

[La professione medica nella sanità riformata] Alcune categorie concettuali per leggere il mutamento

Title: Medical Profession Within Reformed Healthcare: Theoretical Issues to Read the Change

Abstract: Healthcare has changed a lot during the last decades of the Twentieth century within Western societies: reforms have been implemented to face the increasing challenges of health systems in a context of crisis of the welfare state's bedrocks. The most important issue of these reforms is the introduction of New Public Management techniques and quasi-market's principles in public work organizations. This paper is aimed to give some sociological issues conceptualized to read the change involving medical profession within reformed healthcare systems. It focuses on the social context where a need to reform healthcare emerges and it proposes some concepts to interpret the change: managerialism, consumerism and professionalism as logics of work organization, professionalism as occupational and organizational value, reformed healthcare as intersection of two different institutional logics: medical professionalism and business-like healthcare. Afterwards, it is proposed a literature review dealing with professionals/organization relation and researches about doctors' strategic reactions to marketization process. These studies demonstrate that a reframe of medical profession within health organizations is ongoing, instead of a conflict resulting in a zero sum game between professions and organizations.

Keywords: Medical profession, Healthcare reforms, Marketization, Managerialism, Organizational professionalism, Occupational professionalism.

Introduzione

Negli ultimi trent'anni il settore dei servizi pubblici ha conosciuto una molteplicità di mutamenti: in seguito alla progressiva crisi del *welfare state* universalista degli stati-nazione occidentali, innescatasi tra la fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta, si è resa cogente una riorganizzazione del settore, che ha inevitabilmente coinvolto anche i professionisti che vi operano.

Il sistema sanitario rappresenta a tal proposito un caso emblematico, in quanto ha conosciuto una svolta in senso aziendalista che ha condotto ad un ripensamento dei presupposti organizzativi e delle logiche lavorative al suo interno. A partire dagli anni Ottanta, le riforme dei sistemi sanitari hanno delineato una «ristrutturazione di fondo della cornice istituzionale della sanità pubblica» (Ferrera 2006: 204) ed una svolta di carattere organizzativo. Il rinnovamento dei servizi sanitari è segnato dal processo di aziendalizzazione, che definisce l'assunzione di pratiche organizzative, lavorative e discorsive proprie del modello delle imprese private.

Le dinamiche, tuttora in corso, coinvolgono tutte le professioni sanitarie, compresa quella medica, che ha ricoperto per decenni una posizione di "dominanza" all'interno del settore (Freidson 2002a). L'introduzione del paradigma aziendale pone quindi la professione di fronte a nuove sfide, giacché i soggetti sono chiamati a fare proprie logiche di lavoro differenti dal professionalismo classico: coniugare la qualità delle prestazioni con la sostenibilità economica del sistema, operare in un ambiente di lavoro più dinamico ed esigente sinergie inter-professionali, sottostare ai maggiori vincoli posti dall'organizzazione.

Le professioni non costituiscono dunque entità rigide ed immutabili, ma sono destinate a confrontarsi in modo permanente con una molteplicità di mutamenti (Bezes, Demazière 2011) che coinvolgono il contesto socio-culturale di riferimento e quello organizzativo all'interno del quale operano.

Questo contributo propone una rassegna dei principali concetti elaborati dalla sociologia delle professioni con l'obiettivo di fornire degli strumenti per interpretare in maniera dinamica il rapporto tra professioni ed organizzazione e, in generale, per leggere il mutamento in corso. Alla luce della poca organicità della letteratura esistente, l'obiettivo è quello di offrire una ricognizione dei principali contributi e di individuare alcune tra le possibili chiavi di lettura del fenomeno.

Il nuovo scenario della sanità: il mutamento organizzativo e le sfide alla professione medica

I trends socio-economici degli ultimi decenni del XX secolo hanno ridisegnato il rapporto tra *welfare state*, sistemi sanitari e professione medica. Le dinamiche che hanno interessato il sistema sanitario italiano sono contestualizzabili nella transizione che ha portato dall'epoca d'oro del «capitalismo del benessere» (Esping-Andersen 2000) e della dominanza medica alla crisi dello stato sociale. In questa fase hanno preso forma molteplici “sfide” per i sistemi sanitari (Giarelli 2003): l'iper-specializzazione del sapere e delle tecnologie mediche; il mutamento demografico all'insegna dell'invecchiamento della popolazione; la crescita dei costi di mantenimento dei sistemi sanitari stessi; il consumerismo, definito nei termini di maggiori possibilità del paziente di ottenere informazioni di carattere medico mediante vecchi e nuovi media e, conseguentemente, l'opportunità di far valere la propria opinione a livello individuale e collettivo, attraverso movimenti di pazienti-consumatori. Tali sfide pongono in questione quel “contratto sociale” tra medicina e società (Speranza, Tousijn, Vicarelli 2008) costituitosi nel corso del secolo XIX e consolidatosi ulteriormente nei decenni centrali del Novecento. Il passaggio è quello che porta dalle logiche distributive della fase fordista-keynesiana a quelle sottrattive e di contenimento della spesa pubblica della fase attuale.

Tutto questo rende cogenti azioni di carattere strutturale, che si enucleano nelle riforme dei sistemi sanitari messe a punto negli ultimi decenni del XX secolo. Tali riforme, fortemente influenzate dal paradigma neo-liberale, costituiscono interventi di carattere non solo politico ed economico, ma anche organizzativo e culturale, finalizzati a risolvere, almeno parzialmente, le criticità sopra esposte attraverso la “mercattizzazione” della sanità pubblica (Doolin 2002).

In Italia gli interventi normativi di maggiore rilevanza sono riconducibili alla riforma “De Lorenzo-Garavaglia” (D. Lgs. 502/1992), la riforma *bis* (D. Lgs. 517/1993) e la riforma “Bindi” (D. Lgs. 229/1999). Questi provvedimenti rendono formalmente aziende le organizzazioni sanitarie locali ed alcuni ospedali di rilevanza nazionale; pongono maggiore enfasi sulla dimensione territoriale, in particolare sui Distretti socio-sanitari; enfatizzano l'appropriatezza degli interventi, ossia la loro sostenibilità economica, mediante l'introduzione dei principi organizzativi del *New Public Management*¹ (Bezes, Demazière 2011). La nuova organizzazione viene infatti impostata sui principi della rigida separazione tra le funzioni manageriali e di controllo da quelle operative; valorizza i criteri dell'*accountability* e della valutazione sistematica delle *performances*; fa ricorso a meccanismi di mercato e quasi-mercato nell'ottica della *managed competition*² (Enthoven 1988). L'obiettivo precipuo che si pone l'aziendalizzazione, almeno in termini teorici, è quello stabilire dei limiti sia al potere dei medici che all'influenza della componente politica nella gestione sanitaria (Vicarelli 2012).

