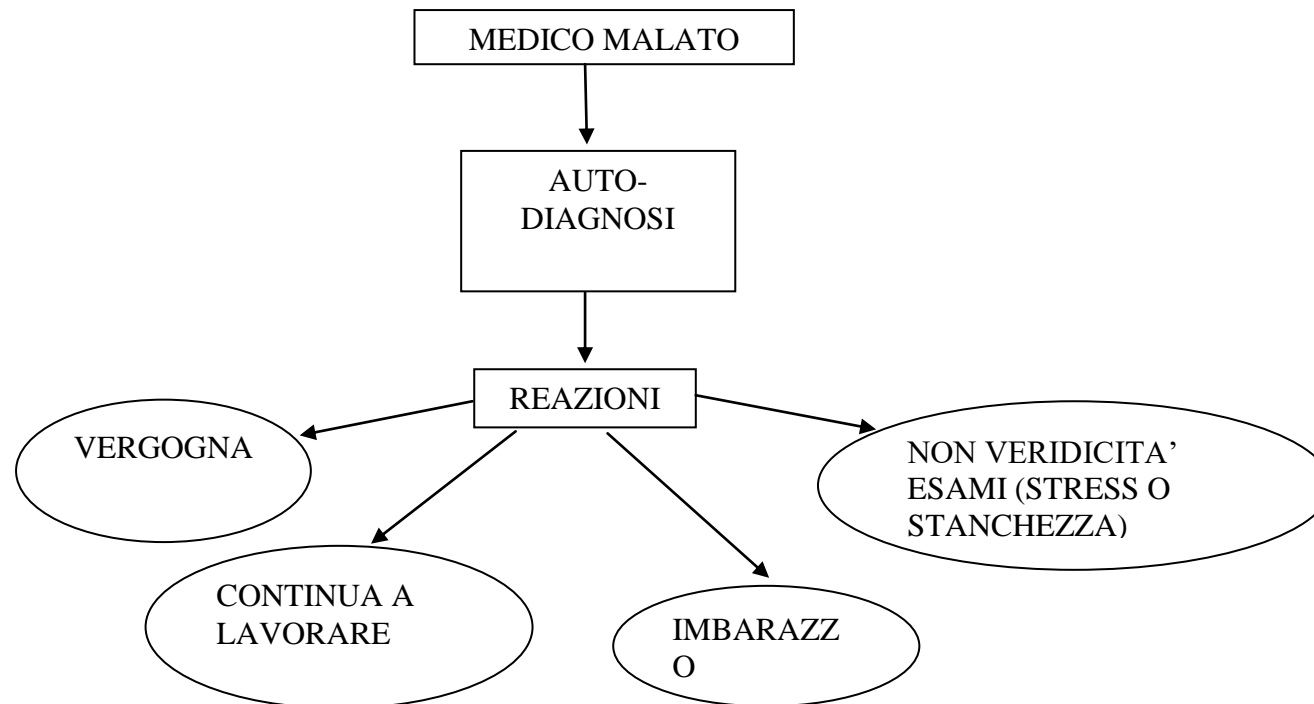
### Introduzione

La salute e il benessere dei medici sono stati negli ultimi 20 anni, oggetto di sporadici, se pur molto specifici studi mirati ad alcuni problemi; due punti deboli per qualsiasi ricercatore che si accinga a compiere ricerche in tale ambito sono: che i medici hanno una certa riluttanza a considerarsi come pazienti, e che dottori con problemi di salute si rifiutino di seguire i consigli che solitamente forniscono ai loro pazienti (1). Del resto, la comunità medica ha sviluppato una cultura in cui la norma è lavorare con la malattia e auto-curarsi. Alcune delle virtù cardinali di un medico come la competenza, l'identità professionale, il perfezionismo, l'autonomia e lo stoicismo possono essere considerati quindi una forza ma anche una debolezza nell'assumere il ruolo di pazienti.

### Medici-Pazienti

Rutle (2) ha svolto a Oslo un trial di due anni che vedeva coinvolti 28 dottori, di cui la maggior parte ha dichiarato di avere una certa difficoltà ad assumere il ruolo di pazienti. Probabilmente vi sono dei fattori che contribuiscono a questa difficoltà come l'imbarazzo, l'illusione dell'invincibilità dei problemi legati al fatto di essere troppo impegnati e di non avere tempo da dedicare a se stessi.

Sono stati quindi selezionati dei medici col compito di curare altri medici, a cui è stata fornita una preparazione specifica per il loro ruolo. Questo trial ha avuto successo il che supporta l'idea della creazione di un servizio che si occupi della salute dei medici. Purtroppo, attualmente, vi è una scarsa disponibilità di specialisti idonei a seguire specificatamente i medici specie in ambito psichiatrico.



*Fig. 1. Reazioni del medico nei confronti di una malattia diagnosticata*

I dottori subiscono una sorta di pressione a non ammalarsi o almeno a sembrare e agire come malati (fig.1). Essi affermano anche di percepire la responsabilità di dover continuare a lavorare indipendentemente dalla gravità dei sintomi (3).

Chin et al (4) per valutare il trattamento di pazienti con lesioni della mano e del polso, hanno effettuato una serie di analisi cliniche e psicologiche su 9 chirurghi ognuno dei quali si era sottoposto a fissazione operatoria della mano o fratture del polso. I risultati di questo studio hanno evidenziato che la buona riuscita dell'operazione dipendeva dalla personalità dei chirurghi stessi, dalla loro motivazione e dalla capacità di accettare e di adattarsi alla lesione subita; dalla natura del danno e dall'importanza che la mano assumeva per la carriera dei chirurghi medesimi. I chirurghi si presentavano fortemente motivati e tra questi coloro che ponevano la loro carriera al primo posto nella scala delle proprie priorità erano quelli maggiormente preoccupati per l'esito dell'operazione. La maggior parte tornò alle proprie attività quotidiane in media 25 giorni dall'intervento valutando questo ultimo come un cambiamento positivo e adeguando successivamente il proprio stile di vita in modo tale da preservare la funzionalità della mano interessata dall'intervento.

Uno studio di Mc Kevitt e Morgan (5) ha indagato il concetto di invulnerabilità nella filosofia operativa dei medici inglesi per mezzo di uno screening di questionari anonimi in due distretti territoriali comprendenti medici di famiglia ed ospedalieri. Più di 80 espressero interesse alla partecipazione, ma vennero esclusi coloro che nei tre anni precedenti non avevano subito malattie della durata di almeno un mese. La ricerca si è articolata inoltre con interviste dirette di almeno 45 minuti a 32 medici, in parte completate con dialoghi telefonici. I temi affrontati riguardavano congedi per malattia, accesso alle strutture sanitarie, meccanismi di supporto all'invalidità, ritorno al lavoro, percezione delle cure ricevute, impatto personale e professionale delle malattie e reazioni psicologiche alle stesse. In totale furono intervistati 18 maschi e 21 femmine, medici di famiglia, 6 maschi e 6 femmine medici in specializzazione e 8 maschi e 5 femmine responsabili di strutture ospedaliere l'età era compresa tra i 28 e i 65 anni. Ventiquattro medici riferirono di malattie psichiatriche, 36 malattie fisiche e 4 sindromi psichiatriche e fisiche insieme. Uno dei bias temuto dagli autori fu il rischio di selezionare soggetti ansiosi o patofobici, ma solo un quarto degli intervistati corrispondeva a tale categoria, un quarto commentò positivamente e negativamente in egual misura le prestazioni subite in corso di malattia, mentre la metà restante si dichiarò completamente soddisfatta. La valutazione dei dati raccolti consentì di osservare come la malattia mentale fosse prevalentemente misconosciuta ed interpretata come surmenage fisico, stress o stanchezza. Posti di fronte alla diagnosi formulata su di loro espressero imbarazzo, vergogna od orrore per tale etichetta. I medici con malattia fisica ebbero reazioni più eterogenee. Quelli con patologia cronica a lungo termine risultarono maggiormente depressi, altri espressero sensi di colpa e di inadeguatezza per essere incorsi in una malattia fisica, mentre 6 soggetti soltanto mantennero una certa equità di giudizio. Due di questi medici asserirono che né la fatica né il dolore li avrebbero comunque distolti dalla professione. Questo atteggiamento stoico e propositivo di contrapporre la professione alla malattia trova riscontro anche nella minimizzazione dei

