

Finalità della Survey

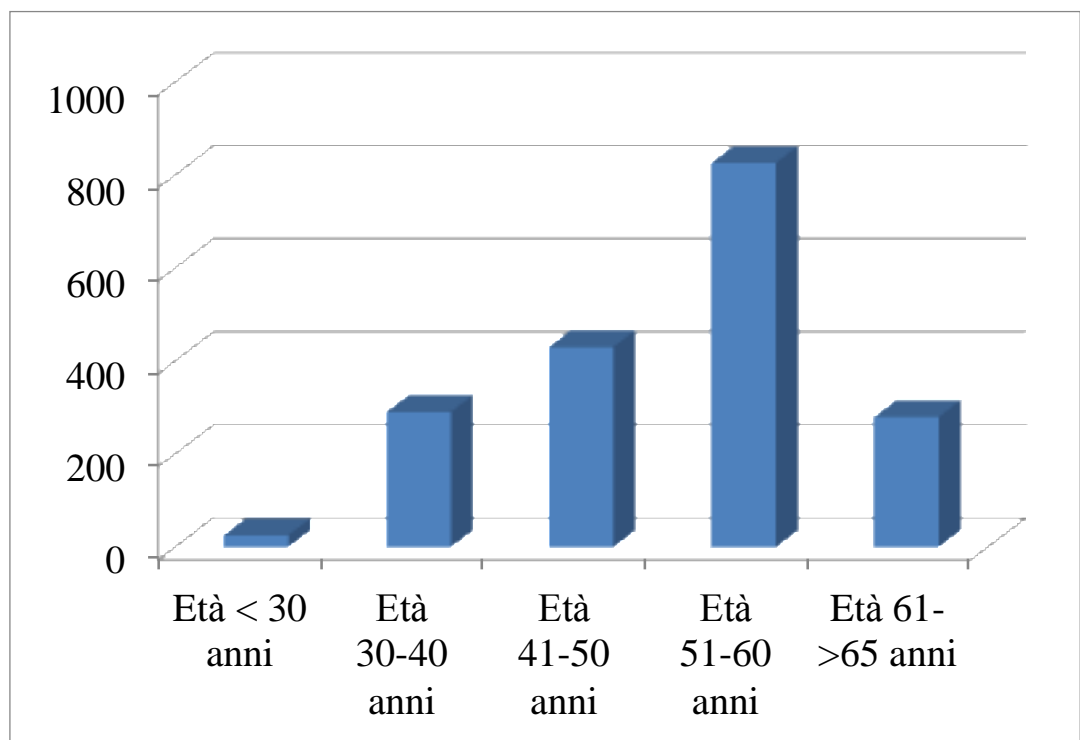
Anaa giovani presenta i risultati della terza *Survey* lanciata on-line l'8 Ottobre 2014 e conclusa il 28 Febbraio 2015 sulle problematiche connesse all'aumento dei carichi di lavoro tra i medici operanti nella sanità pubblica. Il progressivo de-finanziamento del SSN (le Regioni hanno stimato tagli intorno ai 31 miliardi di € dal 2010 al 2014) ha determinato importanti riduzioni delle dotazioni organiche attraverso processi di riorganizzazioni, prepensionamenti e blocco del turnover. Progressivamente ed inevitabilmente la conseguenza è stata quella di un aumento dei carichi di lavoro per i medici rimasti in servizio. A ciò si aggiunga che il mancato ricambio del personale medico produrrà ulteriori effetti negativi, in un futuro molto prossimo, a causa alla mancata trasmissione inter-generazionale delle conoscenze professionali e tecniche. A parità di costi, la maggiore utilizzazione della forza lavoro ha determinato un aumento del numero delle prestazioni pro-capite a scapito di un evidente peggioramento delle condizioni lavorative divenute più gravose e rischiose.

Come già precedentemente segnalato da un report Anaa¹, un incremento importante e prolungato dell'orario di lavoro è associate non solo ad un peggioramento oggettivo delle *performance* cognitive e ad un incremento del rischio clinico, ma anche ad un incremento del rischio di malattie per gli operatori e della sindrome da *burnout*². Il *burnout*, tradotto letteralmente dall'inglese in "bruciato", "fuso", indica una condizione di esaurimento emotivo che colpisce prevalentemente gli operatori di professioni ad elevato investimento relazionale come quelli del settore sanitario. Il medico o infermiere sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi inizia a perdere progressivamente l'empatia fino al raggiungimento della "morte professionale", ossia la completa indifferenza verso la propria professione. E tutto ciò, oltre ad avere degli evidenti effetti drammatici sul piano individuale, ha degli indubbi effetti negativi particolarmente sul piano organizzativo e lavorativo con il calo della qualità del servizio, il calo della *performance* e l'aumento dell'assenteismo³.

Modalità di campionamento e caratteristiche del campione intervistato

La *Survey* ha coperto l'intero territorio nazionale. La popolazione è stata suddivisa seguendo la classificazione abitualmente adottata dall'ISTAT, ovvero Centro (Umbria, Toscana, Lazio e Marche) meridione (Molise, Puglia, Calabria, Basilicata, Abruzzo e Campania) Isole (Sardegna e Sicilia), nord le restati regioni. Esattamente come per le precedenti è stata diffusa attraverso social network come Facebook e Twitter, linkando la stessa in gruppi di medici afferenti a diverse specialità, attraverso email prevalentemente aziendali di medici, attraverso newsletter su testate mediche specializzate e sul sito ANAAO ASSOMED. Il *bias* dell'indirizzo IP e dell'indirizzo rispondente è stato pressoché nullo avendo incrociato i due dati, così come irrilevante è stata la possibilità di risposte da parte di individui estranei alla nostra professione vista la specificità delle domande. Non tutte le domande sono state completate ma i dati ottenuti sono stati considerati attendibili perché il *bias* è stato sterilizzato dalla numerosità del campione. Hanno risposto al nostro questionario 1925 medici con una relativa omogeneità nei sessi (il 43.68% dei *responders* è di sesso femminile, il 56.32% di sesso maschile). Per quanto riguarda l'età il nostro campione è maggiormente rappresentativo (827 medici) della fascia di età tra i 51 e i 60 anni pari al 42.96% del totale degli intervistati, 431 (22.39%) sono invece i *responders* appartenenti alla classe di età tra i 41-50 anni, 291 (18.75%) quelli della classe di età tra i 30-40 anni e 280 (14.55%) quelli con età > di 60 anni. Solo 26 (1.35%) sono rappresentativi della classe medica con età inferiore ai 30 anni (**Grafico 1**).

Grafico 1. Numero responders suddivisi per classe di età



Questo dato è in linea con il fatto che l'Italia è nel panorama europeo al primo posto per il numero di medici over 50 (età media medici SSN 50,3).

La maggior parte degli intervistati esercita la sua attività professionale in una regione del Nord Italia (852 pari al 44.23%). Il 35,05% (674) lavora in una regione del Centro Italia, l'8.88% (171) lavora in una delle Isole e solo l'11.84% (228) in una regione del Sud Italia. Le regioni più rappresentate sono l'Emilia Romagna (14.6%) seguita dal Piemonte (14.34%), dal Veneto (10.81%) e dalla Lombardia (9.97%). Hanno inoltre prevalentemente risposto medici che lavorano in grandi centri urbani (Torino, 9.36%, Roma 7.48%, Milano 3.48%). Analizzando la distribuzione delle risposte bisogna per prima cosa evidenziare come la domanda non richiedeva la regione di nascita ma la regione dove si prestava l'attività lavorativa. Negli anni la riorganizzazione ospedaliera, con i tagli imposti dai piani di rientro ha prevalentemente interessato le regioni del Sud determinando una migrazione verso le regioni del Centro-Nord. Inoltre la maggior parte delle Università sono concentrate proprio nel Centro-Nord.

