



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova

35139 PADOVA - Via San Prodocimo, 6/8 - Telefoni 049.8718855 - 049.8718811 - Fax 049.8721355
e-mail: info@omco.pd.it e-mail PEC: info.pd@pec.omceo.it

Oggetto:

Scuola di Etica Medica I e II modulo – anno 2019
Richiesta relazioni per pubblicazione

Le trasformazioni del rapporto medico-paziente in Italia: una analisi processuale

Giovanna Vicarelli

1. Introduzione: una questione di metodo

Per lungo tempo, la sociologia si è interrogata sulla diade medico-paziente, sui caratteri di tale relazione e sulle loro trasformazioni. Per certi versi, anzi, queste tematiche hanno costituito il nucleo centrale della sociologia della salute e della medicina (Ingrosso e Vicarelli 2015). Ciò nonostante, a partire dall'interpretazione data da Parsons (1964) del ruolo del malato, il dibattito si è incentrato, per lungo tempo, sulla limitata autonomia del paziente nei riguardi della professione medica. Solo a partire dagli anni Novanta, con l'emergere di nuove configurazioni sanitarie, il dibattito si è spostato sulla identificazione di più ampi livelli di autonomia dei malati e dei loro familiari (Vicarelli 2016).

L'attivazione dei cittadini, ovvero il potenziamento del ruolo di partecipazione, responsabilizzazione e decisione degli utenti in ambito sanitario, è riconosciuta dalla Carta di Ottawa fin dal 1986. Essa viene considerata come uno dei prerequisiti per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Da allora, si osserva una progressione esponenziale di studi, pubblicazioni e progetti direttamente legati a questo concetto. Tale processo non è estraneo ai cambiamenti che si registrano in questi anni, sia a livello di risorse economiche e finanziarie disponibili per la sanità, sia di ristrutturazione e riorganizzazione dei sistemi di welfare. D'altro canto, i mutamenti nello scenario epidemiologico e demografico, in particolare l'allungamento della vita, la diffusione di situazioni di cronicità e le trasformazioni delle strutture familiari negli attuali contesti di crisi economica, richiedono sempre più una ricomposizione della tradizionale divaricazione tra percorsi di cura formali e informali, tra sapere professionale e sapere profano (Ingrosso 2016).

Sembra necessario, allora, provare a definire quali sono state le trasformazioni nel rapporto medico-paziente in un'ottica processuale che ne evidenzia i mutamenti rispetto ad un passato per certi versi lontano

e per certi versi ancora influente sulle relazioni terapeutiche. Per affrontare questo tema si utilizzerà un approccio che fa riferimento al lavoro sociologico di Norbert Elias.

Secondo tale approccio, il primo elemento teorico da considerare riguarda l'*interdipendenza* che costituisce uno dei pilastri su cui costruire l'analisi del rapporto medico-paziente. Essa va interpretata a partire dal fatto che le professioni non inquadrano semplicemente l'azione di un individuo o di un gruppo, ma forme di interconnessione che si realizzano, in concreto, nel rapporto fra individui mutualmente coinvolti. Nuove scoperte ed invenzioni o nuove tecnologie – afferma Elias – sono fattori incidenti sullo sviluppo di una professione, così come l'emergere di nuovi bisogni umani, ma nessuno di questi fattori è da solo fonte della relazione. I bisogni umani divengono, cioè, differenziati e specifici solo in congiunzione con le tecniche umane specializzate che possono rispondere ad essi; queste, d'altro canto, emergono e si cristallizzano in attività lavorative solo in riferimento ad attuali o potenziali bisogni umani (Elias 2010).

Il secondo elemento teorico indicato da Elias porta l'attenzione sulla *dimensione processuale* delle interazioni. Si tratta, infatti, di un process of trial and error nel quale si tenta di far incontrare i bisogni di alcuni con le tecniche e le istituzioni di altri. Ogni passo in questa direzione è compiuto da individui e si svolge nel tempo configurando fasi di un percorso che dalle prime forme di nascita e di sviluppo di una professione passa a stadi di crescente stabilità, per volgere poi a situazioni di trasformazione ed adattamento su contesti storico-sociali in continuo cambiamento.

