

The relationship between health care users' demand and the health care system's response: a research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory

Renzo Carli, Rosa Maria Paniccia, Andrea Caputo, Francesca Dolcetti, Enzo Finore, Fiammetta Giovagnoli

Abstract

Our intent is to present citizens' demand of health care services in Italy through a research structured in three studies. We used the Emotional Text Analysis (ETA) to lead the three studies: the first study regarded the citizens' expectations of the healthcare services, the second study regarded the point of view of the hospital personnel (medical doctors and nurses), the third regarded the point of view of the General Practitioners on the health care services. These three studies are briefly presented. Data and outcome of an Assumed Similarity Test applied to all experimental subjects of the three studies in order to make a comparison among them, are also presented. The findings of the Emotional Text Analysis show that citizens, potential users of health services, center their requests on their individual subjectivity, and seek answers both to their suffering and to the feeling of alienation that characterizes the being sick feeling that makes them go to a medical doctor. For their part, general practitioners and hospital doctors immediately transform this subjective feeling in an objective medical diagnosis. Here a first gap emerges between patient's demand and medical response, leaving the possibility of an alliance on the diagnosis in order to jointly fight the disease. It has long been in place though a change that has expelled the patient also from sharing the diagnostic process, increasingly taken from self-centered dynamics within the healthcare system. This widens the gap between the request of the citizens and the response of the health services, that contributes to that conflictual growth to which defensive medicine gives a dysfunctional answer. The Assumed Similarity Test contributes to the interpretation of the health care dynamic identified in the Emotional Text Analysis; particularly in regard to the unfolding conflict, given by the hypothesis emerging from the data analysis, that a feeling of closeness for the hospital personnel goes along with an emotional stance of overpowering the other.

Keywords: medical doctor-patient relationship; psychology and hospital; citizens; defensive medicine; collusive dynamic.

•Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psicologia 1 of the University "Sapienza" in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

•Associate Professor at the Faculty of Medicine and Psychology of the University "Sapienza" in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

•Psychologist, Psychotherapist, PsyD in Health Psychology, PhD student in Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza", Professor at the Specializing School in Health Psychology of the University of Rome "Sapienza", Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology).

••Psychologist, Psychotherapist, Member of "RisorseObiettiviStrumenti", Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

••• Licensed Clinical Psychologist (Psy.D) and Health Psychologist at OptiMindHealth, Boston, Massachusetts.

••••Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital] *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608

Premise

In this paper we present a research based on three distinct studies. These are presented in detail in three different articles published in this same issue of the Rivista (Carli, Paniccia, & Caputo, 2016; Carli, Paniccia, Giovagnoli et al., 2016; Carli, Paniccia, Dolcetti et al., 2016). Here we offer the context in which the research places itself, its goal, the methodology used, a summary of the data found in the three articles, as well as some considerations and a conclusion. We also reserve a paragraph to the comparison between the experimental subjects of the three investigations, resulting from the data of a specific test shown below.

Let's start from a necessary introduction. In recent decades, health care, despite its profound differences in the various parts of the world¹, has changed greatly. Among the changes often mentioned there is a tendency for many diseases to become chronic and a need to take care of elderly patients, presenting the "end of life" issue. There is a multiplication of specialties that often fragments the services offered to the ill person. There is a growing confidence, within many health care fields, in EBM (Evidence Based Medicine), where clinical decisions are grounded on the most accredited medical research outcomes (Greenhalgh, 2010; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). This praxis, which relates to the outcomes of a well-developed bio-medical research trend, is joined by another one, the NBM (Narrative Based Medicine²). The NBM stresses the importance, together with the classically "medical diagnosis" of the patient and his or her "organic" issues, an attention to the patient and to the relationship between patient and medical doctor.

These two approaches, of great relevance within medical cultures where the cultural context gauges for a praxis grounded on the "scientific" weight of medical decisions, can lose relevance there where another health care culture influences the relationship between doctors and nurses on one side, patients and families on the other. We also consider how EBM, also developed in Italy, requires an expertise that privileges scientific evidence in the doctors' decisions. Evidence which transcends the individual physician's beliefs, or that has the scope of making up for the physician's insufficient basic training. "Evidence based" medicine stems from the remarking of how lacking both medical decisions, in regard to diagnosis-prognosis-therapy, and filed guidelines formulated for groups or populations suffering from specific diseases, are. The intent has been to correct a poor and inaccurate knowledge of the information derived from scientific research, both clinical and epidemiological. The question of competence of the health system to take care of the patient from a "human" point of view remains; namely the competence in dealing with the relationship established with patients and their families, in a caring, emotionally "empathetic" way.

Scientific competence and relational competence, however, are pursued as a granted desirable size value, regardless of the patients' demand and the culture of the health system within which scientific value and empathy must be developed. We also add: this comes independently of the evolution of the health system and its profound differences in the different areas of the World.

One last note. Are evidence based science and the empathic relationship between medical doctor and patient incompatible scopes? How have they developed, in the long history of the health care tradition, within different cultures? The issue of compatibility between adherence to evidence based protocols and attention to the patient's subjectivity is receiving little attention. As often it happens when it is assumed that changes in relational models can be based on values rather than on an analysis of reality. Since the late 40s of the last century, with Michael Balint (1957/1961), evidence of the great importance of the relationship between doctor and patient, was noted. A relationship that depends, also, from the doctor's personality characteristics and its competence to deal along with the patient, with the implied relationship dynamics present in the diagnosis and in therapy. To understand the patient as a person, to show empathy towards him or her, have therapeutic value in itself: this is the axiom that guides the "Balint group" in training family doctors. Narrative medicine, for its part, emphasizes the therapeutic role of the experience of the story of the patient's disease; It underlines the importance of sharing this experience through a narrative offered to the medical doctor. But the problem remains the same: what does it mean "to understand the patient as a person"? What does it mean "to improve the doctor-patient relationship" promoting empathy in the attitude of health care providers? What does it mean "to share" the narration of the patient's illness from the doctor's standpoint? It seems that the worry to "humanize" medicine arises from the remarking, shared with the health care culture,

¹ Please refer to, in this regard, to the volume: World Health Organization (Eds.), World Health Statistics 2015 from the site: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ See, in particular, chapter 8, entitled: Health Inequities, where differences in health services within different populations, nations and social groups are exposed and analyzed.

