

## CONVEGNO: Medici e professione: un futuro che affascina ancora? Padova 1 dicembre 2012

### Come i medici vedono se stessi: i nuovi paradigmi professionali

di Giovanna Vicarelli

(Università Politecnica delle Marche – CRISS)

#### 1. Il paradigma come *habitus* professionale

Nel linguaggio comune un paradigma è un modello di riferimento, un termine di paragone. La parola deriva dal greco antico *paràdeigma*, che significa esemplare, esempio. In filosofia della scienza, un paradigma è la matrice disciplinare di una comunità scientifica in cui si cristallizza una visione globale (e globalmente condivisa) del mondo. L'utilizzo del termine "paradigma" nell'ambito delle professioni sta ad indicare la matrice comune che si riconosce a fondamento di quel tipo specifico di attività. Una matrice costituita da una visione condivisa sui valori, le conoscenze, le azioni che dovrebbero, in modo esemplare, costituire il riferimento degli appartenenti a quella professione.

Con le parole di Elias (2010), il paradigma professionale altro non sarebbe che l'*habitus professionale*, cioè l'insieme delle forme sociali di rappresentazione del sé e di orientamento all'azione che vengono proposte agli appartenenti a quel gruppo occupazionale a partire dai processi di interiorizzazione cognitiva ed emotiva propri della fase di formazione universitaria. Tali modelli cambiano nel tempo poiché le professioni non inquadrano l'azione individuale (o di gruppo), né la struttura di un sistema, ma un *processo figurativo* che emerge dalle forme di interdipendenza che si realizzano, in concreto, fra individui che esprimono un bisogno ed individui che hanno le capacità di soddisfare quel determinato bisogno. Nuove scoperte ed invenzioni o nuove tecnologie – afferma Elias – sono fattori incidenti sullo sviluppo di una occupazione, così come l'emergere di nuovi bisogni umani, ma nessuno di questi due fattori è da solo fonte del processo. Essi dipendono l'uno dall'altro per il proprio sviluppo. I bisogni umani divengono differenziati e specifici solo in congiunzione con le tecniche umane specializzate; queste, d'altro canto, emergono e si cristallizzano in attività lavorative solo in riferimento ad attuali o potenziali bisogni umani. Stante questa interdipendenza, attraverso un processo ricorsivo di cognizione e azione si creano *modelli di relazione* cioè *habiti* che tendono a cristallizzarsi (strutturarsi) almeno finché non si pongano nuove interdipendenze e nuovi aggiustamenti (Vicarelli 2010).

A partire da questa interpretazione, ci si può chiedere come possa generarsi e cristallizzarsi un paradigma professionale, come cioè si crea, in una certa fase storica, un *habitus* e la sua strutturazione. Secondo Elias ciò deriva dal prevalere di una determinata possibilità organizzativa fra le molte potenzialmente contenute nell'ambiente di interdipendenza dei soggetti coinvolti, ambiente che è caratterizzato da spinte conflittuali e tendenze consensuali. L'ambiente va inteso sia in termini interni al gruppo professionale, sia esterni ad esso, guardando all'insieme dei soggetti sociali con i quali e tra i quali si creano interdipendenze in grado di modificare quelle già esistenti. Poiché, come si è detto, si tratta di un processo continuo di modellamento è possibile che mentre un paradigma risulta dominante a livello macro istituzionale (ad esempio nei percorsi universitari o associativi), nelle micro relazioni professionali (ad esempio nella pratica professionale) o in quelle meso-organizzative (ad esempio negli ospedali) si creino altri paradigmi e quindi altri *habiti* uno dei quali potrebbe divenire a sua volta dominante, cristallizzandosi come nuovo insieme di valori e di orientamenti all'azione. Un *nuovo habitus* potrebbe, tuttavia, essere forgiato anche a livello macro-istituzionale come risposta ai mutamenti normativi, politici o sociali che coinvolgono una professione in un dato tempo e spazio. In tal caso esso sarebbe la risposta ad interdipendenze che non riguardano i singoli professionisti nella loro sfera di azione quotidiana, ma le loro associazioni di rappresentanza e di legittimazione istituzionale.

## 2. *Le complessità del professionalismo medico: la via americana*

In una direzione abbastanza vicina al pensiero di Elias, seppure proveniente da stimoli culturali diversi (le teorie della complessità), si pone il contributo teorico di due autori, Hafferty e Castellani (2006, 2010), che hanno proposto una lettura della professione medica negli Stati Uniti distinguendo non solo tre differenti piani di analisi (macro, meso e micro), ma una varietà di *professionalismi* (*habiti*) che a loro parere possono dar conto della genesi di nuovi paradigmi.