Tuttavia, ed è questo il terzo elemento che viene subito evidenziato, il processo, ossia la genesi e lo sviluppo di una professione, è molto più della somma totale di atti individuali (Elias 1950). Ciò significa che si creano *modelli di relazione* fra soggetti che vengono incorporati e riprodotti in maniera duratura nel processo cognitivo e di azione dei soggetti stessi. Un processo ricorsivo di cognizione e azione essenzialmente individuale diventa, nel tempo, una struttura, cioè, una forma istituzionale che si cristallizza e che si fa ricorrente, almeno finché non si pongano nuove interdipendenze e nuovi aggiustamenti fra bisogni e istituzioni professionali. Si tratta di aggiustamenti che non sono mai definitivi nel continuo cambiamento sociale. Anzi, afferma Elias, se si guarda al di là della facciata istituzionale e la si legge come parte di un più ampio network di relazioni umane, si scoprono le difficoltà che si sperimentano quotidianamente nel far incontrare bisogni ed expertise, così che si può comprendere come cambi nel tempo quello stesso quadro istituzionale. “Le discrepanze – scrive Elias – in un dato periodo possono emergere in misura maggiore dai cambiamenti delle tecniche e in un altro maggiormente dai cambiamenti nelle condizioni sociali e nei fabbisogni. Qualunque ne sia la causa immediata, esse creano difficoltà, producono frizioni e conflitti, mettono ogni membro della professione di fronte a problemi non creati da loro.... Anche le soluzioni non sono interamente nelle loro mani, perché talvolta i cambiamenti nelle condizioni sociali favoriscono l'adattamento, talaltra lo ritardano o lo bloccano del tutto” (Elias 2010: 38).

Si arriva, in tal modo, al quarto punto teorico cioè alle cause che possono aiutare a leggere i modelli configurativi di interdipendenza che si modellano nel tempo-spazio. “Negli studi di tipo storico – sottolinea Elias - lo sviluppo di professioni e di altre istituzioni appare come un progresso uniforme e costante verso la perfezione: la perfezione del nostro tempo” (Elias 2010: 39). Un percorso che si ritiene di poter spiegare attraverso relazioni semplici di causa-effetto. La centralità dell'intreccio, come forma specifica di relazione fra soggetti, richiede, invece, un *meccanismo causale di tipo circolare*, vincolato dalla compresenza di fenomeni a più direzioni e processualmente condizionato in senso retrospettivo e proiettivo. L'interdipendenza fondamentale che lega i soggetti può essere, infatti, concreta e rappresentata attraverso forme fisiche e materiali (per esempio in spazi di relazione), ma anche potenziale, cioè non fisicamente attivata, ma in grado ugualmente di produrre effetti sull'identità dei soggetti e sulla direzione dei processi (Squazzoni 2000). In questo senso, lo stabilizzarsi di una specifica configurazione sociale deriva dal prevalere di una determinata possibilità organizzativa fra le molte potenzialmente contenute nell'ambiente di interdipendenza dei soggetti coinvolti. Ciò significa che, proprio perché il sociale deriva dall'accavallarsi e

intrecciarsi della volontà di moltissime persone che per la loro reciproca interferenza non sono in grado di ottenere il risultato che si propongono, non ha senso cercare cause o leggi specifiche. La ricerca sociologica deve essere piuttosto rivolta a scoprire l'ordine spontaneo dei processi all'interno dei quali quei fenomeni si manifestano. Occorre svelare la forma di questi processi, individuare dei modelli processuali e verificarne l'adeguatezza attraverso la ricerca empirica e documentaria (Tabboni 1993; Perulli 2012).

Utilizzando, dunque, questo approccio teorico, ci si può chiedere come si manifesta il rapporto medico-paziente nelle attuali configurazioni di benessere e quanto esso sia cambiato rispetto alle configurazioni precedenti. La sociologia, infatti, ha individuato almeno tre diverse modalità istituzionali, organizzative e culturali attraverso cui, nel tempo, si è risposto ai bisogni di salute dei cittadini (Vicarelli 2013). Una prima configurazione si sviluppa, per quanto riguarda l'Italia, dal 1861 al 1921, una seconda dal 1922 arriva al 1978, una terza dall'inizio degli anni Ottanta si prolunga fino ai nostri giorni. Per ciascuno di questi periodi, dunque, si cercherà di individuare sinteticamente le modalità salienti del rapporto medico-paziente, guardando ai ruoli medici più rappresentativi per quella fase e di conseguenza alle tipologie di pazienti maggiormente presenti.