sintomi proprio per evitarne una sopravvalutazione e potenzialmente una diagnosi errata. Alcuni degli intervistati espressero sensi di colpa per il sovraccarico di lavoro involontariamente procurato ai colleghi e l'intenzione di riprendere quanto prima l'attività con essi. La maggior parte dei medici pur essendo registrati presso un medico di famiglia evitarono accuratamente di consultarlo, specie per disturbi psichici ma anche per il timore di danno alla propria carriera. Quanto alle lamentele, esse si riferivano per lo più all' inadeguatezza di informazioni di follow-up e di supporto psicologico che sarebbe stato loro negato involontariamente essendo ritenuti in gran parte autosufficienti a gestire la propria malattia. Anche se questo lavoro è numericamente limitato ed esamina medici spontaneamente reclutati, esso esprime e stigmatizza taluni aspetti di rilevanza generale per lo più culturale. Tutti ad esempio percepirono il disagio delle infermità tra curante e paziente, la sottovalutazione dei sintomi più precoci, per i più svariati motivi, così come il concetto che "l'ammalarsi non è una caratteristica dei medici"; del resto il potere carismatico che il medico ha di trasformare con un atto diagnostico il cliente in paziente, viene neutralizzato quando tale criterio è applicato su se stessi, essendo anche amplificato dall'opinione comune. Si impone comunque il quesito della qualità della prestazione professionale in un medico ammalato che persista a negare la propria infermità, specie se di natura fisica. Incombe altresì il dilemma se i medici affetti da malattia debbano essere trattati in modo diverso nei percorsi sanitari; la riservatezza nell'autodefinirsi malato è generalmente indirizzata a mantenere un presunto prestigio d'invulnerabilità che verrebbe inesorabilmente a cadere. E' anche discutibile se si possa proporre una politica di salute pubblica rivolta a prevenire e tutelare le malattie dei medici, specie quelle legate all'insoddisfazione per l'inefficienza e inadeguatezza delle strutture di esercizio della professione.

I dottori tendono ad eseguire autonomamente la diagnosi e la cura della propria infermità con anche l'auto-prescrizione di farmaci , concentrando l'attenzione solo sull'aspetto sintomatico, ma non eziologico, probabilmente perché fuorviati dall'angoscia di una presa di coscienza obiettiva della loro reale situazione. L'organizzazione gestionale altamente integrata e strutturata del lavoro medico favorisce la ricerca da parte del medico delle consulenze informali e confidenziali di "corridoio" presso amici specialisti e colleghi, anziché sottostare a un preciso protocollo formale . L'auto-trattamento pecca però di una mancanza d'oggettività, di approssimazione, di non comparabilità dei dati ed è particolarmente inappropriato in caso di malattie mentali. Interessante a questo proposito è lo studio di Christie VM e Ingstad B. (6) che ha coinvolto 39 medici di base Norvegesi che sono stati sottoposti a questionari e interviste telefoniche e 49 medici di base che hanno scritto l'evoluzione delle loro malattie. L'analisi dei dati ha permesso di evidenziare i principali dilemmi dei medici durante i diversi stadi evolutivi.

Il risultato ottenuto fu che inizialmente i medici tendevano a posticipare la richiesta d'aiuto, cercando di negare o nascondere di essere gravemente malati sia a se stessi che agli altri. Analizzando i motivi di quest'atteggiamento si è compreso che, per alcuni vi era difficoltà ad abbandonare il ruolo del medico per assumere quello di paziente, mentre altri, che avrebbero desiderato essere considerati solo come pazienti, percepivano che questa sorta di regressione emozionale, pur essendo un'esigenza, non era loro istituzionalmente consentita. Spesso, inoltre, essere curati da altri medici causava una sorta di conflitto di ruoli, il che comportava una certa insicurezza e incertezza da parte dei medici curanti nel trattare i colleghi.

### *Rischi fisici e psichici*

I medici, nonostante abbiano dei livelli di mortalità inferiori rispetto alla media della popolazione, hanno però, un rischio maggiore d'essere affetti da alcuni problemi di natura fisica e psicologica.

Chi esercita la professione medica, rispetto alla media della popolazione, è maggiormente interessato da una o più delle tre "d": "Drugs, drink and depression" vale a dire farmaci, alcolismo e depressione (compreso il suicidio, 7 ). Un gruppo sempre più ampio di medici sono significativamente

affetti da stress, nonostante ciò non sia di gravità tale da impedire loro di praticare la professione. Questi dati sono al centro del dibattito per stabilire se la causa di stress sia da associare maggiormente al lavoro che svolgono o ai tratti della loro personalità.

Il burnout è una sindrome caratterizzata da stress lavorativo, esaurimento (tensione emotiva, ansietà, irritabilità ovvero noia, apatia, disinteresse), conclusione difensiva (distacco emotivo dal paziente assistito, cinismo, rigidità). (7). Il burnout è un'area di crescente interesse in campo medico. A causa delle continue richieste, delle risorse ridotte e dei continui rischi medico- legali i medici sono ad alto rischio di burnout. Il burnout può essere misurato utilizzando il Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), indice usato in diversi studi sul burnout tra i medici (8-11). I direttori di dipartimento potrebbero essere particolarmente suscettibili di burnout a causa dell'amministrativo, dell'insegnamento, e delle continue richieste di cure cliniche in questo tipo di ambiente. Uno studio di Johns et al (12) ha voluto determinare il burnout tra i primari di otorinolaringoiatria in modo tale da identificare i fattori che potrebbero portare allo sviluppo di questa patologia. Lo studio era basato sulla compilazione di un questionario da parte di 120 primari di otorinolaringoiatria negli Stati Uniti. Il questionario consisteva di 6 parti:

1. informazioni demografiche,
2. stress professionali,
3. soddisfazioni derivanti dalla vita professionale e personale;
4. esame di auto-efficacia;
5. valutazione del supporto del coniuge;
6. l'MBI-HSS.

