

[Medici e manager] Verso un nuovo professionalismo?

Abstract: The blend of doctors' and managers' tasks is the result of a conflict that lasted for several decades and have not yet reached its end. However today, this fusion is proposed as evidence, as long as becoming a unions claims. What has happened in this time frame, and how it can explain the current figure of doctor with managerial skills as well professional skills? We are facing a new medical professionalism? To understand these transformations is necessary to reconstruct the path that, in Italy, led the interdependence between current professional knowledge and knowledge management, trying to reason about the theoretical tools available (or in construction) today to read the emerging configurations of health care.

Keywords: Professionalism, Managerialism, Health policies, Medical profession.

Premessa

Nel luglio del 2009 l'ANAAO Assomed, il maggior sindacato dei medici dirigenti italiani, ha festeggiato i 50 anni dalla sua fondazione. Nel pubblicare un volume commemorativo, Carlo Lusenti, allora segretario nazionale, sottolineava il "cambiamento accelerato" avvenuto in questo arco di tempo, al punto di considerare le due generazioni di medici, che vi si sono succedute, come appartenenti a due diverse ere geologiche: «Poche cose – scrive nella presentazione del volume - persone, ideali, valori, organizzazioni hanno resistito a questa eccezionale mutazione delle condizioni di vita e di lavoro» (Lusenti 2009: 1).

Tra queste mutazioni un posto di rilievo assume la responsabilità economica e organizzativa che, oggi, in modo assai diverso dal passato, viene richiesta ai medici ospedalieri, soprattutto se dirigenti di strutture complesse. Anzi, scorrendo l'agenda sindacale della stessa ANAAO si scoprono come obiettivi generali tanto «il riconoscimento della figura del medico specialista dirigente attraverso l'effettiva attribuzione di funzioni tecnico-gestionali delle strutture ad essi affidate» quanto «la promozione di una costante applicazione delle metodiche di verifica della qualità delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale».

La fusione dei compiti del medico e del manager, che in tali obiettivi viene ribadita, è il risultato di un conflitto durato per alcuni decenni e non ancora giunto al suo termine. Ciò che interessa sottolineare è che tale fusione oggi si propone come una evidenza, al punto di divenire oggetto, non di una negazione o di un superamento, ma addirittura di una rivendicazione sindacale. Che cosa è avvenuto in questo arco di tempo e come può spiegarsi l'attuale figura di medico dirigente con competenze tanto professionali quanto manageriali? Siamo di fronte alla genesi di un nuovo professionalismo? Per comprendere tale trasformazione è necessario, come scrive Elias, tornare con la mente agli atteggiamenti e ai modelli sociali da cui sono scaturite le nuove modalità di agire professionale, focalizzando i problemi inerenti i cambiamenti della professione medica «per come si sono presentati allora e non come appaiono a noi ora secondo i nostri criteri e i nostri ideali sociali» (Elias 1950-2007: 43). Nelle pagine seguenti, dunque, una volta ricostruito il percorso che ha condotto, in Italia, alla attuale interdipendenza tra saperi professionali e saperi manageriali (paragrafi 2 e 3), si proverà a ragionare sugli strumenti teorici che si vanno forgiando per leggere le configurazioni sanitarie emergenti (paragrafi 4 e 5).

L'interdipendenza crescente tra medici e manager

Fino al 1968, anno in cui viene approvata la riforma ospedaliera, la maggior parte degli ospedali italiani ricade nelle forme giuridiche ed istituzionali delle Opere Pie riformate, in una modalità, cioè, di privato sociale, seppure sotto il controllo dei Comuni e delle Province in cui si collocano territorialmente. Di conseguenza, la stessa fisionomia del medico ospedaliero risente delle ambiguità di una regolazione pubblica limitata e mutevole nel tempo, al punto che il rapporto di lavoro subordinato è considerato una eccezione, piuttosto che una regola, in un sistema professionale volto ad esaltare, almeno sul piano ideologico, la libera professione¹.

A partire dalla riforma Mariotti (1968) ed ancor più con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978), le strutture ospedaliere vengono a dipendere dai Comuni o dalle Regioni secondo un processo di regolazione crescente che sfocia nella loro aziendalizzazione con i decreti 502/92 e 517/93 che sanciscono, anche in Italia, il prevalere di logiche di riorganizzazione note con il termine di New Public Management (Capano e Gualmini 2011). Per tutti gli anni 70 e 80 i medici tentano di opporre resistenza ad ogni forma di controllo istituzionale, svolgendo attività professionali contigue a quelle di lavoro subordinato e imponendo forme di potere, nei reparti ospedalieri, separate da quelle espresse dagli stessi organi amministrativi. Il modello organizzativo che prevale è a dominanza medica o, nei casi migliori, a doppio binario secondo una forma di diarchia debole, dove il polo più fragile è proprio quello amministrativo.

I processi di aziendalizzazione che prendono avvio negli anni Novanta trovano la loro legittimazione culturale e politico-economica negli Stati Uniti dove viene forgiata l'idea di trasformare gli assetti sanitari secondo una logica burocratico-taylorista che dovrebbe sostituire le pratiche liberali proprie della professione medica. Se le parole d'ordine diventano «efficacia, efficienza, gestione, organizzazione e performance», i nuovi apostoli della *managed care* raccontano la storia della trasformazione di una scatola nera (il sistema sanitario a dominanza medica) in una macchina trasparente, ben oliata e funzionante (il sistema sanitario a dominanza manageriale). Ciò che va evidenziato, infatti, è come alla apparente responsabilizzazione degli attori e alla decentralizzazione delle scelte, il nuovo modello sanitario opponga, di fatto, una centralizzazione delle decisioni in quanto sono gli esperti (statistici, economisti, aziendalisti) a fissare gli obiettivi, le buone pratiche e gli standard a cui tutti (ma in primo luogo i professionisti della salute) debbono sottostare.