Ai nostri intervistati è stato anche chiesto quale tipo di contratto di lavoro avessero (determinato, indeterminato, atipico, di formazione specialistica o di specialista ambulatoriale) e da quanto tempo (meno di 5 anni, tra i 5 e i 15 anni, oltre i 15 anni). Questo per valutare se anche la mancanza di certezze in ambito lavorativo specie con i contratti a tempo determinato o atipici possa influire negativamente sulla percezione dei carichi di lavoro e favorire l'eventuale sviluppo della sindrome da *burnout*. In linea con l'età anagrafica dei responders, la maggior parte ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni (56.34%) e quindi assunto prima del 2000 (58.25%). Solo il 7.17% ha un contratto a tempo indeterminato da meno di 5 anni. Nel complesso il 90.25% degli intervistati (1738) è comunque titolare di un contratto a tempo indeterminato. Solo lo 0.42% dei responders ha un contratto da specialista ambulatoriale e solo l'1.19% ha un contratto atipico (co.co.co, co.co.pro, interinale, libero professionale). L'esiguo numero di risposte da parte di questa categoria di professionisti è anche dovuta al fatto che la maggior parte di questi non ha ultimato la compilazione del questionario. Le motivazioni vanno verosimilmente ricercate nelle caratteristiche stesse della nostra Survey che affronta criticità tipiche della "vita" ospedaliera e quindi maggiormente "sentite" dai professionisti ospedalieri assunti con contratti stabili. "Splittando" la popolazione in studio rispetto alla

provenienza geografica è possibile rilevare come i medici delle regioni del nord abbiano raggiunto l'anzianità dei 5 anni in percentuale maggiore (56.8%) rispetto ai medici del centro e meridione (37.6% e 37.1%). Percentuali intermedie sono state riscontrate per i *responders* delle isole (48.1%).

Andando nel dettaglio per classi di età, i medici (**grafico 2**) con età inferiore a 30 anni (in totale 26) hanno prevalentemente un contratto di formazione specialistica (92.4%) e solo il 7.6% ha un contratto a tempo determinato. Il numero esiguo di *responders* non permette di fare stime precise sul tasso occupazionale di questa categoria. In aggiunta, verosimilmente, la *Survey* non ha intercettato i medici laureati che non lavorano ancora.

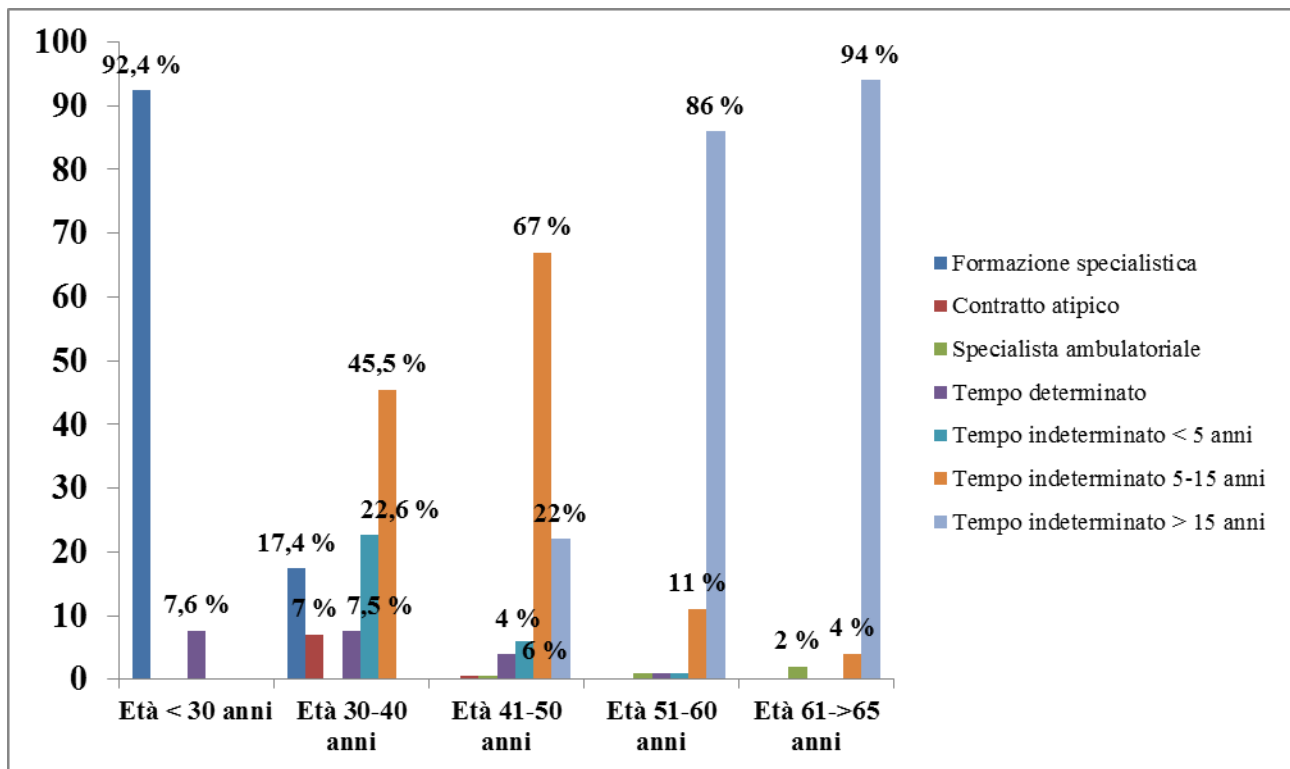
Per quanto riguarda la classe di età tra i 30-40 anni (361 totali) la maggior parte (45.5% pari a 162 in valore assoluto) dei *responders* ha un contratto a tempo indeterminato tra 5-15 anni. Il 22.6% (81) ha un contratto a tempo indeterminato da meno di 5 anni, il 17.4% (60) è in formazione specialistica, mentre il 7.5% ha un contratto a tempo determinato (34) e atipico (26).

Nella classe di età tra i 41-50 anni (431) il 67% (288) ha un contratto a tempo indeterminato da 5 a 15 anni, il 22% (94) da più di 15 anni e il 6 % (28) da meno di 5 anni. Il 4 % (19) ha un contratto a tempo determinato e meno dell'1% atipico e di specialista ambulatoriale.

L'86% (711) dei *responders* della classe più numerosa (tra i 51-60 anni) ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni, l'11% (91) ha un contratto a tempo indeterminato tra 5 e 15 ani e circa l'1% ha un contratto a tempo indeterminato (11) e determinato (13) da meno di 5 anni.

Per la classe di età tra i 61 anni e oltre i 65 anni il 94% ha un contratto a tempo indeterminato da più di 15 anni e il 4% da 5 e 15 anni.

Grafico 2. Distribuzione contratti a seconda della fascia di età.