² For Narrative Medicine we refer only to the works by Rita Charon (2006, 1995, 1993), considered the founder of this "holistic" oriented movement in medicine which focuses on the attention of the doctor upon the patient and his or her "narrative" of the disease that brought the patient to the doctor.

of how problematically “violent” the relationship between patients and health care personnel is. A deepening of the topic seems important, to avoid unnecessary and often problematic appeal to good sentiments.

Back to our research, it developed out of a long experience of intervention and research with the health care system; we particularly refer to work that has been going on for years in collaboration with a roman hospital, the San Filippo Neri (SFN). In 2008 two partners within the research, the Studio di Psicosociologia (SPS) and the Servizio Prevenzione Rischi of SNF assessed the psychosocial risk within the SFN, identifying the areas at highest risk (Carli et al., 2012); later they intervened in specific Operational Units, particularly Neonatology, ambulatories, the Emergency Room. At the same time, since 2008 SPS and the Psychology department of another hospital, Fatebenefratelli San Giovanni Calibita (FBF) work together, intervening in different Operational Units such as Oncology. Some actions are also carried out at the hospital Santo Spirito in Sassia (Brescia et al., 2013; Cafaro et al., 2013; Civitillo, 2012; Conti, Sacchi, & Stocchino, 2009; Giacchetti, 2014). The challenges posed by these hospitals, closely related to what expressed in this premise, invited us, over time, to widen the research to include the culture and needs of the territory.

Research goal

In the health care system of our Country, over the past thirty years, the relationship between user’s demand and services’ response has changed dramatically. The change is due to multiple factors, not always accounted by their influence on the relationship between citizens and the health care system. The research aims to highlight the symbolic components of the demand that citizens make to the health care system. At the same time we explored the symbolic-emotional modalities with which health care, through general medical practice and hospital practice, responds to the demands of patients for services.

In analyzing the relationship between health care users’ demand and the response of the health care system, we took into account both the culture of the users and that of the working professionals. We kept in mind the changing attitude of patients and family members towards health care, as well as the change of the health care system and its difficulty in giving a credible response to the new demands of the users. For some decades now the health care users are not as quietly dependent on the health care context anymore. Uncritical and trusting dependency has been replaced by widespread mistrust, aimed at curbing the health care strategies and involving law institutions in case of incompetent inefficient or careless interventions³.

As for the health care system, in recent years it undergone many changes, due to a series of reforms. It was intended to transform the health care institution in a firm, binding it to standards of efficiency and effectiveness. Without “spending limits” due to a duty to care for the “patient’s life”, and taken by an efficacy paradox⁴, the health care system changed. It changed – in the hopes of a legislator – into a health care attentive to costs and to its operational efficacy. A non-always credible cumbersome presence has been interposed between patient and health care system, a management structure that formulates intervention strategies for the health care system and monitors its functionality⁵. This “corporatization” was initially met

³ This is the theme of health malpractice and that of defensive medicine. In our Country the medical-legal litigation between patients and their families on one side, doctors and health care system on the other, is growing exponentially and chaotically. The National Association of Insurance Companies reports chaos due to lack of regulation and transparency in the field, from which emerge increasing uncertain compensations and high risks to both healthcare staff and patients (ANIA, 2014). A report by the Ministry of Health (2015) on defensive medicine proposes estimates of its cost, its dimensions, its motivations. It shows that 77.9% of the sample of aspecific research on the topic held at least one defensive medicine behavior in the last month of work (92.3% in the 32-42 years range). At the same time, the AMAMI Association, which represents doctors unjustly brought to trial, publishes annual data on the outcomes of the process: only 1% resulted in a judgment in favor of the patient (Flamigni & Mengarelli, 2015). The fact that despite this data there is an insistence in eliciting disputes, reports an indisputable deterioration of confidence in the health system and a discomfort inside this system. This is a deterioration to be studied in complex causes and under a factual profile, but also in their important symbolic dimension.

⁴ We suggested an efficacy paradox model for health care (Carli, 2013b; Carli & Paniccia, 2011). We can summarize it like this: efficacy is the ability of an organization to achieve its objectives; efficiency is the ability to optimize the use of resources in achieving these objectives. Efficiency is motivated and justified by efficacy. In the health care world efficacy is the set of processes that can improve the health status of patients, or rather of the served population. This constitutes a health care efficacy that seems to be without predictable and foreseeable “limits”. There is no “limit” able to provide an anchoring to efficacy while pursuing and improving health. Without a “measurable” efficacy it is not even possible to define parameters of resources in reference to objectives; therefore, the concept of organizational efficiency, is not, in fact, properly used.

⁵ One cannot help but compare the intent of the corporatization with the following data. In a white book on corruption in the health care system of ISPE, Istituto per la promozione dell’etica in sanità, namely Institute for the promotion of

with resistance and criticism, both by the citizens and health workers. It was later accepted, often unwillingly; but it has profoundly changed the emotional relationship between the public citizens and the health care system. We also remember the ongoing complex change of primary care provided by the decree Balduzzi (Decree Law no. 158/2012), which intervenes on a health care too centered on hospital care and on a community health care in critical shape. Our goal is to explore and deepen issues, relevant from our point of view, concerning the symbolic change that elapsed in the relationship between patients and their families on the one hand, health professionals on the other.

