

Il medico malato

■ Nicola Magnavita¹

¹ Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

■ INTRODUZIONE

Il termine “medico malato” è un ossimoro, una contrapposizione di termini opposti. Il medico si occupa della salute, indica i percorsi per raggiungere o mantenere la salute, in un certo senso egli “è” la salute. Non a caso, la classe medica gode di uno stato di salute migliore di quello della popolazione generale [1]. Eppure anche il medico, come ogni essere umano, può ammalarsi. In alcuni casi, questa malattia può determinare una riduzione temporanea o permanente della capacità di svolgere la propria funzione e tradursi in un rischio per la salute del paziente. Questa eventualità pone una minaccia per la salute pubblica e più ancora per l'immagine della classe medica.

Nonostante la medicina abbia ormai una storia millenaria, si tratta di una questione posta solo di recente e sulla cui risoluzione non è stato ancora raggiunto un accordo tra le numerose parti interessate. Sorge difatti un dilemma etico tra diverse figure, tutte portatrici di interessi legittimi, tra loro in conflitto. L'interesse del paziente è difatti quello di scegliere, in autonomia e piena informazione, il medico che dia le migliori garanzie di non danneggiarlo. Il medico malato, dal canto suo, ha il legittimo interesse di proseguire la propria carriera o mantenere il ruolo nell'organizzazione lavorativa, senza essere discriminato e con la dovuta riservatezza dei propri dati personali. Anche la società ha legittimi interessi al mantenimento di servizi sanitari efficienti e a costi contenuti. Per affrontare questo problema si è costituito qualche anno fa il gruppo di studio La.R.A. (Lavoratori Ricchiosi per gli Altri, www.gruppolara.it) che raccoglie medici di varie discipline, giuristi, bioeticisti e rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori.

■ IL MEDICO INFETTIVO

L'attenzione dell'opinione pubblica al tema della salute dei medici è stata originata nei Paesi anglosassoni dall'epidemia di AIDS e specificamente dal malaugurato caso di un dentista canadese portatore di HIV che, con modalità ancora non accertate (e che non escludono la volontarietà) ha infettato alcuni suoi pazienti [2]. L'ondata emotiva che è scaturita da questo episodio ha portato a considerare con particolare attenzione tutte le infezioni ematogene, e in particolare l'epatite B, l'epatite C e l'immunodeficienza acquisita.

La possibilità che il paziente infettivo trasmetta una infezione ematogena al personale sanitario è ben nota e quantificata. Più modesta, ma anch'essa precisamente quantificabile, è la possibilità che un operatore sanitario ammalato, a seguito di un incidente, contaminino il paziente. Le procedure chirurgiche “ad alto rischio” sono quelle nelle quali il chirurgo, operando all'interno di cavità corporee, non ha il controllo visivo delle mani e queste possono entrare in contatto con strumenti chirurgici taglienti, aghi o parti ossee presenti nel campo operatorio.

Negli ultimi anni, l'adozione generalizzata delle misure standard di prevenzione ha contribuito a ridurre non solo il rischio di trasmissione da paziente a medico, ma anche quello da medico a paziente. Una recente revisione della letteratura [3], ha mostrato che i casi di trasmissione da operatore sanitario a paziente sono piuttosto rari. La possibilità che un chirurgo infetto da HIV possa contaminare un paziente è prossima a uno su mille interventi chirurgici; tale probabilità sale a 3 o 4 su mille nel caso di un chirurgo affetto da epatite C, mentre è molto più alta (almeno tre su cento) nel caso di un portatore sano di virus dell'epatite B.

Nel 1991 i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta hanno pubblicato le prime linee guida relative agli operatori sanitari infetti da HIV e HBV [4]. Tali indicazioni, pur non avendo carattere obbligatorio negli Stati Uniti, rappresentano certamente un'indicazione autorevole, alla quale la maggior parte delle aziende sanitarie si è conformata. In anni più recenti la maggior parte degli organismi scientifici europei ha elaborato linee guida nazionali, e nel 2003 si è giunti alla definizione di un documento di consenso europeo [5].

In sintesi, le linee guida dei CDC stabiliscono che:

- gli operatori infetti che utilizzano dispositivi di protezione standardizzati e che non effettuano PAR non pongono alcun rischio per la trasmissione di infezioni ematogene;
- gli operatori infetti che eseguono PAR pongono un basso rischio di trasmissione di infezioni ematogene;
- non sono previsti test obbligatori per i medici, ma il medico che sa di essere infettivo ha il dovere di rivolgersi a un comitato, che valuterà se è il caso che egli effettui operazioni ad alto rischio. Anche dopo aver ottenuto l'autorizzazione, il chirurgo infettivo ha il dovere di informare i pazienti sul proprio stato.

