

della documentazione e avrà la responsabilità della custodia della documentazione utilizzata per l'indagine confidenziale. Quest'ultima viene realizzata da un comitato regionale composto da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze specialistiche. Il comitato redige un rapporto e lo invia all'Istituto Superiore

di Sanità.

La peculiarità della parte toscana dello studio sarà rappresentata dalla stretta collaborazione con il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana, coinvolto in tutte le fasi del monitoraggio ed in particolare nel momento degli *audit*.

Tutte le informazioni sul progetto sono disponibili sulla pagina web dedicata <http://www.iss.it/itoss/> o sul sito dell'ARS: www.ars.toscana.it. **TM**

Definizioni

Morte materna: morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo *management*, ma non per cause accidentali o incidentali.

Morte materna diretta: morte causata da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, da interventi, omissioni, trattamenti non corretti o da una catena di eventi che possono risultare da ognuna delle cause precedenti.

Morte materna indiretta: morte causata da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette, ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza.

Audit clinico: strumento che permette di verificare e migliorare la qualità dell'assistenza, in particolare l'appropriatezza dei processi, condotto tra pari, senza alcuna finalità ispettiva o di controllo.



Emanuele Baroni, fiorentino, classe 1977, psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico-interpersonale, membro della Società Italiana Psicoanalisi Interpersonale, collabora con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali.

Il benessere del medico come obiettivo dei servizi sanitari

Ancora dal convegno dell'Ordine di Firenze "Chi cura i curanti"

Poche professioni hanno subito un'evoluzione nella storia che abbia interessato aspetti così pro-

curano e dei professionisti che in tali sistemi operano.

Il potere scientifico della cura e la nascita dell'attività clinica hanno favorito la diffusione di una rappresentazione sociale del medico come una figura dalle facoltà pressoché illimitate. Nell'accezione paternalistica della relazione gerarchica medico-paziente, il malato appariva povero e mortale mentre il medico personificava il ruolo

fondi e radicati sia culturalmente che socialmente come quella del medico. Nel processo che ha portato alla definizione di una cultura della salute sono entrati progressivamente sempre più in gioco alcuni aspetti non immediati quali: la definizione del ruolo di medico, la costituzione di un metodo clinico e di un sistema organizzativo della sanità. Sullo sfondo di questo processo permangono considerazioni, oggi sempre più impellenti, relative alla cura dei sistemi che

di guaritore onnipotente. Tuttavia, fin dalla tradizione mitologica, tale figura ci viene tramandata come una creatura ibrida che riassume in sé due opposti: la sapienza divina e la mortalità umana. La consapevolezza della morte costringe

EMANUELE BARONI*, SARA BELLACHIOMA**, LAURA BELLONI°

* Psicologo, psicoterapeuta - Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali - Firenze

** Psicologa - Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali - Firenze

° Medico, psichiatra, psicoterapeuta - Responsabile Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali, Direttore SODc Clinica delle Organizzazioni AOU-Careggi - Firenze

l'uomo ad elaborare determinate strategie di vita (Bauman, 1992). La cultura, anche quella medica, in quest'ottica può essere vista da un lato come un ininterrotto tentativo di dare significato all'esistenza umana, dall'altro un ostinato sforzo di reprimere la consapevolezza del carattere fragile di tale significato. In maniera ambivalente i curanti sembrano percepire tale condizione, in termini sia di riconoscimento e conferma del proprio status socio-professionale, sia di condanna al successo, impossibile da scontare: "Vi sono arti che sono benefiche a coloro che se ne servono, ma penose a chi le possiede. Tra queste vi è la medicina" (Ippocrate - *De Flatibus*).