Methodology

In order to analyze symbolic dimensions characterizing citizens' demand for health services, as well as the symbolic response of the health care system, in both its general medicine and hospital medicine branches, we used a methodology of text analysis. This analysis was made on texts of interviews we performed with citizens seen as potential health care users as well as with health care professionals, both in general practice and in the hospital. The text of the interviews has been processed through the Emotional Text Analysis (ETA), a methodology that allows to highlight the emotional symbolization within the gathered texts. The ETA detects the dense words in a text corpus, namely words with high emotional polysemy and low ambiguity. Then, by analyzing the co-occurrence of dense words within the text using cluster analysis and multiple correspondence analysis, the ETA allows for dense words to form clusters positioned within a factorial space, thus offering a mapping of the emotional symbolization shared by respondents about the theme of the research, conveyed through stimulus questions (Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016). A test to compare the experimental subjects of the three studies was also used. We will devote a paragraph to the test itself. We'd like to remind again that while we present here a summary of the ETA results, which are detailed in the articles we cited in the premise, the test data and their analysis are presented in this article.

We briefly remind of the three groups that form the sum of the interviewees, a total of 92: 31 citizens, 36 General Practitioner medical doctors, 25 hospital professionals (18 medical doctors and 7 nurses).

We report here an outline of the interview questions we used with the experimental groups⁶. We introduced ourselves as a research group formed of a psychology professor from the University of Rome, "Sapienza", and two hospitals of the city of Rome⁷. We declared as our interest in exploring the relationship between citizens, hospital, general practitioners, nursing services and health assistance in the territory, with the aim of improving the health service offered. We added that we would have listened to the interviewee in order to learn about his experience in the field and collect his opinion; we mentioned that the interview would have lasted about half an hour, we asked to be able to audio record and that we would have shared the outcome with research participants who so wished.

This outline was substantially the same for the three groups. The Emotional Text Analysis was conducted separately; the three different analyses are the focus of the three articles mentioned earlier. Here we report a summary of them.

Summary of the Emotional Text Analysis data

We present, synthetically, what emerged from the analysis of the texts gathered from the three groups: citizens, general practitioners and hospital personnel. We begin from the citizens, the users of the health care system, the ones to whom the system should answer to.

ethics in health (ISPE/Health, 2014), it is written how the Italian health system still presents itself as one of the best in the world, but in relationships to reports such as the one of the University of Gothenburg in 2012, in which 18 European countries were compared, it is found that it starts losing positions mainly because of corruption and lack of transparency.

⁶ For the actual text please see the three articles mentioned above.

⁷ In detail, the research partners are: a clinical psychology faculty of Medicine and Psychology, "Sapienza", Rome; the Studio di Psicosociologia (SPS, specialization school in psychoanalytic psychotherapy); San Filippo Neri Hospital and San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Hospital in Rome, the department of Respiratory Pathophysiology, Roman Municipality Area XII.

Citizens

From the analysis it's the individual that emerges, the single person that through suffering becomes an ill person. Suffering is felt from all of us sooner or later and we all happen to need the health care system because of the pain we feel. The personal emotional involvement with "being sick" and of the "disease" touches everyone, and engages us all within an emotional representation defined by the health care system. In the demand of the citizens the most interesting element of this representation is in the request for care, and the pairing of the objectivity of the disease with the patient's subjectivity. For the interviewed citizens, at the center of the relationship with health care services, there are arising claims for a subjective view of themselves as ill people. The other cultural dynamics regarding the health care system are distributed around and in opposition to this cultural model. In a first dynamic we find a deep mistrust of public health care, and the ensuing need to face huge costs for private health services. In a second one we find differences in the issues that separates between the "ill-self" and the "ill-other", the ill family member. For the later ones, being ill or being hospitalized to give birth, it is emphasized how being patients has to do with a regressive state, and the necessity to which taking care of this regression are family members, because the health system does not know how to do it.

In a third dynamic we find two different types of illnesses: that which derives from traumatic accidents, with the urgency of promptly intervene to save one from death; and that which derives from aging, with an emphasis on organizational and emotional complications. In this second case the intervention is aimed at prolonging life, in spite of a nonetheless inevitable death. In a nutshell, the emotions of citizens, that deal with the health care system, revolves around three emotional dynamics: suffering-life-death. These emotional dynamics are articulated within the opposition of self and other: while suffering defines the ill self, problems related to life and death are related to the other. These cultures indicate the different contingencies with which one deals with the relationship established with the health care system. Let's remember that these are contingencies that emerge from the emotional representation of people utilizing health care services. We'll see how they are very different from those that emerged from the emotional representation of health care delivery personnel, both from the general practitioners and the hospital personnel.

General Practitioners

The general practitioners report two major problems. The first is a health care system centered on first-aid, dealt by emergency room, and urgency medicine; in this system they experience themselves as not having the power to intervene, and somehow marginalized. The second problem is the chronic nature of the elderly, treated at the patient's home, where other operators (nurses, caregivers, health workers in general) replace the medical doctor.

A widespread powerlessness permeates this culture. The doctor no longer has the power to meet the patient's expectations. A patient who is expecting a doctor able to enter his house to receive a diagnosis and a medical therapy, to treat patients acknowledged in their inability to move from their home. Today things have changed profoundly, our doctors seem expressing. Except for emergencies and chronically ill elderly, doctors today see patients in the ambulatory clinics and at the hospital. Patients today are forced to go to the doctor, they cannot "make a call" to have the doctor come taking care for them.

This is a culture about difficulties. The doctor's job seems hampered by a variety of factors. The loss of absolute power – founded on morals and conscience – constitutes a catastrophe for the medical profession and for the relationship between doctor and patient. The medical doctor, sealed in his office, feels no longer able to establish that relationship of trust and dependency that would enable a useful and reliable medical intervention. The general practitioner feels that he or she has lost the patients' trust. Without a direct, domiciliary, relationship with the patients, the doctor feels he or she has to deal with the risk of lawsuits, with the obtuseness of bureaucracy, with the relentless blindness of politics and pitiless economy rules. All this, in recent past, did not exist. We are faced with a culture of regret, of submissive passivity. There is a kind of role reversal for the medical doctor. In the face of threats, the doctor takes on the role of "patient," of the ill which proclaims passive suffering.