Le linee guida statunitensi hanno provocato, come è facile immaginare, notevoli reazioni. L'esperienza di questi anni insegna che esse sono scarsamente applicate, anche per la resistenza degli ordini professionali che non hanno collaborato con i CDC alla definizione di quali siano le operazioni "ad alto rischio" che espongono particolarmente a infortuni. Inoltre si è osservato che i casi di allontanamento di lavoratori da compiti ad alto rischio riguardano prevalentemente gli infermieri, mentre è molto raro che un chirurgo di alta specializzazione sia allontanato dalle attività chirurgiche.

In Europa le varie linee guida (che, sia detto per inciso, sono state sempre elaborate da specialisti in malattie infettive o gastroenterologi, senza il concorso di medici del lavoro e altri operatori di sanità pubblica, e senza mai consultare i datori di lavoro o i lavoratori), pur rifacendosi direttamente ai CDC, hanno cercato di evitare l'indicazione all'allontanamento del chirurgo dalle attività operative in tutti i casi in cui il soggetto dimostri di avere una carica virale al di sotto della "soglia di infettività", definita come il livello di carica virale sotto il quale la trasmissione non avviene o è improbabile. Si può osservare che le difficoltà di misurare in modo affidabile nel tempo la carica virale, e le incertezze nella definizione di una "soglia", hanno di fatto disatteso l'applicazione di tali indicazioni, che hanno comunque sempre un carattere indicativo e non cogente.

Del tutto irrisolta, negli Stati Uniti come in Europa, è la questione di chi debba occuparsi di valuta-

re l'idoneità dei medici infettivi. Negli Stati Uniti, in un regime di pieno liberismo, si è pensato di attribuire tale potere a "comitati di esperti". Questa scelta non è risultata sempre felice, per la possibile insorgenza di conflitti di interesse tra componenti dei comitati e medici da esaminare [6] e anche per la scarsa competenza dei presunti "esperti" [7]. In ogni caso, si tratta di una scelta operata nell'esclusivo interesse dei pazienti e delle case di cura, che non tutela la riservatezza degli operatori sanitari malati, né i loro diritti civili.

Anche in Europa non si è pensato a chiarire chi debba assumersi la responsabilità di una decisione, puntando forse a determinare un automatismo mediante la definizione della "soglia infettante". La decisione operativa sembra possa essere presa così indifferentemente dal proprietario dell'azienda sanitaria o dal Direttore Generale, o dal Direttore sanitario o da un Direttore di strutture. È sorprendente che non si sia pensato di coinvolgere come naturale destinatario delle linee-guida la figura che istituzionalmente, in tutti i Paesi europei, deve esprimere il giudizio di idoneità al lavoro: il medico competente incaricato della sorveglianza sanitaria.

■ IL MEDICO CON COMPROMISSIONE DELLE CAPACITÀ CLINICHE

Se la problematica delle malattie trasmissibili per via ematogena apre scenari così delicati e complessi, nonostante il numero davvero esiguo di pazienti che potrebbe essere coinvolto, bisogna considerare quanto maggiore possa essere il pericolo connesso con i medici che abbiano perduto la propria capacità di giudizio per effetto di una grave malattia o di un abuso di farmaci. Sorprendentemente questo problema, ben più grave del precedente, ha finora incontrato attenzione assai minore di quella riservata alla possibile trasmissione delle infezioni ematogene. Nei paesi mediterranei, in particolare, il tema è praticamente sconosciuto, e manca qualsiasi struttura finalizzata a prevenirne le conseguenze [8].

Eppure, l'esperienza indica che spesso i medici possono andare incontro a problemi personali o difficoltà professionali che interferiscono anche pesantemente con la vita lavorativa e privata. È stato stimato che nell'arco della vita professionale una percentuale compresa tra l'8% e il 15% dei medici possa trovarsi in tale situazione, e conseguentemente recare danno ai pazienti [9,10].