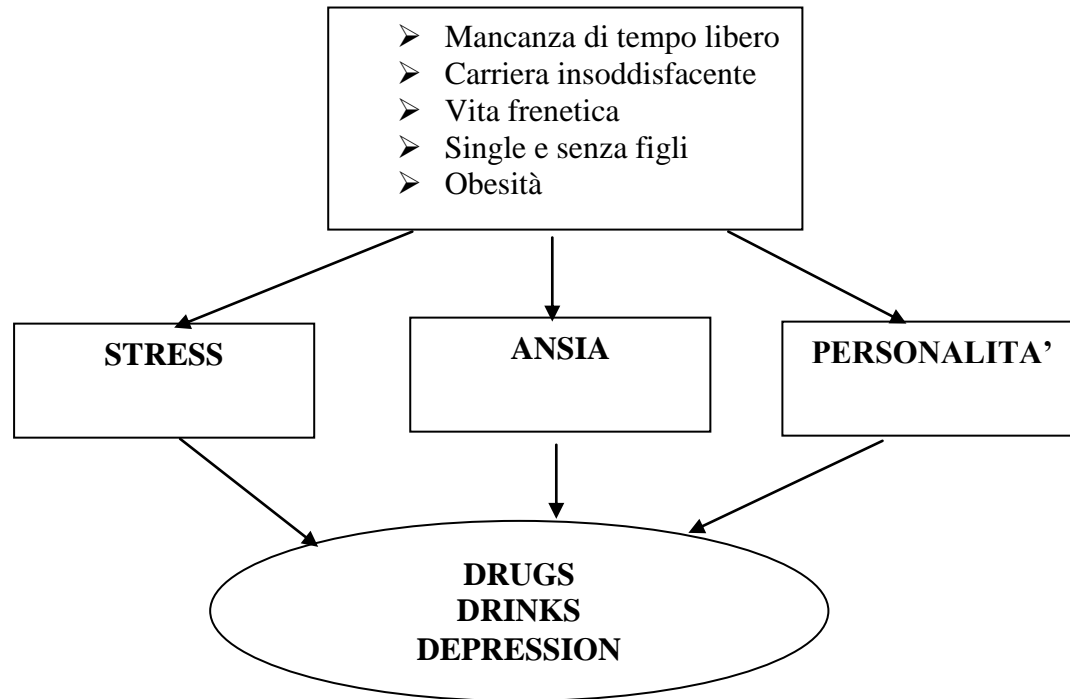
Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando la correlazione di Pearson e l'analisi della varianza ed i dati di burnout sono stati confrontati con dati precedenti di studi effettuati su primari di altri dipartimenti ed altri medici. Questi ricercatori hanno ricevuto questionari compilati da parte di 107 direttori di dipartimento per una percentuale dell'89% . i primari avevano circa 56 anni di età ed in media 11 anni di servizio come primari. La settimana lavorativa era in media di 68 ore e non variava in base alla durata del servizio. Il 66% percento di queste ore lavorative era speso nella cura del paziente, l'8% in ricerca ed il 26% nel disbrigo di pratiche amministrative. Gli indici del MBI- HSS dimostrano che un 3% di primari sono andati in contro ad un burnout di tipo severo, un 81% burnout di tipo modesto e un 16% di tipo lieve. In media i primari hanno dei bassi indici di depersonalizzazione, degli indici medi di esaurimento e degli indici bassi di conclusione difensiva .

Un alto indice di depersonalizzazione era correlato con un basso indice di autoefficacia, poco supporto da parte del coniuge, disputa con i superiori, deficit di budget di dipartimento, lavorare le notti nei fine settimana, verifiche mediche e accuse di malpractice. Un alto indice di conclusione difensiva era correlato con un aumento del tempo speso nel disbrigo di pratiche burocratiche. Quando confrontata con altri tipi di specializzazione i primari di otorinolaringoiatria dimostrano un minore grado di esaurimento e depersonalizzazione ma anche di conclusione difensiva. L'essere primario, l'età e le ore lavorative a settimana non erano associate con un aumento di questa sindrome.

Il Ministero della Salute del Galles sta compilando un registro dei medici e studenti di medicina che hanno avuto esperienza di malattie psichiatriche o di abuso di sostanze, di solito mediante la relazione di colleghi preposti alla sorveglianza, al fine di decidere come queste persone possano continuare a lavorare o studiare proteggendo l'interesse pubblico.

Da Schattner e collaboratori (13) è stato svolto uno screening sui dottori Australiani e Neozelandesi mediante un questionario di valutazione dell'ansia e della depressione, che ha evidenziato come i più alti livelli di stress si potessero riscontrare fra i medici di famiglia, rispetto alla media della popolazione. Conclusioni simili sono risultate da uno studio svolto da Chambers in Gran Bretagna nel 1996 (14) , in cui si ricercava una

correlazione tra la personalità e l'attività lavorativa, mediante un questionario relativo ad ansia e depressione nei medici di base. Si è notato che i casi di depressione (10% non grave e 16% borderline) erano statisticamente associati alla mancanza di tempo libero a causa del lavoro stressante per le continue richieste dei pazienti, alla quantità ingente di telefonate, a una vita frenetica, all'essere single e senza figli, all'abuso di alcool, all'obesità, a una carriera insoddisfacente e a lavorare in ambienti poco stimolanti (Fig. 2)



*Fig. 2. Fattori di rischio*

Si stima che la percentuale di dipendenza da sostanze chimiche (esclusa la nicotina) tra i medici sia tra il 10-15% (15), simile alla popolazione generale (16). Ogni studio che valuta questo tipo di dipendenza tra i medici presenta dei follow-up relativamente brevi, limitazioni nei metodi statistici o di analisi e un'intensità variabile di monitoraggio. Tra i medici, gli anestesisti sembrano essere quelli esposti a rischio maggiore, a causa del loro facile accesso a molti farmaci che danno dipendenza (17), come gli oppioidi (fentanyl, sufentanil, morfina, meperidina).

Domino et al (18) hanno esaminato 11 anni di dati derivanti da un programma post-trattamento, di monitoraggio di medici affetti da malattie dovute ad abuso di sostanze. Questi ricercatori hanno voluto valutare se queste patologie fossero associate ad una più alta percentuale di ricaduta rispetto a chi abusa di alcool e di sostanze non oppioidi. I fattori di rischio per la ricaduta in seguito ai trattamenti correnti e le strategie di monitoraggio sono sconosciuti. Sono stati coinvolti in un programma di studio 292 medici e monitorati tra il 1 gennaio 1991 e il 31 dicembre 2001 periodo durante il quale sono stati valutati fattori associati alla ricaduta, definiti come ulteriore assunzione di sostanze oppioidi dopo la diagnosi iniziale e dopo il completamento del trattamento di disintossicazione. Il 25% (74/292 medici) ha avuto almeno una ricaduta. Si è anche evidenziato che una storia familiare di abuso di sostanze aumentava il rischio di questa ricaduta. L'uso dei suddetti oppioidi faceva accrescere questo rischio in modo significativo in presenza di malattie di tipo psichiatrico. La presenza di tutti e tre i fattori (uso di sostanze oppioidi, abuso di sostanze e malattie psichiche e storia familiare) aumentavano in modo significativo il rischio di ricaduta. Il rischio di ricadute successive aumentava dopo la prima ricaduta. Tutte queste osservazioni devono essere considerate nel monitoraggio del recupero di medici affetti da questo tipo di patologia.

Si deduce che i problemi di salute mentale dei medici di base possono essere proporzionali al carico di lavoro.

Esiste un gruppo significativo di dottori insoddisfatti, che si lamentano delle eccessive richieste del "sistema sanitario", e progettano di abbandonare la professione. Secondo una ricerca svolta in Norvegia (19) sarebbero soprattutto le donne a esprimere tali sentimenti. I medici spesso vanno al lavoro anche se indisposti e tendono ad utilizzare poco le cure di salute primaria, preferendo curarsi da soli, persino in caso di malattie mentali. Tuttavia la maggior parte di essi è in grado di svolgere bene il lavoro e non ha un vero problema di salute in senso strettamente clinico, pur risultando maggiormente esposta a rischio di stress o depressione; di conseguenza i servizi di salute mentale dovrebbero essere più riservatamente accessibili ai medici.

Numerosi studi (20; 1) rivelano che gli internisti hanno i livelli più alti di malattie psichiatriche e di suicidi. Su tale argomento è importante porre l'accento poiché la filosofia esistenziale del medico si confronta col progredire dell'età, con la morte, raggiunta spesso al culmine di tremendi patimenti. Uno studio di Redinbaugh (21) analizza le reazioni emotive dei medici alla morte dei loro pazienti; il 74% accusò questa esperienza in senso positivo, il 4,7% accusarono reazioni emozionali proporzionate al tempo di esposizione e dall'iterazione con i pazienti agonizzanti, essendo le relazioni emozionali proporzionate all'anzianità e al grado di training del medico: i più giovani, infatti, spesso quelle di sesso femminile, risultarono i più emotivamente turbati e bisognosi di supporto psicologico o da parte di colleghi o adottando un atteggiamento reattivo a sfondo filosofico o comportamentale.