A partire dalla copiosa letteratura sociologica sull'argomento, essi sostengono che nella storia della medicina statunitense si possano individuare tre grandi fasi storiche.

La prima prende avvio nel primo Novecento e si caratterizza per la genesi e il rapido istituzionalizzarsi della professione medica che, in un breve arco di tempo, mette le basi del suo attuale profilo scientifico e clinico, ottenendo un crescente riconoscimento sociale (Carr-Saunders e Wilson 1933).

La seconda fase si estende dagli anni Quaranta agli anni Sessanta del secolo scorso e vede consacrata la dominanza della professione medica (Freidson 1985; 1999; 2002a e b)) la quale riesce a controllare la produzione scientifica del proprio settore, esercitare la propria autorità su tutte le occupazioni sanitarie, influire sull'offerta dei servizi per la salute, mantenere il controllo sull'intero sistema sanitario.

La terza fase, che si sviluppa a partire dagli anni Settanta, è contraddistinta da un insieme di dinamiche sociali che incidono sul profilo professionale medico contribuendo al suo modificarsi. Tali dinamiche includono il razionamento/la razionalizzazione della spesa sanitaria, la crescente influenza del settore finanziario in questa area, lo sviluppo dei programmi di tutela Medicare e Medicaid, la mercantilizzazione del settore, i movimenti dei pazienti e dei consumatori, la competizione espressa dalle nuove professioni sanitarie, gli sviluppi delle tecnologie biomediche, la rivoluzione informatica e il controllo sui medici da parte delle organizzazioni sanitarie e pubbliche, l'evidence-based medicine, la centralità del paziente ecc. Questa fase è descritta dai sociologi in termini di deprofessionalizzazione (Haug 1976), proletarizzazione e corporatizzazione della medicina (McKinlay e Arches 1985), cioè di crisi del paradigma dominante nei due periodi precedenti.

E' in questo ultimo lasso di tempo che i medici, in risposta alle pressioni provenienti dall'ambiente esterno, nonché dall'ambiente interno, svilupperebbero una pluralità di professionalismi dando spazio a forme già preesistenti ma marginali, oppure a modalità del tutto nuove. Si tratta di *habiti* professionali che troverebbero la loro causa o il loro sostegno in ulteriori dinamiche sociali (presenti in questi stessi anni) quali la cultura e gli stili di vita delle giovani generazioni (Y e X), la femminilizzazione del mercato del lavoro, il proporsi di nuovi consumi ma anche di nuovi significati attribuiti alla salute e al benessere.

In questo scenario è possibile, secondo i due autori, distinguere i diversi professionalismi emergenti con una tecnica di assemblage dei risultati delle ricerche condotte il che permette loro di riconoscere sette diverse combinazioni di quei valori (altruismo, moralità, affarismo), di quegli orientamenti all'azione (autonomia, dominanza, giustizia sociale, contratto sociale, lifestyle) e di quei tratti (interpersonali, tecnici) che vengono generalmente considerati come fondanti l'attività medica. Le sette combinazioni darebbero forma ad altrettanti professionalismi che i due autori identificano con etichette quali: professionalismo accademico, attivista, empirico, imprenditoriale, lifestyle, nostalgico, non riflessivo. Ciascuna di queste forme presenterebbe una diversa combinazione dei dieci caratteri dell'attività professionale (Tab.1). Ad esempio chi si riconosce nel paradigma *nostalgico* valorizza molto l'autonomia e l'altruismo, mentre lo stile di vita e l'affarismo sono vissuti come meno importanti. Al polo opposto il modello *attivista* enfatizza l'importanza della giustizia sociale e la dimensione pubblica della professione, mettendo l'affarismo e la dominanza nelle posizioni più basse. Da parte loro i medici che insegnano nelle università (modello *accademico*) attribuiscono alta importanza all'altruismo e bassa all'affarismo, considerando su valori medi l'autonomia e la dominanza professionale. Al contrario, i medici implicati fortemente nella ricerca scientifica posizionandosi al top della piramide accademica (modello *empirico*) danno grande rilievo all'autonomia, alla competenza tecnica, all'affarismo e alla