Uno dei presupposti organizzativi introdotti dalle riforme, strettamente legato al NPM, è la *Clinical Governance*, la cui logica di fondo è quella di unire in modo organico le necessità cliniche con quelle della gestione efficiente ed efficace dell'organizzazione. Questo obiettivo è perseguito mediante il ricorso alle Linee Guida - figlie della medicina basata su evidenze - e una gestione sistematica e standardizzata del rischio clinico, della malattia e degli effetti legati all'adozione di nuove tecnologie sanitarie. Come anticipato, viene inoltre introdotto il principio del monitoraggio costante dei servizi forniti e della valutazione sistematica delle prestazioni. Il riferimento è

1 Il *New Public Management* (d'ora in poi NPM) individua una serie di tecniche organizzative, fortemente influenzate dal paradigma neoliberale, implementate nei servizi pubblici a partire dagli anni Ottanta.

2 Il termine rimanda ad un mercato interno governato da una “concorrenza amministrata” tra enti erogatori soggetti a procedure standardizzate di accreditamento pubblico.

individuato in un concetto di qualità poliedrico che cerca di coniugare il punto di vista dei vari attori in gioco: dirigenti, professionisti ed utenti (Bertin 2007). Ciò conduce, di conseguenza, le organizzazioni sanitarie a convertirsi in aziende anche in termini di identità, logiche di azione e criteri di razionalità sottostanti (Evetts 2010).

Il dibattito attuale tende a leggere il mutamento del settore sanitario come un intreccio tra logiche di lavoro differenti: professionalismo classico (autonomia, centralità del paziente, ideale altruistico), burocrazia (managerialismo) e mercato (consumerismo) (Freidson 2002b). La pratica medica continua ad implicare attività tipicamente clinico-professionali, ma esige anche competenze di carattere organizzativo e gestionale. Su questa linea, il richiamo ai concetti di consumerismo e managerialismo può essere utile per individuare le dinamiche legate a fattori che “sfidano” la logica professionale medica (Tousijn 2008a).

La sfida consumerista è figlia del paradigma neo-liberale che domina gli ultimi decenni del XX secolo e si fonda sul presupposto, di matrice economica, del paziente-consumatore (Giarelli 2003). Quest’ultimo, dotato di autonomia di decisione e mosso da razionalità strumentale, è reputato capace di massimizzare il proprio interesse all’interno di un sistema sanitario inteso come mercato. L’emergere di questa tendenza si sostanzia nel maggiore peso dei cittadini-utenti e nella loro accresciuta capacità di far sentire la propria voce in ambito medico, che prende forma soprattutto nel consumerismo organizzato e nei movimenti dei pazienti. Questi movimenti incanalano il malcontento organizzando reclami e sollecitando strumenti di tutela da parte degli enti sanitari (ad esempio le carte dei pazienti). Tale processo è motivato dai livelli più alti di istruzione della popolazione nelle società post-industriali e dalla maggior diffusione di canali tramite cui attingere informazioni, tra cui vecchi e nuovi *media*. Il consumerismo costringe la professione medica a rispondere delle proprie prestazioni nei confronti del “paziente istruito”.

Dal punto di vista del paziente, la centralità è posta sull’*empowerment* e pertanto sulla partecipazione attiva del cittadino al processo di cura, nonché sull’esercizio di un’effettiva influenza su di esso. La relazione medico-paziente diviene un processo dialogico, ma anche potenzialmente foriero di conflittualità: si pongono infatti le basi per un generalizzato declino della fiducia nei confronti della professione e per una crisi del modello paternalista, improntato su una marcata asimmetria informativa e su una totale fiducia nei confronti del professionista (Parsons 1965). Questo implica, peraltro, un minor grado di fiducia nei confronti del medico come figura professionale: nel modello tradizionale, infatti, i concetti di fiducia, discrezionalità e competenza professionale erano strettamente legati e la loro interdipendenza aveva accompagnato, a partire dall’*ancien régime*, la nozione di professionismo (Evetts 2009).

Rispetto al consumerismo, gli effetti del managerialismo sono anche più incisivi e direttamente legati alle riforme degli anni Novanta che hanno condotto al processo di aziendalizzazione. Il managerialismo si sostanzia in una forma di *governance* delle strutture sanitarie mediante controllo esterno di dirigenti di professione con il supporto delle tecniche di NPM viste in precedenza. A livello pratico, si traduce nel *Management by Objectives*³, che è strutturato in quattro fasi: fissazione di obiettivi *ex ante*; costante monitoraggio delle prestazioni; valutazione delle stesse e premi di prestazione in caso positivo (soprattutto come maggiorazioni sullo stipendio) o sanzioni in caso di esiti non all’altezza. Gli obiettivi di carattere macro sono dati dalle limitazioni sul *budget* delle aziende sanitarie ed ospedaliere, l’imperativo di garantire efficienza delle prestazioni e quello di migliorarne di continuo la qualità. È in particolare il terzo a costituire una forte minaccia all’autonomia professionale medica, che designa il passaggio da un orientamento tradizionale ad una prospettiva orientata alla salute della collettività (Tousijn, Giorgino 2009).

Un altro forte vincolo imposto dall’esterno ai rappresentanti della professione medica è la diffusione della medicina burocratica: la *Evidence Based Medicine* (EBM) e l’adozione delle Linee Guida (LG) su di essa predisposte. Ciò segna tra l’altro, il passaggio dal paradigma biomedico, su cui è stata impostata l’epistemologia della medicina moderna, contrassegnato da un apprendimento dello specialista a partire dall’esperienza diretta individuale quotidiana e sulla pratica della medicina convenzionale, al paradigma bio-psico-sociale, figlio di protocolli e

3 Il *Management by Objectives* (MBO) rappresenta una logica organizzativa orientata a perseguire la maggior soddisfazione possibile del cliente a cui sono destinati i servizi. Una delle credenze fondanti di questo approccio consiste nel presupporre che i sistemi guidati dal cliente costringano i fornitori di servizi ad essere maggiormente responsabili nei loro confronti.

modelli standardizzati di intervento (Collicelli 2011). Sotto questo profilo, la EBM può essere interpretata come il tentativo di ricostituire un paradigma medico “forte”, poiché unisce l’aspetto strettamente clinico all’imperativo del contenimento dei costi e dell’attenzione alle risorse (Filc 2006).