Hospital health personnel

First of all we need to mention that there is a hospital culture characterized by categorical confusion between life and death.

Here the paradigmatic cases of the dilemma of the medical intervention itself, which unfolds within the polarities of life and death, are the terminally ill symbolizing life as it moves towards the non-existence of death and the premature newborn as a nonexistence that moves towards life.

The terminally ill are expelled from the hospital: those who are dying can do with the caring assistance of family members, at home or at the hospice, without having to deal with the loneliness of the hospital. Those who transition from the non-existence of prematurity to the life of a “healthy” baby, are discharged like in a second birth. In summary, the hospital refuses death inside of it and at the same time gives life back. The hospital also has substitutive functions. Acts as a vicarious mother for the one that gave birth to a premature child, it performs a replacement function for the non-fertile woman who wants to procreate and presents with challenges in doing so “naturally.” There seems to be a sort of “manic” pride in giving life and avoiding death through substitutive functions that have little to do with the disease, seen only in its terminal characteristics that the hospital refuses and expels. It is only later that the ill patients appear in their relationship with the hospital. When hospital personnel recognize their health care function, this is matched with a blaming of the chronically ill for causing a disease crisis due mistakes in the compliance with the medical prescriptions. First aid and urgency medicine follows: to crises the hospital responds with urgent interventions. Finally, we find the relationship between hospital its local territory, where a collaboration with primary care is perceived as a necessary but insufficient. This should really take care of the ill, avoiding the bureaucracy that churns out recipes without a visit. This could avoid hospital overload that for the interviewed is the consequence of poorly efficient medical health care in the territory.

To give life and to avoid death appear as the two jobs that the hospital personnel experience as respectful and prestigious. For everything else, the hospital seems to seek a scapegoat for a difficult and frustrating task. They ones to blame are the chronically ill who do not follow the doctor’s order and cause exacerbations of their disease; as well as bureaucratized primary care and poorly able to care for the ill population; and the terminally ill that only require to be attended to their death, because there is nothing left to do anymore for the reversibility of the illness.

Concluding

For the citizens, the users of the health care system, the most relevant symbolic dynamic is the one with which the individual is defined as ill. In the subjective construction of one’s being ill, each one develops its own demand for the health care system. A demand which has, as an underlying trend, the expectation of this system to take care of the anxiety elicited by the suffering experience that interrupts the experience of being healthy. The subjective decision of the disease is, for the layman, the loss of the typical condition of the “silence of the organs⁸”; a loss that introduces – for the person – an exception, an emergency state. For those who decide to be ill the disease is the loss of a typical experience, given for granted, essential: one that allows adaptation to work, to social engagement, family life, that allows for the idiosyncratic relationship with one’s own reality.

General practitioners physicians report that ambulatory clinics are the place of failure for their relationship with patients. The emergency room for emergencies, home care (as opposed to medical care) devoted to the chronically ill and the elderly, are the two very relevant areas to them that over time have been withheld from general practitioners themselves. This withholding is due to their “inability” and reluctance to go to the home of the ill, but also from feeling forced to a humiliating confrontation with the bureaucracy that plagues the health care system. The ambulatory, representing the reluctance of a domiciliary presence that would respond to the expectations of the patient, is the place of a possible conflict with the patients and their families.

Finally, the hospital personnel find itself engaged in defining the “thaumaturgic” power hospital have in deciding who can be inside and who should be outside of the hospital itself. Reminding here that thaumaturgic is a word that comes from *Theama*, show, and *oyrgòs*, to operate, and designates he or she who does a prodigious thing.

We will return to all this upon reaching the conclusions of this written contribution. For now, this summary is useful in identifying the symbolic specifics that characterize the three groups we analyzed.

⁸ “La santé est la vie, dans le silence des organes”: with these words was defined health, by French doctor A. Leriche, in 1936 (Bezy, 2009).

Assumed Similarity Test (AST)

The Assumed Similarity has been proposed by Fiedler (1954; 1958) to measure interpersonal perception within small groups. Measurement of Assumed Similarity was made between specific components of the group. For example, accepted or rejected members of the same group differentiated through socio-metric measurement. Crombach (1955) proposed a breakdown of ‘index “D” (index that organizes the measurement of Assumed Similarity) in invariant components and mutable components. At first the Assumed Similarity was measured in reference to specific components of the small group (for example, related to leadership or emotional approval), and to their emotional connotations within the group itself; after Crombach it could be used in regard to the “generalized other.” A “generalized other” that can be characterized according to functional or role variables, or with various kinds of social connotations. Broadening the scope of the research to generalized social components made it possible to explore the interpersonal distance between different functional groups within a specific organization or within a specific area of coexistence. This is the case of extensive research that one of implemented in the past (Carli, 1968, 1970; Carli & Edwards, 1971; Carli, Mangiarotti, & Scalfaro, 1972).

In the research made on local cultures of the different groups that contribute to the delivery and use of health care services in the territory and in hospitals, it seemed important to measure the “interpersonal distance” between the groups themselves. Interpersonal distance is defined as the difference between the way in which the members of a specific group perceive themselves, and the way – those same members – think that the members of other social groups perceive, in turn, themselves. One can therefore ask the hospital nurses participating in the study to describe themselves through the scale of adjectives that constitutes the Assumed Similarity Test. They are then asked to evaluate how they think citizens receiving services within the same health care system they work in, evaluate themselves on the same scale. We would then have a measurement of “interpersonal distance” assessed by nurses in their relationship with citizens who receive health care from the system. The lower the numerical value of Assumed Similarity, the higher will the Assumed Similarity that nurses believe there is between them and the citizens, and vice versa. We emphasize the “subjective” breadth of these assessments. This is not about a realistic accuracy in assessing the other, it is an “assumption” of similarity between themselves and the assignment of the same evaluation to the “generalized other”, itemized only by the role one has within the health care system (doctors, nurses, patients/citizens).