2. Il rapporto medico-paziente in epoca di welfare residuale (1861-1921)

I dati sul numero dei medici, dall'Unità al primo Novecento (Vicarelli 1997; 2010), dimostrano come essi provengono, assai più degli avvocati, da ceti borghesi piccolo possidenti o impiegatizi desiderosi di riscattarsi sul piano sociale. Sono, quindi, ceti in mobilità, alla ricerca di un posizionamento che li renda partecipi del benessere economico e del potere politico che la nuova Italia intende raggiungere. Da qui il disegno di sviluppo professionale messo in campo dalle diverse associazioni di categoria che si creano o si rafforzano in questi anni (l'Associazione medica italiana in primo luogo), nonché dalle singole personalità che riescono ad emergere nel panorama politico e culturale del tempo, agendo anche e soprattutto a livello parlamentare e di governo (Vicarelli 1997). Tuttavia, come scrive Maria Malatesta (2006) i medici entrano nel nuovo stato unitario portando con sé una contraddizione che li avrebbe tormentati a lungo e cioè domandare impiego, garanzie e autogoverno a una pubblica amministrazione avvezza a interpretare la sanità in termini di polizia. La legge del 1888, da questo punto di vista, recepisce l'introduzione obbligatoria nei comuni dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, ma non riconosce loro nessun governo diretto della sanità che resta saldamente nelle mani dei sindaci e dei prefetti in una logica in cui l'assistenza ai poveri ha ancora il carattere di un intervento residuale e di ordine pubblico, piuttosto che di vera e propria protezione sanitaria della popolazione. Negli anni del primo Novecento, la situazione sanitaria del paese non cambia. Le leggi volute da Giolitti, seppure importanti in un quadro nosologico difficile e bisognoso di interventi diretti da parte dello Stato, risultano limitate e settoriali, soprattutto se paragonate allo sforzo che nel campo della assicurazione sanitaria obbligatoria viene fatto in altri paesi europei, ad esempio in Germania. In tal caso, solo alcune scoperte mediche, i reali benefici derivanti dalla loro applicazione, la presenza di medici di fama internazionale in Parlamento e negli organi di governo, rendono possibili leggi settoriali che trovano, come nel caso della malaria, il proprio presupposto nella produzione e distribuzione statale del chinino (Vicarelli 1997).

In questo contesto, da un lato, i medici condotti tentano di passare da una "clinica ad personam", improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, ad una "clinica ad societatem" (Cosmacini 2000), improntata cioè al risanamento ambientale e al miglioramento delle condizioni generali di vita e di lavoro. Dall'altro lato, la maggior parte dei medici liberi professionisti dipende, per i propri redditi, dalla benevolenza e dai favori di una classe sociale, nobile e potente, che fa uso delle loro capacità in modo spesso strumentale e con marcate forme di dipendenza. I "medici di famiglia", infatti, altro non sono che professionisti inclusi nel personale di una casata, più o meno potente, che li considera alla stregua di "servitori" di più alto rango.

Se si guarda, dunque, alla posizione dell'una e dell'altra categoria medica, occorre valutarne lo status sociale basso, la limitata indipendenza economica ed un potere politico ancora molto ridotto. Inoltre, nel caso dei medici di famiglia, il rapporto con il paziente è contraddistinto da una forte asimmetria a favore di quest'ultimo che, essendo più altolocato, potente e spesso acculturato, intrattiene con il medico una relazione di bassa interdipendenza e comunque di maggiore autorità. La situazione sembrerebbe inversa nel caso dei medici condotti se non fosse che la presenza di un gran numero di altri curanti (ciarlatani, maghi e figure variegata della medicina popolare) rende sfuggente il paziente povero nei riguardi di una medicina con capacità di cura ancora molte limitate. La fiducia nei riguardi dei medici, dell'uno e dell'altro tipo, appare nel complesso limitata e circoscritta a rapporti individuali e molto personalizzati.