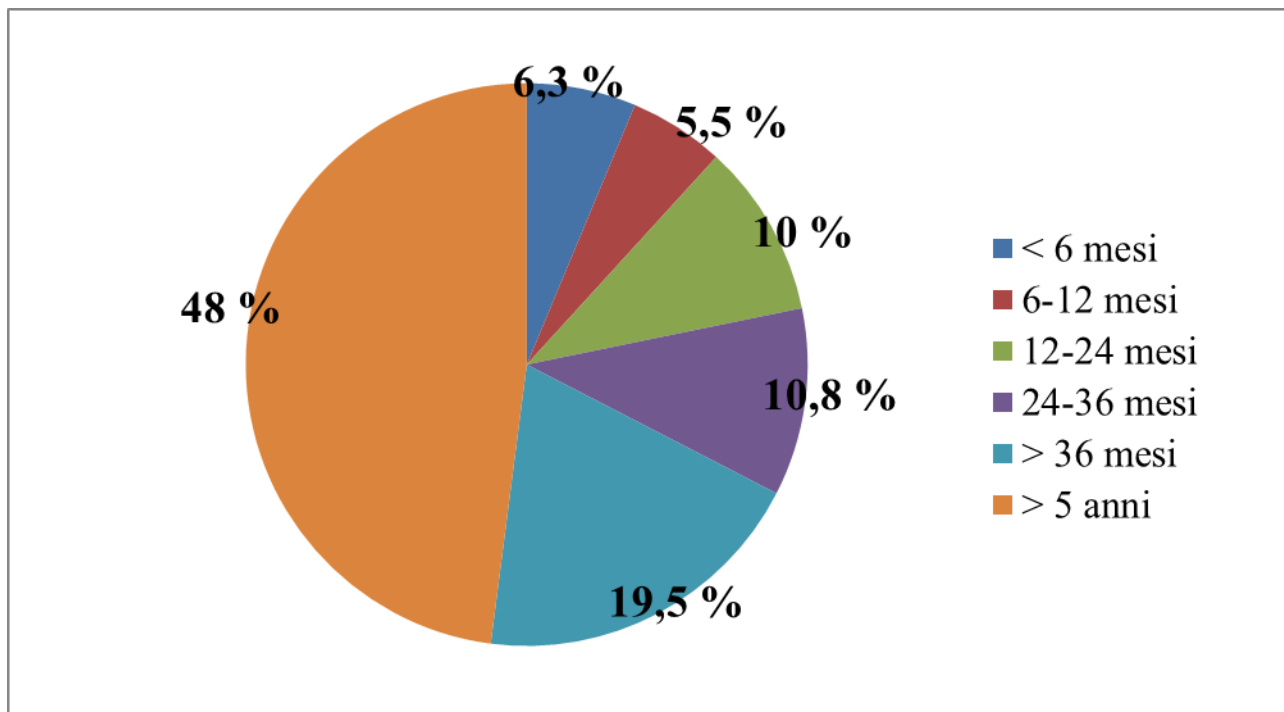


Nel complesso non si sono registrate particolari differenze nella distribuzione dei contratti tra le varie regioni di Italia e in particolare tra le quattro macro-aree (Nord, Centro, Sud e Isole).

Per il 73.59% dei *responders* da almeno 2 anni non viene assunto alcun medico nella propria Unità Operativa mentre per quasi la metà del campione (48%) da almeno 5 anni (**grafico 3**). Ciò si verifica prevalentemente (40.78%) nelle Regioni sottoposte negli ultimi anni a piani di rientro. In queste regioni si sono avuti tagli negli organici fino al 15%, sfruttando i pensionamenti, senza una reale programmazione, non

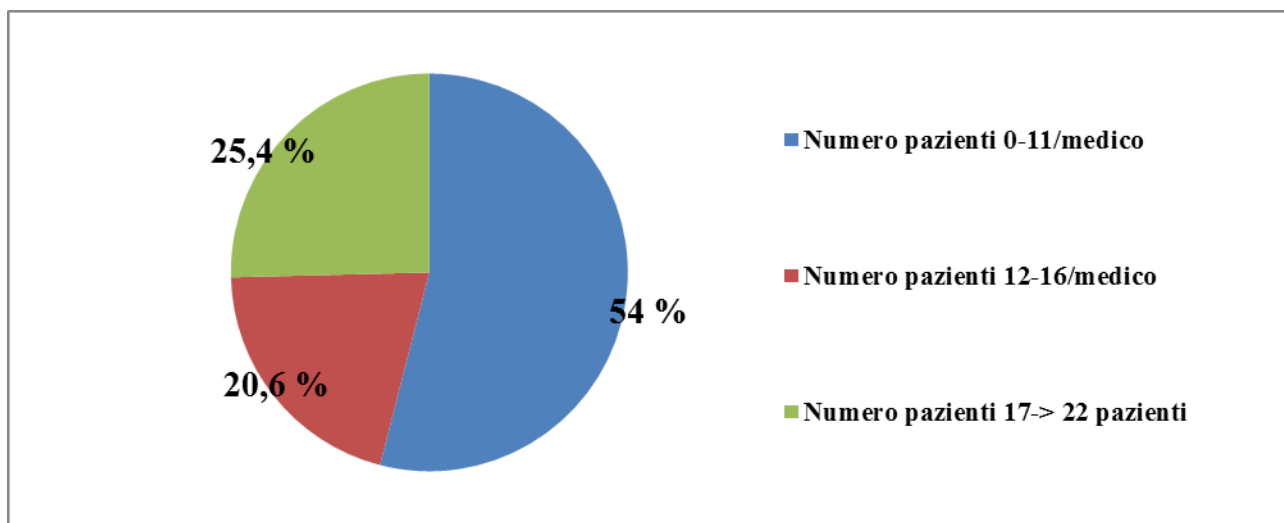
compensando la contrazione dei contratti indeterminati nemmeno con contratti a tempo determinato (rapporto OASI 2014, Cergas Bocconi).

Grafico 3. Da quanto tempo non viene assunto un nuovo medico nel tuo reparto?



Come indicatori del carico di lavoro sono stati considerati il numero di pazienti seguiti mediamente dal singolo medico: il 54% dei responders visita un numero di pazienti tra 0 e 11, il 20,6% tra 12 e 16, il 25,4% tra 17 e oltre i 22 pazienti (grafico 4).

Grafico 4. Numero pazienti per medico.

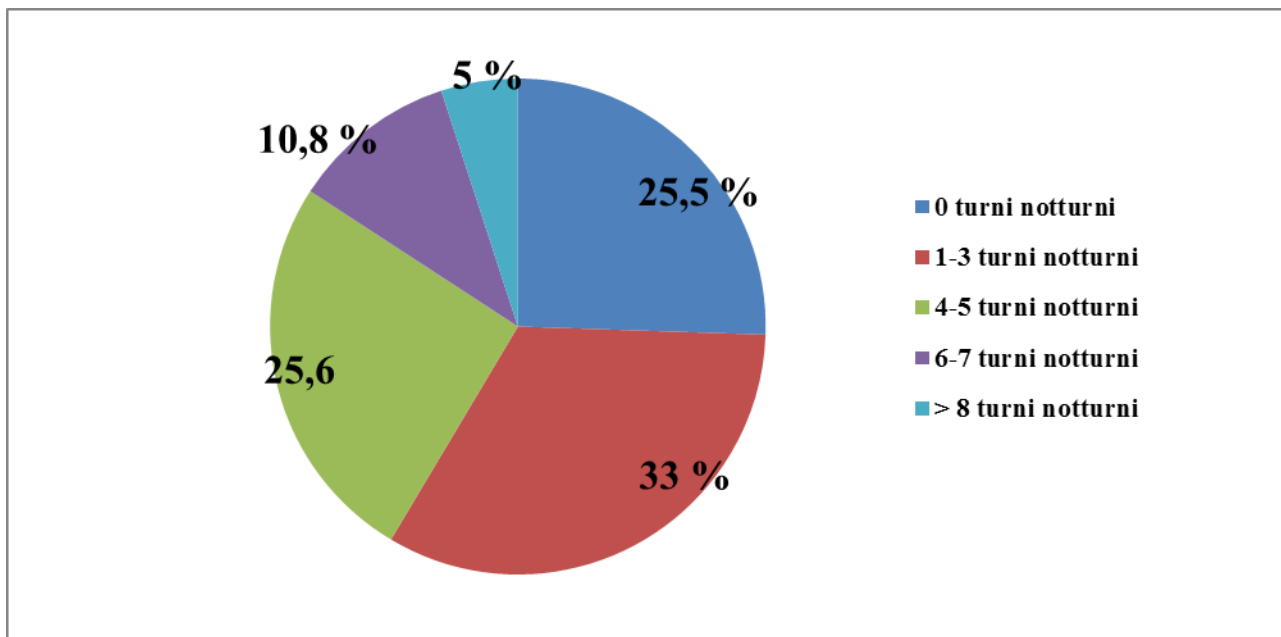


Il numero di pazienti assegnati a singolo medico è maggiore nelle regioni settentrionali rispetto al centro, al sud e alle isole. Questo è verosimilmente da imputare alla politica dei tagli dei posti letti effettuata che continuerà anche con i nuovi standard ospedalieri appena approvati. Coerentemente con questi dati, il

91,95% del nostro campione reputa di essere sottoposto ad un eccessivo carico lavorativo se pur la maggior parte degli intervistati (62,54%) non conosce precisamente la definizione dei carichi di lavoro e solo il 37,47% ritiene che la determinazione dei carichi di lavoro per Unità Operativa venga utilizzata per il calcolo e la definizione dell'organico. Secondo le nostre conoscenze nessuna o poche ASL utilizzano i carichi di lavoro in modo codificato per il calcolo della dotazione organica.