L'idea di suicidio, che è il più importante fattore predisponente ai tentativi di suicidio, prevale tra i medici internisti, rispetto alla media della popolazione (19). Negli Stati Uniti Frank E e collaboratori (22), sulla base di due precedenti dati statistici che pongono le morti premature dei medici al 35% secondo Thomas (23) o rispettivamente al 3 e al 6,5% per gli uomini e per le donne-medico (editoriale AMA 1996) è stata effettuata un'indagine su 2500 donne medici scelti a random nelle ultime quattro decadi di classi di laurea. Questa ricerca è quindi sbilanciata a favore delle donne-medico, categoria comunque in aumento. Vennero inclusi soggetti tra i 30 e i 70 anni in attività parziale o totale o professionalmente inattiva o in età pensionabile. Risposero all'invito 4501 medici pari al 59% dei soggetti eligibili. Vennero esaminati le risposte alle domande la depressione e il comportamento suicida. Globalmente 61 donne pari all'1,5% dichiararono di aver tentato il suicidio e il 19,5 pari a 808 riferirono depressione in anamnesi, con il 2,4% di tale sintomo esteso ai figli e il 16,4% risalente alle madri, lo 0,4% ai membri della famiglia, il 3,6% ai parenti. Furono riscontrati nel vissuto di questi soggetti stili di vita scorretti o avvenimenti traumatizzanti.

La depressione è diffusa circa ugualmente tra le donne interniste e la media delle donne americane, ma le dottoresse hanno un rischio più elevato di suicidio. Naturalmente i tentativi di suicidio sono associati ad altri fattori come la familiarità per i disturbi psichiatrici, l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcol, il fumo, abusi sessuali e la violenza domestica. La depressione risultò più frequente negli psichiatri, tra coloro che lavoravano troppo, che erano frustrati dalla carriera, che non gestivano con equilibrio il loro lavoro o che erano maggiormente stressati. La sindrome della fatica cronica, disturbi del comportamento alimentare, obesità e altri disturbi psichiatrici erano inoltre presenti. Da questo studio si deduce pertanto che la depressione medica femminile del 19,5% è armonizzata con i valori della popolazione americana contenute tra il 7 e il 25%.

Uno studio di Hem e collaboratori (24) conferma questa teoria rilevando che le dottoresse hanno dei tassi di suicidio più alti rispetto sia alle donne che lavorano in ambito accademico, sia alla media della popolazione femminile, mentre gli internisti uomini hanno dei tassi di suicidio più alti solo rispetto agli accademici.

I risultati ottenuti, indicano che tra le dottoresse le idee di suicidio erano correlate allo stress lavorativo. Vi è una relazione significativa tra la prevalenza delle idee di suicidio e i lunghi turni lavorativi (> di 8 ore), associati ad ansia e conflitti tra ruoli professionali. Evidenziare i fattori di rischio del suicidio tra i medici che può essere utile per elaborare dei programmi di prevenzione più efficaci.

Riguardo invece agli studenti di medicina e ai giovani medici una ricerca originale di Tyssen e collaboratori (25) affronta in modo prospettico un campione rappresentativo di studenti interni al termine del corso di laurea ed alla fine del primo anno di specialità. L'83% pari a 522 medici risposero all'invito indirizzato per posta con un'età media di 28 anni e il 43% di sesso maschile. Lo stesso campione ricevette un primo questionario ed un secondo a distanza di un anno cui risposero 371 soggetti pari al 71%. Il campione esaminato risultò quindi omogeneo e il questionario fu rivolto a: pensieri suicidi, piani suicidi, tentativi di suicidio, tipo di personalità, stress da corso universitario in medicina, stress da primo contatto con la professione medica, stato civile, eventi traumatici significativi accaduti nell'intervallo tra i due questionari, stress mentale. I pensieri suicidi nello studio di Tyssen furono del 43,1%, assai più alti di una precedente ricerca di Paykel (26) sulla popolazione americana del 4,8%. Altri autori riportano dati ancora più pesanti, tra cui Olkinuora e collaboratori (27) da una popolazione di medici finlandesi descrive percentuali del 20,4 % e del 24% rispettivamente tra uomini e donne. Nella ricerca di Olkinuora non vi è differenza però tra uomini e donne. Quanto all'idea di suicidio essa era maggiormente presente nei giovani medici praticanti, ma anche in funzione di eventuali problemi di salute mentale dei soggetti testati, tra cui stigmate di neuroticismo e vulnerabilità psicologica. I soggetti con personalità rigidamente controllata risultarono essere più inclini a tendenze suicide, mentre il matrimonio o una stabile relazione con un partner si rivelarono fattori protettivi. Anche la presenza di sintomi psichici minori, specie la depressione fu positivamente collegata all'idea di suicidio, così come l'ansietà. In conclusione lo stress da lavoro e la personalità dei soggetti emersero come fattori indipendenti responsabili delle idee di suicidio, indirizzando di conseguenza la prevenzione verso una minor pressione psicologica di intensità del lavoro, di condizionamento positivo a reagire allo stress positivamente e di creare adeguati servizi di assistenza ai problemi mentali dei medici.

#### *Incidenza malattie e stress*

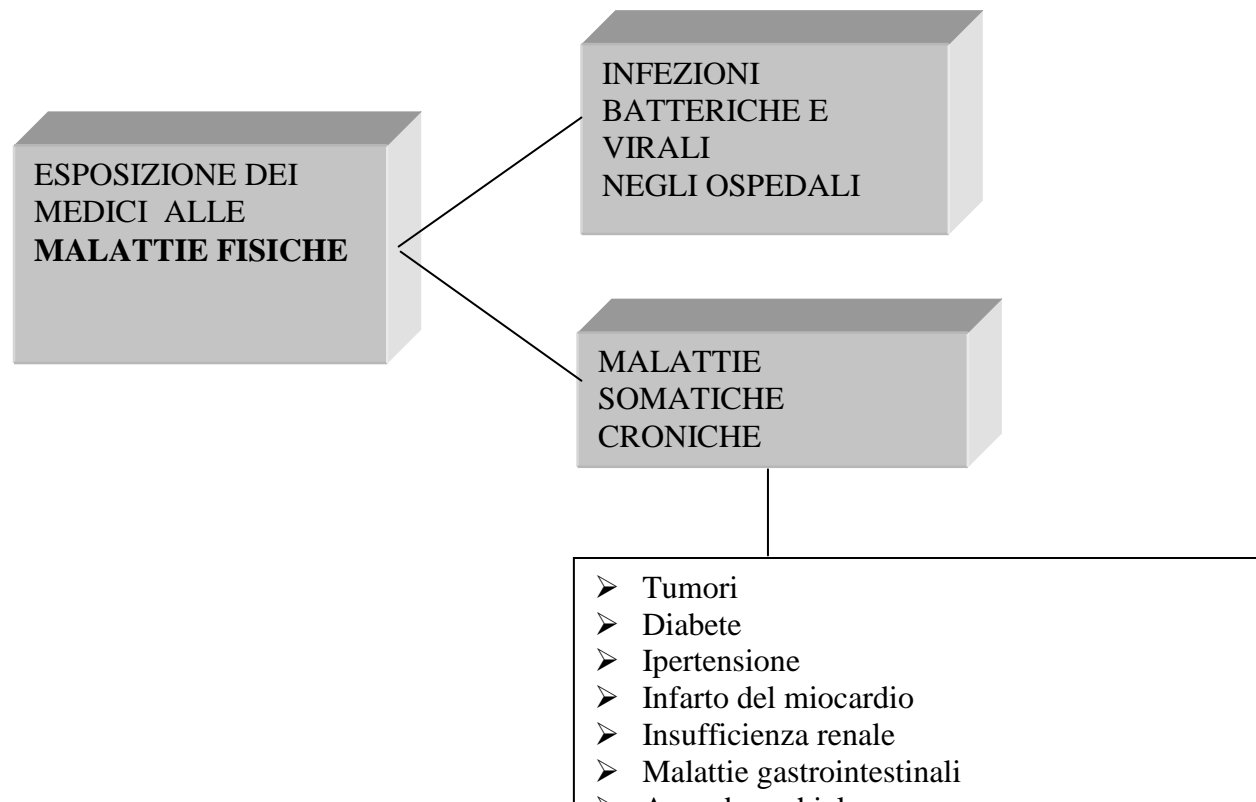
Nel 1996 in Gran Bretagna Chambers (28), ha evidenziato che il 50% di un campione di 408 medici di base è risultato affetto da una grave infermità fisica o ha dovuto subire un'operazione chirurgica recentemente. Le malattie da cui erano affetti più frequentemente furono: cardiovascolari (4%-15% della popolazione), respiratorie (10%-21%), muscolo-scheletriche (9%-38%), tumori (2%-3% ) e malattie psichiatriche (3%-10%). Fu notata,