L'attuale configurazione del sistema sanitario, orientato verso un pervasivo processo di aziendalizzazione, porta in dote molteplici antinomie che il medico si trova a dover coniugare. Il contrasto fra esigenze legate al progresso tecnologico ed esigenze relazionali, fra funzioni manageriali e funzioni cliniche, unito alla crescente pressione mediatica e dei contenziosi legali, ha portato all'adozione di quella che potremmo definire una medicina difensiva. Ne consegue il paradosso in cui si trova oggi il medico, costretto a tollerare l'incertezza davanti alla richiesta di certezze, laddove l'ausilio della tecnica, già perfettibile, compie solo una parte del percorso di cura. In tal senso si può ormai parlare di un nuovo paradigma della professione, volto a comprendere in senso antropologico l'integrazione tra psiche e soma (Winnicott, 1949), la promozione della salute, il riconoscimento della soggettività e il diritto all'autodeterminazione del paziente, l'umanizzazione dei processi di cura in termini di attività preventiva e responsabilità educativa. Ciò contribuisce alla promozione del paziente in quanto persona titolare di diritti condivisi e rispettati, che includono il consenso al trattamento, ma anche il diritto a rifiutarlo (Cosmacini, 2005).

Tali considerazioni assumono una valenza ancora più significativa nel momento in cui il medico si trova a dover svestire i panni di curante e di viene paziente.

Da una rassegna della letteratura emerge, anzitutto, la frammentarietà degli studi e, in secondo luogo, la generale riluttanza dei medici a considerarsi pazienti e a seguire le indicazioni che loro stessi forniscono ad altri (Davidson e Schattner, 2003). Del resto, la comunità medica sembrerebbe aver sviluppato una cultura in cui la norma sia 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 considerate, quindi, una forza ma anche una debolezza nell'assumere il ruolo di paziente (Palmieri et al., 2011). La comparsa della malattia e l'acquisizione del ruolo di *malato* operano come fattore disgregante della persona, che sente minacciata la stabilità del proprio ruolo sociale e delle relazioni che esso produce, nonché il mantenimento del potere economico, remunerativo e produttivo. I medici si vergognano e si isolano quando sono malati: sfiducia nel sistema, auto-prescrizione e ricorso informale ai colleghi sono le strategie più spesso utilizzate per gestire tali situazioni.

Il mondo dei disagi di chi si occupa delle persone malate è abbastanza sconosciuto e misconosciuto, come pure il mondo delle loro organizzazioni che si differenziano dalle altre per le complessità specifiche del loro particolare "prodotto". Sebbene le relazioni tra persone, organizzazione e ambiente siano il parametro di riferimento per poter pensare qualsiasi possibile cambiamento, il mondo della sanità si configura sempre più come chiuso e autoreferenziale, in cui non trovano spazio e tempo adeguato proprio quelle relazioni. Il mito del *diritto alla salute*, termine equivoco da sostituire con un preferibile *diritto ad essere curati*, ha imprigionato le persone malate e gli stessi operatori con una non accettazione dell'idea di malattia e di morte. La fallibilità del proprio corpo e di chi si propone come curatore dello stesso non è più un concetto condiviso e l'incontro con la vulnerabilità e la fragilità dell'altro diviene così un elemento non visto, non pensato e non pensabile. È imperativo tornare ad accettare l'idea di essere imperfetti, fallibili e mortali. Se l'unico obiettivo universalmente condivisibile delle Aziende Sanitarie consiste nel perseguire il benessere fisico, psichico e sociale dei suoi utenti, dobbiamo anche riflettere sul fatto che questo intento non è raggiungibile se non considerando il benessere fisico, psichico e sociale degli operatori sanitari. In tal senso questi rivestono una duplice funzione, essendo allo stesso tempo soggetti e oggetti dell'agire terapeutico (Belloni, 2011). Un cambiamento di paradigma che consideri il *curare* nella più ampia prospettiva di *prendersi cura* permetterebbe di rispondere al bisogno di ogni persona, e quindi anche del medico, di essere accolto e valorizzato, pur nella sua imperfezione, sostenendo a sua volta il medico stesso nell'attività di prendersi cura dei pazienti. In una parola, in quello che il pediatra D.W. Winnicott chiamava "*holding*".

TM

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina Servizi online - BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti**, **Cessione attività**, **Collaborazioni tra medici**, **Sostituti medici**, **Offerte lavoro**, **Offerte strumenti**, **Sostituzioni odontoiatri**, **Personale offresi**, **Personale non medico cercasi**. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.