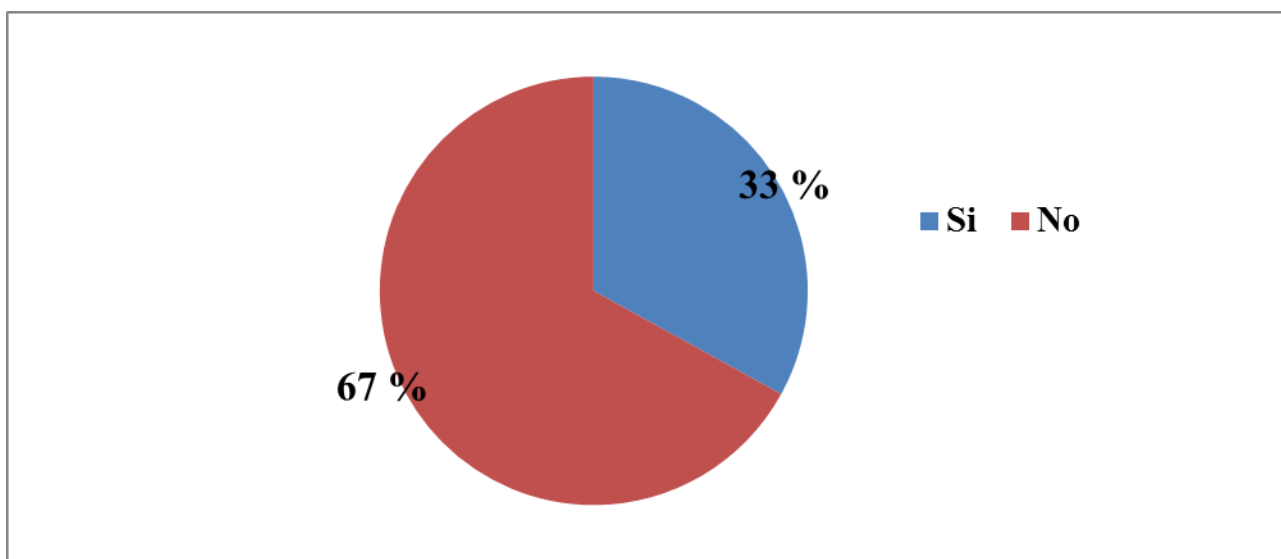
Per quanto riguarda i turni di lavoro notturno, il 33,3% degli intervistati effettua da 1 a 3 turni mensili, il 25,5% da 4 a 5 turni, il 10,8% tra 6 e 7, e il 5% più di 8 turni (**grafico 5**).

Grafico 5. Numero turni di guardia notturni mensili.



Quasi un terzo dei *responders* (33 %) svolge attività clinica dopo il turno notturno (**grafico 6**).

Grafico 6. Svolge attività lavorativa dopo il turno notturno?

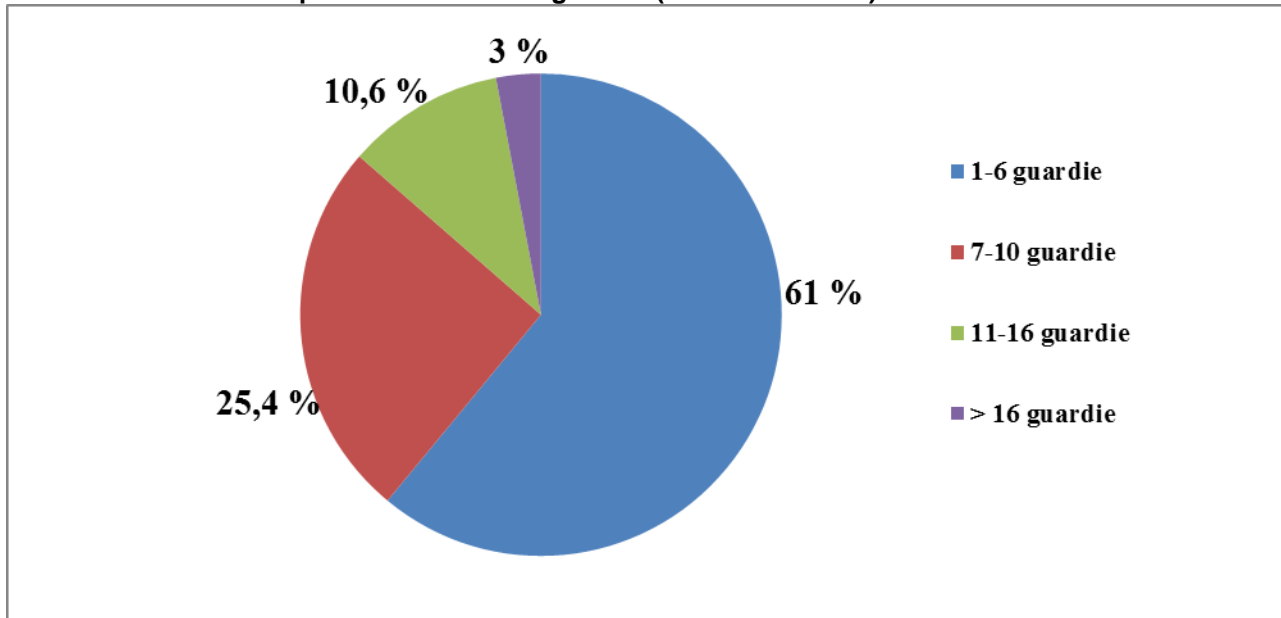


Questo dato è estremamente preoccupante se si considera che l'articolo 7 (Riposo giornaliero) del Decreto Legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003 sancisce per il lavoratore il diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni

ventiquattro ore. Va da sé che dopo il turno notturno il lavoratore deve necessariamente avere un adeguato periodo di riposo.

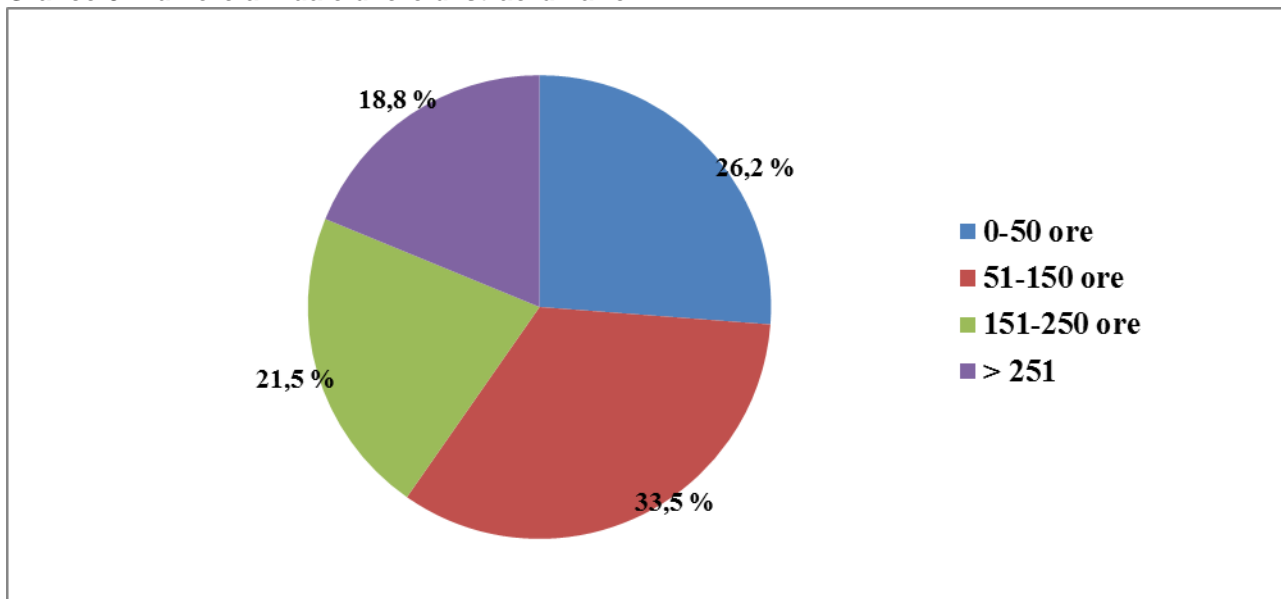
Nel complesso sommando i turni di guardia notturni con i turni di guardia diurna (Domenica e festivi) più di un terzo degli intervistati (39.2%) effettua tra 7 e 16 turni di guardia mensili (**grafico 7**).