inoltre una stretta correlazione tra la salute fisica e mentale dei dottori: 30% di medici che necessitano di cure psichiatriche hanno in concomitanza una malattia fisica cronica, e quelli con malattie fisiche possono andare incontro a un rischio più alto di suicidio.

Il 26% dei medici con problemi di salute analizzati in questo studio dichiara di sentirsi inibito nel cercare consulti di altri colleghi. Emblematico è il caso riportato di un medico affetto da linfoma che, praticando auto-diagnosi, senza rivolgersi a uno specialista che lo guidasse, ha indugiato nel cercare delle cure mediche adeguate ed è morto. In uno studio di follow-up su un campione di medici di base della Gran Bretagna l'8,6% è andato in pensione prima dei 60 anni per malattia.

Un interessante studio epidemiologico mediante questionari realizzato da Gyorffy Z in Ungheria (29) su un campione di 407 medici di base, confrontati con i dati relativi a un gruppo di controllo di 1752 lavoratori di sesso maschile e femminile ha dimostrato che vi è una prevalenza delle malattie somatiche croniche tra internisti di sesso maschile e femminile (circa 44% dei dottori affetti) rispetto alla media della popolazione di controllo. In particolare i dottori, sono colpiti soprattutto da tumori maligni, diabete, insufficienza renale, ipertensione, infarto del miocardio, malattie cardiovascolari e ulcere gastriche. Le dottoresse, se comparate alla media della popolazione, mostrano una maggiore prevalenza di tumori maligni, ipertensione, infarto del miocardio, asma bronchiale, altre malattie polmonari e cardiovascolari, allergie, malattie gastrointestinali (prevalentemente ulcere), e problemi ginecologici. Questo studio riporta inoltre un incremento delle problematiche legate alla riproduzione materna delle interniste, se confrontate alle donne del gruppo di controllo, quali: l'aborto spontaneo, l'interruzione di gravidanza, l'aumento del rischio di complicanze durante la gravidanza. Sembra esserci anche qui una correlazione tra l'incidenza delle malattie e l'attività lavorativa stressante.



### *Fig.3. Esposizione dei medici alle malattie*

E' ormai risaputo che gli ambienti ospedalieri presentano un altissimo rischio di induzione di infezioni batteriche e virali. Perkin (30) ha effettuato uno studio su giovani medici ospedalieri londinesi, registrando il numero di congedi per motivi di salute richiesti nel 1993 e nel 2001. Essi furono invitati a compilare un questionario in cui dovevano dire se negli ultimi sei mesi avevano avuto una malattia infettiva del tratto gastrointestinale con episodi di diarrea e vomito, o delle vie aeree superiori, infezioni della pelle o in altre sedi. Oltre a specificare la malattia dovevano anche specificare quante infezioni cutanee o di altri disturbi avevano subito e la durata del congedo dal lavoro per ciascun episodio morboso.

Il proposito era di analizzare l'incidenza delle malattie infettive nei medici, valutando se alcuni di essi rimanessero al lavoro inappropriatamente e se l'opzione di richiesta di congedo fosse influenzata da qualche fattore estraneo alla malattia. Lo studio ha rilevato che il numero di medici che sono stati infettati in ospedale era di 61,7% nel 1993 su un campione di 81 medici, e aumentava a 68,2% su un totale di 110 medici nel 2001, ciò sta a significare che la maggioranza degli ospedalieri ha avuto almeno una malattia infettiva negli ultimi sei mesi con aumento prevalente di episodi di diarrea e vomito. Per quanto riguarda i congedi per malattie infettive si è notato un incremento significativo delle richieste da parte dei dottori da un 15,1% nel 1993 fino a un 36,8% nel 2001; mentre nel 1993 nel 84,9% degli episodi infettivi non era stato richiesto un congedo, e, nel 2001 il 63,2% dei casi non interrompeva il proprio lavoro. La motivazione più frequente della minor richiesta di permessi era di non sovraccaricare i colleghi di un carico eccessivo di lavoro in sostituzione. Inoltre, mediamente nel 25% dei casi è stata citata la pressione del primario a mantenere l'efficienza del reparto; di conseguenza si può affermare che i medici hanno un alto rischio di essere affetti da malattie infettive, ma, nonostante il calo del numero di dottori contagiati che non richiedono congedo per malattia, la maggior parte rimane al lavoro. Diventano, quindi, necessari dei cambiamenti che vadano a favore dei medici infettati, e che siano utili anche a limitare il rischio d'infezioni iatrogene.

### *La sensibilità del medico alla auto-prevenzione*

In uno studio pubblicato sul BMJ Thompson (31) afferma che i medici, oltre a essere riluttanti ad ammettere la loro malattia, generalmente non seguono i consigli e le norme di prevenzione che forniscono ai loro pazienti.

In Victoria, Australia, McCall L (32) ha eseguito un'indagine sulla diffusione delle metodiche di prevenzione tra i medici di base rivelando che circa il 4% del campione fumava, il 93% aveva controllato la pressione sanguigna negli ultimi 3 anni e il 64% aveva svolto un test per controllare i livelli di colesterolo. La metà circa affermava di seguire una dieta salutare e il 20% svolgeva esercizio fisico abitualmente. Per quanto concerne l'epatite B l'87% dei dottori sono risultati vaccinati. Il 49% dei medici si è ferito con aghi o strumenti non sterili negli ultimi anni, e la metà di questi medici negò di aver preso provvedimenti dopo questo evento. Il 69% non aveva un proprio medico di base.

Da questo studio emerge come la sensibilità del medico alla auto-prevenzione sia difforme e probabilmente basata su percezioni emotive individuali di esperienza personale e familiare, ma anche l'importanza di un buon equilibrio e benessere psicologico come elemento predisponente ad una buona gestione della propria salute; infatti tensioni e prolungati scompensi dell'emotività inducono facilmente all'abuso di abitudini voluttuarie, quali la consuetudine al tabagismo. Uno studio svolto regolarmente ogni 5 anni da Bolinder e collaboratori (33) su un campione del 5% di medici Svedesi, selezionati a random, ha dimostrato che i fumatori abituali erano circa il 6% (mentre la media nella popolazione Svedese era di circa 19% nel 2001), senza significative differenze dal 1996 al 2001. La maggior parte dei fumatori sono stati riscontrati tra i chirurghi e gli psichiatri (10%). In controtendenza, comunque il numero di medici che non ha mai fumato :44% nel 2001 se comparato al 38% nel 1996. Si è notato anche un aumento del consumo del tabacco da fiuto, nonostante più del 50% dei dottori fossero perfettamente consapevoli che esso può provocare ipertensione, angina pectoris, infarto del miocardio e tumori del cavo orale. Il 92% dei medici consigliano di non fumare ai pazienti con problemi respiratori, vascolari e a donne in gravidanza; essi sono dunque consapevoli (71%) di poter essere un modello da imitare per i pazienti.