A parere di Pierru (2007) che ha ricostruito le tappe principali del modello americano di riforma sanitaria, gli anni Settanta del Novecento costituirebbero il punto di svolta nel patto, quasi centenario, tra medici e Stato. Si tratta di un patto secondo cui, a fine Ottocento, i medici statunitensi ottengono ogni garanzia in termini di monopolio e di autonomia professionale, assicurando allo Stato funzioni di controllo attraverso un crescente processo di medicalizzazione della vita quotidiana (Starr 1982). Il modello è quello liberale, fondato su un rapporto privato ed esclusivo tra medici e pazienti, con programmi di tutela pubblici molto limitati. Tuttavia, l'incremento della spesa pubblica e le nuove condizioni di mercato che scaturiscono dalla recessione degli anni Settanta e dall'avvio della globalizzazione, condurrebbero a ridefinire le alleanze tra i diversi attori in campo. Nello specifico, lo Stato, le compagnie di assicurazione e le imprese private paiono allearsi tra loro adottando una logica di restrizione e di controllo di cui vengono investiti i medici. Con l'obiettivo di diminuire la spesa sanitaria per trovare margini di risparmio e di maggiore competitività in un mercato sempre più aggressivo (tanto all'interno che all'esterno del paese), i medici divengono i capri espiatori di un modello sanitario che appare troppo costoso, ma anche irrazionale e di bassa qualità alla luce di un rapporto costi/benefici di carattere aziendalistico. Il libro di Pierru ben evidenzia le categorie di analisi che la letteratura accademica elabora, in questi anni, per offrire alla nuova coalizione di interessi gli strumenti utili a modificare i diversi contesti di tutela della salute a partire dal diritto (Ellwood 1972), dalle scienze economiche ed aziendali (Enthoven 1993) e in certa misura dalla stessa sociologia (Freidson 1970; Sarfatti Larson 1977).

Ciò che interessa è che tale modello di stampo neo-liberista trova un vasto consenso in Europa e nei paesi in via di sviluppo. Attraverso una grande operazione di "armonizzazione cognitiva", gli esperti che operano nel campo

¹ Per queste e per le altre tematiche trattate in questo paragrafo mi permetto di rimandare ad alcuni miei lavori di sociologia storica in cui è possibile trovare maggiori elementi di discussione e approfondimento (Vicarelli 1997a e b; 2004; 2010; 2011).

internazionale della salute (la Banca Mondiale, l'OMS, l'OCSE, UE) partecipano alla rielaborazione e attivazione di categorie, modelli istituzionali e strumenti di politica pubblica che vengono additati ai diversi contesti nazionali come strade pressoché obbligate da seguire. Il benchmarking diviene, ad esempio, una modalità che, spingendo all'imitazione, conduce non solo alla elaborazione di classifiche dei buoni e dei cattivi sistemi sanitari, ma anche a forme di competizione tra loro, con ricadute sul funzionamento dei singoli sistemi nazionali.

E' all'interno di tale contesto cognitivo e normativo che anche in Italia, nei primi anni Novanta, si tenta di modificare l'assetto sanitario fino ad allora dominante vincolando maggiormente i medici ospedalieri in termini di regolazione e controllo ed attivando misure di managerializzazione che intendono modificarne, almeno entro certi limiti, anche l'autonomia clinica.

Vanno nella prima direzione i reiterati tentativi di circoscrivere la libera professione dei medici ospedalieri, tra cui, ultime in ordine di tempo, le norme previste nel Decreto legislativo 229 (riforma Bindi) con le quali si regolano tanto le attività esterne (extramoenia) che interne (intramoenia), prevedendo nel primo caso una decurtazione salariale e l'impossibilità di raggiungere posizioni apicali per chi ne usufruisce. In entrambi i casi, i conflitti e le resistenze sono enormi, al punto che le norme della legge Bindi vengono abrogate dai seguenti governi di centro-destra e reintrodotte, solo parzialmente, dal nuovo governo di centro sinistra nel 2007.

Rispetto ai processi di managerializzazione, il percorso non appare meno difficile e segnato da contrasti, tanto più che la volontà di sottoporre il sistema sanitario a forme di rendicontazione e di controllo gestionale viene ostacolata dagli stessi governi che reggono il paese dal 1992 ad oggi, con ripensamenti e modifiche che rendono l'aziendalizzazione della sanità italiana ampiamente incompiuta. Se, infatti, subito dopo la crisi istituzionale e politica dei primi anni 90 (tangentopoli) l'aziendalizzazione viene riconosciuta da tutti come necessaria a riequilibrare il settore sanitario, già alla fine del decennio la sua legittimazione sembra attenuarsi, fino a giungere, con la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), ad un neocentralismo regionale in cui il dominio della componente politica torna ad essere presente.

Ciò nonostante, quello che sembra assai più duraturo e pervasivo è proprio "il senso comune riformatore" che sembra diffondersi anche in Italia proponendo, seppure in modo difforme e discontinuo, l'idea della necessaria managerializzazione del sistema sanitario. D'altro canto, lo stesso decreto 502/92 (art. 15 e 16 quinquies) prevede l'obbligo, per l'accesso alle posizioni sanitarie apicali, del possesso di un apposito certificato di formazione manageriale. In tal senso, si rendono obbligatori corsi regionali i cui contenuti debbono fare riferimento prioritariamente «all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni» (DPR n.484/1997 art.7). In tale direzione, si muovono, d'altronde, anche i medici di medicina generale, presso i quali la cultura manageriale da adito a percorsi di formazione specifici e a figure di coordinamento degli studi associati cui si riconoscono abilità e competenze gestionali (Vicarelli 2009).

L'asse delle tensioni

Fino ai primi anni Novanta, dunque, la relazione tra medici e dirigenti amministrativi delle strutture ospedaliere è assai definita: entrambi conoscono le rispettive posizioni e le possibilità di conflitto, pur esistenti in un sistema diarchico o a dominanza medica, sono contenute. La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale continua ad attribuire un potere limitato alla componente tecnico-gestionale, lasciando inalterati i due raggruppamenti prioritari del precedente assetto mutualistico: quello politico da un lato e quello medico dall'altro. Eventualmente, è tra queste due aree che si creano le maggiori forme di interdipendenza e di conflitto. Va notato che la relazione tra medici e amministrativi risulta segnata da un evidente squilibrio sociale per il maggiore prestigio riconosciuto ai primi. L'apparato amministrativo italiano è tradizionalmente connotato da posizioni economiche e sociali medie o medio-basse (Capano e Gelmini 2011) che si ritrovano ampiamente in ambito sanitario per larga parte del secondo Novecento.

