

Aumento dell'età dei medici in servizio e sicurezza dei processi assistenziali

Burn-out, patologie da stress attanagliano sempre più la professione medica. Diventa quindi fondamentale porre sempre più attenzione alla salute cognitiva ed emotiva dei camici bianchi individuando strategie idonee per monitorare lo stato di salute e garantire la sicurezza stessa dei processi assistenziali

Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, Salerno

Fuga dal Ssn, sanitari sempre più stressati, *burn-out* in crescita esponenziale, carenza di personale, strutture organizzative sempre più in affanno, aggressioni nei confronti dei sanitari, uno scenario tutt'altro che rassicurante. A ciò si aggiunge l'avanzare dell'età dei medici: l'invecchiamento cerebrale evoca immagini di declino, di inevitabile modifica dell'immagine corporea e del proprio ruolo, evoca la depressione, i disturbi della memoria, la perdita di elasticità mentale, la riduzione delle performance psicomotorie.

I 60 anni di un tempo sono diversi dai 60 anni di oggi che segnano l'inizio di una nuova fase della vita, con buone prospettive e con un ruolo sociale ampiamente valorizzato rispetto al passato; per molti, tuttavia, con l'età aumenta anche il rischio di malattie neurodegenerative e cerebrovascolari, soprattutto se legate a patologie quali l'ipertensione o il diabete, all'obesità o a stili di vita disfunzionali (vita sedentaria, fumo di sigaretta).

L'età pensionabile per i medici è di 67 anni, 68 per l'Enpam, ma si può

chiedere di rimanere in servizio fino a 70 anni, ed ora si parla di 72 anni, ma chi controlla le loro funzioni cognitive?

Nelle Aziende Sanitarie il medico competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici al fine di valutare l'idoneità alla mansione specifica monitorandola periodicamente (ex art. 25 e 41 legge 81/2008).

Il più delle volte ci si limita a richiedere gli esami di laboratorio ed un ECG: è sufficiente? Sono previsti esami specifici per le funzioni cognitive dei professionisti della sanità? E per il medico di famiglia? Quali controlli sono richiesti?

Siamo di fronte ad una serie di problematiche che non si affrontano e che possono mettere in crisi la sicurezza stessa dei processi assistenziali. Il medico presenta gli stessi fattori di vulnerabilità della popolazione generale e può sviluppare disturbi che possono comprometterne l'efficacia professionale, per tali motivi è necessario individuare idonee strategie per monitorare il suo stato di salute.

► **Burn-out e stress**

L'OMS definisce il burn-out come una sindrome concettualizzata quale conseguenza dello stress cronico sul posto di lavoro, caratterizzata da:

- sentimenti di esaurimento o esaurimento energetico
- maggiore distanza mentale dal proprio lavoro, o sentimenti di negativismo o cinismo relativi al proprio lavoro
- ridotta efficacia personale.

Si tratta di un fenomeno complesso che va monitorato e valutato in qualsiasi contesto lavorativo, proprio perché, soprattutto per alcune professioni - le *helping professions* - il carico emotivo personale derivante dalla relazione con l'utente è elevato.

In questi casi la disfunzionalità organizzativa funge da fattore causale che slatentizza ansie e angosce personali fino ad essere fonte di tensione o di vere patologie da stress.

Lo stress, definito come una reazione soggettiva ad una stimolazione ambientale, se protratto ed eccessivo, può diventare fonte di sofferenza.



Oggi le professioni sanitarie sono sottoposte ad uno stress elevato e persistente

Ad oggi i sanitari sono sottoposti ad uno stress elevato e persistente ed iniziano a manifestare evidenti segni di cedimento psicologico dovendo fare i conti con le forze residue e con reazioni psicologiche che possono strutturarsi in veri disturbi psichici.

Siamo nell'ambito dei *Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti* del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'APA (DSM-5-TR).

Dal punto di vista clinico ciò è rilevante in quanto una reazione acuta da stress, che insorge nell'immediatezza del trauma, non ha le caratteristiche di un disturbo consolidato, bensì di una reattività aspecifica la cui evoluzione non è prevedibile.

La sintomatologia è invalidante ed è correlata all'esposizione a situazioni di stress e può evolvere in quadri clinici come il disturbo dell'a-

dattamento, con ansia e/o umore depresso.

Il problema rilevante è che con il tempo si concretizza una persistente condizione di *iperarousal* psicofisiologico, fonte di disagio (reazione di adattamento) che compromette la funzionalità cognitiva ed emotiva della persona. Oltre a ciò la persistenza di uno stato di tensione slatentizza e favorisce l'insorgenza di patologie organiche (rischio psicosomatico) come il disturbo neurocognitivo, particolarmente insidioso in sanità.

► Il declino cognitivo

L'esperienza professionale, il livello di istruzione e il costante aggiornamento possono fungere da garanzia per la competenza professionale del medico ma, considerando il livello elevato di stress cui normalmente gli operatori sono sottoposti, l'eventua-

le presenza di ipertensione, diabete o di altri fattori di rischio come la vita sedentaria o il fumo di sigarette, diventa vulnerabile allo sviluppo di disturbi neurocognitivi (DNC).