dominanza professionale, relegando agli ultimi posti la giustizia sociale e la competenza interpersonale. A loro volta i medici individuati come imprenditori (modello *imprenditoriale*) che lavorano nei segmenti di mercato più ricchi (chirurgia, chirurgia plastica, centri di radiologia ecc) pongono l'affarismo in primo piano e il contratto sociale all'ultimo. I giovani e le donne entrerebbero nel modello *lifestyle* in cui l'autonomia, soprattutto in termini organizzativi, trova massima importanza, l'equilibrio personale e quello lavorativo risultano dominanti, mentre del tutto irrilevante è la dominanza intesa in termini tradizionali. Infine, tra gli *irriflessivi* troverebbero posto tutti quei medici che, pur costituendo la maggioranza della professione, non si interrogano sui temi del professionalismo ma riconoscono nella loro pratica quotidiana la rilevanza della competenza interpersonale, della moralità e dell'altruismo, ma meno della giustizia e del contratto sociale.

Tab. 1 Le sette tipologie di professionalismo medico

**The Seven Types of Medical Professionalism Arranged According to Their Approaches to 10 Key Aspects of Medical Work\***

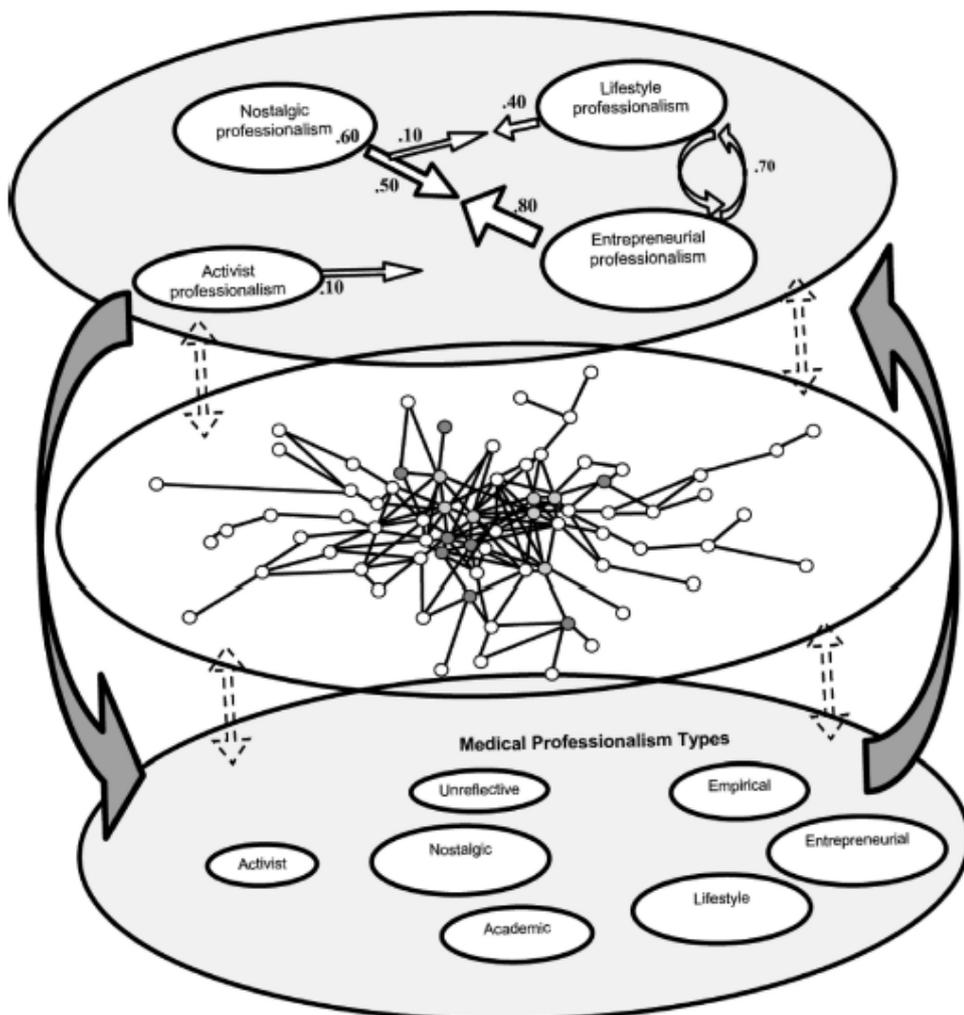
Importance of different aspects of medical work	Types of professionalism and associated aspects of medical work						
	Nostalgic professionalism	Entrepreneurial professionalism	Academic professionalism	Lifestyle professionalism	Empirical professionalism	Unreflective professionalism	Activist professionalism
Most important	• Autonomy	• Commercialism	• Altruism	• Autonomy	• Autonomy	• Autonomy	• Social justice
	• Altruism	• Autonomy	• Interpersonal competence	• Lifestyle	• Technical competence	• Interpersonal competence	• Social contract
	• Interpersonal competence	• Technical competence	• Technical competence	• Personal morality	• Commercialism	• Personal morality	• Altruism
	• Personal morality	• Professional dominance	• Lifestyle		• Professional dominance	• Altruism	• Personal morality
	• Professional dominance				• Altruism		
	• Technical competence						
Moderately important	• Social contract	• Lifestyle	• Personal morality	• Commercialism	• Social contract	• Technical competence	• Interpersonal competence
	• Social justice	• Personal morality	• Professional dominance	• Interpersonal competence	• Personal morality	• Lifestyle	• Technical competence
			• Social contract	• Technical competence		• Professional dominance	• Autonomy
			• Autonomy				
Least important	• Lifestyle	• Interpersonal competence	• Social justice	• Altruism	• Social justice	• Commercialism	• Lifestyle
	• Commercialism	• Altruism	• Commercialism	• Social contract	• Interpersonal competence	• Social justice	• Commercialism
		• Social justice		• Social justice	• Lifestyle	• Social contract	• Professional dominance
		• Social contract		• Professional dominance			