La EBM viene legittimata da assunti di tipo quantitativo-empirista (Numerato *et al.* 2012) ed è focalizzata sulla salute della collettività piuttosto che su quella del singolo individuo. Per questa ragione la EBM rappresenta «uno spostamento della base scientifica della conoscenza medica dalla cura degli individui verso l’epidemiologia e la salute della popolazione» (Tousijn 2008b: 150). In questo strumento confluiscono sia la logica del managerialismo che quella del consumerismo. La prima è resa evidente dal fatto che la medicina basata su evidenze è finalizzata a fornire al *management* dei riferimenti in grado di rendere uniforme e valutabile in base ad indicatori comuni l’operato dei professionisti; dal punto di vista del consumerismo, la EBM costituisce uno strumento di medicina difensiva, volto a sollevare il professionista da eventuali responsabilità in sede legale nel caso di esiti negativi del proprio operato.

Le Linee Guida cliniche, frutto del lavoro di strutture di ricerca ed istituzioni nazionali ed internazionali, costituiscono delle raccomandazioni atte a trattare profili patologici generali e finalizzate ad essere applicate al caso particolare. Sono insomma dei “binari” entro i quali il medico è tenuto a mantenersi nella pratica per non incorrere in potenziali problematiche in caso di negligenza o di *malpractice*. Almeno a livello formale, le Linee Guida non dovrebbero ledere l’autonomia dei professionisti della medicina, tuttavia molte istituzioni sanitarie ne fanno dei protocolli rigidi, tanto da far assumere loro il carattere non solo di riferimento per l’intervento pratico, ma di vere e proprie costrizioni.

In definitiva, la medicina basata su evidenze rappresenta un’arma a doppio taglio, poiché da un lato rappresenta un potente strumento di difesa contro eventuali attacchi dei pazienti, mentre dall’altro rende i medici vincolati a pratiche standardizzate e pertanto maggiormente soggetti ad un controllo esterno relativo al loro operato. Le Linee Guida finiscono in qualche modo per “imbrigliare” il margine decisionale del professionista, marcando la transizione dalla pratica clinica fondata su conoscenze e competenze proprie del singolo ad una medicina scientifico-burocratica altamente sistematizzata (Waring 2007). Il managerialismo «tende a rompere le giurisdizioni e le identità professionali esistenti, così come già fece un secolo fa con gli operai di mestiere, e ad instaurare una nuova organizzazione del lavoro composta da mansioni e compiti progettati in funzione delle finalità economiche dell’azienda» (Tousijn 2008a: 86). Le forme di controllo manageriale dell’operato dei professionisti e di standardizzazione delle procedure introdotte dalle riforme “costringono” la pratica medica entro confini rigidi, che ledono l’anima del professionismo: l’autonomia e la discrezionalità del singolo.

Il processo di aziendalizzazione nella sociologia delle professioni

Accanto alla lettura delle trasformazioni organizzative, che hanno condotto alla managerializzazione dell’organizzazione sanitaria, e a quelle sociali, che hanno alimentato la tendenza consumerista ed una ridefinizione della relazione medico-paziente, il contributo della sociologia delle professioni fornisce ulteriori chiavi di lettura relativamente al processo di aziendalizzazione della sanità.

Un primo strumento concettuale dal forte potenziale euristico è la distinzione tra «professionalismo occupazionale» e «professionalismo organizzativo» (Evetts 2009). Queste categorie sono volte ad interpretare il rapporto tra organizzazione e professioni coinvolte al loro interno in chiave dinamica, in relazione ai mutamenti dei sistemi sanitari.

Il professionalismo occupazionale, che trae origine dal modello classico durkheimiano e poi parsoniano (Tousijn 1979), pone enfasi sui valori comuni e sulla condivisione di una medesima identità professionale basata su credenziali formative ed ufficializzata da titoli abilitanti. Le relazioni professionali sono in tal caso di tipo fiduciario e collegiale-cooperativo ed il professionista esercita un elevato livello di autonomia nella gestione del proprio lavoro e nel rapporto con l’utenza.

Il professionalismo organizzativo costituisce invece una serie di tecniche e pratiche discorsive utilizzata perlopiù dal *management* ed è legato a forme di autorità legale-razionale all’interno di realtà di natura burocratica,

strutturate in modo gerarchico e soggette a procedure standardizzate di lavoro. Tale concetto è strettamente legato a quello di managerialismo, in quanto implica processi di individuazione degli obiettivi *ex ante* e costante monitoraggio delle pratiche lavorative.

Tabella 1. *Professionalismo come valore occupazionale e come valore organizzativo*

<i>Professionalismo occupazionale</i>	<i>Professionalismo organizzativo</i>
Discorso costruito all'interno dei gruppi professionali	Pratica discorsiva utilizzata dai manager nelle organizzazioni
Autorità collegiale	Forme di autorità legali-razionali
Discrezione e controllo occupazionale del lavoro	Procedure di lavoro standardizzate
Fiducia nei professionisti da parte di utenti e datori di lavoro	Strutture gerarchiche di responsabilità e di <i>decision-making</i>
Autonomia del professionista	Managerialismo
Etica professionale monitorata da istituzioni e associazioni	<i>Accountability</i> e forme esternalizzate di controllo, fissazione degli obiettivi e controllo delle <i>performances</i>
Modello durkheimiano di comunità occupazionale	Modello weberiano di organizzazione burocratica

Quella del professionalismo organizzativo costituisce la precipua sfida al professionalismo occupazionale: gli obiettivi organizzativi entrano prepotentemente nella logica che regola le strutture sanitarie e, per certi versi, il managerialismo sostituisce la fiducia del professionalismo classico con gli indicatori di efficienza ed efficacia su cui fa leva il monitoraggio delle prestazioni.