Con l'aziendalizzazione, l'obiettivo riformatore è duplice poiché si intende limitare il potere dei medici, sottoposti a rigorose forme di controllo, nonché estromettere dalla gestione sanitaria la componente politica. Le nuove aziende sanitarie (ospedaliere e territoriali) debbono essere governate da un Direttore generale (DG) che è affiancato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo, entrambi di sua scelta. In questa triangolazione del potere, non solo si attribuisce al DG funzioni preminentemente gestionali ed organizzative, ma si mette la direzione amministrativa sullo stesso piano di quella sanitaria.

Il primo asse di tensione si pone, dunque, tra professioni diverse (mediche e manageriali) che si trovano per la prima volta in un rapporto di interdipendenza molto più complesso che in passato. Così come previsto dal Decreto Legislativo 502, l'ufficio di direzione si presenta come una struttura monocratica e centralizzata, senza forme di governance clinica e tantomeno partecipata, quindi, con la possibilità che la dimensione manageriale abbia il netto predominio su quella professionale. Infatti, la costituzione (prevista in alcune leggi regionali) dei Consigli dei sanitari e soprattutto dei Collegi di Direzione, non avviene nella maggior parte dei casi. Né è varata, in questi anni, la legge sul Governo Clinico che dovrebbe disciplinare proprio il rapporto tra medici e manager. Tale legge, dopo un iter lungo e faticoso, è attualmente in discussione al Parlamento dove è stata licenziata dalla Commissione Affari sociali di Montecitorio nel marzo 2012 e dove deve essere esaminata da altre otto Commissioni competenti prima di andare in aula per il voto². Non meraviglia, allora, che in una ricerca svolta nel 2004 su 891 medici iscritti agli ordini provinciali di Torino, Ancona e Cosenza (Speranza, Tousijn, Vicarelli 2008) emerga un forte allarme da parte dei medici per la diffusione del managerialismo in sanità, minaccia considerata la più pericolosa per l'autonomia professionale assieme alla legislazione nazionale che ne costituisce il veicolo (Tousijn 2008).

Questo asse delle tensioni si complica se si considera che molti medici tendono ad assumere incarichi di direzione aziendale diventando veri e propri DG (Vicarelli 2007). Si tratta, come ha sottolineato Freidson (1985), di un processo di ri-stratificazione all'interno del gruppo medico che ha conseguenze sul piano manageriale, ma anche su quello delle relazioni interprofessionali. Da un lato, infatti, emergerebbero, almeno in alcuni paesi anglosassoni, evidenze in merito alle maggiori performance degli ospedali guidati da medici-manager (Goodall 2011; Dorgan *et alii* 2009) a dimostrazione della capacità di quest'ultimi di armonizzare le esigenze organizzativo-gestionali con quelle di qualità clinica. Dall'altro, la ri-stratificazione può semplicemente significare il mantenimento della dominanza medica rispetto alla componente aziendalistico-manageriale, seppure con forme più sofisticate rispetto al passato. Per l'Italia mancano evidenze nell'una e nell'altra direzione per l'impossibilità di svolgere ricerche che facciano riferimento sia ad un ranking riconosciuto delle strutture ospedaliere (e alle relative performance), sia alle pratiche di conflitto o conciliazione all'interno delle direzioni aziendali.

In questo ambito, non vanno trascurati altri due elementi di analisi. In primo luogo, in un clima culturale e politico in cui i valori emergenti sono quelli del mercato e della razionalità economica, le diseguaglianze sociali del passato tra medici e amministrativi tendono a sfumare. Ciò appare ancora più vero se si considera che, a fronte del numero programmato nelle facoltà mediche, aumentano gli accessi ai corsi di laurea in economia aziendale, con un lento ma costante rinnovamento dei quadri amministrativi anche nel settore sanitario. In secondo luogo, va considerata la crescente disistima nei riguardi della professione medica così che lo scarto sociale tra medici e manager sembra diminuire a favore di un maggior riconoscimento di status proprio alla componente manageriale.

L'asse delle tensioni si pone, tuttavia, anche all'interno del gruppo medico poiché le competenze di carattere organizzativo e gestionale sono richieste alla dirigenza medica a tutti i suoi livelli. Essa è spinta ad acquisire ed espletare funzioni manageriali più o meno ampie a seconda degli incarichi di struttura (semplice o complessa) che ricopre³, tuttavia, anche ai livelli più bassi ci si deve confrontare con gli obiettivi prefissati da un programma

2 Gli undici articoli della legge definiscono i principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche, l'autonomia e responsabilità del medico, le funzioni del Collegio di direzione, i requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali, gli incarichi di natura professionale e di direzione di struttura, la valutazione dei dirigenti medici e sanitari, i dipartimenti, i limiti di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del SSN.

3 Il decreto 502/92 modificato dal decreto legislativo 229/99 prevede che «ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (ex primari) siano attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive

aziendale finalizzato al raggiungimento e al perfezionamento «di competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza» (art.15, Decreto legislativo 229/99, comma 4). Ciò significa che nei processi di ri-stratificazione vanno posti anche quelli derivanti da una differenziazione interna alla componente medica, dove alle tradizionali modalità gerarchiche del passato (tra primari, aiuti ed assistenti) si accompagnano, ora, differenze che attengono non solo all'area clinica, ma anche a quella manageriale (dirigenti di struttura complessa, dirigenti di struttura semplice, dirigenti medici).

Il conflitto come base di una nuova professione

I processi trasformativi fin qui evidenziati non riguardano solo l'Italia ma tutti quei paesi occidentali che, a partire dagli anni Novanta, adottano riforme dettate dalla *managed care*. Sul peso e sul carattere dei mutamenti realizzatisi la ricerca è ancora aperta (Magnussen, Vrangbæk, and Saltman 2009; Neogy and Kirkpatrick 2009; Tone 2008), tuttavia, l'idea che ci si trovi di fronte ad un nuovo professionalismo è alla base di un ampio dibattito che vede impegnate le più grandi associazioni mediche europee e statunitensi⁴(van Mook *et alii* 2009 a e b). Si tratta di un confronto ad alto livello che configura il tentativo degli organi direttivi della professione di comprendere, indirizzare o quantomeno fissare entro un nuovo schema i tratti emergenti dai processi in atto. Con le parole di Elias, ci si troverebbe di fronte al bisogno di riconoscere, entro un nuovo habitus, le forme sociali di rappresentazione del sé e di orientamento all'azione createsi progressivamente in questo periodo. Un habitus che si intende proporre ai nuovi medici nel processo di interiorizzazione cognitiva ed emotiva che essi sperimentano nella fase dello loro formazione universitaria.