Grafico 7. Numero complessivo mensile di guardie (diurne+notturne)



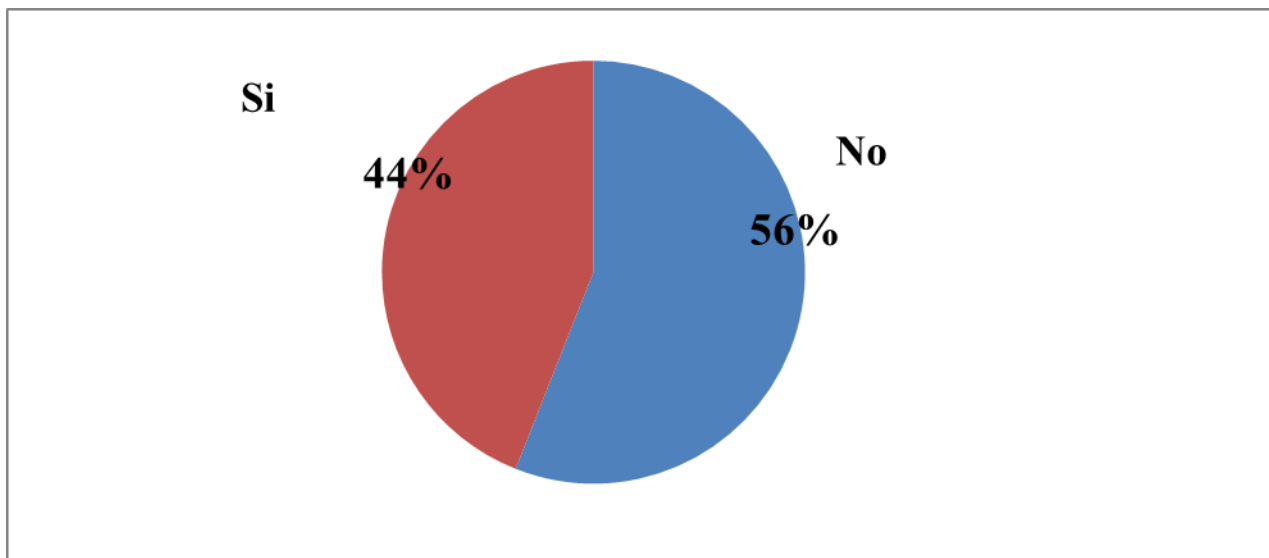
Occorre considerare che l'aumento del numero dei turni notturni incrementa esponenzialmente il rischio di patologie neoplastiche e malattie cardio-vascolari e in assenza di un adeguato periodo di riposo¹ peggiora la performance cognitiva. Altro indicatore che la nostra *Survey* ha sondato come possibile fattore inducente lo stress in ambito lavorativo è il numero delle ore di straordinario annue. Quasi il 40% dei *responders* effettua tra le 150 e oltre 250 ore di straordinario/anno (**grafico 8**).

Grafico 8. Numero annuale di ore di straordinario



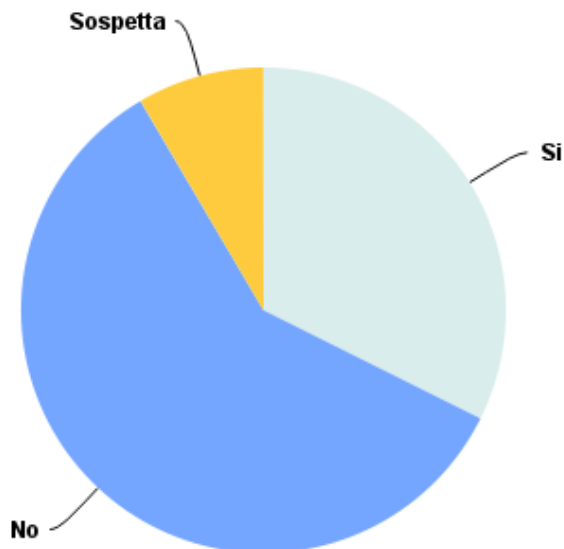
Dato estremamente curioso risiede nel fatto che circa il 5,1% non ha idea di quante ore di straordinario effettui durante l'anno. Secondo l'articolo 5 del Decreto Legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003), il lavoro straordinario è ammesso solo previo accordo tra il datore di lavoro ed il lavoratore per un periodo che non superi le 250 ore annuali ed è possibile solamente per garantire la continuità assistenziale ovvero per prestazioni con caratteristiche di eccezionalità, rispondenti ad effettive esigenze di servizio. Da ciò deriva come lo straordinario non possa e non debba essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro (CCNL integrativo 10 febbraio 2004, art. 28) cosa che invece appare inconfutabilmente dalla survey. Il 67,8% dei *responders* attribuisce la necessità delle ore di straordinario alla cronica carenza organica conseguente per più della metà degli intervistati (55,9%) all'incapacità organizzativa degli apparati di Direzione. Solo il 7,5% ritiene di lavorare in condizioni ottimali. Coerentemente con queste deduzioni, ovvero che le ore di straordinario imposte corrispondono a importanti carenze di organico, il 41,7% degli intervistati afferma di non potere recuperare le ore in eccedenza prodotte durante l'anno. Va inoltre segnalato che le stesse ore non sono oggetto nemmeno una retribuzione economica. Solo il 25% degli intervistati ottiene il pagamento delle ore di straordinario accumulate in regime di guardia attiva o pronta disponibilità. Se a ciò si aggiunge il mancato adeguamento stipendiale (lamentato dal 30,7% degli intervistati) conseguente al negato scatto di anzianità, per gli aventi diritti appare evidente l'imponente penalizzazione economica subita dai professionisti sanitari negli ultimi anni. Più della metà inoltre non riesce ad usufruire di tutti i giorni di ferie previsti nell'anno solare (**Grafico 9**).

Grafico 9. Riesci ad usufruire di tutti i giorni di ferie previsti in un anno solare?



Oltre a ripercussioni in ambito economico questa *de-regulation* dell'orario lavorativo ha rilevanti conseguenze anche sulla salute del medico. La letteratura scientifica ci dimostra come la salute del medico non sia ferrea e più in generale come turni lavorativi duri siano più frequentemente associati all'insorgenza di patologie in vari ambiti^{4,5}. Ben il 41% dei nostri *responders* è infatti affetto da malattie cardiovascolari e patologie metaboliche accertate o sospette (**Grafico 10**): percentuali più elevate si riscontrano nei medici del Meridione e delle Isole (40% e 42,8% dei casi rispettivamente) rispetto ai medici del Centro (35%) e del Nord (28,1%) Italia. Questa diversa prevalenza può essere parzialmente spiegata dai differenti stili di vita adottati nelle macro-aree italiane. Infatti dati ISTAT del 2013 hanno evidenziato che i residenti del Mezzogiorno sono i meno attenti nell' adottare sane abitudini alimentari (25,8% rispetto a 17,5 per cento dell' Italia centrale e 18,8 per cento del Settentrione) e hanno una maggior abitudine al fumo di tabacco (22,0 per cento, rispetto a 21 dell'Italia Centrale e 20,0 per cento del Settentrione)⁵.