\* The authors identified 10 key aspects of medical work (altruism, autonomy, commercialism, personal morality, interpersonal competence, lifestyle, professional dominance, social justice, social contract, and technical competence) and then arranged these within different clusters to identify seven types of professionalism. The authors add that these key aspects of medical work and types of professionalism are not the only ones worth examining. See the text for details.

Fonte: Hafferty, Castellani, 2010.

Ciò che appare interessante è il fatto che secondo Hafferty e Castellani le sette forme di professionalismo si presenterebbero a livello micro come le risposte operative e pragmatiche dei medici ai molti stimoli e alle molte dinamiche interattive dell'ultima fase della storia sanitaria americana. A livello macro, invece, ci si sarebbe mossi, invece, in una logica pressoché dominante di *professionalismo nostalgico*, poiché gli opinion leaders della professione, le riviste più accreditate e le stesse associazioni di categoria avrebbero risposto alle pressioni e alle critiche sociali riscoprendo o rilanciando i principi più tradizionali del professionalismo medico (Fig.1).

Figura 1 Il professionalismo medico come un sistema complesso



Fonte: Hafferty, Castellani, 2010.

I due autori fanno riferimento a quello che definiscono “modern-day professionalism movement” che vede come protagonisti non solo alcuni eminenti personaggi della medicina statunitense (George Lundberg, Arnold Relman e Jerome Kassirer), ma soprattutto l’American Board of Internal Medicine (ABIM), l’Association of American Medical Colleges e la rivista *Academic Medicine* che è l’organo ufficiale dell’American Medical Association. Tutti questi soggetti pubblicano, a partire dagli anni Novanta, un gran numero di articoli, saggi e commenti a sostegno dell’idea che i medici avrebbero violato il contratto sociale stipulato all’inizio del Novecento con lo stato e la società civile a favore del proprio interesse personale ed economico-finanziario. In risposta a questa perdita dei valori basilari della professione, essi reclamano la necessità di introdurre nei curricula universitari una nuova attenzione per i tratti fondanti del professionalismo medico attraverso codici, carte e standards di accreditamento o valutazione.

Questo processo si amplia negli anni Duemila quando l’ABIM (2002) 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”. Con l’obiettivo di costruire un fronte comune contro le pressioni emergenti a vario livello negli Usa, essi 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 (Tab.2) 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. Si noti che l’utilizzo del termine principio sta ad indicare qualcosa di stabile, che si pone alla base di un sistema (fisico, politico o altro) da cui tutto poi discende,

mentre un valore costituisce un semplice punto di riferimento da cui derivano le scelte e i comportamenti dei singoli o dei gruppi sociali. I principi fondamentali riconosciuti dalla Carta sono, dunque, la centralità del benessere dei pazienti, l'autonomia dei pazienti e la giustizia sociale, mentre le responsabilità sociali riguarderebbero la competenza professionale, l'onestà, la riservatezza e un rapporto corretto con il paziente, nonché l'impegno a migliorare la qualità e l'accesso delle cure, a contribuire all'equa distribuzione delle risorse limitate, alla conoscenza scientifica, alla conservazione della fiducia affrontando i conflitti di interesse e le responsabilità professionali (Vicarelli 2012).