Il primo passo in questa direzione lo si deve all'ABIM (American Board of Internal Medicine) che, negli anni Ottanta lancia un programma per valutare le caratteristiche professionali dei propri aderenti (Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities of the Internist American Board of Internal Medicine 1983) e che, a dieci anni di distanza, lo ripropone in uno studio intitolato *Project professionalism* (ABIM, CoEoCC 1995). Inizialmente, l'aspetto "umano", quindi non tecnico, della figura medica è identificato con termini quali *respect, compassion, integrity*, mentre a distanza di una decade fanno la loro comparsa valori quali *altruism, accountability, duty, excellence, honor, integrity e respect for others*. Si noti come nel passaggio agli anni Novanta emergano tra le caratteristiche della professione alcuni fattori propri della *managed care* tra cui l'*accountability* il cui termine aziendalistico richiama almeno due componenti fondamentali: 1. il dar conto all'esterno e in particolare al complesso degli stakeholder del corretto utilizzo delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali; 2. l'esigenza di introdurre logiche e meccanismi di maggiore responsabilizzazione interna relativamente all'impiego di tali risorse e alla produzione dei correlati risultati.

Va sottolineato che, già in questa fase, si delineano due aree di ridefinizione del professionalismo: da un lato quella inerente il rapporto con i pazienti e con le loro associazioni di categoria che presentano tratti sempre più rivendicativi e riflessivi (Rosen, Dewar 2004; Askham, Chisholm 2006), dall'altro, quella rivolta agli ambiti

a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione» (art. 15 decreto legislativo 229/99 comma 6). Allo stesso tempo, anche i dirigenti di struttura semplice e i dirigenti sanitari tout court (ex aiuti ed assistenti ospedalieri) sono tenuti ad espletare il proprio lavoro nel rispetto della loro autonomia tecnico-gestionale, ma nell'ambito di indirizzi operativi e di programmi «finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità» (art. 15, Decreto legislativo 229/99, comma 3).

⁴ Si sono attivate in questa direzione l'American Board of Internal Medicine (ABIM 1995; ABIM, ACP, ASIM, EFIM 2002), la Society of Academic Emergency medicine (Adams, Schmidt, Sanders et al. 1998), l'Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME 1999), l'American College of Physicians and American Society of Internal Medicine (ABIM, ACP, ASIM, EFIM 2002), l'UK General Medical Council (GMC 2001; 2003) il Royal College of Physicians (RCP 2005) e l'European Federation of Internal Medicine (ABIM, ACP, ASIM, EFIM 2002).

istituzionali e manageriali di cui abbiamo identificato le pressioni e i tentativi di regolazione. In altri termini, i medici, stretti tra le maglie del consumerismo e del managerialismo, cercano di ridisegnare le modalità del proprio operato facendo riferimento ad entrambi i fronti (Tousijn e Vicarelli 2006).

Questo processo (che avanza tipicamente per tentativi ed errori) si amplia negli anni Duemila quando l'ABIM, questa volta assieme all'ACP Foundation (American College of Physicians) e l'European Federation of Internal Medicine, lancia la "Carta del professionalismo medico per il terzo millennio" (2002). Con l'obiettivo di costruire un fronte comune contro le pressioni emergenti a vario livello negli Usa e in Europa, i medici dichiarano di voler avviare una grande controffensiva «to influence and inform the culture and context of both clinical practice and medical training» (Blank et alii 2003: 839). La Carta individua tre principi fondamentali e dieci responsabilità professionali che, in un breve arco di tempo, vengono pubblicate e discusse dalle maggiori riviste e associazioni di categoria. In Italia, ad esempio, il ministro della salute Sirchia la fa stampare e distribuire ad ogni studente e ad ogni docente delle Facoltà di medicina. A fronte di un gran numero di impegni verso i pazienti⁵, la Carta ribadisce la necessità che i medici si attivino per garantire la qualità delle cure e la loro equa distribuzione, facendo leva su tutti gli strumenti e le metodologie gestionali necessarie, contribuendo eventualmente a crearle.

Un simile dibattito presenta differenze intercontinentali importanti. Negli Usa, il professionalismo si presenta come un costrutto teorico, descritto in termini astratti ed ideali al punto che risulta abbastanza difficile misurarlo nella pratica. In Europa, si delineano posizioni più pragmatiche come quella proposta dall'olandese Project Team Consilium Abeundi (2005), un gruppo di lavoro universitario che guarda al comportamento dei medici trascurando larga parte degli orientamenti e atteggiamenti professionali. L'idea è quella di distinguere tre aree di azione riferite all'organizzazione, al rapporto con altri soggetti (pazienti e colleghi), al rapporto con la propria identità e personalità di medico. Va notato che fanno parte del primo ambito azioni connesse alle attività manageriali (time management, information management ecc.), mentre rientrano nel secondo tutte quelle forme di collaborazione, di lavoro in équipe, di gestione dei conflitti che sono proprie di contesti lavorativi pluriprofessionali e complessi.