Grafico 10. Percentuale dei responders affetti da patologie cardiovascolari presunte e sospette.



Specchio del disagio dei nostri professionisti è anche l'alterata qualità del riposo notturno: il 40% dei *responders* riferisce di avere disturbi del sonno (in prevalenza nelle regioni del Nord) (**grafico 11**). Di questi quasi il 12,2% assume regolarmente ipnoinducenti, il 34,2% presenta una sindrome della fase del sonno ritardata, il 32,7% riferisce insonnia, il 6,2% narcolessia, il 9,4% la presenza di OSAS, il 7,5% e quasi il 5% la sindrome delle gambe senza riposo (**grafico 12**).

L'influenza negativa dell'attività lavorativa sui bioritmi quotidiani è testimoniata anche dal fatto che il 65,5% del campione riporta di non riuscire a usufruire con regolarità della pausa pranzo e di ritenere che questo incida negativamente sulla propria qualità di vita, mentre solo il 26% ha risposto di riuscire ad usufruirne regolarmente. Il dato complessivo dei soggetti che non riescono ad usufruire di pausa adeguata è peggiore rispetto a quello riportato in studi precedenti^{6,7}.

Questo dato è preoccupante considerando che è stato dimostrato come una pausa pranzo non adeguata per un medico abbia importanti ripercussioni sulla sua salute psico-fisica ed in particolare sulle sue capacità cognitive, con conseguenze negative sull'attività professionale e sulla salute dei pazienti⁸.

Grafico 11. Soffri di disturbi del sonno?

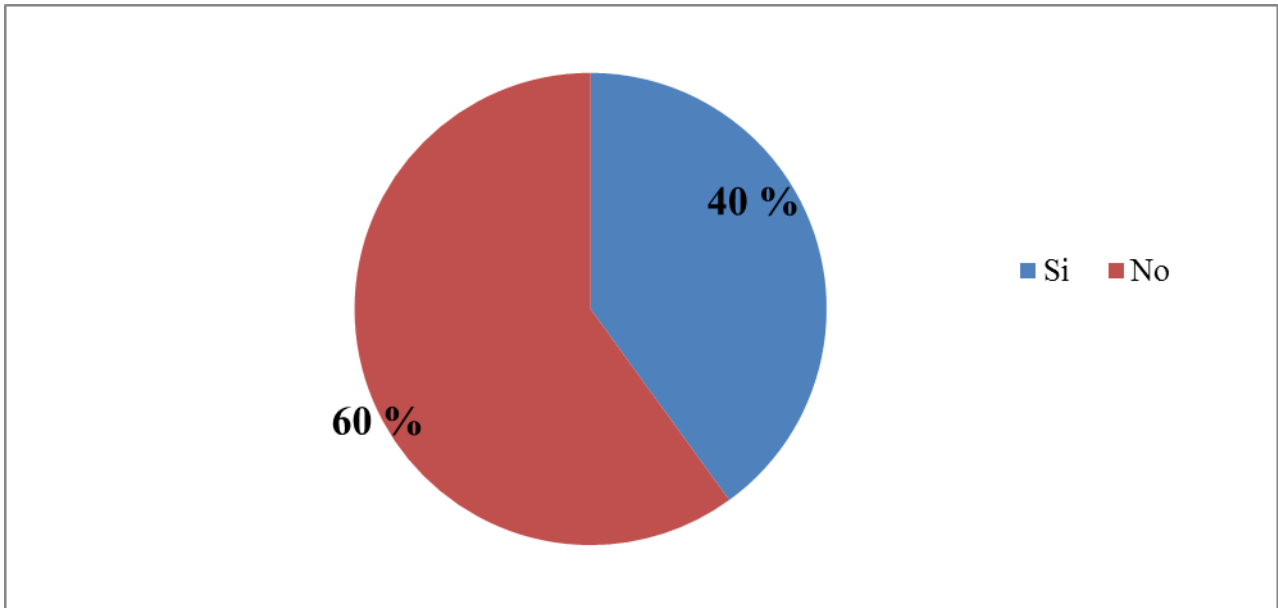
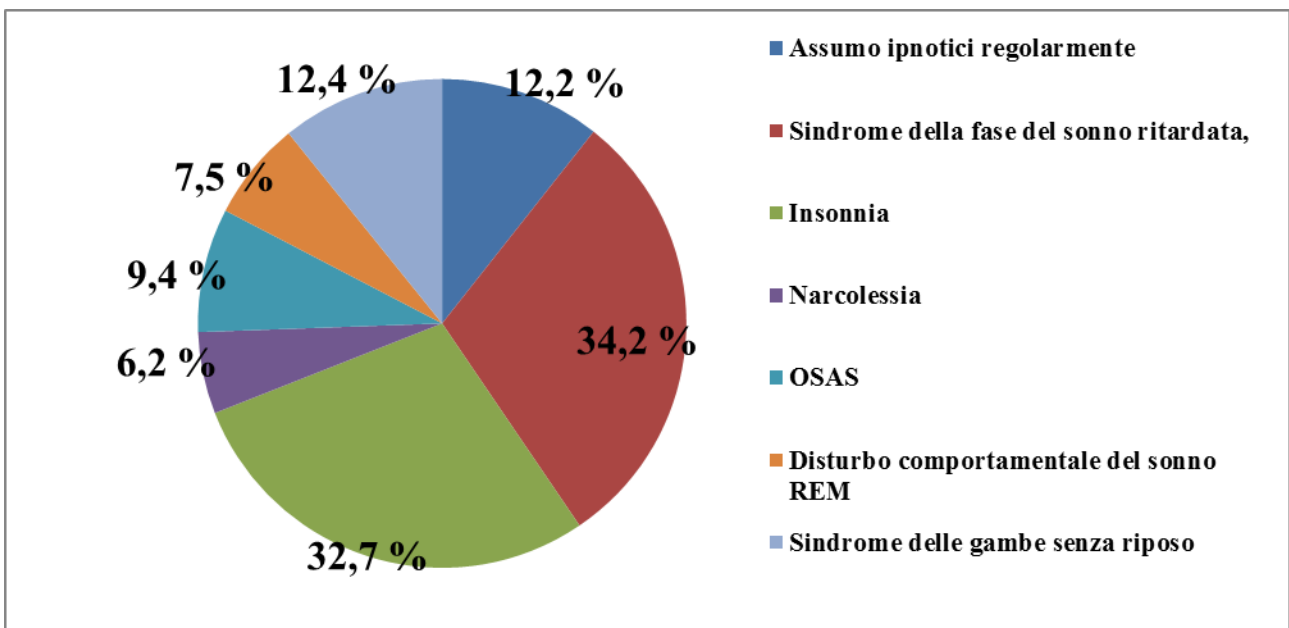
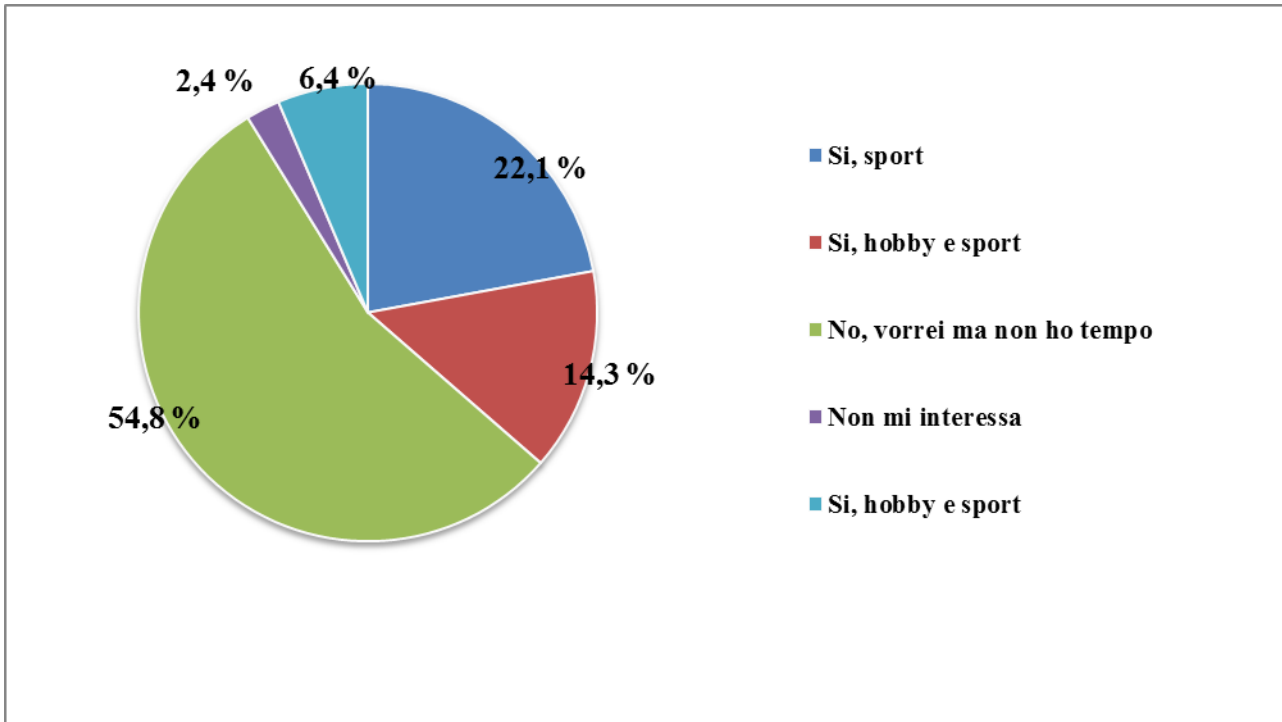