L'*American Medical Association* già nel 1973 ha definito le politiche da adottare nei confronti del me-

dico *impaired*, che cioè sia «incapace di praticare la medicina con ragionevole abilità e sicurezza per i pazienti a causa di una malattia mentale o fisica, inclusi il deterioramento cognitivo correlato all'età, la perdita di abilità motoria o l'abuso di droghe e alcol» [11]. L'aver preso coscienza tempestivamente del problema ha spinto le organizzazioni mediche statunitensi ad adoperarsi per proporre possibili misure che limitino per quanto possibile i danni per il medico malato, pur garantendo la salute dei pazienti e la funzionalità dei servizi sanitari. Da oltre 25 anni in ciascuno degli Stati americani è operativo un programma di recupero per i medici, finanziato parzialmente dalle associazioni professionali, e in molti Stati sono operative leggi che consentono la sospensione delle azioni disciplinari (comprendenti la revoca della licenza professionale) per tutti i medici che si affidano ai programmi di recupero [12,13].

Nella maggior parte degli Stati europei, viceversa, l'abuso di alcol, farmaci o droghe da parte di un medico è affrontato esclusivamente sotto il profilo disciplinare, e l'eventuale perdita della capacità di giudizio conseguente a malattie psichiatriche o neurologiche viene palesemente ignorato.

Le condizioni morbose che possono determinare una perdita transitoria o definitiva della capacità professionale di un medico sono piuttosto numerose e comprendono, oltre ai comportamenti addittivi, numerose malattie neuropsichiatriche (Tabella I).

Oltre a queste condizioni, occorre considerare che la capacità professionale del medico può essere drammaticamente compromessa da numerose condizioni morbose che alterano la funzionalità degli organi di senso. Un medico che diventasse non vedente, o tetraplegico, o cofotico, avrebbe poche possibilità di proseguire la propria attività professionale. È da chiedersi perché una simile eventualità, certo non remota, non abbia sinora motivato un intervento deciso da parte delle organizzazioni professionali.

L'esperienza statunitense, o di altri Paesi della cosiddetta "anglosfera" (Gran Bretagna, Australia, Nuova Zelanda, Canada) che hanno da tempo messo in opera programmi di prevenzione specifici, dimostra che le condizioni di dipendenza da alcol o droghe risentono positivamente nella grande maggioranza dei casi dei trattamenti proposti e vedono tassi elevati di ripresa delle precedenti attività professionali. Meno soddisfacenti sembrano sinora i dati relativi al trattamento delle condizioni psichiatriche o neurodegenerative, che hanno evidentemente una prognosi peggiore, ma riguardano fortunatamente una percentuale molto modesta di casi.

Il tema del medico con compromissione del giudizio è ancora più complesso, sotto il profilo etico, di quello del medico infettivo. Se anche in questo caso si deve considerare che il medico ha il dove-

- Dipendenza da alcol, farmaci o droghe
- Malattie psichiatriche
- Malattie psicosessuali
- Malattie neurologiche con compromissione cognitiva
- Malattie neurovascolari, demenze
- Disturbi comportamentali

Tabella I. *Principali condizioni morbose che possono determinare una condizione di compromissione della capacità di giudizio di un medico*

re morale di autovalutare il proprio stato di salute e quindi di sottoporsi a controlli del proprio stato sanitario e ad autolimitare la propria attività qualora questa potesse risultare pericolosa per i pazienti, si deve tenere conto del fatto che proprio la compromissione della capacità di giudizio può impedire al medico di autodiagnosticare il problema. Nei casi più gravi di psicosi o degenerazione cognitiva, ma anche nel corso di talune dipendenze, il medico potrebbe non essere cosciente della propria incapacità a fornire prestazioni compatibili con lo standard professionale.

È cruciale, a questo punto, l'intervento dei colleghi, che sono i primi a rilevare la deviazione dagli standard. La responsabilità di vigilare è attribuita, nei paesi anglosassoni, espressamente ai colleghi, che sono chiamati a intervenire in ogni caso in cui evidenzino un comportamento non conforme alle buone pratiche professionali, o sospettino una condizione morbosa non trattata o un abuso di alcol o droghe [14,15]. La legislazione degli Stati Uniti prevede specifiche sanzioni, che possono arrivare sino alla sospensione e alla radiazione dall'albo, per i colleghi di un medico *impaired* che abbiano avuto segnalazione di un comportamento anomalo o di una sospetta dipendenza e abbiano omesso di intervenire.