Tab. 2 La carta del professionalismo medico per il terzo millennio

<p><u>Principi fondamentali:</u> Il principio della centralità del benessere dei pazienti Il principio dell'autonomia dei pazienti Il principio della giustizia sociale</p> <p><u>Responsabilità sociali:</u> Impegno alla competenza professionale (Miglioramento continuo) Impegno all'onestà verso il paziente Impegno alla riservatezza riguardo al paziente Impegno a un rapporto corretto con il paziente Impegno a migliorare la qualità delle cure Impegno a migliorare l'accesso alle cure Impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate Impegno alla conoscenza scientifica Impegno a conservare la fiducia affrontando i conflitti di interesse</p>
--

A parere di Hafferty e Castellani il movimento pone l'accento essenzialmente sull'altruismo come carattere centrale della professione, così da confutare l'egoismo commerciale ed affaristico di cui la classe medica americana viene accusata. In tal modo, il paradigma che viene proposto ha i tratti del professionalismo più tradizionale al punto che i due autori lo definiscono *professionalismo nostalgico*. Inoltre, gli sforzi sarebbero indirizzati non verso i medici in attività ma, principalmente, verso i processi di socializzazione dei giovani medici facendo leva su standards di valutazione e controllo all'interno delle università e su corsi accademici costruiti ad hoc. Tuttavia, a dieci anni di distanza, sarebbero molti i segnali di rifiuto da parte degli studenti di medicina e di inadeguati risultati raggiunti su questo fronte.

Secondo Hafferty e Castellani in questo processo di genesi di nuovi professionalismi sia dal basso che dall'alto, non va trascurata una terza dimensione di analisi, quella meso organizzativa. E' qui che i network sociali fanno sentire la loro importanza ed è qui che si incontrano maggiormente le istanze macro e micro sociali della categoria all'interno di dinamiche di interdipendenza che scaturiscono dalla collocazione della pratica medica in reticoli istituzionali ed organizzativi sempre più complessi. Su questo piano tuttavia la ricerca è ancora poco sviluppata.

### 3. I nuovi paradigmi professionali: la via europea

Il dibattito sul professionalismo si propone con differenze intercontinentali importanti (Vicarelli 2012). 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 essenzialmente ai comportamenti dei medici trascurando orientamenti e atteggiamenti professionali. L'idea è quella di distinguere tre aree di azione riferite

all'organizzazione, alla relazione 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 dai 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.

Va notato che in entrambi i casi le proposte vengono formulate dalle associazioni di categoria o da istituzioni accademiche con l'idea di forgiare o di riconfigurare dall'alto il nuovo profilo del paradigma professionale. In entrambi i casi, inoltre, una forte attenzione è portata sulla dimensione manageriale cioè sui nuovi rapporti, valori ed azioni che richiedono i processi di aziendalizzazione dei sistemi sanitari avviati a partire dagli anni Novanta in larga parte dei paesi europei. D'altro canto, assai più che negli USA dove il modello di welfare resta ancorato a dinamiche private e di mercato, in Europa le trasformazioni dei sistemi di welfare riguardano i tentativi di managerializzazione introdotti sia nei sistemi sanitari a carattere assicurativo sia universalistico-istituzionale. Laddove sono le grandi organizzazioni pubbliche o di privato sociale a garantire ai cittadini la tutela della salute, uno dei temi emergenti in termini di paradigmi professionali è proprio relativo al confronto con le dinamiche burocratiche ed organizzative di questi sistemi.

Mentre così negli USA è il professionalismo imprenditoriale a creare preoccupazioni (assieme a quello empirico), in Europa l'attenzione è assai più concentrata sul professionalismo manageriale o organizzativo i cui tratti principali, a livello micro, andrebbero ricercati nell'apprendimento di competenze manageriali, nella piena responsabilità verso i costi delle cure, nella standardizzazione delle attività, nel controllo esterno sulla qualità delle cure, nelle forme di audit e di assessment decisi da soggetti esterni alla professione.

In tal senso il paradigma professionale di tipo tradizionale (professionalismo occupazionale) viene contrapposto al professionalismo organizzativo che si ritiene sia in fase di espansione, con l'intenzione di ricercare e proporre una terza forma (ibrida) dove i caratteri dell'uno e dell'altro paradigma potrebbero incontrarsi e fecondarsi a vicenda (nuovo professionalismo).