Grafico 12. Tipologia di disturbo del sonno



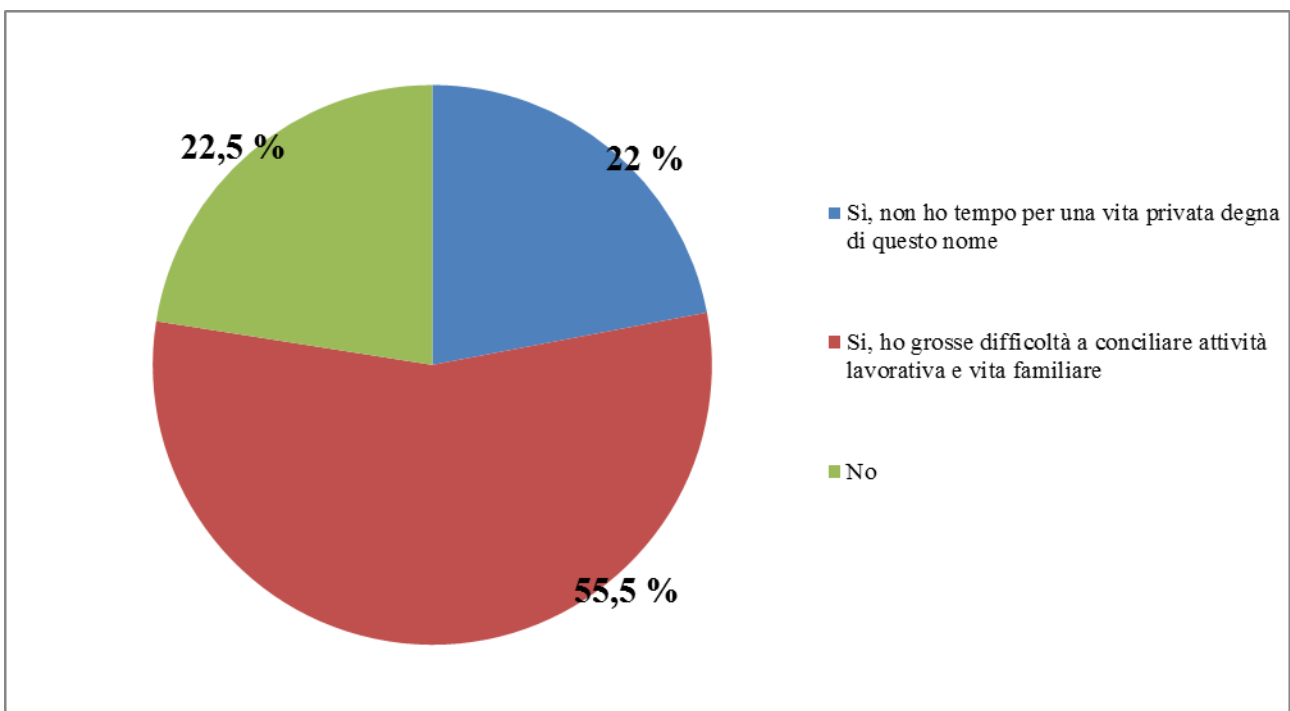
La nostra *Survey* ha anche indagato la sfera emotiva focalizzandosi sulla percezione che il medico ha della propria condizione lavorativa e sugli effetti che l'attività lavorativa ha nella vita privata del medico stesso. Il 15,9% vive una situazione di mobbing o demansionamento da parte del direttore o dei colleghi. Il 54,8% dei *responders* non riesce ad effettuare sport per mancanza di tempo, solo il 22,1% effettua sport e solo il 14,3% pratica un *hobby* (**Grafico 13**).

Grafico 13. Riesci a coltivare uno sport o un hobby?



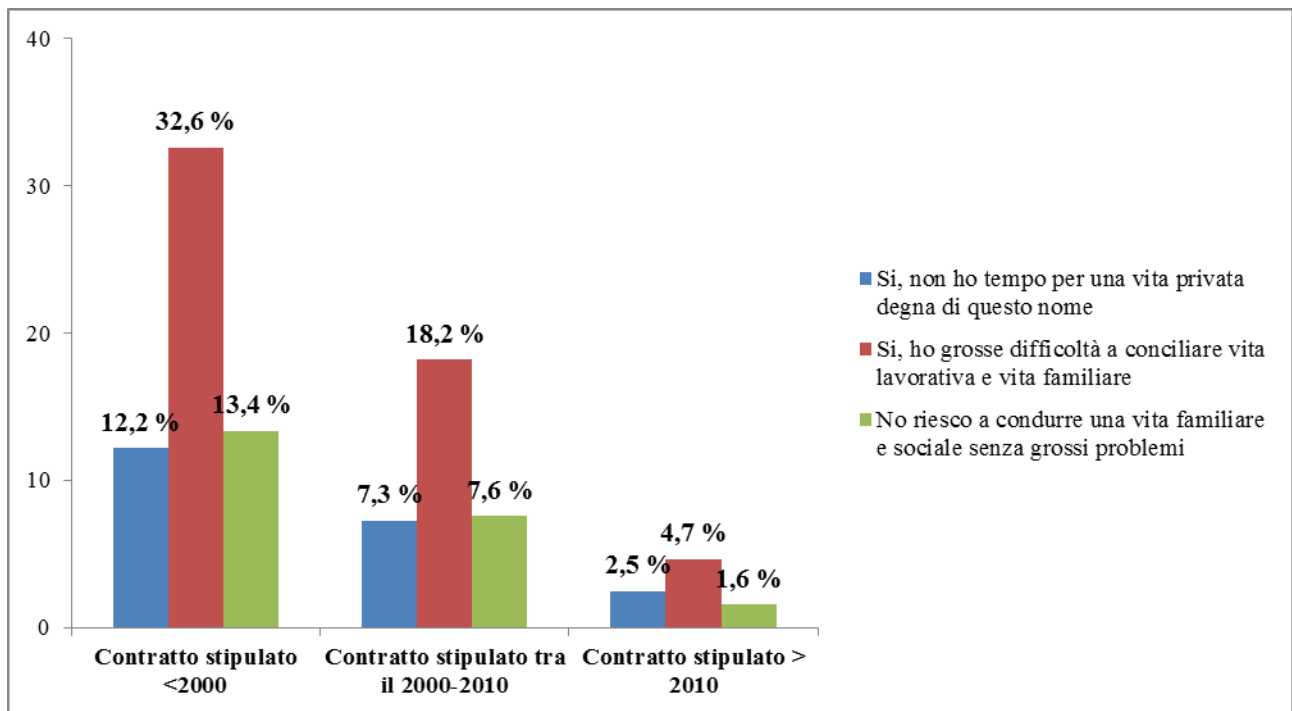
Solo il 22,5% dei *responders* reputa la propria attività come “serena e stimolante” e ritiene che l’attività lavorativa non influenzi la sfera privata. La maggioranza degli intervistati (77,5%) ritiene quindi che la propria vita privata sia negativamente condizionata dalla attività lavorativa e addirittura il 22% non riesce ad avere una vita personale soddisfacente (**grafico 14**).