The measurement of interpersonal distance between the different components of a specific organization is important to us, because it allows to hypothesize different modes of relationship between the components themselves. The lower the interpersonal distance and consequently the higher the Assumed Similarity that one component estimates between itself and the other components, the greater the propensity to socialize among themselves in a “familial” way, and to act out collusive dynamics with such components. Conversely, the higher the interpersonal distance, and lower the Assumed Similarity by consequence, the higher will the critical interaction between this component and the others be, as well as the tendency to have an analytical and critical attitude towards the interaction be.

In a nutshell, the tendency to a collusive fusion or the tendency to a critical conflict will be the two predictable connotations, based on a low or high Assumed Similarity. The first trend establishes systems of belonging; the second one establishes systems where the comparison between the different components is seen as potentially conflictual. The first trend sets the stage for the assumption of an acritical emotional closeness within the organization; the second, for an analytical and critical attitude towards other components of the organization itself. The first trend comprises affective symbolizations, towards the other, based on emotional closeness; the second on the emotional distance. The study of local cultures within organizations – performed by the use of the ETA – replaced, over the years, the assessment of interpersonal distance. The analysis of local cultures allows a more specific insight into the dynamics that characterize the organization and into the interactions between different components of the organization itself. Nevertheless, we believe that the findings, resulting from measuring the Assumed Similarity, can usefully complement those emerged from the AET.

Delivery of the AST to the four experimental groups

The experimental subjects of the three studies have been differentiated into four groups: Citizens (C), General Practitioners (GP), hospital personnel distinguished in Hospital Physicians (HP) and Hospital Nurses (HN); to all it was offered to carry out the Assumed Similarity (AS) test. The AS between two people, we’ll

call A and B, is defined as the distance between the manner in which A perceives him or herself and the way that A thinks that B perceives him or herself. The measuring instrument consists of a series of adjectives, followed by a five-step assessment scale. To A is asked to use the scale to describe himself or herself, and then to use the same scale to describe how he or she thinks B sees him or herself (the instruction to be given to A is like, “Try to guess how B would use the scale, to describe him or herself”). The AS is an index which is calculated as the square root of the sum of the squares of the differences between the self-assessment scores and those scores that envision the other’s assessment, for every single adjective of the scale. In summary, we asked each interviewee how he or she saw him or herself and how the same interviewee thought that the other saw him or herself. The “other” was made of each of the remaining three experimental groups, for each experimental group. For example, to general practitioners – after assessing themselves – they were asked to “guess” how a hospital nurse could assess him or herself “in general terms”. Then the same GP was also asked to do the same for a hospital physician, “in general terms” again, and finish the process with a citizen. All in three distinct evaluations.

For this purpose, at the end of the interview to each one it was said: “If I may I would like to ask you now to answer to some questions, the same for all we are interviewing. The answers will allow us to compare the various interviews; it will take a few minutes.” Subsequently four sheets were administered, each with a list of adjectives, one after the other. The lists were equal. For the first list, still using the example of the general practitioner, it was said: “I offer you a list of 20 adjectives with which to express how you see you, please do not think about it too much, the first answer that comes to mind is the right one; for every adjective I ask you to make an assessment: ++ strongly agree; + agree; - poorly agree; -- strongly disagree”. Afterwards a second list was administered: “Now please think of a citizen, a person who could make a request for health care service, in general terms; how do you think this person perceives him or herself? In other words, we ask you to guess where this person would place the marks in describing him or herself; also here you do not need to think too much, the first answer that comes to mind is the right one “.

And so for the other two lists of adjectives, regarding the remaining experimental groups.

Results of the assumed similarity test (AST)

Two types of data were obtained, which can be well highlighted in the following table including the means of Assumed Similarity:

Table 1. Means of Assumed Similarity of each experimental group compared to the other three groups

	AS with GP	AS with C	AS with HP	AS with HN
General physicians (GP)		4.69	4.71	4.10
Citizens (C)	4.54		4.74	4.83
Hospital physicians (HP)	3.69	5.03		3.5
Hospital nurses (HN)	4.02	3.51	3.5	

On the left there are the “experimental” groups which provided the Assumed Similarity data. As previously reported, the following groups were asked to assess Assumed Similarity: General practitioners, Citizens users of the National Health System, Hospital physicians and Hospital nurses. For each of these experimental groups, the average values of Assumed Similarity – which are indicated into rows – were calculated by comparing self-assessment with the assessment of the generalized other, i.e. nurse, citizens, hospital

physician or general practitioner respectively. Instead, Assumed Similarity values for the different “assessed groups” (on the top) are indicated into columns. The following table shows the mean values of Assumed Similarity reported by the different experimental groups⁹:

Table 2. Means of Assumed Similarity for each different experimental group

		N	Mena	Standard deviation	Standard error.	95% Confidence Interval		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MEAN	GP	29	4,5230	,97371	,18081	4,1527	4,8934	3,16	6,65
	C	17	4,7045	,79488	,19279	4,2958	5,1132	3,52	5,82
	HP	11	4,0720	1,10685	,33373	3,3284	4,8156	1,97	6,06
	HN	7	3,6649	,84238	,31839	2,8859	4,4440	2,45	4,78
	Totale	64	4,3999	,97709	,12214	4,1558	4,6439	1,97	6,65
SD	GP	29	,8981	,47790	,08874	,7163	1,0799	,16	1,87
	C	17	,5721	,30274	,07343	,4164	,7277	,08	1,01
	HP	11	,8824	,31404	,09469	,6714	1,0934	,63	1,78
	HN	7	,6799	,32227	,12181	,3819	,9780	,33	1,11
	Total	64	,7849	,41393	,05174	,6815	,8883	,08	1,87

From these general data, we can note that:

a – Hospital nurses’ Assumed Similarity is on average the *highest* one (3.6649) when comparing the four “experimental” groups. Instead, the Citizens’ one is the *lowest* one (4.7045). The mean values of Assumed Similarity in descending order refer respectively to: Hospital nurses - Hospital Physicians - General Practitioners - Citizens.