Lungo questo percorso di riconfigurazione della pratica medica si pone la proposta formulata nel 2005 dal Royal College of Physicians di Londra (2005). Essa presuppone, in primo luogo, che il professionalismo poggi su un concetto relazionale anziché sostanziale, cioè sull'esistenza di forme diverse di partnership che vedono impegnato il medico verso i pazienti, verso i colleghi e verso la società nel suo complesso. Ciò significa che l'interdipendenza con altri soggetti si esplica a livello micro relazionale nelle dimensioni della cura, a livello meso negli ambiti organizzativo-istituzionali (ospedali, aziende sanitarie ecc) e a livello macro all'interno delle politiche e dei sistemi sanitari. In secondo luogo, il Royal College distingue le basi della professione (cioè le conoscenze, le abilità e i valori che ne costituiscono le fondamenta) dai comportamenti volti a migliorare i rapporti con i pazienti (integrità, compassione empatica, altruismo) e i rapporti con le organizzazioni-istituzioni (miglioramento continuo, eccellenza, lavoro in team). In terzo luogo, le proposte del Royal College citano esplicitamente quali fattori del passato vadano abbandonati e cioè l'autonomia, la dominanza, i privilegi professionali. In definitiva, la pratica medica viene considerata come il risultato di un insieme di decisioni che scaturiscono dai caratteri del professionalismo e dai contesti in cui esso viene esercitato. Ne consegue che l'attività svolta non è un'arte, ma una forma di razionalità limitata, cioè filtrata da condizionamenti soggettivi ed oggettivi. E' evidente come questa interpretazione tenti di rifuggire da schemi teorici astratti, ma anche da facili pragmatismi, introducendo una attenzione nuova per le scelte individuali e per le forme di interdipendenza (passate e presenti) entro cui esse vengono a configurarsi.

Infine, per giungere ad uno degli ultimi atti di questa dinamica di rimodellamento professionale, si può ricordare che nel giugno del 2011 a Koos, in Grecia, presso il più famoso santuario dedicato al dio della medicina Esculapio, viene firmata la *Carta dei principi etici dei medici europei*. «Questo documento – spiega il Presidente degli ordini

5 Principi: Il principio della centralità del benessere dei pazienti; il principio dell'autonomia dei pazienti; il principio della giustizia sociale. Responsabilità sociali: Impegno alla competenza professionale, all'onestà verso il paziente, alla riservatezza riguardo al paziente, a un rapporto corretto con il paziente, a migliorare la qualità delle cure, a migliorare l'accesso alle cure, ad un'equa distribuzione delle risorse limitate, alla conoscenza scientifica, a conservare la fiducia affrontando i conflitti di interesse, nei confronti delle responsabilità professionali.

dei medici italiani Amedeo Bianco – è una tappa di un lavoro più complesso che dovrebbe condurre anche alla stesura di un Codice deontologico europeo dei medici. La Carta etica raccoglie, infatti, i principi base per orientare l'assistenza sanitaria verso i valori più alti della società civile. La deontologia, invece, – puntualizza Bianco – è strettamente connessa alla legislazione nazionale ed è evidente quanto sia difficile costruire un Codice deontologico che armonizzi le differenti norme vigenti nei diversi Paesi europei⁶. Va notato che tra i principi proposti dall'Italia (e accettati) vi è quello della responsabilità medica sull'uso appropriato delle risorse economiche: un vero e proprio dovere morale inserito anche nel nuovo Codice deontologico italiano aggiornato nel 2006. In quest'ottica, non meraviglia che proprio Bianco, nel ricandidarsi a Presidente della federazione nazionale degli ordini medici (marzo 2012) sottolinei la necessità di andare «oltre la storica contraddizione tra manager e medici cercando di ricostruire uno spirito di appartenenza, fondato sulla condivisione di valori etici e civili, sulla trasparenza e efficienza nella gestione delle risorse, sulla valorizzazione professionale secondo il merito»⁷.

Le riflessioni teoriche

Un serrato dibattito teorico all'interno della sociologia accompagna le fasi di trasformazione della professione medica nel secondo Novecento⁸. Se, infatti, per tutti gli anni Cinquanta e Sessanta la sociologia delle professioni trova nel funzionalismo di matrice americana la sua espressione dominante, con la crisi economica e le trasformazioni culturali del decennio successivo emergono orientamenti più critici di origine neweberiana e neomarxista. In queste posizioni si ritrovano due concezioni parallele: quella secondo cui il professionalismo nasconde forme di chiusura e di controllo del mercato attraverso processi di conflitto e di dominanza di un gruppo su un altro (tipicamente la dominanza medica secondo Freidson 1970; 1971); quella secondo cui il professionalismo è modificato dai cambiamenti nei contesti organizzativi e nelle modalità di espletamento della attività medica (Abbott 1988). Derivano da qui le idee sulla proletarizzazione o aziendalizzazione della professione, cui Freidson (1985) oppone l'immagine di una ri-stratificazione dettata dall'adeguamento ai nuovi sistemi sanitari.

Negli anni Novanta, tuttavia, mentre si avviano ricerche sempre più mirate a livello territoriale e storico comparativo (Collins 1990), emerge l'ipotesi che si vada sviluppando un nuovo professionalismo. Julia Evetts, ad esempio, sostiene che si debbano distinguere i caratteri del “professionalismo occupazionale” da quelli più recenti del “professionalismo organizzativo” poiché ci si troverebbe di fronte ad uno spostamento dalla partnership alla managerializzazione, dalla collegialità alla burocratizzazione, dalla discrezione alla standardizzazione e dalla fiducia al controllo delle performances. Tali trasformazioni renderebbero il professionalismo una modalità di categorizzazione del lavoro assai più inclusiva che in passato poiché rivolta a forme occupazionali più ampie che rivendicherebbero un carattere di professionalità *dall'interno* per ottenere maggiore riconoscimento sociale o che lo vedrebbero imposto *dall'esterno* in una logica di maggior controllo organizzativo ed economico. Si porrebbero in questa seconda direzione tutte le forme di New public management sviluppatasi nell'ultimo decennio del Novecento che coinvolgono, come si è visto, larga parte delle professioni mediche e sanitarie (Kirkpatrick *et alii* 2011).

Una simile concezione potrebbe ricondurre al vecchio dibattito sulla deprofessionalizzazione della medicina, o, in alternativa, ai tentativi della categoria medica di difendersi, resistere e conservare le proprie giurisdizioni assieme ai propri privilegi (Abel 2003, Muzio and Ackroyd 2005, Muzio *et alii* 2011, Kirkpatrick *et alii* 2011). Tuttavia, pur a fronte di considerazioni teoriche e empiriche di tal genere, quel che sembra effettivamente prevalere è una concezione secondo cui emergerebbero «new hybrid arrangements» (Evetts 2011: 410). Il problema diventa,

6 Nel sito della Fnomceo all'indirizzo <http://portale.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showItem.2puntOT?id=83311>.