3. Il rapporto medico-paziente in epoca di welfare mutualistico (1922-1978)

Nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta l'Italia lascia inalterata una modalità di protezione sanitaria frammentata e particolaristica cui fa da riscontro un intervento pubblico ridotto. Il quadro istituzionale ereditato dal fascismo resta, infatti, immutato risultando costituito da sei regimi assicurativi principali (relativi a pensioni, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, malattia e maternità, infortuni e malattie professionali) amministrati da una grande quantità di enti caratterizzati da una forte eterogeneità sia rispetto al riconoscimento dei rischi che dei benefici. Si tratta di un sistema apparentemente modellato su base categoriale e professionale, ma in realtà guidato dal sistema politico-partitico che ne definisce, volta a volta, l'estensione e i requisiti per l'accesso. Nell'ambito sanitario, all'incremento della copertura mutualistica fa riscontro una rete eterogenea di strutture di base cui i medici di medicina generale ed i condotti debbono far affidamento per trovare una retribuzione che spesso deriva dalla duplicazione delle visite, degli accertamenti e delle prestazioni in strutture pubbliche e private. Alla molteplicità delle mutue e degli enti assistenziali si accompagna il mancato riordino del sistema ospedaliero così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione pubblica che risale alla normativa crispina del 1890 fino almeno alla riforma Mariotti del 1968. Nasce da queste condizioni la prospettiva, sostenuta dalle organizzazioni di categoria, di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego senza però intaccare l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici ed economici, con la possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si affianca a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie (Vicarelli 1997).

Ne deriva che i medici, in questi anni, recepiscono le grandi innovazioni tecnologiche e scientifiche nell'ambito della cura, ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche, senza cogliere la conseguente discontinuità storico-sociale che, d'altro canto, è negata da larga parte del mondo politico e culturale del tempo. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l'idea di una somma oggettuale di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina "ad societatem", ma anche a differenza di una medicina "ad personam" del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una "medicina ad organum" in cui la differenziazione specialistica conduce spesso verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra.

E' in questo periodo che cresce la dominanza medica, dapprima in modo limitato (nel Ventennio fascista), quindi in forma assai più rapida (nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta) al punto che alcuni hanno parlato, riferendosi a quest'ultimo periodo, di età d'oro della professione (Tousijn 2000). Nello specifico,

sono le nuove acquisizioni tecniche e scientifiche e l'espansione della copertura assistenziale che offrono alla medicina la possibilità di rivendicare un ruolo importante nella protezione sanitaria del paese, offrendole grandi elementi di prestigio sociale, di potere economico e politico (Freidson 2001). Lo stesso sviluppo di altre professioni sanitarie (vedi quelle infermieristiche e tecniche) avviene all'insegna di una subordinazione alla classe medica che ne indirizza la formazione e le attività assistenziali. Cambia, in questi anni, anche la figura del paziente che, in una società di massa a crescenti consumi, accede al sistema mutualistico grazie ad una posizione lavorativa garantita e con livelli di acculturazione relativamente più alti rispetto al passato. Ne deriva un rapporto con il paziente ampiamente asimmetrico a favore dei medici in quanto supportato da un sistema di fiducia istituzionalizzato in cui le facoltà di medicina, le strutture ospedaliere e sanitarie, gli ordini e le associazioni professionali riscuotono consensi diffusi e riconosciute forme di autorevolezza da parte della popolazione.

4. Il rapporto medico paziente in epoca di welfare universalistico-selettivo

Con la legge 833 del 1978 il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità si accompagna ad una strutturazione istituzionale basata sulle Unità Sanitarie Locali (USL), che entro un determinato territorio, sono investite della gestione di tutte le forme di intervento sanitario, in una logica universalistica che vede riconosciuto il diritto alla salute a tutti i cittadini italiani. La difficile attuazione del Servizio sanitario nazionale conduce, in breve tempo, alla trasformazione del sistema in termini aziendalistici. Un processo che culmina nel 1992 con la approvazione, da parte del governo Amato, del decreto legislativo 502 che istituisce, al posto delle USL, gestite da un Comitato di gestione di nomina comunale, le Aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) guidate da direttori generali di nomina regionale. L'aziendalizzazione della sanità, dapprima avversata dai partiti di sinistra e da alcune categorie mediche, diviene nel 1993 ampiamente accettata quando, a seguito della crisi istituzionale scaturita dalle inchieste della magistratura sugli illeciti nell'ambito sanitario, essa appare l'unica via per salvaguardare e rilanciare il Servizio sanitario che, tuttavia, diventa sempre più di competenza regionale soprattutto a partire dal 2001 a seguito della riforma costituzionale. Lo spirito manageriale viene, infatti, contrapposto alla gestione burocratica di tipo tradizionale, lenta, inefficiente e talvolta corrotta. Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti. Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di configurazioni gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di accountability del sistema e quindi di influenza del management. Tutto ciò in una crescente razionalizzazione della spesa sanitaria che, a partire dalla crisi economico-finanziaria del 2008, diminuisce costantemente andando ad incidere sulle condizioni specifiche di lavoro (blocco della contrattazione, blocco del turn-over nelle regioni in difficoltà di bilancio, modifiche nell'orario di lavoro, diminuzione delle posizioni apicali ecc.).

