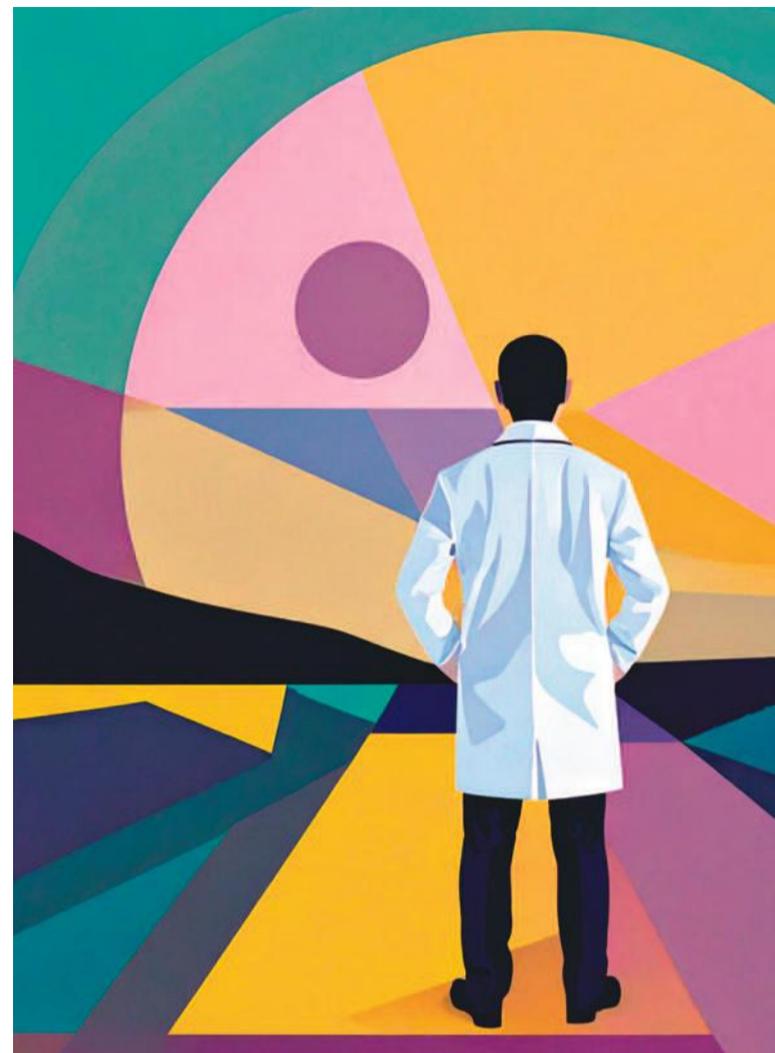


Quando l'evento avverso diventa una condanna emotiva e il senso di colpa porta al punto di rottura

La solitudine del ginecologo: il prezzo emotivo della responsabilità



QUESTI I FATTI: una neonata muore poco dopo il parto. Settantadue ore dopo, uno dei ginecologi che ha assistito alla nascita si toglie la vita. Tutto accade nell'arco di tre giorni tra la fine di gennaio e i primi di febbraio.

Un evento drammatico che ha scosso profondamente la comunità medica, in particolare i ginecologi che conoscono meglio di chiunque altro il sottile confine tra la vita e la morte in sala parto: basta un minimo margine d'errore o un imprevisto perché l'esito può trasformarsi in tragedia.

Perdere un paziente è sempre una prova dolorosa. Ma quando a morire è un neonato, il peso diventa insanabile. È una realtà che l'opinione pubblica fa fatica ad accettare: la nascita è vita, speranza, gioia. La morte in questo contesto è un'injustizia insopportabile.

In questi casi il medico non affronta solo il lutto della famiglia, ma porta anche su di sé il peso di un fallimento che non lascia scampo. Quello che doveva essere un intervento per garantire una nascita sicura si trasforma in tragedia: *quel neonato non ha avuto il tempo di esistere.*

Ma qual è la portata di questo problema? Il suicidio tra i medici è una realtà allarmante. Hanno un rischio più alto rispetto ad altre categorie professionali, soprattutto nelle specialità chirurgiche. Negli Stati Uniti si registra un suicidio al giorno, nel Regno Unito uno ogni dieci giorni.