7 Intervista al presidente Bianco apparsa il 9 marzo 2012 nella NewsLetters del sito www.Quotidianosanita.it.

8 Per la ricostruzione in lingua italiana di questo dibattito si vedano Tousijn 1979, Vicarelli 2010 e i diversi contributi apparsi di recente sulla rivista «Sociologica».

allora, quello di capire che cosa cambia o resta inalterato nel professionalismo emergente. Sempre la Evetts (2011) tenta di sintetizzare i risultati della ricerca su questo campo proponendo una lista di fattori di cambiamento e di continuità, pur nella consapevolezza di processi e situazioni molto più articolate e variabili nello spazio (tab.1).

Tab. 1 Cambiamenti e continuità nel professionalismo come valore occupazionale

ELEMENTI DI CAMBIAMENTO	ELEMENTI DI CONTINUITÀ
Governance	Autorità
Management	Legittimazione
Forme di regolazione esterne	Prestigio, status, potere, dominanza
Audit e sue misure	Competenza, conoscenza
Targets e indicatori di performance	Identità e cultura del lavoro
Standardizzazione del lavoro	Discrezione nei casi complessi, rispetto e fiducia
Controllo finanziario	Collegialità e competizione giurisdizionale
Competizione, individualismo, stratificazione	Differenze di genere nelle carriere e nelle strategie
Priorità nel controllo organizzativo del lavoro	Procedure e soluzioni discusse in team di specialisti
Range di soluzioni e procedure definite dalle organizzazioni	

Fonte: Evetts 2011: 414

Ciò che interessa è che nel nuovo professionalismo emergono elementi tipicamente manageriali di regolazione e controllo. Anzi, a fronte delle resistenze e opposizioni del passato, tali caratteri si presenterebbero come parte importante delle nuove strategie volte a creare “professionals as managers and to manage by normative techniques” (Evetts 2011:412). Allo stesso tempo, alcuni elementi del professionalismo tradizionale (l’individualizzazione, la competizione e la performance del singolo soggetto) diverrebbero meccanismi utilizzati per promuovere un management più efficiente delle organizzazioni (Noordegraaf 2011; Muzio *et alii* 2011). E’ in questa prospettiva, dunque, che diventerebbe intellegibile il lavoro svolto dalle grandi associazioni mediche nei decenni appena trascorsi, poiché volto a creare strategie di negoziazione e non più di opposizione al managerialismo, nell’ottica di un necessario bilanciamento o ibridazione tra le esigenze professionali e quelle organizzative.

Alcuni autori (Adler *et alii* 2008) propongono di approfondire il concetto di ibridazione sostenendo due ipotesi. La prima è che la crescente presenza delle logiche del mercato e della gerarchia nelle organizzazioni professionali non diminuisca il ruolo della comunità come principio regolatore. La seconda è che la stessa comunità presenti oggi caratteri diversi rispetto al passato.

Seguendo la prima indicazione, Adler e i suoi colleghi sostengono che il dibattito sulle professioni ha considerato come inconciliabili le tre forme di regolazione del mercato, della gerarchia e della comunità, perdendo la possibilità di leggere la loro compresenza all’interno del lavoro professionale. Al contrario, mentre veniva meno la forma archetipa del professionalismo (come libera professione svolta su piccola scala) le nuove forme professionali proponevano proprio una combinazione delle tre modalità regolative. Se si guarda al Managed Professional Business (MPB), ad esempio, si scopre che i suoi schemi interpretativi definiscono il cliente in termini di mercato introducendo una nuova attenzione per la razionalizzazione e il management; sul piano sistemico si innestano forme di rendicontazione per specifici target, nonché modalità di decisione più centralizzate e gerarchiche; a livello strutturale, infine, emergono competenze specializzate con la creazione di sub unità funzionali e maggiore integrazione gerarchica (Cooper *et al.* 1996). Ciò nonostante, la regolazione comunitaria è preservata, anzi enfatizzata, poiché permane il controllo collettivo delle politiche realizzate e delle attività svolte, così come il mentoring e i processi di formazione basati sulla “comunità di pratiche”.

Guardando alla seconda ipotesi e facendo riferimento alla distinzione tra i concetti di comunità e associazione

di Tönnies, Adler e i suoi colleghi sostengono che si sia creato un mix di caratteristiche dell'uno e dell'altro tipo che presentano attualmente elementi di inefficacia, ma che potrebbero sfociare in forme assai più funzionali di *collaborative community*. Essi ritengono, infatti, che le professioni tradizionali presentavano caratteri di gilde o di gruppi primari (*Gemeinschaft*) per i loro tratti monopolistici e fortemente inclusivi. Il professionalismo organizzativo, al contrario, assumerebbe caratteristiche più associative (*Gesellschaft*) che comunitarie, viste le grandi dimensioni assunte e le forme di razionalizzazione amministrativa che sfuggono al controllo diretto o al patronage di vecchio stampo. Le incongruenze che derivano da un simile mix impedirebbero, al momento, la disseminazione di nuove tecnologie e pratiche, limitando il controllo sugli errori e su chi li commette. La stessa Peer Reviews non garantirebbe, infatti, risultati di qualità poiché i tratti più radicati del vecchio professionalismo impediscono un iter trasparente e solido di valutazione delle performance. E' proprio da questi limiti e dalla contemporanea necessità di pervenire a forme di maggior accumulo di conoscenze e rendicontazione delle attività svolte che emergerebbe (secondo gli autori citati) una nuova forma di comunità cioè la *collaborative community*. Quest'ultima troverebbe la sua base di legittimità nella *razionalità rispetto al valore* distinguendosi dall'agire tradizionale o carismatico (tipico delle comunità tradizionali), ma anche dalla *razionalità rispetto allo scopo* (tipica delle associazioni). Al tempo stesso, alla interdipendenza verticale di stampo comunitario e a quella orizzontale propria delle associazioni, essa contrapporrebbe una interdipendenza di carattere sia verticale che orizzontale. Ciò permetterebbe lo sviluppo di una organica divisione del lavoro accompagnata però da una cosciente collaborazione volta a raggiungere gli scopi dell'organizzazione di appartenenza.