Grafico 14. Il tuo lavoro condiziona negativamente la tua vita privata?



Questa percezione negativa interessa tutti i professionisti sanitari indipendentemente dalla durata del loro contratto nel SSN e quindi dall'età anagrafica: quasi l'80% dei *responders* di ogni sottogruppo (contratto stipulato prima del 2000, tra il 2000 e il 2010 e dopo il 2010) ritiene infatti che la propria vita privata sia negativamente condizionata dalla attività lavorativa o addirittura di non riuscire ad avere una vita personale soddisfacente (**grafico 15**). Dato estremamente preoccupante è comunque il forte disagio già presente anche nei "neo" assunti.

Grafico 15. Il tuo lavoro condiziona negativamente la tua vita privata? Correlazione in relazione al tempo di stipula del contratto



Queste risposte collimano con i dati della letteratura internazionale che evidenziano segni emozionali di *burnout* in più del 40% dei medici⁹ confermando la difficoltà di conciliare i turni lavorativi con una soddisfacente vita personale. Per la maggior parte degli intervistati infine (95,35%) la progressione di carriera dovrebbe inoltre seguire una logica di meritocrazia e non di anzianità se pur in ben il 51.39% prevale la sfiducia, ritenendo che non siano possibili margini di miglioramento.

E allora qual è l'*identikit* del nostro medico di oggi?

Confrontando le risposte di chi ha lamentato di essere sottoposto ad un carico lavorativo eccessivo con quelle di chi ritiene sia adeguato e sopportabile, traspare una situazione critica di forte disagio umano e professionale. Il medico sotto stress è un professionista che vive la propria attività lavorativa come causa importante di ripercussioni negative sulla sua vita privata, che gestisce da solo dai 12 fino ai 22 e più pazienti al giorno, che svolge dalle 7 alle 16 guardie al mese, con un numero di guardie notturne che va dai 4 agli 8 turni, che spesso, per problematiche organizzative connesse alle carenze d'organico, è costretto a lavorare anche dopo il turno notturno, che non riesce ad usufruire della pausa pranzo in orario di lavoro, che non ha tempo per coltivare un *hobby* o uno sport, accumulando oltre 150 ore annue di straordinario, che difficilmente potranno essere recuperate o monetizzate. Questa *de-regulation* dell'orario lavorativo ha quindi importanti ripercussioni sulla salute fisica e mentale del medico che, oltre a soffrire di malattie cardiovascolari e metaboliche, presenta rilevanti disturbi del sonno e psicologici. Infatti, se la traduzione letteraria dall'inglese del termine *burnout* corrisponde a "bruciato" e "fuso", la nostra *Survey* dimostra inequivocabilmente che il medico di oggi, indipendentemente dall'età, è un professionista emotivamente labile o più semplicemente stressato.

Considerazioni finali

In questi ultimi anni caratterizzati da cospicui tagli finanziari, il medico si trova sempre più isolato e privo di quel ruolo sociale goduto nel passato, a difendere il diritto fondamentale alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, dovendo far fronte, per giunta, alla ormai cronica carenza di ricambio del personale secondaria al blocco del turnover e ad una sciagurata politica di risparmio basata anche sulla de-capitalizzazione dei valori professionali. Possiamo affermare che il *burnout* e lo stato di salute sono condizioni provocate dallo stesso ambiente lavorativo. Il medico oggi è stretto in una morsa che lo vede vittima e non attore: da una parte, subisce imponenti riorganizzazioni sanitarie che falciano ospedali, posti letto, organici, con dichiarazioni di esuberi che bloccano la possibilità di nuove assunzioni, dall'altra è spettatore di bombardamenti mediatici che annunciano come nel SSN si annidino imponenti sprechi, ma senza, purtroppo, indicare le reali possibilità di recupero di tali risorse. A noi medici viene, comunque, richiesto di operare senza supporti tecnologici, organizzativi e logistici adeguati, basti pensare che in altri paesi europei, come la Germania o la Francia, l'investimento nel sistema sanitario è di 30 miliardi di € superiore e la dotazione di posti letto arriva al 6-8 per 1000 abitanti, mentre in Italia ci avviamo, con la implementazione dei nuovi standard ospedalieri, al 3,7, comprendendo la post-acuzie e la riabilitazione. I politici che "urlano" alla medicina difensiva e alla mala gestione come fenomeni da contrastare per recuperare risorse, non possono esimersi dal denunciare anche le proprie di responsabilità, come la mancata legiferazione in tema di responsabilità professionale, accettando con coraggio che tali risorse dovrebbero essere, magari, reinvestite per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del sistema sanitario e in capitale umano che ne rappresenta il bene più importante ed insostituibile. Ben vengano quindi le iniziative lanciate da diverse associazioni al fine di ridurre gli sprechi in sanità, coinvolgendo tutti gli *stakeholders* (cittadini, professionisti, organizzazioni sindacali, politica, aziende sanitarie, ordini professionali). Ne citiamo solo alcune quali "*Slow Medicine*" con il progetto italiano di "*Choosing Wisely*" dal titolo "Fare di più non significa fare meglio" e il progetto della fondazione GIMBE "Salviamo il nostro SSN", con il quale vengono individuati una serie di principi a favore della sostenibilità del sistema sanitario.

a cura di

Andrea Rossi, Responsabile Anaaio Giovani Veneto

Paola Gnerre, Componente Direttivo Nazionale Anaaio Giovani

Dario Amati, Responsabile Anaaio Giovani Macro Regione Nord

Matteo D'Arienzo, Responsabile Anaaio Giovani Emilia Romagna

Gabriele Romani, Anaaio Giovani

Fabio Ragazzo, Componente Direttivo Nazionale Anaaio Giovani

Carlo Palermo, Vice Segretario Nazionale Vicario Anaaio Assomed

Costantino Troise, Segretario Nazionale Anaaio Assomed

Domenico Montemurro, Responsabile Nazionale Anaaio Giovani

Bibliografia

- 1) Paola Gnerre, Domenico Montemurro, Carlo Palermo, Sergio Costantino. Il lavoro ai tempi del Burn out. Sole 24 Ore Sanità 18-24 Novembre 2014
- 2) Kissling W, Mendel R, Förstl H. The burn-out syndrome: prevalence, symptoms, differential diagnosis and treatment. Dtsch Med Wochenschr. 2014 Dec;139(50):2587-96
- 3) Pranjic N, Males-Bilic L. Work ability index, absenteeism and depression among patients with burnout syndrome. Mater Sociomed. 2014 Aug;26(4):249-52.
- 4) Terry PD, Glynn RJ, Buring JE, Sesso HD. Hypertension and risk of death from external causes in the physicians' health study enrollment cohort. Int J Public Health. 2011 April ; 56(2): 231–235
- 5) Istat. *Sistema informativo territoriale su sanità e salute*. Roma: 2012.(Banca dati, 20 luglio).<http://www.istat.it/it>.
- 6) Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, et al. Food for thought: An exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. Nutr J 2011;10:18.
- 7) Katie Wiskar, BSc Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. BCMJ, 54, No. 8, October 2012: 419-423.
- 8) Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, et al. Physician nutrition and cognition during work hours: Effect of a nutrition based intervention. BMC Health Serv Res 2010;10:241.
- 9) Medical Care vol.32 n°7, pp 745-754.