Va notato che la metodologia proposta da Castellani e Hafferty è di tipo qualitativo (assemblage) nel senso che le loro categorie non trovano riscontro in survey nazionali sulla professione medica, ma si basano sui dati delle ricerche e della letteratura americana sul tema. Ciò significa che esse hanno bisogno di ulteriori verifiche in termini di validazione empirica. Allo stesso modo, gran parte del dibattito europeo sui nuovi paradigmi professionali si muove sul piano teorico poiché sono poche le ricerche empiriche che ricostruiscono o cercano di identificare i paradigmi che, soprattutto a livello micro e meso istituzionale, vanno forgiandosi. Molte difficoltà risiedono nella capacità di operazionalizzare le varie forme di professionalismo, così come di effettuare indagini che abbiano un livello di rappresentatività alto della classe medica di un determinato paese.

#### 4. Il professionalismo in Italia: quali strumenti di ricerca?

All'interno del dibattito sul professionalismo negli USA e in Europa, l'Italia ha oggi la possibilità di presentarsi con una ricerca sociologica che è andata sempre più interrogandosi su questi temi (Tousijn 2000, Speranza, Tousijn, Vicarelli 2008, Vicarelli 2008, 2010, Spina e Vicarelli 2012) e che trova un crescente interesse da parte delle associazioni mediche. La ricerca svolta in Veneto va in questa direzione ed ancor più il progetto di realizzare una ampia survey nazionale da parte della Federazione Nazionale degli Ordini. In un futuro non lontano, è possibile, dunque, che l'Italia possa vantarsi di conoscere con molta più precisione i paradigmi professionali dominanti a livello macro istituzionale, ma ancor più affrontare, con dati di ricerca empirica, gli *habiti* professionali che vanno forgiandosi, a livello micro e meso sociale, in risposta ai processi di trasformazione che investono il sistema sanitario del paese.

Così come le politiche di welfare necessitano di un continuo monitoraggio da parte delle associazioni e soprattutto degli ordini medici, una analisi altrettanto costante deve coinvolgere la professione medica in un periodo in cui le dinamiche istituzionali e organizzative (accanto a quelle scientifiche) aprono scenari fino ad oggi inimmaginabili e, soprattutto, spingono a cambiamenti repentini che appaiono difficili da governare se non colti nel loro proporsi. Se oggi il fiume della storia scorre molto più rapidamente che in passato, non lo si può governare con i vecchi sistemi idraulici e con i vecchi argini, ma con tecniche di valutazione e di intervento nuove, adatte ai tempi che corrono.

#### Bibliografia

- ABIM, ACP-ASIM Foundation, EFIM (2002), Medical professionalism in the new millennium: a physician charter, in «*Annals of Internal Medicine*», 136(3).
- 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).
- Carr-Saunders, A. M. and Wilson, P. A. (1933), *The Professions*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Castellani B., Hafferty F. W. (2006) The complexities of professionalism: A preliminary investigation, in Wear D., Aultman J. M.(eds), *Professionalism in medicine: Critical Perspective*, New York, Springer Verlag, 3-23.
- Elias N. (2010), *Marinai e gentiluomini. La genesi della professione navale*, Bologna: Il Mulino.
- Hafferty F.W. e B.Castellani (2010), The Increasing Complexities of Professionalism, in *Academic Medicine*, vol.85, n.2: 288-301.
- Freidson, E. (1985), Reorganization of the medical profession, in *Medical Care Review*, Vol. 42, pp.11 - 35.
- Freidson, E. (1999), Metodo e contenuto per uno studio comparato delle professioni, in *Sociologia del Lavoro*, 70/71, pp. 51-66.

- Freidson, E. (2002a), *Professionalismo. La terza logica*, Bari: Dedalo.
- Freidson, E. (2002b), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, (a cura di G. Vicarelli), Milano: Angeli.
- Haug, M. (1976), The erosion of professional authority: A cross-cultural inquiry in the case of the physician, in *Milbank Memorial Fund. Quarterly*, 54(1), pp. 83-106.
- McKinlay, J.B., Arches, J. (1985), Towards the proletarianization of physicians, in *International Journal of Health Services*, 15, pp. 161-195.
- 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.
- Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli, (2008) *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Spina E. e G. Vicarelli (2012) *Identità, pratica professionale e aspettative dei giovani medici e odontoiatri dell'Ordine provinciale di Ancona*, Ancona: CRISS
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna: 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.
- Vicarelli G. (2012), Medici e Manager. Verso un nuovo professionalismo?, in *Cambio* n. 3: 125-136.