Il discorso del professionalismo viene così «ricostruito ed utilizzato come strumento di controllo nelle organizzazioni ove i professionisti sono impiegati con la finalità di razionalizzare, riorganizzare, contenere e controllare il lavoro ed i professionisti stessi» (Evetts 2010: 7). L'enfasi viene posta sulla *Governance*⁴ delle organizzazioni, sulla negoziazione tra il numero sempre più rilevante di interessi che le contraddistingue e sulla creazione dei professionisti stessi come manager. Ciò rende più complesso il tema del professionalismo, che assume una forma di tipo ibrido, figlia dell'intreccio tra logiche professionali e logiche organizzative.

La pratica discorsiva dell'impresa impone anche ad un ambito pubblico *par excellence* come la sanità il linguaggio della qualità, quello della cura e del soddisfacimento del cliente-consumatore, dell'*empowerment* personale in vista degli obiettivi organizzativi. L'aziendalizzazione dei servizi pubblici causa anche un mutamento culturale all'interno delle organizzazioni, diffondendo l'istanza individualistica della *performance*, del raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi stabiliti dalla dirigenza e innescando anche complesse dinamiche competitive tra lavoratori professionisti.

L'aziendalizzazione impone una logica efficientista all'interno delle organizzazioni di servizi di interesse pubblico e solleva una serie di sfide all'etica professionale classica, andando ad intaccare l'*ethos* e l'autonomia dei professionisti, nonché la fiducia in essi riposta da coloro che usufruiscono delle loro prestazioni (Giannini 2003). Ciò non significa che il professionalismo come valore occupazionale sia ormai un elemento anacronistico e che quello organizzativo lo stia scalzando del tutto: si registrano altresì forme di compresenza tra queste due categorie, che possono generare un nuovo professionismo, figlio di complesse interazioni tra le due realtà in questione.

La base per sottoporre ad analisi il sistema sanitario dal punto di vista della sociologia delle professioni consiste proprio nell'evitare di considerare organizzazione e professione come realtà in contrapposizione: l'obiettivo è quello di individuare dinamiche di ridefinizione dei loro rapporti e nuovi equilibri. Questo approccio consente di analizzare la sanità aziendalizzata non come un campo di battaglia nel quale dirigenti e professionisti lottano tra loro per garantirsi la supremazia, bensì come terreno di incontro tra logiche differenti, ma non necessariamente

⁴ Il termine *Governance* da un lato è associato all'idea del managerialismo, mentre dall'altro alle relazioni di cooperazione tra soggetti istituzionali in un contesto competitivo. Ciò implica il parziale superamento degli strumenti di governo burocratico centralizzato (*government*) e l'adozione di una logica gestionale orizzontale e reticolare all'interno di organizzazioni flessibili (Pollitt, Bouckaert 2011).

antitetiche.

Un'altra chiave di lettura fornita dalla letteratura è quella che tematizza il cambiamento della sanità come un intreccio tra «logiche istituzionali» diverse (Reay, Hinings 2009). Le logiche istituzionali che si trovano di fronte nella sanità sono quelle del professionalismo medico tradizionale, che ha sancito la posizione dominante dei medici nel settore per decenni, e quella della *business-like healthcare*, implementata in seguito agli interventi istituzionali degli anni Ottanta e Novanta nei sistemi sanitari occidentali. Tali logiche stabiliscono un legame diretto tra organizzazione ed azione individuale: danno forma ai pensieri ed ai comportamenti degli attori all'interno di una certa realtà lavorativa. Sono costituite da principi organizzativi e norme date per scontate, che fanno parte della *forma mentis* di chi le applica e che sono interiorizzate nel tempo mediante percorsi formativi ed esperienze pratiche sul campo. Si traducono dunque in forme di regolazione del comportamento lavorativo del professionista, che ne fa uso in modo più o meno consapevole.

A tal proposito, è stato rilevato come sia più utile sottoporre ad analisi i mutamenti interni alla cultura ed alla pratica professionale piuttosto che le forme di resistenza dei professionisti nei confronti della dirigenza al fine di «comprendere come la resistenza o l'adattamento conducano a nuove forme di governamentalità e ad una convergenza tra professionalismo e managerialismo» (Waring 2007: 177).

Una lettura dai risvolti più critici nei confronti del mutamento si concentra sul professionalismo all'interno della grande organizzazione ed opera il tentativo di contestualizzare il «discorso manageriale» nell'ottica della governamentalità o della de-professionalizzazione. La governamentalità individua la «condotta della condotta» che funge da meccanismo di sorveglianza, la quale fa sì che le azioni dei soggetti si conformino alla pratica discorsiva dominante. In quest'ottica, il professionalismo ed il concetto di competenza divengono uno strumento di controllo degli attori operanti in un determinato contesto. Le pratiche discorsive costituiscono dei dispositivi di controllo «a distanza» delle identità lavorative dei singoli, che si traducono poi nella loro attività di ogni giorno (Fournier 1999).

La teoria della proletarizzazione come chiave di lettura del rapporto tra organizzazioni e professioni viene ripresa soprattutto nelle prime analisi relative alle conseguenze della sanità aziendalizzata: le forme regolative di mercato hanno indotto a teorizzare che ne risultasse lesa l'autonomia del professionista *qua talis*, in quanto detentore di una conoscenza teorica e una competenza pratica in cui nessuna imposizione organizzativa poteva prima intervenire (Filc 2006).

Questo ha indotto vari studiosi a proporre le teoria di una tendenziale perdita, da parte della professione medica, della propria posizione dominante nel settore sanitario e del ruolo di coordinamento delle altre professioni sanitarie, e quindi anche una perdita di quell'autonomia che costituisce l'anima del professionalismo occupazionale. Portando in qualche modo alle estreme conseguenze questi esiti, è stato sostenuto anche che i medici non hanno tanto perduto la dominanza all'interno del settore, ma che piuttosto non l'abbiano mai esercitata effettivamente (Navarro 1988).

Similmente, altri autori hanno notato come la progressiva razionalizzazione e burocratizzazione dei sistemi sanitari stesse conducendo ad una inesorabile de-professionalizzazione della categoria tutta (Ritzer, Walczak 1988), che si declina in un *ethos* ed in una forma mentale sempre più improntata su una razionalità di carattere formale e conduce verso un'attività di tipo più burocratico-routinario che prettamente medico. Ciò si riflette anche nell'immaginario che circonda la professione organizzata, traducendosi nella diminuzione della fiducia da parte dei pazienti. In altri termini, la fiducia riposta negli specialisti viene trasferita nelle organizzazioni di cui sono parte, nonché nei meccanismi e nelle procedure che le regolano.