The “hospital” experimental groups (in descending order, Nurses and Physicians) show higher collusive fusion with the other groups; instead, citizens are characterized by higher distance from other groups and thus by a higher potential conflicting dynamics.

b – Standard deviation indicates dispersion in each group and can show whether the values of Assumed Similarity of each experimental group are homogeneous when assessing different groups or are differentiated based on the specific assessed group.

The analysis of the differences between the data provided by the different “generalized groups” shows that: the values of Assumed Similarity reported by Citizens are not different between the groups because SD is equal to 5721 and the means of Assumed Similarity – see Table 1 – with General Practitioners (4.54), Hospital Physicians (4.74) and Hospital Nurses (4.83) are not different; therefore, Citizens tend to assess all the healthcare groups as “distant” from themselves, without statistically significant differences among them. Instead, the values of Assumed Similarity reported by General Practitioners are different between groups, SD is equal to .8981. In detail, General Practitioners perceive Hospital Nurses as more similar (4.10) than Citizens and Hospital Physicians, which in turn are not different each other.

⁹ We highlight that the more the numeric value of Assumed Similarity is low, the more Assumed Similarity is high, and viceversa.

Then, analysis of variance was performed on the different measures of Assumed Similarity provided by the three experimental groups for each generalized group. In other words, for each of the four assessed groups the different assessment measures provided by the three remaining groups were compared.

Results are shown as follows:

Table 3. *Assumed Similarity with citizens*

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig. (=P)
Between Groups	10,523	2	5,262	3,062	,06
Within Groups	75,618	44	1,719		
Total	86,142	46			

Table 4. *Assumed Similarity with hospital physicians*

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig. (=P)
Between Groups	7,902	2	3,951	3,702	,03
Within Groups	52,297	49	1,067		
Total	60,199	51			

Table 5. *Assumed Similarity with general practitioners*

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig. (=P)
Between Groups	4,986	2	2,493	2,164	,13
Within Groups	36,866	32	1,152		
Total	41,853	34			

Table 6. *Assumed Similarity with hospital nurses*

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig. (=P)
Between Groups	12,511	2	6,256	4,893	,01
Within Groups	67,756	53	1,278		
Total	80,268	55			

Statistically significant mean differences emerge from two analyses of variance:

a – with regard to the Assumed Similarity with Citizens, on average Hospital Nurses perceive Citizens as more similar (3.51) than the two groups of physicians do: the mean value is 5.03 for Hospital Physicians and 4.69 for General Practitioners. In other words, nurses show higher Assumed Similarity with Citizens, compared with Hospital Physician and General Practitioners.

b – with regard to the Assumed Similarity with Hospital Nurses, Hospital Physicians significantly perceive them as more similar (3.5) than Citizens do (4.83).

c – with regard to Assumed Similarity with Hospital Physicians, Hospital Nurses perceive them as more similar (3.5) than General Practitioners (4.71) and Citizens do (4.74).

Discussion of the results of the assumed similarity test (AST)

It is interesting to note the discrepancy between the Hospital Nurses' tendency to perceive Citizens/Patients as more similar and the Citizens' tendency to perceive Hospital Nurses as less similar.

In order to understand this result, which is only apparently contradictory, we can hypothesize that the interpersonal distance in healthcare measured by Assumed Similarity, expresses a specific power-related emotion among the groups. This hypothesis allows the emerging results to make sense. Citizens, i.e. those who are the "strangers" within healthcare context because they are patients who are supposed to experience an uncritical relationship of dependence on the healthcare context itself, report the lowest Assumed Similarity (i.e. the highest interpersonal distance) with all the healthcare groups examined in this study. In detail, they report a high interpersonal distance from Hospital Nurses, the group which is assigned to "take care of" them within the hospital setting, rather than to cure their pathologies at the basis of their recovery. For the same reasons, Hospital Nurses perceive the lowest interpersonal distance from Citizens, over whom they perceive high power. This hypothesis can also explain for the Hospital Physicians' low interpersonal distance from "their" nurses and thus the high power perceived over them. The equivalence between interpersonal distance, measured by Assumed Similarity, and power experienced by groups within health organization can be better understood if one grasps specific features of the health organization itself. It is a social system where hierarchical relationships are not strictly connected only to the provision of goods and services but especially to *work with clients/patients and within a direct relationship with them*. Besides, it refers to an organizational functioning which is traditionally differentiates in two components: "cure" the pathology which leads citizens to turn to general practitioners or hospital and "take care of" citizens, respectively. Taking care of is particularly important in cases of hospital recoveries. In this occasion, citizens perceive "cure" as a physician's function and "taking care of" mainly as a nurse's function. Indeed, in healthcare relationships the function of curing is accepted as a part of medical power. However, there is not the same legitimization of the nursing power about taking care of, because related competences are not based specific expertise and cannot be shown. In our study, nurses think to base their power over patients on reducing the interpersonal distance from them, claiming for being friendly and similar: "I can understand you and I can intervene in the relationship with you thanks to a strong power, because you – patient – are similar with me and have to accept the power of taking care of you I have been assigned". On the other hand, patients experience mistrust toward the overall health system and are suspicious of nurses and of their "familiar" tendency to relate to them, thus making the patients' expected dependency on health system so hard.

Based on these results, the power grounded on the assimilation of the "other" to oneself is supposed to characterize health system; therefore, we can understand the cause of the increasing feeling of mistrust reported by citizens. Indeed, they are expected to uncritically go in health system and to accept the cultural view according to which patients are seen as persons one can treat without the interpersonal distance requested for social respect and the indispensable "strangeness" within relationships. The "conflict" between nurses who assimilate citizens to themselves and citizens who mainly distance nurses seems to well depict the problematic relationship between users and healthcare system emerging from this research study. Now we comment the overall results as follows.