A conferma dell'inadeguatezza della sorveglianza e cura della propria salute da parte della classe medica, Kay e coll. (34) riporta uno studio di Davidson (1) da cui emerge che il 44% dei medici hanno problemi cronici di salute. Inoltre è importante la correlazione tra malattie fisiche e mentali, come osservato da Gautam e coll. (35) secondo cui il 30% dei medici in cura psichiatrica erano affetti da malattia fisica cronica. Center (36), riporta un'alta percentuale di suicidi nei medici con infermità fisica grave. Pullen (37), ha osservato che il 26% dei medici ammalati sono riluttanti a sottoporsi al giudizio di altri medici.

Kay (34) ha descritto in sinossi elementi primari di profilassi cui si sono sottoposti i medici in diversi studi epidemiologici: vaccinazioni anti-epatite e anti-tetanica, regolare check-up della pressione sanguigna ,livelli di colesterolo nel siero, mammografia e Pap-test. Pochi sono gli studi in proposito,ma soprattutto, scarso risultato è la compliance dei medici esaminati, specie per vaccinazioni contro l'epatite B e il tetano.

STUDIO	DISEGNO E CAMPIONE	VACCINAZIONE EPATITE B	VACCINAZIONE TETANO	CONTROLLO PRESSIONE DEL SANGUE	TEST COLESTEROLO	MAMMOGRAFIA	PAP TEST
Chambers	Indagine su 850 GPs (48% risposte)	49%	69%		52% mai controllati		80% (5 anni)

Coutts et al.	Indagine su 30 GPs e 50 altri professionisti con un rischio professionale di infezione di epatite B (100% risposte)	83%					
Wachtel et al.	Indagine su 458 istituzioni di salute pubblica (67% risposte)				71% (3 anni)	81% (3 anni)	82% (3 anni)
Frank et al.	Indagine su 4501 medici donna americane nello "Women Physicians' Health Study" (tutto incluso)				90.8% (5 anni)	79.8% (2 anni)	
Wine set al.	Indagine su 275 urologi che partecipano all' Annual Scientific Meeting of the Urological Society of Australasia (70% risposte)	86%					
O'Connor and Kelleher	Indagine su 300 membri della "Irish Medical Organization" (64,7% risposte)			86.5% (5 anni)	53.4% (5 anni)		44,8% (5 anni)
McCall et al.	Indagine su 544 medici generali in Victoria (58,5% risposte)	87%		93% (3 anni)	64% (3 anni)	47% (2 anni)	74% (2 anni)

Richards et al.	Indagine su 500 medici (102 donne) registrata con il New Zealand Medical Council (62,2% risposte)				65.6% (5 anni)		72.5% (3 anni)
Cornuz et al.	Indagine su 686 medici generali in tre cantoni della Svizzera (72,3% risposte)			97% (5 anni)	86% (5 anni)		

Infatti l'autore, nonostante la raccomandazione di vaccinarsi contro l'epatite, dato l'alto rischio d'imbattersi in pazienti affetti, solo 49%-87% dei dottori risultano vaccinati. In questa indagine venne esaminata anche la categoria dei dentisti e degli anatomopatologi, i quali risultano immunizzati dalla vaccinazione contro l'epatite B quasi nel 100%.

Le rilevazioni sui controlli effettuati dai medici sullo stato di salute cardiovascolare sono più incoraggianti, in quanto risulta che il 93% dei medici di base controlla regolarmente la sua pressione arteriosa e il 64% ha misurato i livelli di colesterolo negli ultimi tre anni, come consigliano le linee guida sulla prevenzione. Inoltre il 51% dei dottori dichiara di ritenere accettabile ordinare un'analisi del sangue per se stessi a fine diagnostico.

Sullo screening dei tumori si possono riscontrare proporzioni variabili tra il 47% e l'81% delle dottoresse, dell'età adeguata, che hanno effettuato una mammografia negli ultimi 2-5 anni. Questi dati possono essere confrontati con la media della popolazione Australiana dove 74% delle donne sono state sottoposte a uno screening mammografico. Il Pap-test è eseguito sul 44% e l'80% delle dottoresse. In Australia il 74% delle dottoresse ha riportato di aver fatto un Pap-test, a differenza della media nazionale che è del 64% delle donne.

Una misurazione in Irlanda ha evidenziato che il 30% dei medici donna non ha mai effettuato un Pap-test, mentre la media è dell'11%.

Sebbene il test sull'antigene prostatico specifico (PSA) non sia raccomandato dalle linee guida per la prevenzione, circa tra il 26%-51% dei dottori dopo i 40 anni ha effettuato questo test, in particolare sono gli urologi ad avere le percentuali più alte, probabilmente perché abitualmente raccomandano l'esecuzione del PSA ai loro pazienti, onde la scelta degli screening per i pazienti è condizionata dal vissuto personale del medico in materia.

Quanto al medico di famiglia, elemento di riferimento oggettivo e necessario preposto istituzionalmente alla salute della popolazione, dottori inclusi, esso risulta adottato solo nel 55% dei casi, e solo nel 33% dei giovani medici.

Bruguera et al (38) da un campione di 695 medici di Barcellona inclusi a random per sesso età e residenza di cui solo il 34% rispose al questionario riporta che il 49% dei medici ammisero di non avere un medico di famiglia e nel 33% dei casi il medico di famiglia era iscritto al servizio sanitario nazionale, mentre il 48% dei medici dichiarò di non possedere nemmeno l'iscrizione alla lista dell'assistenza sanitaria. Per contro il 52% dei medici intervistati si erano rivolti a diversi colleghi per estemporanee consulenze ma solo il 48% seguì le loro raccomandazioni mentre l'82% ammise la auto prescrizione terapeutica. Riguardo gli screening di prevenzione solo il 47% degli intervistati dichiarò di attendervi, ma il 19,5% non seguì le istruzioni del follow up. I vantaggi di avere un medico curante istituzionalmente nel contesto del servizio sanitario sono che può assicurare una

migliore documentazione sanitaria, può effettuare prestazioni terapeutiche o di prevenzione in modo più tempestivo. Infine quando insorge un problema, specialmente se urgente o imbarazzante, potrà contare su una relazione stabile basata sulla discrezione e fiducia col proprio medico di base, il quale può facilitare l'accesso alle strutture del sistema sanitario, cosa spesso difficile per i dottori.

Rennert e coll (39) hanno esaminato il rischio dei medici di ammalarsi di stress ed abuso di alcool e farmaci nonché il rischio di suicidio in un gruppo di medici di famiglia Israeliani, per i quali è stato preso in esame anche il comportamento di ricerca di aiuto. E' emerso che due terzi dei medici non avevano alcun altro medico di riferimento per la propria salute, specialmente coloro che soffrivano di malattie croniche. Il 28% di costoro non si era mai servito di consulti medici anche se per se o per le loro famiglie in modo informale tutti erano ricorsi ad altri sanitari. I medici che si auto-curavano tendevano ad assumersi la cura anche dei proprio familiari, nel 28% dei casi lo stress fu denunciato come invalidante dai medici che compilarono il questionario mentre il 20% asserì che il loro lavoro influiva negativamente sulla vita di coppia. Da questa inchiesta non è emerso una correlazione negativa tra la qualità delle prestazioni dei medici di famiglia e la loro condizione di infermità in cerca di aiuto.