Queste ultime letture, seppure meno recenti, possono essere ricondotte a quel filone secondo cui una conseguenza del mutamento in atto sia da rintracciare nella restrizione dei margini di autonomia professionale del medico. Viene presupposto che questa sia attaccata nella sua duplice dimensione: tecnica, ossia squisitamente clinica, e socio-economica, intesa come possibilità del lavoratore di gestire con un certo margine di discrezione le risorse necessarie a rendere effettivo il proprio potere decisionale (Sandstrom 2007).

Gli effetti del mutamento organizzativo sui medici: il rapporto professionalismo / managerialismo e le “risposte strategiche” dei medici

Le riforme hanno fatto sì che il settore sanitario divenisse dunque il terreno d'incontro delle due “logiche istituzionali” viste nel paragrafo precedente. Il primo tentativo di analizzare in modo sistematico il mutamento è stato portato avanti mediante ricerche aventi come oggetto il rapporto tra le due categorie coinvolte dalle logiche in gioco: medici e dirigenti. La falsariga è individuabile nel passaggio da una concezione dicotomica del rapporto professionalismo / managerialismo allo studio delle forme di rinegoziazione delle pratiche e dei ruoli lavorativi dei soggetti.

Già dalla seconda metà degli anni Novanta è stato notato (Parker, Dent 1996) come il mutamento organizzativo accostasse due “comunità di discorso” all'interno del settore sanitario: in questo caso era stato evidenziato come all'interno del *National Health Service* inglese medici e manager costituissero due realtà nettamente distinte con una visione dell'organizzazione molto differente tra loro e come ciò emergesse dallo stesso modo di esprimersi e dal linguaggio utilizzato. L'idea era quella di una cultura organizzativa polarizzata, ma che tuttavia stava gradualmente mutando le concezioni degli attori in gioco e il loro modo di lavorare.

Di recente, si è posto su una linea tendenzialmente dicotomica lo studio condotto da Martinussen e Magnussen (2011), che, analizzando il settore ospedaliero norvegese, hanno riproposto l'idea di una contrapposizione tra due subculture presenti nella professione medica. Studiando medici clinici e medici con ruoli manageriali, i due studiosi hanno riscontrato l'esistenza di una marcata differenziazione in termini di cultura professionale e logiche lavorative. Viene infatti rilevato come i medici occupanti ruoli organizzativi, avendo maggiori responsabilità, palesino una maggiore identificazione con l'organizzazione ed i suoi obiettivi. Questi enfatizzano la necessità di coniugare le istanze cliniche con l'aspetto delle risorse disponibili e di integrarle nell'erogazione del servizio, giacché le due dimensioni non sono separabili; sono pertanto denominati *financial realists* e lasciano trasparire una subcultura diversa rispetto a quella dei *clinical purists*. Questi ultimi sono medici impegnati in ruoli di carattere clinico e non gestionale, mettono le necessità dei pazienti al centro della sanità, facendole assurgere a principale riferimento nelle decisioni da prendere. I clinici percepiscono una profonda cesura tra la propria attività lavorativa e la propria subcultura rispetto a quella dei medici manager, il cui incarico è vissuto come una minaccia nei confronti dell'autonomia e del margine decisionale esercitabile nel rapporto coi pazienti. Le riforme avrebbero sollecitato dunque una reazione duplice da parte dei medici: la resistenza dei clinici puri e l'accettazione dei medici manager.

Il filone aperto da questo settore di studi ha nel tempo continuato ad approfondire la reazione dei medici al managerialismo in termini di «risposte strategiche»; l'idea del rapporto managerialismo / professionalismo è stato assunto in prima istanza come gioco a somma zero, fatto di gruppi in lotta tra loro per accaparrarsi il potere di gestire risorse all'interno delle strutture sanitarie (Tousijn 2012 e 2013). Le interpretazioni del rapporto tra professionisti e dirigenza stanno invece ora confluendo verso l'idea di un'ibridazione tra culture lavorative e professionali degli attori, anziché di una loro polarizzazione.

In generale, l'idea di medici e manager come fazioni tra loro nettamente contrapposte è stata gradualmente superata nel corso degli anni: il processo di «ristratificazione» della professione medica ha posto le basi per una ricollocazione della figura del medico all'interno delle organizzazioni sanitarie e anche per un ripensamento degli schemi interpretativi (Freidson 2002a). La ristrutturazione prevede l'assunzione, da parte dei medici, di ruoli di carattere gestionale e dirigenziale (a livello locale ed apicale) e lo sviluppo di competenze di carattere organizzativo. Questa tendenza è stata interpretata dallo stesso Freidson come strategia messa in atto dalla professione per mantenere i privilegi e la propria posizione di “dominanza” all'interno del sistema sanitario.

Sheaff e colleghi (2003), facendo ricorso al concetto di *soft bureaucracy* (Courpasson 2000), hanno rilevato come, dopo le riforme, nel contesto sanitario il potere non sia esercitato secondo una supervisione rigida e gerarchica, ma mediante un corporativismo flessibile, in base alle cui logiche taluni professionisti si inseriscono in ruoli di confine e fungono in qualche modo da cerniera tra dirigenza apicale e professionismo di base. Il concetto di burocrazia “soft” risponde all'esigenza di coniugare la centralizzazione organizzativa con le modalità decentralizzate di condurre le varie attività. Ciò fa sì che i professionisti con ruoli manageriali possano operare come una sorta di “cuscinetto” tra la dirigenza apicale ed i colleghi, trasmettendo così le direttive che giungono

dall'alto edulcorandole ed introducendovi elementi propri del professionalismo classico (Tousijn 2011). La ristrutturazione non delinea una semplice opposizione tra medici e manager, e quindi tra logica professionale e logica organizzativa, bensì una differenziazione di ruoli che non può essere semplicisticamente intesa come loro mutua esclusione.