E in Italia? Il fenomeno è poco studiato e le stime sono discordanti. Secondo una ricerca pubblicata sulla *Rivista di Psichiatria* (2020), tra il 2009 e il 2019 si sono verificati 60 suicidi tra i medici italiani, con una media di sei casi all'anno. Un'altra indagine coordinata da Foad Aodi (AMSI) amplia il quadro: nel personale sanitario il tasso di suicidi è di 21 ogni 100.000 abitanti, ben al di sopra della media nazionale di 12,6 per 100mila abitanti. Gli infermieri e gli operatori socio-sanitari risultano i più colpiti (16,2 suicidi ogni 100mila abitanti), seguiti dai medici (13 suicidi ogni 100mila abitanti, pari a circa 50 casi l'anno). Numeri che confermano un'emergenza silenziosa, ma anche la necessità di dati più precisi e aggiornati.

Il rischio suicidario tra i medici è più alto per le donne. Uno studio dell'Università di Vienna, pub-



CARLO SBIROLI
Già direttore Uoc di Ginecologica Oncologia Istituto Nazionale dei Tumori "Regina Elena IFO", Roma
Past president Aogoi

blicato sul *British Medical Journal* (2024), ha analizzato 39 studi in 20 Paesi, rivelando che le dottoresse hanno un rischio del 76% superiore rispetto alla popolazione generale. Tra le cause principali: discriminazione, molestie e difficoltà nel conciliare vita professionale e personale.

E i ginecologi? Non esistono dati specifici. Ma il rischio appare elevato. Tra le specialità chirurgiche l'ostetricia è tra le più esposte. Turni massacranti, aggressioni dai parenti delle pazienti, responsabilità schiaccianti, il timore perenne di un errore fatale. Stress, burnout, mobbing e problemi giudiziari legati alla professione sono il prezzo da pagare. Dietro questi numeri ci sono storie di solitudine e disperazione. Storie di cui bisogna parlare, su *Gyneco Aogoi* e ovunque sia necessario. Perché nessun medico dovrebbe affrontare da solo il peso di un esito avverso. Perché servono strategie di supporto per chi vive un carico emotivo insostenibile. E perché garantire un ambiente di lavoro più sicuro e umano è una responsabilità collettiva, non individuale.

Da anni l'Aogoi denuncia il declino della professione, la fuga dai reparti pubblici e la crescente difficoltà nel garantire un'assistenza sicura. E mentre si discute di riforme, il prezzo più alto lo pagano coloro che restano. Da tempo si chiede che il lavoro in sala parto sia riconosciuto come usurante. Un riconoscimento che potrebbe fare la differenza, ma che resta impantanato tra burocrazia e inerzia politica.

Il suicidio del ginecologo è l'aspetto più devastante di questa storia. Non è solo un dramma professionale, è una tragedia umana. Un collega che si toglie la vita è il segnale di un malessere che spesso resta invisibile fino a quando è troppo tardi. Una ferita profonda, che segna chi resta.

Questo è un terreno complesso, dove la mia esperienza di medico non basta più. Il dolore di chi cura, il trauma di un errore, la disperazione che può condurre al gesto estremo sono dimensioni che vanno oltre la pratica clinica e toccano le profondità della psiche. Per approfondire questi meccanismi, ho chiesto l'aiuto della dottoressa Maria Paola Martelli, esperta di interventi condotti con strumenti della psicoanalisi applicati ai contesti

ospedalieri. Con lei cercheremo di capire le reazioni emotive di un medico dopo un evento avverso, le dinamiche che possono spingerlo al limite e soprattutto come prevenire queste tragedie.

DOTTORESSA MARTELLI, COSA SUCCEDDE NELLA MENTE DI UN MEDICO QUANDO SI TROVA DI FRONTE A UN EVENTO AVVERSO? QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE EMOTIVE?

Per anni ho lavorato nei gruppi di sostegno psicodinamico negli ospedali, aiutando gli operatori sanitari a elaborare il peso emotivo del loro lavoro. Da questa esperienza ho imparato una cosa fondamentale: l'errore non pesa solo sul paziente, ma anche su chi lo ha commesso. Il medico diventa una *seconda vittima* - come l'ha definita Albert Wu, psichiatra della Johns Hopkins University - e il primo impatto è spesso uno shock, seguito da incredulità: *com'è potuto accadere?*

Spesso scatta un processo mentale inevitabile: il medico ripercorre mentalmente ogni passaggio, rivede le proprie scelte, s'interroga ripetutamente in che modo avrebbe potuto gestire meglio il caso. Nei soggetti più vulnerabili però questo meccanismo può anche trasformarsi in un disagio profondo: la mente si blocca sull'errore, il senso di colpa cresce, l'autostima crolla fino ad arrivare all'autocondanna.

A volte il medico si convince di essere l'unico responsabile. Inizia a tormentarsi con domande che diventano un macigno: *"E se avessi agito prima? Ho davvero fatto tutto il possibile? Sono io la causa di questa morte?"* Questo peso può diventare insostenibile, alimentando ansia, insonnia e un senso crescente di impotenza.