Chambers (40) ha pubblicato una ricerca su 275 medici di famiglia per accertarne lo stato di salute nei precedenti 10 anni. Il 90% risposero al questionario, 39% erano iscritti alle liste di un altro medico di famiglia indipendente da questi mentre tutti gli altri, eccetto uno, si avvalevano di parenti, amici stretti o colleghi di lavoro. Al di là di queste relazioni formali, la maggior parte dei medici gestivano i loro problemi di salute da se stessi con 84% di auto-prescrizioni ed un terzo degli esami di laboratorio auto-prescritti. Più della metà dei medici di famiglia esaminati si erano consultati con una specialista a riguardo della loro salute per i precedenti 10 anni. L'altra metà invece si era auto-diagnosticata e trattata le malattie. Un giuri di 7 medici valutò l'appropriatezza del comportamento dei loro colleghi nel riferirsi ad uno specialista per i loro problemi di salute al confronto con i pazienti non medici. Nel 68% dei casi fu giudicato appropriato il ricorso allo specialista da parte del medico, mentre l'auto-trattamento prima della consultazione fu valutato errato nel 78% dei casi.

Lo stesso Chambers l'anno successivo (41) inviò un questionario ai medici di famiglia ed ospedalieri riguardo al loro comportamento sui problemi personali di salute. Il campione fu di 59 medici di famiglia e di 65 primari ospedalieri della stessa area geografica. La compliance di risposte fu rispettivamente del 78.7% e dell'81.3% per le due categorie. I medici di famiglia risultarono generalmente maggiormente propensi a consultare un altro medico generico di fiducia ma anche più significativamente indirizzati all'auto-gestione terapeutica delle malattie. Gli specialisti ospedalieri invece erano più propensi ad indirizzarsi a consulti specialistici all'interno delle strutture di riferimento.

Davidson (1) ha esplorato la percezione dei medici di accettare i limiti all'auto-trattamento e di identificare le barriere che precludono ad essi una regolare consultazione con i colleghi. Di 896 medici australiani 358 risposero affermando che nel 90% dei casi era moralmente accettabile che un medico si auto-trattasse situazioni acute mentre solo il 25% ritenne appropriato l'auto-trattamento per situazioni croniche. Il 9% sostenne la compatibilità di auto-prescrizione di farmaci psicotropi ed il 90% dei medici di famiglia e l'83% degli specialisti ritenne che i medici siano generalmente riluttanti a consultarsi con altri colleghi per problemi di natura psicologica. Solo il 41% dei medici di famiglia di sesso anche femminile riferì che non era facile strutturare una buona relazione con un altro medico di riferimento per problemi relativi alla salute. I medici specialisti si rivelarono globalmente più propensi a cercare appropriate consultazioni con altri medici rispetto a problemi riguardanti le loro malattie. Tuttle (42) ha valutato l'impatto della cultura medica sulle malattie personali dimostrando per mezzo di una inchiesta che la conoscenza fisiopatologica delle malattie paradossalmente aggrava l'ansietà e la paura rendendo assai improbabile la regressione del medico al ruolo di semplice paziente. Le conclusioni di questo studio richiamano la necessità di un condizionamento psicologico specifico sui medici ammalati anche nel

contesto del rapporto con altri medici a cui debbono essere esplicitamente da cui attendersi oltre che cure anche un certo grado di counselling riferito al loro grado di conoscenza.

Isacson e coll (43) hanno istituito in Norvegia un centro di assistenza per medici di famiglia allo scopo di meglio controllarne lo stato emozionale, la depressione e l'ansia e lo stress relativo al lavoro. Questa istituzione denominata Villa Sana offre una intera giornata di consultazione al medico bisognoso di assistenza per discutere esaustivamente tutti i problemi relativi al proprio equilibrio psicologico incluso la predisposizione al suicidio. Dei 242 medici afferenti a questo servizio il 45% si erano presentati spontaneamente, il 37% era stato invitato da colleghi, il 6% dal proprio partner ed il 2% per altre indicazioni. Questo servizio di specifica assistenza ai medici si è rivelato particolarmente utile per controllare precocemente situazioni psicologiche conflittuali che avrebbero potuto portare a gravi invalidità. Questo servizio continua ad offrire periodicamente ai medici afferenti periodica assistenza per supportarne l'equilibrio psicologico.

E' intuitivo che il benessere psico-fisico di un medico è strettamente correlato con la sua efficienza e con un atteggiamento positivo nei confronti dei pazienti e degli eventi anche imprevisti che li coinvolgono; a questo proposito una ricerca di Goldstone (44), valuta l'impatto professionale dell'operato di chirurghi sui pazienti in lista immediatamente successiva per intervento, ad un decesso involontariamente causato da essi medesimi. Il problema è stato posto aneddoticamente, ma non risolto (45) a seguito del decesso subentrante di due pazienti operati dal medesimo chirurgo ortopedico. Nello studio di Smith sulle opzioni di 16 ortopedici di Welsh (Gran Bretagna) intervistati solo uno dichiarò che avrebbe cancellato la lista di quel giorno, ma il problema sotto il profilo etico-professionale, si pone anche per gli anestesisti. Goldstone (44) ha rivolto l'indagine a 188 chirurghi e 288 anestesisti. Risposero in totale 371 medici esprimendo un'esperienza professionale cumulativa di 3463 anni con 3672 decessi. Il 33 % dei chirurghi e il 27% degli anestesisti non ripresero il lavoro quel giorno.

Il 27 % dei chirurghi e il 26 % degli anestesisti suggerirono che avrebbero comunque sospeso il lavoro in caso di evenienza letale, reclamando l'assenza di linee guida in proposito differenziate a seconda che casi si fossero trattati in emergenza o no. Solo il 29 % di chirurghi e anestesisti ritennero che la morte intra operatoria avrebbe potuto influenzare negativamente o condizionare il loro successivo comportamento tecnico. Nell'indagine condotta retrospettivamente non fu dimostrato un aumento di totalità nelle liste subito successive ad un decesso, ma semplicemente una più prolungata degenza in terapia intensiva dei pazienti ed una più tardiva dimissione risultò essere un surrogato di morbilità. Si osservò inoltre come la condotta operatoria successiva fosse inopinatamente maggiormente correlata a morti per interventi condotti in emergenza rispetto a quelli effettuati in elezione; ciò farebbe ipotizzare che il maggiore affaticamento e la maggior emotività di un intervento urgente possa determinare una condotta qualitativamente meno efficiente, oppure che la mortalità in corso di chirurgia elettiva, in quanto inaspettata, richiami nell'intervento successivo ad una strategia chirurgica più accurata e meticolosa.

Di fatto, nella delicata area cardio-chirurgica la condotta dell'operatore che subisce uno stress così grave, viene influenzata relativamente poco dall'evento infausto, ma è probabile che in futuro siano elaborate specifiche linee guida, proprio per non aggiungere stress al rischio e rischio allo stress compromettendo la salute dei pazienti, ma anche l'equilibrio psico-fisico e professionale dei chirurghi.

### *Discussione e conclusioni*

Non è semplice ricavare dalla letteratura dati inerenti la salute dei Medici, proprio a causa della inappropriatazza dei percorsi diagnostico – terapeutici da essi istituiti e della frammentarietà degli studi fino ad ora condotti.; tale materia merita peraltro di essere esaustivamente approfondita, non soltanto come debito di conoscenza, ma per consentire la creazione e pratica applicazione di Mezzi idonei a meglio tutelare gli operatori della salute prevenendone condizioni di morbilità od inabilità psicofisica spesso innescati o facilitati dalle rispettive attività professionali

Nella nostra nazione è stata istituita un'associazione (AMAMI: ASSOCIAZIONE PER I MEDICI ACCUSATI DI MALPRACTICE INGIUSTAMENTE, [www.amami.it](http://www.amami.it)), che si prefigge lo scopo di tutelare i medici accusati di malpractice, prescindendo, assolutamente dalle ragioni, pre-morbose o morbose che possano fungere da concausa di questi incidenti professionali.