E' in questo contesto che si inizia a parlare di crisi della dominanza medica e di crescenti difficoltà della professione, che si va sempre più femminilizzando (Vicarelli 2008), nei riguardi dei pazienti. Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni tratte dai media, esprimono una domanda ampia, complessa e per certi

versi emozionale, carica di una nuova volontà di partecipazione e di coproduzione della cura. Al medico si richiede, sempre più, una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente disagio e con fenomeni di burn-out da parte dei professionisti. Nasce, da qui, l'esigenza avanzata di alcuni di riportare nella relazione con il paziente una dimensione narrativa (medicina narrativa) che permetta ai due soggetti della relazione di recuperare una trama più profonda dell'esperienza di vita e di malattia (Giarelli 2005; Bronzini 2016).

In altri termini, negli ultimi decenni del secolo, sembrano diminuire contemporaneamente sia la delega esclusiva concessa dallo stato alla professione medica, sia la fiducia incondizionata verso la medicina da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nell'un caso e nell'altro fanno sentire la propria influenza un mercato sanitario privato in espansione e una crescente cultura dei consumi che spinge la medicina e gli stessi cittadini verso il miglioramento e l'ottimizzazione delle performance individuali, al di là della semplice prevenzione e cura. Una tendenza quest'ultima che si accompagna ad un progresso tecnico e scientifico di grandissimo impatto che trova le sue basi scientifiche sulla "medicina molecolare e personalizzata", ben al di là, dunque, della "medicina ad organum" del periodo precedente. Ne deriva una perdita strisciante di status sociale, di potere politico e per certi versi di introiti economici da parte di una professione che vede diminuire, da parte dei pazienti, la fiducia istituzionale del periodo precedente. Mentre cade, infatti, lentamente, all'interno delle culture politiche dominanti, il riconoscimento delle gerarchie sociali e dei differenti livelli di autorevolezza, la fiducia dei cittadini viene sempre più veicolata dalle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione, finendo per localizzarsi su specifiche categorie o personalità mediche. Né vanno dimenticate le difficoltà a creare condizioni di fiducia reciproca tra gli stessi medici, sia quando si tratta della co-gestione delle cure di un paziente, sia quando si tratta dei rapporti tra specialità diverse o con i giovani specializzandi (Frankel et al 2019) Tutto ciò in una scena della cura che appare sempre più affollata di operatori profani oltre che professionali, in cui i medici fanno fatica a riproporre le modalità di guida e di coordinamento del periodo precedente.

Bibliografia

- Bronzini M. (a cura di) (2016). *Vissuti di malattia e percorsi di cura*. Bologna: Il Mulino.
- Cosmacini G. (2000). *Il mestiere di medico. Storia di una professione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Elias N. (1950). "Studies in the Genesis of the Naval Profession", *The British Journal of Sociology*, 1(4): 291-309.
- Elias N. (2010). *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*. Bologna: Il Mulino.
- Frankel RM, Tilden VP, Suchman A. (2019). A. Physicians' Trust in One Another, *JAMA*. Published online March 22.
- Freidson E. (2001). *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, a cura di G. Vicarelli. Milano: FrancoAngeli.
- Giarelli G. (2005). *La svolta narrativa: l'incontro clinico come negoziazione di significati*. In Giarelli G. et al. (a cura di). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: Franco Angeli, pp. 35-50.
- Ingrosso M. (2016). *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*. Roma: Aracne
- Ingrosso M. e Vicarelli G. (2015). *Nascita ed evoluzione della sociologia della salute italiana*. In Ingrosso M. (a cura di). *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*. Milano: Franco Angeli.
- Malatesta M. (2006). *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Torino: Einaudi.

- Parsons T. (1964). *The Professions and Social Structure*. In Id. (ed). *Essays in Sociological Theory*, rev. ed.. New York: Free Press, pp. 34-49.
- Perulli A. (2012). *Norbert Elias. Processi e parole della sociologia*. Roma: Carocci.
- Squazzoni F. (2000). "Norbert Elias: verso una sociologia morfogenetica e processuale", *Intersezioni. Rivista di storia delle idee*, 20(2): 285-296.
- Tabboni S. (1993). *Norbert Elias. Un ritratto intellettuale*. Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino
- Vicarelli G. (1997). *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*. Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (20018). *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. (a cura di) (2013). *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Roma: Carocci.
- Vicarelli G. (a cura di) (2016). *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, Bologna: Il Mulino.