Dal punto di vista clinico l'invecchiamento cerebrale comporta un deficit della memoria ed un generale rallentamento delle funzioni cognitive, con una riduzione della capacità di elaborazione di nuove informazioni.

Si possono evidenziare con l'età alcune difficoltà. Si dimenticano più frequentemente i nomi, si perdono con facilità oggetti come le chiavi, ci si ricorda dei punti essenziali di una determinata questione, ma si fa fatica a ricordare i dettagli, si assiste ad una maggiore difficoltà a gestire più stimoli o operazioni contemporaneamente, si commettono errori perseverativi con difficoltà di organizzazione della memoria di lavoro, con riduzione dell'efficienza e della capacità di giudizio.

Può un professionista continuare a lavorare in queste condizioni? Cosa fare?

I disturbi neurocognitivi hanno un impatto negativo sulle funzioni cognitive dell'individuo, interessando più domini (*tabella 1*) che possono essere valutati in ambito clinico per la quantificazione del disturbo, potendosi distinguere il Disturbo neurocognitivo lieve (già noto come *Mild Cognitive Impairment*, MCI) e il Disturbo neurocognitivo maggiore, lasciando ampio margine al clinico nel valutare la diversa gradazione di tale distinzione.

► Il DNC lieve

Dal punto di vista clinico, il DNC lieve si presenta con un modesto deficit cognitivo rispetto al livello

precedente di prestazione: vi è una conservazione dell'autonomia personale pur dovendo, il soggetto, attuare strategie compensatorie o di adattamento per la gestione delle attività quotidiane; deve cioè "sforzarsi di più" rispetto al passato.

Si pensi quindi al professionista che deve "prendersi più tempo" per prendere una decisione, che ha necessità di maggiore spazio e tranquillità per elaborare le informazioni cliniche, considerando, tra l'altro, che spesso si trova ad operare in strutture sanitarie caotiche e disorganizzate.

La diagnosi del DNC lieve si basa su un'attenta valutazione clinica supportata da test neuropsicologici per una determinazione più accurata del livello di disabilità acquisita e la distinzione tra DNC maggiore e lieve è puramente arbitraria: essi infatti si trovano su un *continuum* dello spettro di deterioramento cognitivo e funzionale.

► Il monitoraggio periodico

Motivi questi che rendono più che mai indispensabile attuare un programma di screening di base sulle funzioni cognitive dei sanitari, con il monitoraggio periodico del loro stato di salute, così come previsto per legge.

È indubbio che, dal punto di vista della sicurezza dei processi assistenziali, tali condizioni cliniche vanno individuate e monitorate con attenzione, sia perché sono più frequenti di quanto si possa ritenere, sia per l'intrinseca potenzialità ad essere causa di non idoneità lavorativa.

Tuttavia può essere oneroso o difficile attuare uno screening a tutta la popolazione lavorativa, si

potrebbe così iniziare dai soggetti più vulnerabili che sono quelli affetti da diabete, ipertensione, obesità o comunque altre condizioni mediche - come la fibrillazione atriale - che possono renderli più vulnerabili allo sviluppo di un disturbo neurocognitivo.

In un momento in cui il Servizio sanitario Nazionale è sotto pres-

sione, e si parla tanto di sindrome del *burn-out*, in una fase che vede gli operatori sanitari più vulnerabili rispetto allo sviluppo di patologie psichiche o fisiche, è bene avere riguardo della loro salute mentale - cognitiva ed emotiva - per garantire il benessere del sanitario e la sicurezza stessa dei processi assistenziali.

TABELLA 1

Le funzioni cognitive

Il moderno approccio alla compromissione delle funzioni cognitive prevede la valutazione di sei domini che vengono rapportati alla funzionalità dell'individuo:

- 1. Attenzione complessa:** capacità di mantenere e/o prestare attenzione a più cose contemporaneamente, capacità di elaborare nuovi stimoli.
- 2. Funzione esecutiva:** prendere decisioni, flessibilità mentale, capacità di pianificazione, di critica.
- 3. Funzione percettivo-motoria:** percezioni visive, funzioni prassiche e gnosiche.
- 4. Cognizione sociale:** riconoscimento e gestione delle emozioni.
- 5. Apprendimento e memoria:** capacità di memoria immediata, capacità di apprendimento di nuove nozioni.
- 6. Linguaggio:** fluenza, grammatica.

La memoria è solo un aspetto della complessità delle funzioni cognitive: nel valutare il livello della loro compromissione (da lieve a maggiore) il clinico deve saper cogliere gli aspetti legati all'autonomia dell'individuo e alla sua capacità di interagire con gli altri e con l'ambiente.

PER APPROFONDIRE

- ✓ DSM-5-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'APA, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023
- ✓ Pellegrino F. La salute mentale, clinica e trattamento, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018
- ✓ Pellegrino F, Esposito G. *Burn-out*, mobbing e malattie da stress, Positive Pressi, Verona, 2019