Quel che interessa è che Adler e gli altri, nel tratteggiare questa ultima configurazione professionale ritengono che sul piano delle expertise i medici abbiano bisogno di nuovi skills tipicamente manageriali (team work, learning, information systems etc). In tal modo, mentre sul piano della divisione del lavoro si consoliderebbero ruoli misti (professionali e manageriali al tempo stesso), nell'ambito pratico tutti i professionisti dovrebbero applicarsi «both for individual and group performance, both cost-effectiveness and quality, both clinical work and organizational roles, both patient care and community care» (Adler et alii 2008: 367). Gli autori non nascondono le difficoltà e i conflitti che si ergono lungo un simile percorso, né ritengono che, rispetto a questa tendenza, tutti i paesi e tutti i gruppi professionali si adeguino o si incanalino di conseguenza.

Una sfida per il futuro

Alla fine degli anni Ottanta, la sociologia delle professioni sembrava essere giunta ad una fase conclusiva del suo sviluppo più che decennale. A quel punto, afferma Collins (1990), si sarebbe potuto credere, e molti lo hanno fatto, che lo studio delle professioni perdesse ogni attrattiva declinando lentamente. Nel decennio successivo, invece, ed ancor più negli anni Duemila si delinea una fase ulteriore di studio i cui caratteri distintivi sono dati dalla consapevolezza che esistono percorsi di professionalizzazione differenti nel tempo e nello spazio i quali richiedono nuove categorie di analisi in grado di cogliere le grandi trasformazioni in atto. Tra queste si pone il processo di managerializzazione che, nell'ambito medico, sembra dar vita ad una professione in cui le competenze e i saperi clinici si mescolano con le competenze e i saperi gestionali. Non si tratta, certamente, dell'unica modalità trasformativa all'interno della medicina che, in questi stessi anni, è sottoposta a forti spinte sul piano delle conoscenze tecnico-scientifiche, nonché su quello delle relazioni con i pazienti e i loro rappresentanti. Tuttavia, i mutamenti nei contesti organizzativi in cui la professione viene svolta e le pressioni esercitate dalle nuove politiche sanitarie costituiscono fattori di grande cambiamento.

Per discuterne rispetto al caso italiano, si è cercato di utilizzare, in queste pagine, gli strumenti di analisi che derivano dal pensiero di Elias il cui lavoro sulle professioni, pubblicato integralmente nel 2010, costituisce una guida illuminante seppure poco praticata (Vicarelli 2010). Se Elias può accompagnarci, come si è visto, nel delineare la genesi di un possibile nuovo professionalismo medico, quel che occorrerebbe fare è di seguirne gli ulteriori sviluppi tanto a livello culturale-istituzionale che nella pratica professionale. Ciò significa, ci sembra,

muoversi su due direzioni.

La prima attiene al dibattito sul modello professionale che i vertici della medicina italiana ritengono meglio si adatti ai processi in atto. Il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, appena riconfermato in carica ha ben chiaro il compito di rimodellare il ruolo professionale dei medici e le strutture organizzativo-istituzionali ad esso correlate; un processo che forse vedrà la luce se le riforme degli ordini professionali saranno finalmente varate anche nel nostro paese. Su questo piano contano, evidentemente, tutte le associazioni di categoria, sia sindacali che scientifiche, la cui corralità o le cui dissonanze andrebbero colte ed analizzate. D'altro canto, come insegna Elias le istituzioni sono tutte il risultato delle battaglie passate, delle rivalità e dei dissensi; esse rappresentano la sconfitta di uno dei gruppi e fazioni contendenti, oppure un compromesso tra essi. In questa prospettiva, vanno considerati non solo i conflitti passati, ma anche quelli presenti, così da essere testimoni coscienti della storia in fieri.

La seconda linea di ricerca è relativa all'esperienza soggettiva e all'agire professionale degli attuali medici italiani. Uno degli obbiettivi che la ricerca potrebbe porsi sarebbe quello di misurare quanto l'ibridazione dei saperi professionali e manageriali faccia parte dell'attuale vissuto delle generazioni di medici che si muovono all'interno della grande ed articolata categoria professionale. Oggi i medici iscritti agli Ordini professionali sono 403.054 (marzo 2012) con una crescente presenza femminile (37,5%) ed una distribuzione territoriale tanto capillare quanto differenziata in base ai diversi modelli regionali che si sono andati strutturando nel tempo. A tale gruppo, imponente nel panorama delle professioni italiane, vanno aggiunte le nuove generazioni in formazione (37.294 iscritti nel 2011 nei corsi di laurea in medicina) che vengono forgiate non solo sul piano tecnico scientifico, ma anche rispetto all'habitus che andranno cognitivamente ed emozionalmente a rivestire.

Si tratta, dunque, di una sfida conoscitiva per la sociologia che merita grande impegno ed attenzione e che permetterà, se realizzata, di far entrare anche il caso italiano nel confronto europeo sui processi trasformativi in atto nelle professioni. Ci si augura che entrambe queste strade possano essere percorribili e percorse.

Riferimenti bibliografici

Abbott A. (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago: University of Chicago Press.

Abel R.L. (2003), *The Politics of Professionalism, Lawyers between Markets and State, from the Green Papers to the Access of Justice Act*, Oxford: Oxford University Press.

ABIM, ACP-ASIM Foundation, EFIM (2002), *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, in «Annals of Internal Medicine», 136 (3).

ABIM, CoEoCC (1995), *Project Professionalism*, Philadelphia: ABIM.

ACGME (1999), *Outcome Project Enhancing Residency Education through Outcomes Assessment: General Competencies* <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>.

Adams J., Schmidt T., Sanders A., (1998), *Professionalism in Emergency Medicine. SAEM Ethics Committee*, in «Academic Emergency Medicine», 5 (12).

Adler P., Kwon S., Hecksher C. (2008), *Professional Work: The Emergence of Collaborative Community*, in «Organization Science», 19 (2).

Askham J., Chisholm, A. (2006), *Patient-Centred Medical Professionalism: Towards an Agenda for Research and Action*. Oxford: Picker Institute Europe available at: [www.pickereurope.org/ Filestore/RapidResponse/pcpconcepts-report-PDF-pdf](http://www.pickereurope.org/Filestore/RapidResponse/pcpconcepts-report-PDF-pdf).