■ IL MEDICO È UN CATTIVO PAZIENTE

Il problema del medico malato è aggravato da una condizione che si può considerare endemica nella classe medica: quella di essere molto resistenti verso le cure mediche. Indagini recenti dimostrano che i medici tendono a negare le malattie ed evitano di chiedere assistenza medica, temendo il conflitto di ruolo che scaturisce dal contrasto tra il ruolo di paziente e quello di medico [16]. Molti medici di successo sono compulsivi e perfezionisti e rifiutano di essere controllati da altri; per questo non possono cedere a un altro medico il controllo delle proprie cure. Inoltre i medici sono spesso portati ad attribuire un ruolo centrale nella pro-

pria vita alla pratica medica, e sono quindi indotti a mitigare l'impatto della malattia sulla vita professionale, preferendo sacrificare la vita sociale e familiare. In questo modo, quando la compromissione è evidente, essa è già molto avanzata e non prevede possibilità di recupero [9].

Anche i medici curanti possono andare incontro a un conflitto di ruolo quando sono chiamati ad assistere un collega. Inoltre la classe medica nel suo insieme non sembra orientata a gestire nel modo migliore l'inabilità di un suo membro e tende ad adottare comportamenti discriminatori piuttosto che a favorire il recupero [16].

■ NECESSITÀ DI UN INTERVENTO PROATTIVO

L'insieme di questi fattori fa sì che finora le azioni nei confronti dei medici malati siano state prevalentemente reattive e sostanzialmente tardive. È palese la necessità di programmare interventi preventivi, focalizzati innanzitutto a identificare i possibili "medici malati" tra tutti quei soggetti che dimostrino problemi nelle relazioni interpersonali, incapacità a raggiungere gli obiettivi fissati, a partecipare al lavoro di squadra, a cambiare o adattarsi a una transizione. Il compito di identificare questi soggetti "a rischio" dovrebbe essere condiviso da tutti i sanitari, in misura proporzionale al ruolo che ciascuno di essi ricopre all'interno della struttura organizzativa, ma senza escludere le responsabilità di nessuno.

Qualunque sia la dimensione dell'azienda sanitaria in cui il medico ammalato si trova a operare, la prima figura di riferimento per la valutazione dell'idoneità lavorativa è il medico competente [17]. Non è infrequente che proprio il medico competente possa identificare quei segnali di difficile adattamento alle richieste lavorative cui sopra si faceva cenno, o ricevere dal collega ammalato indicazioni sulle patologie da cui questo è affetto e sulle difficoltà che ne derivano nelle attività professionali. Il medico competente, inoltre, è chiamato a svolgere controlli sui lavoratori per l'accertamento dei casi di dipendenza [18]. In definitiva, è probabile che proprio il medico competente sia il sanitario che per primo può affrontare il tema dell'interferenza della malattia con l'attività professionale del medico malato, e indurlo ad accettare un programma di trattamento [19].

Sorge quindi la necessità di offrire a ciascun medico malato un percorso diagnostico-terapeutico

e riabilitativo rispettoso dei diritti di riservatezza e di autonomia. Nell'attesa della realizzazione, anche nel nostro Paese, di strutture specializzate del tipo esistente nei paesi anglosassoni, il percorso di recupero deve essere affidato alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Il medico competente seguirà i progressi del trattamento, tenendosi in stretto contatto con i medici curanti, e dopo l'avvenuto recupero controllerà attentamente il collega, onde scongiurare possibili recidive della condizione che aveva determinato compromissione delle capacità di giudizio [20,21].

Il giudizio di idoneità, in ogni caso, terrà conto non solo della possibilità che l'esposizione ai rischi professionali possa aggravare la patologia presente nel medico malato, ma anche dei possibili effetti che potrebbero derivare a terzi (pazienti, visitatori, altri colleghi) dall'alterazione delle capacità del medico malato.

Occorre ricordare che nella nostra legislazione il compito del medico competente è formalmente circoscritto ad aspetti che non implicano un giudizio sulla capacità lavorativa del soggetto, ma attingono appunto solo ai rischi professionali per il lavoratore e per terzi [22]. Nel caso che la patologia da cui il medico è colpito dovesse determinare la perdita della capacità lavorativa, l'organismo competente a valutare non è più il medico competente, ma l'ente pubblico, al quale il lavoratore deve essere avviato su richiesta del datore di lavoro, ai sensi della Legge 300/70 (Statuto dei Lavoratori) [23].