Conclusion

The decision to be ill. How patients develop symbolic expectations toward healthcare system

Freud and the psychoanalytic school proposed a continuum between the normal and the pathological in the wide work concerning mental pathology and unconscious. It is supposed that pathological phenomena are identical to the corresponding normal ones, with some differences due only to quantitative variations. This thesis was proposed also by other authors during the 1800s. In detail, as noted by Canguilhem (1966/1998), from Auguste Comte and Claude Bernard, the founding father of experimental medicine. This correspondence between physiology and pathology, with only quantitative variations leading from the

normal to the pathological, was rejected by medicine: normality was defined not only as the ability to cope with the environmental changes but also as normative ability.

Being healthy means being not only normal in a given situation but also normative in this and other eventual situations. What characterizes health is the possibility of transcending the norm, which defines the momentary normal, the possibility of tolerating infractions of the habitual norm and instituting new norms in new situations (Canguilhem, 1966/1998, p.160, *our translation*).

We cite Canguilhem because, in his important work, proposed the issue of the individual which offer him/herself as ill person. This issue represents a theoretical explanation for what resulted in the citizens' culture.

We cite some passages of Canguilhem's work:

Health is a margin of tolerance for the inconstancies of the environment (p. 161, *our translation*).

Disease is still a norm of life but it is an inferior norm in the sense that it tolerates no deviation from the conditions in which it is valid, incapable as it is of changing itself into another norm. The sick living being is normalized in well-defined conditions of existence and has lost his normative capacity, the capacity to establish other norms in other conditions" (p.148, *our translation*).

Boundaries between health and disease are thus labile not because one crosses over the other but because they are two "norms of life"

[...] we have, on the whole, delegated the responsibility for perceiving the onset of disease to the living being himself, considered in his dynamic polarity (p.146, *our translation*).

And also:

The borderline between the normal and the pathological is imprecise for several individuals considered simultaneously but it is perfectly precise for and the same individual considered successively. In order to be normative in given conditions, what is normal can become pathological in another situation if it continues identical to itself. *It is the individual who is the judge of this transformation* because it is he who suffers from it from the very moment he feels inferior to the tasks which the new situation imposes on him (p.147, *our italics, our translation*).

According to Canguilhem, the choice to be sick is assigned to the single individual, along his/her adaptation process. This deeply differentiates medical pathology from "mental pathology".

We cite one of his relevant statement in regard to this:

Somatic disease does not rupture the harmony between fellow creatures, the sick man is for us what he is for himself, whereas the psychically abnormal has no consciousness of his state (p. 90, *our translation*).

And he continues:

In principle, curing means restoring a function or an organism to the norm from which they have deviated. The physician usually takes the norm from his knowledge of physiology – called the science of the normal man – from his actual experience of organic functions, and from the common representation of the norm in a social milieu at a given moment. Of the *three authorities*, physiology carries him furthest. Modern physiology is presented as a canonical collection of functional constants related to the hormonal and nervous functions of regulation. These constants are termed normal insofar as they designate average characteristics, which are most frequently practically observable. But they are also termed normal because they enter ideally into that normative activity called therapeutics. Physiological constants are thus normal in the statistical sense, which is a descriptive sense, and in the therapeutic sense, which is a normative sense (p. 94, *our italics, our translation*).

Mental disease ruptures the harmony between fellow creatures, because the psychically abnormal has no consciousness of his state. The mentally ill person, differently from the ill person typical of medicine, *does not turn to the physician on his own will*. About the origin of the ill person's state, based on the single individual's decision, Canguilhem had very precise ideas and repeated this statement several times:

In the final analysis, would it not be appropriate to say that the pathological can be distinguished as such, that is, as an alteration of the normal state, only at the level of organic totality, and when it concerns man, at the level of conscious individual totality, where disease becomes a kind of evil? (p. 62, *our translation*).

[...] hence medicine always exists de jure, if not de facto, because there are men who feel sick, not because there are doctors to tell men of their illnesses. The historical evolution of the relations between the physician and the sick man in clinical consultation changes nothing in the normal, permanent relationship of the sick man and disease" (p. 67, *our translation*).

Jaspers saw clearly what difficulties lie in this medical determination of the normal and health: "It is the physician who searches the least for the meaning of the words "health and disease." He is concerned with vital phenomena from the scientific point of view. More than the physicians' judgment, it is the patients' appraisal and the dominant ideas of the social context, which determine what is called "disease" (p. 93, *our translation*)¹⁰.

It is true that in medicine the normal state of the human body is the state one wants to reestablish. But is it because therapeutics aims at this state as a good goal to obtain that it is called normal, or is it because the interested party, that is, the sick man, considers it normal that therapeutics aim at it? (Canguilhem, p. 96, *our translation*).

In distinguishing anomaly from the pathological state, biological variety from negative vital value, we have, on the whole, delegated the responsibility for perceiving the onset of disease to the living being himself, considered in his dynamic polarity (Canguilhem, p. 146, *our translation*).

The physician has a tendency to forget that it is the patients who call him (Canguilhem, p. 171, *our translation*).

We should continue much further to cite what Canguilhem took as the basis for his analysis of the normal and the pathological: *the single person, as well as his/her subjective decision, defines his/her state as normal or pathological*. Physicians intervene only when there is the individual decision to turn to them based on one's own subjectivity. Medical diagnosis plays thus a secondary role compared to the relevant *subjective diagnosis* of the individual who offers him/herself as ill person. Indeed, the individual takes decisions about the presence of a physical illness and the need to turn to healthcare.

The consequence of this statement is that physicians intervene on disease, diagnosed according to medical criteria of physiology-pathology, while they cannot and do not want to intervene on the "normal and permanent relationship between the ill person and his/her disease", as Canguilhem stated. If we want to speak in common terms, we could say that physicians cannot and do not can to intervene on the patient's subjectivity, that is the *illness emotional experience* which characterizes each ill person in a different and unique way and leads the patient him/herself to go to physicians.