A tal proposito, la letteratura ha messo in evidenza come le due culture istituzionali non solo non siano mutualmente esclusive, ma possano altresì compenetrarsi vicendevolmente, dando vita a nuove forme di negoziazione e di professionalismo, i cui confini si fanno sempre più labili, come riscontrato in corrispondenza di tendenze quali l'integrazione dei servizi socio-sanitari. È utile contestualizzare l'integrazione socio-sanitaria (ISS) nel dibattito concernente il rapporto tra logiche professionali e logiche manageriali (Tousijn 2011). L'ISS è gestita secondo un'impostazione multi-professionale che pone le basi per un ripensamento di ruoli e competenze delle varie professionalità chiamate in causa, afferenti sia al settore sanitario che a quello sociale. Le pratiche devono quindi essere negoziate e la dominanza medica lascia spazio a forme maggiormente cooperative di lavoro di squadra, in cui anche le altre professioni ricoprono un ruolo non di secondo piano.

Dal punto di vista organizzativo, l'ISS prevede un livello strettamente operativo ed uno di coordinamento e di supervisione delle attività. Il primo ha a che fare con l'erogazione del servizio ed è soggetto a maggiori vincoli; il secondo riguarda i ruoli manageriali e, in particolare, implica attività come l'elaborazione di protocolli e linee guida, monitoraggio delle prestazioni, formazione del personale e progettazione. La forte presenza di professionisti in questo secondo livello fa sì che queste figure svolgano attività di tipo manageriale e permette di registrare un caso di «colonizzazione alla rovescia», per cui «i professionisti non sono impegnati ad adattare o a modificare le istanze manageriali, né ad aggirarle: sono impegnati a crearle [...]. I compiti manageriali sono cooptati nel professionalismo» (Tousijn 2011: 106).

Pertanto, il rapporto managerialismo/professionalismo non risulta essere un gioco a somma zero: medici e dirigenza possono altresì portare avanti relazioni di collaborazione e mantenere i loro interessi e la loro identità. I professionisti, in definitiva, creano le proprie procedure nella situazione lavorativa specifica, cooptando talune istanze manageriali nel loro lavoro. La situazione può mutare tra i professionisti addetti a procedure più routinarie e professionisti con ruoli manageriali, ma in generale «il managerialismo è lontano dal costituire una minaccia al professionalismo dall'esterno; piuttosto è integrato nel lavoro dei professionisti» (Tousijn 2012, 528). Il rapporto tra logica manageriale e logica professionale necessita quindi di essere riconsiderato, giacché elementi come i *team* multi-professionali comportano un complesso intreccio di logiche, che non può essere ricondotto al solo avanzamento del managerialismo a scapito dell'autonomia professionale.

Su questa linea, le ricerche si sono concentrate maggiormente sulle reazioni messe in atto nel quotidiano dai medici di fronte al managerialismo, piuttosto che sulle differenti logiche lavorative di medici e dirigenti. Tali reazioni possono essere molto diverse tra loro e mutare a seconda delle caratteristiche dei contesti analizzati e a quelle degli attori che vi operano: l'interazione cui danno vita dinamiche manageriali e strategie professionali può essere contraddistinta da una marcata eterogeneità.

Le risposte strategiche si attestano su un vero e proprio *continuum*, che va dall'accettazione di taluni medici all'aperto rifiuto di talaltri: Tousijn (2013) ha recentemente proposto una classificazione delle reazioni dei medici a partire da una sistematizzazione della letteratura, dalla quale ha espunto le varie modalità di risposta al managerialismo.

Partendo dagli idealtipi di risposte strategiche ai processi istituzionali proposti da Oliver (1991), sono state individuate varie modalità di reazione: i profili variano dal consenso al rifiuto incondizionato, ma all'interno di questi confini si danno molteplici sfumature. L'accettazione può essere totale, avere carattere strumentale di facciata (tesa cioè a mantenere i propri spazi di autonomia), passiva rassegnazione o può infine definirsi come «riduzione», ovvero un'accettazione solo parziale delle direttive organizzative. La costante crescita del ricorso ad *équipes* multi-professionali ha invece sollecitato una reazione che rappresenta qualcosa di più di un compromesso tra le due logiche in gioco e si traduce in una rinegoziazione delle conoscenze e delle competenze utilizzate nell'interfacciarsi ad altri professionisti del settore per portare avanti un progetto comune.

Similmente, Numerato e colleghi (2012) individuano cinque linee interpretative riguardanti l'impatto del managerialismo: egemonia manageriale, cooptazione, negoziazione, adattamento strategico e opposizione.

L'egemonia manageriale è teorizzata da coloro che avanzano una lettura critica di stampo foucaultiano, filone cui abbiamo accennato in precedenza, che interpreta la managerializzazione della sanità come figlia di una più ampia forma governamentale fortemente improntata sul neoliberalismo. Questa rappresenta un'ideologia fatta di simboli, codici e linguaggi che individuano un'impostazione tesa ad introdurre i principi della standardizzazione in ambito sanitario. Secondo questo filone, il managerialismo è orientato a colonizzare la professione medica mediante meccanismi governamentali.

La cooptazione esprime l'utilizzo da parte dei clinici di linguaggi e codici tipici del *management* all'interno della loro logica e giurisdizione professionale; questa reazione poggia sul riconoscimento di una sostanziale utilità degli strumenti concettuali e tecnici della dirigenza.

La negoziazione implica l'assunzione da parte dei medici di ruoli manageriali a tempo pieno o parziale: costoro si trovano, pertanto, a mediare tra le esigenze dell'organizzazione da un lato e quelle cliniche dall'altro. In questa casistica si assiste ad un superamento della dicotomia tra cultura manageriale e cultura professionale.

L'adattamento strategico induce invece i medici ad agire come se avessero fatto propri certi modi di agire e di pensare manageriali per preservare identità ed obiettivi lavorativi. È questa un'aderenza di tipo formale al *management* per far sì che le pratiche professionali rimangano inalterate ed è perciò stata definita come una "colonizzazione inversa" (*reverse colonization*), cioè non una colonizzazione della logica clinica da parte di quella organizzativa, bensì una colonizzazione del *management* messa in atto dalla professione medica.

La resistenza vede infine le direttive dirigenziali come un'invasione di campo, data la loro natura fortemente in contrasto con le logiche lavorative classiche: muove pertanto da un rafforzamento del professionalismo come reazione al *management*, estrinsecandosi in forme di aperta resistenza ai suoi assunti. L'ottica del controllo dei costi e la standardizzazione delle pratiche sono vissuti come limiti per l'autonomia professionale. Le ultime due forme di reazione poggiano sull'idea di due logiche istituzionali e due culture altamente conflittuali: quella occupazionale e quella organizzativa.