Ma la conseguenza più pericolosa è la crisi della propria identità professionale. Il medico non si riconosce più nel suo ruolo, il fallimento prende il sopravvento. Nei casi più gravi, compaiono sintomi tipici del *Disturbo da Stress Post-Traumatico* (PTSD): isolamento, depressione profonda, una sofferenza che diventa ingestibile. Se il trauma non viene affrontato, può lasciare segni duraturi, minando sicurezza e autostima. E se si accumula nel tempo, il passo verso il burnout è breve.

L'INTERVISTA

“

Uno dei primi passi da fare è di abbattere il pregiudizio secondo cui i medici non possano avere fragilità emotive. Chiedere aiuto non è una debolezza, ma un passo necessario per elaborare il peso psicologico della professione

HA PARLATO DI UN PESO CHE PUÒ DIVENTARE INSOSTENIBILE. MA SE QUESTA SOFFERENZA PSICHICA RESTA SOMMERSA, SE NON TROVA UNO SPAZIO PER ESSERE ELABORATA, COSA SUCCEDDE? COME SI ARRIVA AL BURNOUT?

Non abbiamo dati precisi sull'incidenza del burnout tra i ginecologi, ma sappiamo che è un problema diffuso in tutta la classe medica. E in una specialità ad alta tensione come l'ostetricia, il rischio è ancora più elevato.

I segnali? Sono tanti, ma alcuni sono inequivocabili. Il primo è la stanchezza cronica: il medico arriva a fine giornata svuotato, senza più energie, e nemmeno il riposo basta a recuperarle. Poi c'è il distacco emotivo, quella sorta di anestesia affettiva che porta a vedere i pazienti solo come "casi clinici" e non più come persone. L'empatia si spegne, il coinvolgimento si riduce. A questo si aggiungono irritabilità, difficoltà di concentrazione e un calo della performance lavorativa.

Il corpo, intanto, manda segnali d'allarme. Quando la mente non riesce più a elaborare il carico emotivo, compaiono sintomi psicosomatici: mal di testa, tachicardia, disturbi gastrointestinali. Tutti segnali di un sovraccarico che non si può ignorare.

Il burnout non esplode all'improvviso. S'insinua lentamente, logora giorno dopo giorno, fino a compromettere la salute del medico e la qualità delle cure. Ecco perché riconoscerlo in tempo è fondamentale: solo così si può evitare che diventi una condizione irreversibile.

MI SEMBRA DI CAPIRE CHE IL PASSO DAL BURNOUT AL SUICIDIO SIA PIUTTOSTO BREVE. COSA PUÒ PORTARE UN MEDICO A UN GESTO COSÌ ESTREMO?

Il burnout non è solo stanchezza o stress lavorativo. È un'erosione lenta e profonda, che svuota il medico di energie e motivazioni fino a farlo sentire impotente e senza via d'uscita. Se in questa fase critica riceve un supporto adeguato, può rielaborare il trauma e ritrovare un equilibrio. Ma se rimane solo con il suo dolore, il rischio è che la sofferenza diventi ingestibile.

Va anche detto che il suicidio non è mai il risultato di un singolo evento, ma il punto d'arrivo di un accumulo di fattori. Alcuni medici finiscono per identificarsi completamente con l'errore, come se tutta la loro identità professionale e personale si riducesse a quell'unico fallimento. Il senso di colpa diventa totalizzante, soffocando qualsiasi possibilità di riparazione o di rielaborazione del proprio ruolo.

A questo si aggiungono le pressioni del contesto professionale: turni massacranti, carenza di personale, paura costante di contenziosi legali. Poi c'è l'isolamento emotivo, il timore del giudizio, la cultura dell'infalibilità che pesa come un macigno sulla professione medica. E quando tutto questo si stratifica e il medico perde la capacità di chiedere aiuto, il rischio è che si convinca di non avere più alternative.

Il suicidio diventa, nella sua percezione distorta, l'unico modo per fermare la sofferenza. Ecco perché il supporto psicologico non può essere un'eccezione o un lusso, ma deve essere parte integrante della professione. Nessuno dovrebbe affrontare un peso simile da solo.

SIAMO ALLA DOMANDA CONCLUSIVA. DOTTORESSA MARTELLI, ABBIAMO PARLATO DELLE DIFFICOLTÀ, DEL PESO DELLA RESPONSABILITÀ, DEL BURNOUT E DEL SUICIDIO TRA I MEDICI. MA COSA SI PUÒ FARE, CONCRETAMENTE, PER PREVENIRE QUESTI DRAMMI?

