

La Medicina Generale del futuro: aspettative e timori dei colleghi in formazione - Ricerca qualitativa

Maria Milano^{1,2,3,4}, Marco Araldi^{1,2,4}, Mario Perini⁴

¹*Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Piemonte, Torino*

²*Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG)*

³*Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPEM)*

⁴*Associazione 'Il Nodo Group'*

Autore per la corrispondenza

Dott.ssa Maria Milano

Email milanomar@gmail.com

Orcid ID <https://orcid.org/0000-0002-0618-060X>

RIASSUNTO

La Medicina Generale è in evoluzione: team multi-professionali, studi informatizzati con diagnostica avanzata, utenza in inarrestabile transizione demografica e epidemiologica, quadro socio-economico critico. Quali sono le attese e i timori dei colleghi che si affacciano alla MG?

A106 colleghi del 2° anno del CFSMG Piemonte: 'Immaginate di aprire fra 2 mesi il vostro studio in convenzione SSN. Cosa sogno: quale MMG vorrei essere? E cosa temo e proprio non vorrei', risposte in 10 min., anonime. Analisi con la Content Analysis (Convenzionale) in triangolazione tra due autori.

Le aspettative e i timori si modulano in 5 temi: Spazio Professionale e quello Personale, Comunicazione e Relazione, Collaborazione con gli altri Professionisti. Emerge una visione idealistica e idilliaca della professione e l'aspirazione a una netta demarcazione tra tempi e spazi della professione e della vita privata. Traspaiono ombre che fanno presagire dubbi e paure rispetto alle proprie capacità professionali anche nel lavorare da soli fino al timore del burn-out.

Ci preoccupa l'assenza di un sano pessimismo della ragione per il rischio di amara delusione di fronte alle difficoltà quotidiane. Diviene indispensabile allora anche aiutare a restare in contatto con le zone d'ombra, i dubbi e le insicurezze, senza voler cercare subito spiegazioni rassicuranti e rimedi immediati:

la consapevolezza dei problemi è il primo fondamentale presidio alla prevenzione del burn-out e all'organizzazione di proprie personali strategie di resilienza.

Parole-chiave Interventi e Strategie Formative, Prevenzione del Burn-out, Ricerca Qualitativa, Medicina generale, Cure Primarie

ABSTRACT

A General Practice (GP) is evolving: multi-professional teams, computerized studies with advanced diagnostics, users in unstoppable demographic and epidemiological transition, critical socio-economic framework. What are expectations and fears of colleagues who come to GP?

106 colleagues at the 2nd years of CFSMG Piemonte: "Imagine opening your office in SSN convention in 2 months. What do I dream of: which GP would I like to be? And what I fear and I really would not want", answers in 10 minutes, anonymous. Analysis with Conventional Content Analysis in triangulation between two authors.

Expectations and fears are modulated into 5 themes: Professional and Personal Space, Communication and Relationship, Collaboration with other Professionals. An idealistic and idyllic vision of the profession emerges and the aspiration to a clear demarcation between the times and spaces of the profession and private life. Shadows transpire that portend doubts and fears regarding one's professional skills in working alone up to fear of Burnout.

We are concerned about the absence of a healthy pessimism of reason which implies the risk of bitter disappointment in the face of daily difficulties. It is therefore also essential to help in touch with grey areas, doubts and insecurities, without wanting to immediately seek reassuring explanations and immediate remedies: awareness of problems is the first fundamental safeguard for the prevention of Burnout and for the organization of their own personal resilience strategies.

Keywords Educational interventions and strategies, Burnout Physicians Prevention, Quality Research, General Practice, Primary Care

TAKE HOME MESSAGE

We should calibrate the didactic objectives of the CFSMG not only on the theoretical, practical and organizational aspects of the profession: through active listening to the training needs, let us also direct them to provide the relational skills to face, in a realistic way, the emotional difficulties and psychodynamic nuances of the work of GP groups.

INTENTI DELLA COMUNICAZIONE

Stanno La Medicina Generale (MG) Italiana è in rapidissima evoluzione: il medico singolo sta per essere progressivamente in-

tegrato all'interno delle aggregazioni multi-professionali, gli studi sono sempre più informatizzati e dotati di possibilità diagnostiche avanzate, l'utenza in rapido e

continuo cambiamento in una inarrestabile transizione demografica che si trascina quella epidemiologica conseguente, il tutto in un problematico quadro generale socioeconomico.