Con riferimento alle possibili reazioni dei medici alle procedure organizzative, Waring e Currie (2009) hanno riscontrato di recente differenze significative a seconda del contesto studiato. La cooptazione è stata riscontrata tra i medici del dipartimento di ostetricia e ginecologia: «questi medici riconoscono un merito al sostituire o aggiornare le loro pratiche preesistenti con nuove procedure» (Waring, Currie 2009: 768); accettano quindi di buon grado i nuovi *input*, che ritengono possano migliorare la qualità delle prestazioni offerte, e li inseriscono di fatto all'interno della propria giurisdizione professionale. L'elusione è stata osservata invece nel dipartimento di anestesia, dove gli anestesisti sostengono con forza la comprovata efficacia dei loro metodi lavorativi. Questi soggetti rivendicano l'affidabilità del retaggio professionale classico e la capacità dei medici di gestire in modo autonomo il proprio lavoro e la tendenziale inutilità delle procedure "non mediche" (*unmedical*). Infine, la reazione può essere all'insegna di un adattamento tendenzialmente scettico e superficiale alle direttive organizzative (riduzione), che giunge ad essere parte integrante del processo lavorativo quotidiano, come rilevato nel dipartimento di riabilitazione e medicina acuta.

Per quanto riguarda l'assunzione di ruoli manageriali da parte di rappresentanti della professione medica, i due autori propongono la teoria, citata poc'anzi, della «colonizzazione inversa», per cui «le tecniche di *management* sono cooptate nel lavoro professionale come una forma di resistenza, con i professionisti che divengono competenti in ambito manageriale piuttosto che esser semplicemente cooptati nei ruoli manageriali» (Waring, Currie 2009: 774). Secondo questa lettura, la managerializzazione del lavoro professionale fa sì che i professionisti facciano proprie le tecniche ed i metodi manageriali per prevenire l'avanzamento del *management*. Essi divengono così maggiormente "manageriali" nelle loro pratiche e nella loro identità. È questo un modo, da parte dei gruppi professionali, di produrre confini cognitivi e sociali nei confronti di novità organizzative profonde, che coinvolgono le dimensioni fondamentali della loro identità.

La conclusione cui perviene questa ricerca è che le modalità di risposta al mutamento da parte dei professionisti non sono omogenee; sono altresì influenzate da caratteristiche proprie del settore di appartenenza, della specializzazione e del ruolo ricoperto nella struttura, giacché ognuno di questi fattori presenta retaggi particolari che si riflettono sul modo di sentire e di lavorare del singolo.

L'introduzione di un professionalismo organizzativo si pone dunque come fattore di rottura rispetto al passato

e crea i prodromi di un incontro/scontro tra logiche differenti e potenzialmente in competizione, ma può anche condurre ad una graduale solidarietà e a nuove forme collaborative tra dirigenza e medici (Reay, Hinings 2009). L'idea che va consolidandosi è che l'introduzione di una nuova logica all'interno di un contesto istituzionale definito non implichi necessariamente vincitori e perdenti, ma solo strategie volte al mantenimento delle specificità identitarie e della propria indipendenza nell'ottica del raggiungimento di obiettivi condivisi.

Di conseguenza, non si dà una logica dominante, bensì differenti logiche istituzionali che governano vari aspetti dell'organizzazione (McDonald *et al.* 2013). Ciò crea le basi per una rinegoziazione dei ruoli e delle identità tanto dei medici coinvolti nella professione classica quanto di quelli coinvolti nel *management*. Una delle teorie maggiormente in voga è quella dell'ibridazione tra la logica professionale classica e quella organizzativa (Evetts 2011a), di una reciproca influenza che tende a rimodellare la professione medica nei suoi diversi ruoli e nelle sue differenti forme all'interno delle organizzazioni sanitarie: le competenze manageriali e quelle cliniche si intrecciano, anziché escludersi reciprocamente, nel concetto di "professionalismo organizzativo" che abbiamo visto precedentemente. In definitiva, il campo di studi sulle reazioni messe in atto dalla professione medica di fronte ai radicali mutamenti dei sistemi sanitari occidentali è molteplice: la risposta muta a seconda del contesto di riferimento (ospedale, medicina generale, Distretto socio-sanitario) e anche in base alle caratteristiche dei medici, in particolare l'età, il ruolo ricoperto ed il contesto in cui è avvenuta la loro socializzazione professionale.

Conclusioni

Le riforme hanno fatto sì che il settore sanitario divenisse il terreno d'incontro di due logiche istituzionali, corrispondenti a veri e propri riferimenti per muoversi a livello pratico nella realtà quotidiana dell'organizzazione. La riconfigurazione organizzativa si è quindi posta come fattore di discontinuità rispetto alla logica istituzionale dominante in precedenza e ha introdotto un modo nuovo di agire e di lavorare a professionisti abituati, per forma mentale e pratiche quotidiane, ad esercitare un forte margine di autonomia sul proprio operato. Sono state create la basi per un conflitto tra differenti modi di vivere e praticare un'attività all'interno della medesima realtà istituzionale.

La letteratura ha individuato inizialmente nelle dinamiche innescate dalle riforme i prodromi di uno scontro senza soluzione di continuità tra professione medica e *management* per garantirsi l'egemonia all'interno del settore sanitario. Gli studi recenti, soprattutto internazionali, hanno cercato invece di dare conto della varietà delle dinamiche in atto, superando le letture dicotomiche del fenomeno, che rischiano di precludere orizzonti interpretativi più ricchi e di maggiore potenziale esplicativo.

I concetti di managerialismo e di consumerismo cercano di dare conto delle tendenze organizzative e socio-culturali che mettono in discussione l'autonomia professionale dei medici, ponendo l'attenzione, rispettivamente, sul paradigma del NPM e della medicina burocratica e sulle problematiche poste dal "paziente informato".