Blank L., Kimball H., McDonald W., Merino J. (2003), *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later*, in «Annals of Internal Medicine», 138 (10).

- Capano G., Gualmini E. (2011, a cura di), *Le pubbliche amministrazioni in Italia*, 2 ed. Bologna: Il Mulino.
- Collins R. (1990), *Changing Conceptions in the Sociology of the Professions*, in R. Torstendahl, M. Burrage (1990, eds), *The Formation of Professions*, London: Sage.
- Cooper D.J. et alii (1996), *Sedimentation and Transformation in Organizational Change: The Case of Canadian Law Firms*, in «Organization Studies», 17 (4).
- Dorgan S., Layton D., Bloom N., Homkes R., Sadun R., Van Reenen J. (2009), *Management Matters: Why Good Practice Really Matters*, London: McKinsey & Company – LSE.
- Elias N. (1950-2007), *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Bologna: Il Mulino, 2010.
- Ellwood P. (1972), *Models for Organizing Health Services and Implications of Legislative Proposals*, in «Milbank Memorial Fund Quarterly», 50 (4).
- Enthoven A. (1993), *The History and Principles of Managed Competition*, in «Health Affairs», 12, supplemento 1993.
- Evetts G. (2011), *A New Professionalism? Challenges and Opportunities*, in «Current Sociology», 59 (4).
- Freidson E. (1970), *Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care*, New York: Atherton Press.
- Freidson E. (1971), *Professionalism, the Doctor's Dilemma*, in «Social Policy», 1.
- Freidson E. (1985), *The Reorganization of the Medical Profession*, in «Medical Care Review», 42 (1).
- GMC (2001), *Good Medical Practice*, London: General Medical Council.
- GMC (2003), *Tomorrow's Doctors, Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: General Medical Council.
- Goodall A.H. (2011), *Physician-leaders and Hospital Performance: Is There an Association?*, in «Social Science & Medicine», 73.
- Kirkpatrick I., Dent M., Jespersen P.K. (2011), *The Contested Terrain of Hospital Management: Professional Projects and Healthcare Reforms in Denmark*, in «Current Sociology», 59(4).
- Lusenti C. (2009), *I nostri primi cinquant'anni*, in «Dirigenza Medica», 5.
- Magnussen J., Vrangbæk K. and Saltman R. (2009 eds), *Nordic Healthcare Systems: Recent Reforms and Current Policy Changes*, Maidenhead: McGraw-Hill and Open UP.
- Muzio D., Hodgson D., Faulconbridge J., Beaverstock J., Hall S. (2011), *Towards Corporate Professionalization: The Case of Project Management, Management Consultancy and Executive Search*, in «Current Sociology» 59 (4).
- Muzio D., Ackroyd S. (2005), *On the Consequences of Defensive Professionalism: Recent Changes in the Legal Labour Process*, in «Journal of Law and Society», 32 (4).
- Muzio D., Kirkpatrick I., Kipping M. (2011), *Professions, Organizations and the State: Applying the Sociology of the Professions to the Case of Management Consultancy*, in «Current Sociology», 59 (6).
- Neogy I., Kirkpatrick I. (2009), *Medicine and Management: Lessons across Europe*, Leeds: Centre for Innovation in Health Management Policy Report.
- Noordegraaf M. (2011), *Remaking Professionals? How Associations and Professional Education Connect Professionalism and Organizations*, in «Current Sociology», 59 (4).
- Pierru, F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges: Editions Du Croquant.
- Project Team Consilium Abeundi (2005), *Professional Behaviour: Teaching Assessing and Coaching Students*, Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Royal College of Physicians (2005), *Doctors in Society. Medical Professionalism in a Changing World*, London
- Rosen R., Dewar S. (2004), *On Being a Doctor Redefining Medical Professionalism for Better Patient Care*, London: King's Fund.
- RCP (2005), *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*, London: Royal College of Physicians.
- Sarfatti Larson M. (1977), *The Rise of Professionalism*, Berkeley: University of California Press.

- Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G. (2008), *I medici in Italia, motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Starr P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York, NY: Basic Books.
- Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities of the Internist American Board of Internal Medicine (1983), *Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist*, in «Annals of Internal Medicine», 99 (5).
- Tone O.M. (2008), *Doctors as Managers: Moving towards General Management?*, in «Journal of Health Organization and Management», 22 (4).
- Tousijn W. (1979, a cura di), *Sociologia delle professioni*, Bologna: Il Mulino
- Tousijn W. (2008), *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumeristica e alla sfida manageriale*, in L. Speranza, W.Tousijn, G. Vicarelli, *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W., Vicarelli G. (2006), *Medical Autonomy: Open Challenges from Consumerism and Managerialism*, in «Knowledge, Work & Society», 4.
- Van Mook W., de Grave W., Wass V., O'Sullivan H., Zwaveling J.H., Schuwirth L.W., Van der Vleuten C.P. (2009a), *Professionalism: Evolution of the Concept*, in «European Journal of Internal Medicine», 20 suppl.
- Van Mook W., de Grave W., Wass V., O'Sullivan H., Zwaveling J.H., Schuwirth L.W., Van der Vleuten C.P.(2009b), *The Concepts of Professionalism and Professional Behaviour: Conflicts in Both Definition and Learning Outcomes*, in «European Journal of Internal Medicine», 20 suppl.
- Vicarelli G. (1997a), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (1997b), *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, Vol. 3, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*. Torino: Einaudi.
- Vicarelli G. (2004), *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, in SISS (a cura di), *La sociologia della salute in Italia: temi, approcci, spendibilità*, Milano: F. Angeli.
- Vicarelli G. (2007), *Aziende sanitarie: i direttori generali*, in «Prospettive Sociali e Sanitarie», 6.
- Vicarelli G. (2009), *Aziende sanitarie e medici di famiglia*, in N. Falcitelli, G.F. Gensini, M. Trabucchi, F. Vanara a cura di, *Rapporto Sanità 2009. Complessità del governo aziendale per la promozione della salute*, Bologna: Smith Kline - Il Mulino.
- Vicarelli G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma: Carocci.
- Vicarelli G. (2011, a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Bologna: Il Mulino.