Contemporaneamente la letteratura internazionale ci segnala come i medici più giovani siano sempre più esposti al rischio dell'esaurimento psico-emotivo professionale (Hansen, 2018; Dyrbye, 2018): "Le statistiche sui suicidi tra medici sono spaventose: le cifre raccontano come il tasso di suicidio sia il doppio di quelli fra non medici; i suicidi fra le donne medico sono tre volte in più rispetto ai loro colleghi maschi. I medici all'inizio della carriera sono particolarmente vulnerabili: da uno studio recente risulta che il 9,4% degli studenti di medicina al 4° anno di corso ha avuto pensieri suicidi nelle ultime due settimane" (Sinha, 2014).

Un sondaggio del 2017 a cui hanno risposto 2.263 medici, ha evidenziato come il *burnout* sia tanto più grave e diffuso, quanto più è affievolita la vocazione, intesa come attitudine a impegnare la propria vita in un lavoro ritenuto personalmente significativo e al servizio di un bene superiore (Kao, 2017).

Ci sono forse fattori favorenti nella cultura medica che concorrono a questa distorsione: una sorta di "machismo" professionale, sostenuto da illusioni di infallibilità, assen-

za di dubbi e senso di onnipotenza, oltre che da un'egemonia trionfalistica della tecnica a spese delle competenze relazionali (Rotenstein, 2016). Ma tutto questo nei giovani colleghi può esigere un pesante tributo in termini di stabilità emotiva.

Possibili soluzioni: "Dobbiamo poter dare voce a dubbi a paure. Dobbiamo poter parlare della tristezza profonda che ci ingenera firmare il nostro primo certificato di morte, della mortificazione che ci causa la prima prescrizione sbagliata che abbiamo firmato, dell'imbarazzo di non saper rispondere a una domanda a cui qualunque studente di medicina saprebbe invece rispondere. Una cultura medica che ci incoraggiasse a condividere le nostre vulnerabilità ci potrebbe far capire che non siamo soli" (Dyrbye, 2008).

Secondo Peters e Rajasingam (2019) gli educatori delle professioni mediche hanno un preciso ruolo e quindi responsabilità nel preparare i discenti alla prevenzione dello sviluppo della Fatica della Cura: "*In our experience of developing resilience workshops, doctors at every level benefit by having insights into stress, self compassion for their predicament, and skills for recovery and building resilience.*"

Nell'ambito del Seminario dedicato all'organizzazione e alle *Core Competencies* in MG del 2° anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

(CFSMG) della Regione Piemonte, ci siamo posti l'obiettivo di esplorare quali sono le attese e i timori dei giovani colleghi che si affacceranno alla Medicina Generale.

MATERIALI E METODI

L'intervista narrativa è stata rivolta a 106 colleghi in formazione, tutti con esperienza di sostituzioni in Medicina Generale e incarichi in Continuità Assistenziale da 2-3 anni.

Durante lo svolgimento di tre Seminari, prima di entrare nel merito dei temi previsti, è stato proposto un "sogno": "Immaginate che fra 2 mesi aprirete il vostro ambulatorio come titolari della convenzione SSN per la MG" e quindi chiesto di rispondere in 10 minuti, in modo anonimo alle seguenti suggestioni: "Cosa sogno: quale MMG vorrei essere" e "Cosa temo e proprio non vorrei"

Si tratta di una ricerca qualitativa *Narrative Based*: i testi liberi, sono stati analizzati con la Content Analysis di tipo Convenzionale in triangolazione tra due autori (Graneheim 2004, Hsieh 2005) con precedente condivisione di obiettivi, metodi e strumenti di lavoro e la supervisione di un esperto in burn-out e dinamiche dei gruppi.

RISULTATI

I 106 partecipanti erano rappresentati da

67 colleghe e 39 colleghi, di età media 28 anni. Tutti hanno partecipato e consegnato nei tempi previsti l'elaborato.

Sia le aspettative che i timori emersi dagli elaborati, si sono diversificati in 5 aree tematiche: Spazio Professionale, Spazio Personale, Comunicazione e Relazione (e sotto tema Educazione pazienti), Collaborazione con Professionisti del Il livello e tra Pari.

Lo Spazio Professionale

Aspettative

Le categorie più rappresentate sono l'autonomia e la libertà di pensiero e di prescrizione (50%): "*Lavorare con libertà d'azione*", "*Essere parte di un sistema autonomo ed efficiente*".