Presso l'Ospedale di Trieste il dr. G STUPAR (comunicazione personale) ha invece organizzato per tutto il personale un PROGRAMMA WELLNESS, che si prefigge lo scopo di ridurre la morbilità e la assenza per malattie e ottimizzare il rendimento delle Risorse Umane ricorrendo a misure di prevenzione, ma anche di training fisico e psichico, in guisa non dissimile ai programmi avanzati di fitness e wellness promossi presso molte Aziende del settore industriale Europeo.

Questo è un esempio significativo di attenzione e programmazione verso un tipo di Azienda, quella Ospedaliera, perchè per la particolare produttività di target relazionale medico-paziente, si giova in modo sostanziale di un rendimento psicofisico equilibrato da parte del personale

Più recentemente un network nazionale da noi battezzato “medico cura te stesso” si sta ponendo il problema di censire in primo luogo tutte le problematiche di morbilità e mortalità dei medici, con la finalità precipua di effettuare interventi di profilassi, di assistenza e di indirizzo terapeutico (istituzionale, verso centri di eccellenza, e/o farmacologico inclusi farmaci che ancora non abbiano completato l'iter sperimentale, senza escludere nemmeno sperimentazioni autogestite su singoli gruppi di medici affetti da identici problemi di salute).

Si vuole in tal modo esorcizzare quell'aura di invulnerabilità che condiziona spesso negativamente la diagnosi precoce e tempestiva della malattia del medico, offrendo un concreto supporto alla profilassi, diagnosi e cura nei casi più difficili o complessi; il ruolo del counseling medico-medico via e-mail può divenire più incisivo e concreto, potendo attingere in tempo reale ad oltre tremila siti medici nel mondo.

Anche la possibilità tramite una cartella computerizzata di aggregare tipologie di condizioni premorbose e morbose in un vero e proprio registro di morbilità e mortalità può offrire opportunità più concrete di intervento sulla parte gestionale e sociale delle istituzioni.

E' senza dubbio eticamente rilevante prendersi cura della salute dei medici, specialmente dopo la 5° decade di vita, ed anche di quelli che sono ritirati dalla vita attiva, per mantenerli inseriti in un circuito interattivo vitale e di salute, attingendo eventualmente alla loro stessa esperienza per rilanciare nuove indicazioni motivazionali. Tra le malattie dei medici particolare attenzione è stata rivolta dalla letteratura internazionale alla morbilità psichica: anche il network “medico cura te stesso” è attento a questo aspetto, la cui prevenzione strettamente connessa anche ai condizionamenti e alle frustrazioni della propria professione (burn-out e mobbing), si rivolge anche a incentivare certi aspetti artistici del temperamento del medico, ponendoli in evidenza e stimolando forums di confronto e di qualificazione.

In sintesi riteniamo che la disamina da noi effettuata ci consenta di aprire nuove prospettive di reclutamento di informazioni e di follow-up sulla morbilità dei medici italiani con una specifica connotazione propositiva alla prevenzione alla terapia: questa acquisita consapevolezza non solo epidemiologica ma anche umana non mancherà di tradursi in un percorso di maturazione di sensibilità e di efficacia da parte del medico che ha recuperato la salute o che so sta tuttora curando una infermità a beneficio dei pazienti affidati alle sue cure.



## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179(6):302-305.
- 2) Rutle O. Physician and patient at the same time. Experiences from participants of a health service trial for physicians. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993; 113(8):964-6.
- 3) Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 45(1):41-4.
- 4) Chin KR, Lonner JH, Jupiter BS, Jupiter JB. The surgeon as a hand patient: the clinical and psychological impact of hand wrist fractures. *J Hand Surg* 1999; 24(1):59-63.
- 5) McKeivitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. *J R Soc Med* 1997; 90(9):491-5.
- 6) Christie VM, Ingstad B. When physicians become ill. Difficult choices. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117(9):1286-9.
- 7) Maslach C, Leiter MP. *Laslach Burnout Inventory Manual*, 3<sup>rd</sup> ed. Palo Alto, CA: CPP, Inc., 1996:3-17, 36-37.
- 8) Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130:696-702.
- 9) Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:601-612.
- 10) Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22:625-630.
- 11) Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J* 1994; 14:213-222.
- 12) Johns MM, Ossoff RH. Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery. *Laryngoscope* 2005; 115(11):2056-61.
- 13) Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. Promoting psychological wellness in doctors requires tailored interventions. *Med J Aust* 2004; 181(7):348-9.
- 14) Chambers R, Campbell I I. Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Fam Pract* 1996; 13(2):170-3.
- 15) Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, et al. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA* 1992; 267:2333-2339.
- 16) Robins LN, Helzer JE, Weismann MM, et al. Life-time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:949-958.
- 17) Zacny JP, Galinkin JL. Psychotropic drugs used in anesthesia practice: abuse liability and epidemiology of abuse. *Anesthesiology* 1999; 90:269-288.

- 18) Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hankes L. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA* 2005; 293(12): 1453-60.
- 19) Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64(1):69-79.
- 20) Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust* 2004; 181(7):350-3.
- 21) Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM, Seltzer D, Wolford J, Arnold RM. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003; 327(7408):185.
- 22) Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156(12):1887-94.
- 23) Thomas CB. What becomes of medical students: the dark side. *Johns Hopkins Med J* 1976; 138(5):185-195.
- 24) Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide among physicians. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11):2199-200.
- 25) Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64(1):69-79.
- 26) Paykel ES. Depression in medical illness. Workshop report. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 7(3-4):205-207.
- 27) Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25(2):81-6.
- 28) Chambers R. Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occup Med (Lond)* 1992; 42(2):69-78.
- 29) Gyorfyy Z, Adam S, Kopp M. Health status of physicians in Hungary: a representative study. *Orv Hetil* 2005; 146(26):1383-91.
- 30) Perkin MR, Highton A, Witcomb M. Related Articles, Do junior doctors take sick leave? *Occup Environ Med* 2003; 60(9):699-700.
- 31) Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001; 323(7315):728-31.
- 32) McCall L, Maher T, Piterman L. Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria. *Aust Fam Physician* 1999; 28(8):854-7.
- 33) Bolinder G, Himmelmann L, Johansson K. Swedish physicians smoke least in all the world. A new study of smoking habits and attitudes to tobacco. *Lakartidningen* 2002; 99(30-31):3111-7.
- 34) Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust* 2004; 181(7):368-70.
- 35) Gautam M and MacDonald R. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *West J Med* 2001; 175(5):336-8.
- 36) Center C, Davis M, Detre et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23):3161-3166.
- 37) Pullen D, Lonie CE, Lyle DM et al. Medical care of doctors. *Med J Aust* 1995; 162(9):481-484.
- 38) Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau Valldosera J, Carbonell J. Doctors taking care of their own health. Results of a postal survey. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(13):492-494.

- 39) Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: a study of health and help-seeking behaviour. *Fam Pract* 1990; 7(2):96-99.
- 40) Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42(357):153-6.
- 41) ...
- 42) Tuttle Jp. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. *Palliat Support Care* 2007; 5(1):71-76.
- 43) Isaksson KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce.
- 44) Goldstone AR, Callaghan CJ, Mackay J, Charman S, Nashef SA. Should surgeons take a break after an intraoperative death? Attitude survey and outcome evaluation. *BMJ* 2004; 328(7436):379.
- 45) Smith J. Another task for harrassed doctors. *BMJ* 1996; 312(7034):800.

*Corrispondenza (Address):*

Prof. Beniamino Palmieri  
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia  
Dipartimento Integrato di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche  
Sezione di Chirurgia I  
Via del Pozzo, 71  
41100 Modena  
e-mail: palmieri@unimo.it  
Tel Ufficio: 059/4222483 Fax Dipartimento: 059/4224370  
Cell: 335/332900