In ogni caso, è bene ricordare che il ruolo centrale del medico competente nella gestione del medico malato non deve tradursi in una deresponsabilizzazione delle altre figure aziendali. La corretta gestione del medico malato implica al contrario il coinvolgimento del management aziendale, del servizio di prevenzione e protezione, dei lavoratori e dei loro rappresentanti, in un processo di consenso che determini la politica dell'azienda sanitaria. Sarebbe opportuno che la *policy* di ciascuna struttura sanitaria venisse dettagliatamente definita ed esposta in anticipo rispetto al verificarsi di problemi di *impairment*, perché formulare decisioni condivise è molto più difficile nell'incalzare di problemi concreti. Il sistema di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, al quale fa esplicito riferimento l'art. 30 del D. Lgs 81/08, dovrebbe prevedere espressamente nelle aziende sanitarie le procedure deputate ad affrontare il tema del medico malato, con una dettagliata previsione delle misure riguardanti il consenso informato, il diritto alla riservatezza, l'autonomia e la responsabilità dei medici, la comunicazione del rischio ai pazienti, la non discriminazione e il sostegno dei lavoratori malati [24].

■ BIBLIOGRAFIA

1. Lee DJ, Fleming LE, Gomez-Marin O, LeBlanc WG, Arheart KL, Caban AJ et al. Morbidity ranking of U.S. workers employed in 206 occupations: the National Health Interview Survey (NHIS) 1986-1994. *JOEM* 2006; 48: 117-34
2. Centers for Disease Control and Prevention. Update: investigations of persons treated by HIV-infected-health care workers. *MMWR* 1993; 42: 329-31
3. Perry JL, Pearson RD, Jagger J. Infected healthcare workers and patient safety: a double standard. *Am J Infect Control* 2006; 34: 313-9
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patient during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991; 40: 1-9
5. Gunson RN, Shouval D, Roggendorf M, Zaaijer H, Nicholas H, Holzmann H et al. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patient. *J Clin Virol* 2003; 27: 213-30
6. Tereskerz PM, Pearson JD, Jagger J. Infected physician and invasive procedures: national policy and legal reality. *Milbank Q* 1999; 77: 511-29
7. Barrigar DL, Flagel DC, Upshur REG. Hepatitis B infected physicians and disclosure of transmission risk to patients: a critical analysis. *BMC Medical Ethics* 2001; 2: 4
8. Magnavita N. Management of the impaired physician in Europe. *Med Lav* 2006; 97, 6: 762-73.
9. Boisauvin EV, Levine RE. Identifying and assisting the impaired physician. *Am J Med Sci* 2001; 322: 31-6
10. Winter RO, Birnberg B. Working with impaired residents: trials, tribulations, and successes. *Fam Med* 2002; 34: 190-6
11. AMA American Medical Association. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973; 223: 684-7
12. Stimson GV. Recent developments in professional control: the impaired physician movement in the USA. *Social Health Illn* 1985; 7: 141-66.
13. Fletcher CE. Michigan's unique approach to testing impaired health care professionals. *J Addict Dis* 2001; 20: 97-111
14. Walzer RS. The physician's physician: latent duties to protect third persons. *Med Law* 1992; 11: 423-40
15. Council of Ethical and Judicial Affairs (CEJA): Reporting impaired, incompetent, or unethical colleagues, Amendment. CEJA Opinion 5-A-04
16. Harrison J. Doctors' health and fitness to practise: the need for a bespoke model of assessment. *Occup Med (Lond)* 2008; 58: 323-7
17. Magnavita N, Magnavita G. Il medico con limitazione della capacità lavorativa. *G It Med Lav Ergon* 2007; 29: 481-3
18. Magnavita N, Bergamaschi A, Chiarotti M, Colombi A, Deidda B et al. Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di consenso del gruppo La.R.A. *Med Lav* 2008 6 Suppl.
19. Magnavita N et al. Identificazione e controllo dei lavoratori rischiosi per gli altri nelle attività sanitarie. *G It Med Lav Ergon* 2006; 2: 174-5
20. Magnavita N, Cicerone M, Cirese V, De Lorenzo G, Di Giannantonio M, Fileni A et al. Aspetti critici della gestione dei "lavoratori rischiosi" nei servizi sanitari. Documento di Consenso. *Med Lav* 2006; 97: 715-25
21. Magnavita N. Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti addittivi. *Med Lav* 2005; 96: 496-506
22. Magnavita N. Tutela del lavoratore rischioso per gli altri. Roma: ISU UCSC, 2004
23. Magnavita N, Sacco A, De Lorenzo G, Bevilacqua L, Placentino R, Ranalletta D. Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav* 2001; 92: 295-306
24. Magnavita N. The unhealthy physician. *J Med Ethics* 2007; 33: 210-4