Segue un imperativo bisogno di un aggiornamento professionale continuo (48%) con l'obiettivo di "*Implementare le capacità gestionali soprattutto per gestire l'emergenza, la burocrazia e l'errore diagnostico*" o per "*padroneggiare mezzi informatici, clinici, burocratici e risorse umane*" ma c'è anche chi si accontenta o spera di "*aver la forza di perseguire un aggiornamento continuo*", quasi a temere carichi lavorativi al di sopra delle proprie forze. La necessità di immaginare una prospettiva di aggiornamento continuo per chi sta terminando il proprio percorso formativo professionale potrebbe essere un segnale

comprensibile di insicurezza rispetto alle proprie capacità di affrontare la complessità del mondo del lavoro che arriva al limite massimo nell'affermazione *“Ho paura di uccidere qualcuno”*.

Non ci stupisce il ricorrere della categoria tempo (40%) nelle sue sfaccettature: *“Avere il tempo per aggiornarsi”, “lavorare in tranquillità con accuratezza e precisione, senza fretta”, “Avere il tempo giusto per tutti i pazienti prenotati e non”*.

La definizione del ruolo viene percepita come *“Necessità di definizione per una valorizzazione di ruolo”* che consente di esplicitare *“Diritti e doveri ben definiti”* e di *“Saper fare la differenza”*; viene declinata tra competenze specifiche *“Essere competente, esperto e innovativo, autorevole”, “Efficiente umano e organizzato”* esercizio delle stesse *“Trovare il giusto equilibrio tra tecnicismo e umanità nel giusto tempo, alla sana distanza”, “Mantenere il senso critico e non appiattirsi sulle diagnosi/terapie fatte da altri”, “Offrire il meglio per gestire in prima persona a tutto tondo”* e esigenze difensive *“Necessità di punti chiari e univoci di riferimento: paletti per se e per chi ‘giudica’”*.

Articolate le attese investite sull'organizzazione del lavoro: *“Vorrei lavorare su appuntamenti filtrati da segretaria efficiente, salda rete d'intesa con gli specialisti, e conoscere bene la rete e il*

territorio”, “Tanta tecnologia in studio”, e per il 15% “Essere in Medicina di gruppo, con personale, strumentazione e accessi su appuntamento”.

Infine, nel 40% delle risposte il focus si sposta sui rapporti con il SSN, con un *“Bisogno di riconoscimento della qualità professionale”* fondamentale per *“Essere trattato da professionista al pari degli specialisti”*; per alcuni si delineano anche aspettative di rimodulazione normativo contrattuale: *“Più tutele legali e previdenziali, piuttosto anche la dipendenza”, “Più qualità e guadagno, proporzionali al tempo e agli sforzi”, “Vorrei ferie e tutela malattia garantite oltre a infrastrutture”*.

Timori

I timori sono speculari in negativo rispetto alle aspettative per quanto riguarda i rapporti con il SSN: *“Non diventare dipendenti del SSN”, “Non imposizioni e limitazioni prescrittive solo su criteri economici”, “Non essere schiavo del SSN”, “Non essere pedina, ma protagonista”, “Timore di essere Medico di serie B”* e infine *“Rapporti con il 3° pilastro: paura dello smantellamento del SSN”*.

Anche per questo item compare la categoria definizione del ruolo intesa come sua negazione: *“Diventare un mero prescrittore”, “Diventare amanuensi e passacarte”,* o come negazione della possibilità di eserci-

tarlo *“Rinunciare a prestazioni e formazione per mancanza di tempo e soldi”, “Troppe spese per gestire la professione”*.

Per ben il 57% la grande preoccupazione è quella di essere soverchiato dalla burocrazia, dalle regole imposte dall'alto *“Essere pedina, schiavo, anziché protagonista”* e dalla mole di lavoro, senza riuscire ad organizzarlo *“Essere sopraffatto dal lavoro”* (11%) o *“Che aumenti il lavoro e diminuisca la retribuzione”*.