La prevenzione deve diventare una priorità condivisa. Non può ricadere solo sul singolo medico, ma deve coinvolgere la dirigenza sanitaria, le istituzioni e l'intera comunità professionale. Il problema non è solo il medico in difficoltà, ma un sistema che lo isola, negandogli un supporto strutturato proprio nel momento in cui ne avrebbe più bisogno.

Uno dei primi passi da fare è di abbattere il pregiudizio secondo cui i medici non possano avere fragilità emotive. Chiedere aiuto non è una debolezza, ma un passo necessario per elaborare il peso psicologico della professione. Eppure, nella percezione collettiva il medico è visto come una figura "infalibile": *deve guarire, non può sbagliare*. Questa mentalità genera una pressione insostenibile, spingendo il medico a interiorizzare un modello di perfezione irrealistico. Il rischio è che ogni evento avverso venga vissuto come un fallimento personale, alimentando un senso di colpa paralizzante.

Molti professionisti, per paura del giudizio, evitano di affrontare il peso emotivo del loro lavoro. Questo atteggiamento va cambiato. La formazione universitaria e specialistica deve preparare i medici non solo alla gestione clinica degli eventi critici, ma anche alle conseguenze psicologiche. Un evento avverso non è solo un problema medico. È anche un trauma emotivo che, se non elaborato, può lasciare cicatrici profonde e compromettere l'equilibrio professionale e personale.

Nella mia carriera ho incontrato troppi medici lasciati soli davanti a decisioni insostenibili. Servono reti di supporto stabili, non iniziative sporadiche: incontri di rielaborazione dopo eventi critici condotti da professionisti esterni, e percorsi di supporto psicologico accessibili e riservati. Il burnout è un rischio reale e il lavoro nei reparti critici, come l'ostetricia, dovrebbe essere formalmente riconosciuto come usurante. Non è un privilegio, ma una tutela necessaria.

Ma la prevenzione non si esaurisce in misure concrete, richiede un cambiamento culturale. In altri Paesi la salute mentale dei medici è una priorità, con programmi di supporto obbligatori. In Italia, invece, la responsabilità viene ancora lasciata al singolo, con l'aspettativa che sia lui a chiedere aiuto. Ma spesso è proprio chi ne ha più bisogno a non riuscire a farlo. Questa logica va ribaltata: il benessere dei medici deve essere una priorità collettiva. Concludendo, prevenire questi drammi significa ripensare il modo in cui concepiamo la professione medica. I medici devono avere il diritto – e il dovere – di prendersi cura della propria salute mentale, senza timore di essere stigmatizzati. Ma questo non può dipendere solo dalla volontà individuale: servono strutture adeguate, percorsi di supporto accessibili e un cambiamento culturale che metta al centro il benessere di chi cura. Spesso la mancanza di risorse viene usata come pretesto per non affrontare il problema, ma ignorarlo ha costi ben più alti, economici, umani e professionali. La responsabilità non può essere un peso da portare in solitudine. Creare un sistema più umano, che tuteli i medici e ne riconosca la vulnerabilità, significa garantire non solo il loro equilibrio psicologico, ma anche la sicurezza dei pazienti. Solo un ambiente di lavoro più sostenibile potrà davvero tutelare chi cura, impedendo che il peso della professione diventi insopportabile.

CHI È

MARIA PAOLA MARTELLI è psicologa, psicoterapeuta psicoanalitica modello Tavistock. È socia fondatrice dell'AMHPPIA e socia sostenitrice del Centro Studi Martha Harris. Ha maturato una vasta esperienza nell'ambito dell'insegnamento, della progettazione e del lavoro istituzionale. Ha presentato lavori a convegni nazionali e internazionali ed ha pubblicato numerosi articoli su riviste specialistiche, tra cui *Emotional development and regression* ("Melanie Klein and Object Relation Journal"), *The stream of life: from frozen babies to the birth of psychic life* ("Psychoanalysis and Psychotherapy in China"). Tra i suoi contributi figura anche il saggio *Quando il dolore è intollerabile: la sofferenza mentale e le interferenze nella conduzione della malattia (Il Pupazzo di Garza, Firenze 2003)*. Nel 2023 per la Edizione Mimesis (Milano) ha pubblicato il volume *La rivoluzione di Martha Harris, il pensiero psicoanalitico e le sue applicazioni nelle istituzioni*, dedicato all'influenza della psicoanalisi nei contesti istituzionali.



“

Il burnout non esplode all'improvviso. S'insinua lentamente, logora giorno dopo giorno, fino a compromettere la salute del medico e la qualità delle cure