Strumenti concettuali come quelli di "professionalismo organizzativo" o "professionalismo organizzato" cercano invece di mettere in risalto le determinanti socio-culturali ed organizzative del mutamento: il momento professionale e quello dell'organizzazione non sono tra loro contrapposti, ma si integrano in una visione più complessa e multidimensionale. In tal modo è possibile andare oltre una visione rigida e collocare piuttosto le reazioni degli attori all'interno di un *continuum* che può far comprendere meglio le nuove forme di negoziazione all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Le riforme hanno avuto quindi come effetto l'ingresso di nuovi modelli di azione, nuove forme mentali e nuovi principi sui quali impostare le pratiche lavorative. Gli studi più recenti si sono concentrati proprio sulla ricezione delle istanze organizzative nella pratica quotidiana, in particolare sulla molteplicità di reazioni messe in atto dalla professione medica.

Con questo contributo si è cercato di proporre alcuni tra i concetti elaborati dalla sociologia, utili per superare letture polarizzate, che rischiano di imbrigliare la visione dello studioso e di costituire delle gabbie mentali, a favore di una visione più complessa e meno semplicistica del fenomeno.

Riferimenti bibliografici

- Bertin G. (2007), *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Milano: Franco Angeli.
- Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D. e Evetts J. (2011), *New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? New Public Management and Professions in the Public Administration: Beyond Opposition, What New Patterns Are Taking Shape?*, in «Sociologie du travail», 53.
- Courpasson D. (2000), *Managerial Strategies of Domination. Power in Soft Bureaucracies*, in «Organization Studies», 21/1: 141-161.
- Doolin B. (2002), *Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians*, in «Organization Studies», 23: 369-390.
- Enthoven A. C. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Esping-Andersen G. (2000), *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Bologna: Il Mulino.
- Evetts J. (2009), *New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences*, in «Comparative Sociology», 8: 247-266.
- Evetts J. (2011a), *A New Professionalism? Challenges and Opportunities*, in «Current Sociology», 59: 406-422.
- Evetts J. (2011b), *New Professionalism and New Public Management: Changes and Continuities*, in P. Bezes et al. (2011): 334-348.
- Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali*, Bologna: Il Mulino.
- Filc D. (2006), *Physicians as "Organic Intellectuals". A Contribution to the Stratification Versus Deprofessionalization Debate*, in «Acta sociologica», 2006, 49: 273-285.
- Fournier V. (1999), *The Appeal to "Professionalism" as a Disciplinary Mechanism*, in «The Sociological Review», 47(2): 280-307.
- Freidson E. (2002a), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano: Franco Angeli.
- Freidson E. (2002b), *Professionalismo. La terza logica*, Bari: Dedalo.
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano: Franco Angeli.
- Harrison S., Ahmad W. (2000), *Medical autonomy and the UK State 1975 to 2025*, in «Sociology», 2000, 34(1): 129-146.
- Kirkpatrick I. et al. (2009), *Medicine and Management in a Comparative Perspective: The Case of Denmark and England*, in «Sociology of Health & Illness», 31(5): 642-658.
- Martinussen P. A., Magnussen J. (2011), *Resisting Market-inspired Reform in Healthcare: The role of Professional Subcultures in Medicine*, in «Social Sciences & Medicine», 73: 193-200.
- McDonald R., Cheraghi-Soli S., Bayes S., Morriss R., Kai J. (2013), *Competing and Coexisting Logics in the Changing Field of English General Medical Practice*, «Social Science & Medicine», 93: 47-54.
- Mele R., Adinolfi P. (2005), *Elementi di Management Sanitario*, Salerno: Kastalia Multimedia.
- Mele R., Triassi M. (2008), *Management e gestione delle aziende sanitarie*, Padova: CEDAM.
- Navarro V. (1988), *Professional Dominance or Proletarianization? Neither*, in «Milbank Quart», 66: 57-75.
- Nordegraaf M. (2011), *Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues*, in «Organization Studies», 32(10): 1349-1371.
- Numerato D., Salvatore D., Fattore G. (2012), *The Impact of Management on Medical Professionalism: a Review*, «Sociology of Health and Illness», 4: 626-644.
- Oliver C. (1991), *Strategic Responses To Institutional Processes*, «Academic Management Review», 16, 1: 145-179.

- Parker M., Dent M. (1996), *Managers, Doctors, and Culture. Changing an English Health District*, in «Administration & Society», 28(3): 335-361.
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Milano: Edizioni di Comunità.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis. New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, Oxford: Oxford University Press.
- Reay T., Hinings C. R. (2009), *Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics*, in «Organization Studies», 30(06): 629-650.
- Ritzer G., Walczak D. (1988), *Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians*, in «Social Forces», 67(1): 1-22.
- Sandstrom R. W., (2007), *The Meanings of Autonomy for Physical Therapy*, in «Physical Therapy», 87: 98-106.
- Sheaff R., Rogers A., Pickard S., Marshall M., Campbell S. (2003), *A Subtle Governance: "Soft" Medical Leadership in English Primary Care*, in «Sociology of Health & Illness», 5: 408-428.
- Speranza L., Tousijn W., G. Vicarelli (2008), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W. (1979, a cura di), *Sociologia delle professioni*, Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W., Giorgino V. M. B. (2009), *The Complexities of Negotiating Governance Change: Introducing Managerialism in Italy*, in «Health Economics, Policy and Law», 4, Special Issue 3: 329-346.
- Tousijn W. (2008a), *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumerista e alla sfida manageriale*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (2008): 73-92.
- Tousijn W. (2008b), *Opportunità e vincoli per una nuova logica professionale*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (2008): 147-162.
- Tousijn W. (2011), *Professionalismo e rapporti inter-professionali nelle équipe multidisciplinari*, in M. Bronzini (a cura di), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane: 91-108.
- Tousijn W. (2012), *Integrating Health and Social Care: Interprofessional Relations of Multidisciplinary Teams in Italy*, in «Current Sociology», 60(4): 522-537.
- Tousijn W. (2013), *Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo*, in G. Vicarelli (a cura di), *Cura e salute*, Roma: Carocci: 175-197.
- Vicarelli G., (2012), *Medici e manager. Verso un nuovo professionalismo?*, in «Cambio», 3: 126-136.
- Waring J. e Currie J. (2009), *Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession*, in «Organization Studies», 30: 755-777.
- Waring J. (2007), *Adaptive Regulation or Governmentality: Patient Safety and the Changing Regulation of Medicine*, in «Sociology of Health & Illness», 29(2): 163-179.