Quest'ultime affermazioni si inseriscono nella categoria fatica della cura, che complessivamente viene paventata, senza esplicita consapevolezza, dal 34% per partecipanti: *“Mancanza di stimoli e di occasioni di accrescimento professionale”, “Pratica clinica statica, stufarsi del lavoro”* con le sue note conseguenze *“Paura della solitudine lavorativa”, “Paura di non essere all'altezza”, “...essere impreparato”, “...essere imprudente e superficiale”*. Fonti di fatica della cura possono essere anche condizioni strutturali organizzative: *“Essere disorganizzato”, “Assenza di regole e tutele”, “Lo studio in cantina”, “Troppi pazienti...troppe ore”, “Gestionali non adeguati”*.

Lo Spazio Personale

Aspettative

La linea di demarcazione tra spazio professionale e spazio personale può essere

sfumata laddove coinvolge specificità caratteriali o un importante investimento motivazionale e quindi emotivo: *“Conciliare il mio lavoro con la vita di famiglia e associativa”, “Vorrei essere sempre amante del lavoro con stimoli per la professione per non stancarmi mai di quel che faccio”, “Appassionato del mestiere”, “Soddisfatto del mio operato”*.

Come afferma Umberto Galimberti, poiché la nostra IDENTITÀ PERSONALE è frutto del riconoscimento sociale, allora lo spazio personale nel quale ci identifichiamo necessariamente sconfinava in quello professionale: *“Rispettato e rispettabile”, “Autorevole ed empatico: essere un medico presente su cui si può contare: Esserci”, “Rimanere umana e sensibile ma brava diagnosta”, “Sereni, liberi di scegliere e capaci di rifiutare”*.

Timori

Proprio l'importante investimento motivazionale (*“Non voglio fare il medico per vivere ma vivere per fare il medico”*), vede come contrappeso molti timori di disillusioni: *“Non avere equilibrio tra vita pubblica e privata”, “Portarsi a casa i problemi dei pazienti”, “Troppa prossimità emotiva (legarsi troppo ai pazienti)”, “Perdere la gestione della mia vita privata”, “Andare contro l'etica professionale”, ma anche “Mancanza di una via di fuga”, “Intollerabili*

sensi di colpa per gli errori compiuti”, *“Timore di aggressioni fisiche”* ed *“Essere sopraffatto dall’emotività”* vale a dire di nuovo inconsapevole paura del burnout.

Comunicazione e relazione

Aspettative

Le categorie più rappresentate in questo tema sono la fiducia, fondamento irrinunciabile della relazione medico-paziente, che viene espresso per oltre l’80% degli intervistati. Immediatamente dopo viene l’aspirazione nei giovani medici di divenire *“Il primo riferimento per i miei pazienti”*, in alcuni casi anche *“Il più importante riferimento per la salute dei pazienti”* (60%) che vengono a connotare la categoria legame, ma nel quale frequentemente si introduce il concetto di *“Rispetto reciproco dei ruoli”*. Un’altra importante categoria è l’ascolto che si declina nel sottogruppo dell’approccio olistico al paziente nel 45% dei partecipanti. molti colleghi (30%) che hanno sottolineato questa ultima categoria lo accomunano all’empatia come requisito fondamentale nella relazione con il paziente.

per alcuni colleghi, nel sotto-tema educazione del paziente, risulta fondamentale *“Il dialogo con il paziente che deve diventare una opportunità terapeutica”* e *“Migliorare l’empowerment dei pazienti”*.

Timori

Le categorie più espresse sono quelle relative alla limitazione della libertà e si manifestano nella paura *“di essere schiavo dei pazienti”*, *“Timore per l’aggressività del paziente”*, *“Dell’aggressività a cui potrei rispondere”*, *“Essere sommerso dai problemi dei pazienti”* in oltre l’80% dei colleghi. altrettanto frequente è *“il timore di essere denunciato”*, *“di essere attaccato e offeso”* nella sfera della categoria dell’integrità personale che può apparire minacciata da un scorretto rapporto col paziente.

Rappresentata da alcuni colleghi (40%) è anche la preoccupazione *“Di ricorrere a una medicina difensiva per timore di denunce”* nella categoria compromessi e *“Diventare insensibile e cinico”*, *“Essere sbrigativa e non visitare i pazienti”* e *“Trovare se esiste la giusta distanza”* nella categoria esaurimento e burn out.

Confronto professionale fra pari

Aspettative

Una modesta percentuale (30%) dei partecipanti ha segnalato in questo tema la categoria della condivisione fra colleghi: *“Desiderio di confronto e formazione”*, e la categoria della fiducia professionale: *“Avere una medicina di gruppo con colleghi fidati e competenti”*, *“Lavorare con colleghi in gamba e di buona volontà a collabora-*

re”, giungendo per alcuni colleghi alla categoria armonia e amicizia con l'affermazione *“Entusiasmo e serenità nell'ambiente di lavoro”*.

Timori

Il contraltare, per alcuni colleghi, si manifesta nella categoria isolamento (*“Timore di rimanere isolato dagli altri colleghi”*), nel timore di incontrare scarsa collaborazione professionale o addirittura competitività, fino a paventare di *“Diventare un medico di serie B”*.

Collaborazione con il 2° livello

Aspettative

Un 20% dei partecipanti riferisce il desiderio di avere una collaborazione paritaria con gli specialisti ospedalieri nella categoria del riconoscimento professionale.

Timori

Alcuni colleghi in formazione segnalano il timore di una scarsa considerazione professionale da parte dei colleghi specialisti come *“Rapporti difficili con gli specialisti”* anche in considerazione della più giovane età anagrafica.

DISCUSSIONE

Il campione esaminato rappresenta in maniera coerente lo sbilanciamento di genere

già presente con gli accessi alla Facoltà di Medicina (65% donne e 35% uomini).

La visione che ricorre è quella di un medico competente, aggiornato, che opera in autonomia gestionale e organizzativa, con accuratezza e precisione ma senza fretta, con un approccio olistico (bio-psico-sociale), riferimento autorevole radicato nel territorio per il paziente (basato sulla fiducia reciproca) e per la rete, organizzato in team multi-professionale e tecnologicamente dotato, capace di interagire in modo paritario con gli specialisti e riconosciuto tale dai pazienti e dai responsabili ASL.

Queste ottimistiche aspettative denotano una importante carica motivazionale e si correlano coerentemente con la scelta vocazionale espressa ad inizio corso dall'81% di loro (F 60% - M 40%).

Risaltano contenuti inerenti al proprio Spazio Personale: essere appassionati della professione, svolta con soddisfazione *“Dando il meglio di sé senza che vada a scapito della vita privata”*; in diversi rimarcano la necessità di dare maggiore valore alla qualità del lavoro rispetto alla quantità: *“m'immagino nel mio piccolo paese d'origine, con un ambulatorio senza troppi mutui ... sempre aggiornato, empatico, presente, capace di supportare nella cronicità”*.

Dall'analisi degli elaborati emerge una visione piuttosto idealistica e idilliaca della

professione, connotata da parole come “accuratezza”, “fiducia”, “autonomia”, “efficienza”, “rispettato e rispettabile” ma anche con una netta demarcazione tra tempi e spazi della professione e della vita privata. L'idealizzazione è parte dell'innamoramento, di quella passione professionale di cui c'è bisogno per fare qualunque lavoro, soprattutto il nostro, e quindi non è di per sé una cosa negativa, anzi forse è una luna di miele necessaria; da questo punto di vista ci pare significativo che l'opzione per la MG sia in gran maggioranza vocazionale, come prima scelta, così come il fatto che coinvolga in prevalenza le donne, a testimonianza del fatto che l'orientamento al *caring*, alle relazioni di cura caratterizzate da responsabilità, prossimità e continuità, attiene alla dimensione del materno (che peraltro posseggono anche molti uomini, non foss'altro che per la memoria psicobiologica dell'essere stati oggetto delle cure di una madre). Ciò detto, gli innamorati dovranno, prima o poi, confrontarsi con la realtà, cioè con gli aspetti “prosaici” della professione.

Ci ha un po' stupito l'assenza di un sano “pessimismo della ragione”: non ci aspettavamo quella sorta di realismo disincantato che può nascere dall'esperienza, che in questo caso ancora non è stata fatta, ma semmai una certa prudenza (che in qualche misura invece può essere insegnata)

nei confronti di modalità di pensiero iperottimistiche, idealizzanti, eccitate e un po' da fiaba (con tutte le possibili narrazioni del medico di famiglia da Cronin in poi), e soprattutto in grado di zittire e soffocare ogni genere di dubbio, perplessità o timore. Ci preoccupa il rischio di amara delusione di fronte alle difficoltà quotidiane che questi giovani colleghi presto potrebbero dover affrontare, perché, come sappiamo, l'idealizzazione è spesso l'anticamera della denigrazione.

Rispetto ai timori traspare negli scritti un intreccio fra sovraccarico burocratico, di lavoro, mancanza di tutele professionali ed economiche, percezione di solitudine e necessità di regole chiare e condivise sia di tipo organizzativo-professionale che di rapporti interpersonali con i pazienti e con i colleghi. Tale necessità di regole si mescola e contemporaneamente si contrappone con il desiderio di lavorare in un team professionalmente motivante.

In generale, molti punti emersi tra i timori anticipano potenziali situazioni di burn-out senza forse che ce ne sia una piena consapevolezza.

Trapelano inoltre, ombre che fanno presagire dubbi e paure rispetto alla propria capacità di lavorare da soli e quindi d'incorrere nell'errore (da qui la necessità di un team di supporto e di verifica), timori al confronto con le persone, prima ancora

che con le persone malate (con la richiesta di rapporti di “*fiducia reciproca*”) e alla difficoltà nella gestione del conflitto (“*vorrei lavorare con colleghi in gamba, di buona volontà e onesti, meglio se amici*”).

Abbiamo interpretato questa apparentemente ingenua visione del lavoro in team, consapevoli che nella realtà bisognerà imparare a costruire i gruppi di lavoro con le risorse umane disponibili, come un bisogno formativo importante; bisogno tuttavia anche in qualche misura ambivalente, perché potenzialmente in contrasto con desideri di autonomia e di libertà di manovra più consoni a un assetto libero-professionale che alla logica dell'interdipendenza ormai inevitabile nella medicina di gruppo e nel dialogo tra le diverse professioni di cura e tra queste e le istituzioni sanitarie.

Tra gli obiettivi didattici del CFSMG diviene indispensabile allora anche aiutare a restare in contatto con le zone d'ombra, i dubbi e le insicurezze, senza spaventarsi troppo (è ovvio e sano che un medico alle prime armi abbia paura di sbagliare) e senza voler cercare subito spiegazioni rassicuranti e rimedi immediati: la consapevolezza dei problemi è il primo fondamentale presidio alla prevenzione del burn-out e all'organizzazione di proprie personali strategie di resilienza.

In quest'ottica sono stati organizzati moduli seminariali orientati alla comunicazione professionale (perché come dice Watzlawick (1971) “Il lavoro in gruppo e la comunicazione sono legati inestricabilmente”), ma anche a fornire conoscenza degli strumenti indispensabili al lavoro in team (*team building, team working*, conoscenza delle dinamiche che muovono i gruppi, gestione dei conflitti e cooperazione interprofessionale).

In conclusione, emerge la necessità di tarare gli obiettivi didattici del CFSMG (mettendosi in situazione di ascolto attivo rispetto ai bisogni formativi), che non devono pertanto riguardare unicamente gli aspetti teorici e tecnici della professione, o quelli meramente pratici e organizzativi, ma devono anche essere orientati a fornire ai giovani colleghi le competenze relazionali per affrontare in modo realistico le difficoltà emotive e le sfumature psicodinamiche del lavoro del Medico di MG.

BIBLIOGRAFIA

- Dyrbye L.N., et Al. (September 2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students, *Annals of Internal Medicine*, 2;149 (5) :334-41.
- Dyrbye L.N., et Al. (2018). Association of Clinical Specialty with Symptoms of Burnout and Career Choice Regret

- Among US Resident Physicians, *JAMA*, 320 (11):1114-1130.
- Graneheim U.H., Lundman B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24: 105-112.
- Hansen A., et al. (2018). Burnout in Young Family Physicians: Variation Across States, *J. Am. Board Fam. Med.*; 31(1): 7-8.
- Hsieh H.F., Shannon S.E. (November 2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*, vol. 15 No 9, 1277-1288.
- Kao A.C. et al. (2017). Association Between Physician Burnout and Identification with Medicine as a Calling. *Mayo Clin Proc.*; 92(3): 415-422.
- Peters D., Rajasingam D. (2019). Burnout in Healthcare: Medical Educators' Role, *BMJ*, 366:l5570 doi: 10.1136/bmj.l5570 (Published 19 September 2019).
- Rotenstein L.S. et al. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 316(21): 2214-2236.
- Sinha P. (2014). Why Do Doctors Commit Suicide? *The New York Times*, 4 September 2014.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971) *Pragmatica della Comunicazione Umana*. *Astrolabio*, Roma.