Therefore we could state as follows: when an individual subjectively perceives him/herself as ill person, and consequently turn to the physician, the latter deals with the malady defined according to the criteria of medical science, specifically pertaining the relationship between physiology and pathology; general pathology on the one hand and special pathologies on the other hand, such as the medical, surgical, obstetric, pediatric, neurological one and so on.

The *illness emotional experience*, the *subjectivity of the individual perceiving him/herself as ill person*, are not fully taken in charge by healthcare system because of the rigid rules of the game shaping the relationship between the ill person and healthcare system itself, in all its forms such as outpatient medical visit, home assistance or hospital care (Carli, 2013a).

¹⁰ In this passage Canguilhem cited Jaspers (1933, p. 5).

While searching for objective data – as stated by Canguilhem – physicians “forget” the subjectivity characterizing the ill person’s demand; in other words, “the physician has a tendency to forget that it is the patients who call him”. The demand of the future patient is grounded on the act to turn to physicians from those who subjectively decide to do it. Who turns to physicians, thus becoming patient or ill person, needs for the objectification of his/her demand by diagnostic categories (Carli, 2013a)¹¹. Within the medical culture, the diagnostic objectification represents the unique possible response to the ill person’s demand. Therefore, the ill person sees his/her subjectivity and anxiety accompanying the decision to be ill as ignored. From our perspective, the conflict between ill people and healthcare context comes from the discrepancy between the demand that is ignored and the objectification of illness according to the criteria of medical science. The diagnostic objectification of illness is grounded on the categories of physiology and pathology that ignore the process underlying the individual’s decision to be ill and his/her consequent emotional expectancies.

The subjectivity of the ill-self

The subjectivity of the ill-self is the main and most relevant cue of the culture of citizens as potential users of healthcare system. In relating to healthcare, citizens are mostly worried about defining strategies that are useful to approach healthcare when they decide to offer themselves as “ill people”. It is the lack of “health”, the absence of the silence of organs, that leads to subjectively experience suffering as subjective indicator of illness. The reaction to the absence of the absence is more urgent an automatic than the response to the presence (Carli, 2015). Citizens expect the silence of organs, thus the lack of pain as usual state of their experience. The absence of the absence of pain one expects from his/her body leads to a urgent and sudden alarm requiring both medical and psychological intervention: both the subjectivity of “feeling ill” and objectivity of being sick shape the urgent demand for care and treatment. In a certain view, pain therapy organizes citizens’ demand for medical intervention as consequence of suffering. For citizens the statement of being subjectively ill, as consequence of suffering, triggers symbolic dimensions linked to the relationship with healthcare.

Illness as “absence of absence” – and not presence – involves the exceptionality of offering oneself as ill person. This requires a quick response to suffering from healthcare system. However, this response does not generally seem to be present in healthcare culture. Healthcare system responds to the urgency characterizing the absence of absence of pain and considers illness as a *diagnosed presence*. The *change of the absence of absence of pain into presence of illness, defined by diagnosis*, deeply shapes the relationship between citizens and healthcare system.

We note that the emotionally dense words suffering and pain are present in the texts of citizens. Instead, these words are not included in the symbolic vocabulary of general practitioners or of hospital staff. This is relevant for our analysis: healthcare staff does not accept the common people’s subjectivity of defining themselves as ill, despite the demand for healthcare is grounded on this aspect, as we noted above. For general practitioners and hospital physicians, the reasons for intervention are based on specific criteria of medicine (urgency, emergency on the one hand; chronic and terminal diseases on the other one). From general practitioners’ view, drug prescription represents the response to the dangerousness of citizens, that are perceived as ready to denounce medical work¹². Instead, from hospital staff’s view, the hospital power is mainly enacted as a substitutive function of mother – in cases of premature babies – and of fecundation by assisted fertilization – in cases of infertility. These two “thaumaturgies” are perceived as prestigious and able to assign physicians omnipotence. At the same time, terminally ill people are put outside the hospital, as well as citizens capriciously asking general practitioners for drugs and prescriptions are “expulsed” from health system. The actual hospitalizations are due to the decompensation or flare-up of chronic diseases; crises caused by patients’ errors in complying with the physicians’ prescriptions. Decompensation or flare-up related situations need to be dealt with by first aid. A first problem thus refer to the demand towards healthcare. Citizens think that their demand originates from their feeling ill, event that often happens urgently. There are also actual urgencies – based on the sudden risk for death – or chronic diseases, as well

¹¹ This does not happen in the case of mental illness. Mental illness comes from the rupture of the “harmony between fellow creatures”, not from a subjective evaluation of the illness state enacted by the future ill person. For further details consult Carli and Paniccia (2014).

¹² A study about this issue reports that health expense, consequent to the phenomenon of defensive medicine, is estimated to be in Italy about 13 billion euros a year; that is about 11.8% of the total (public and private) health expense mostly due to the increasing number of drug prescriptions, visits, medical exams and hospitalizations (Barresi et al., 2011).

as ill family members needing for assistance and a blameworthy public healthcare system because of its excessive costs. However, health demand comes from the individual's defining oneself as ill, because of suffering caused by pain affecting some organ or body system. This demand is not dealt with by healthcare culture.

General practitioners base healthcare intervention on urgency and chronicity; the same dimensions are reported by citizens, along with their defining themselves as ill. Thus, general practitioners consider first aid and home assistance – which is described and perceived as mainly pertaining to nurses – as two problematic situations saturating health intervention. The relationship with the “usual” patient, the person who decides to be ill *on his/her will*, is characterized by a change in general practitioners' culture: in days gone by the doctor had to answer families' calls and went to the patient's home; nowadays the patient has to go to the doctor's office. This compelled action to go to the doctor, who is closed in his/her office and unavailable to go to the patient's bed, highlights the change of the past family physician who is now become the ambulatory and hospital physician, respectively. Indeed, the physician who prescribes drugs evokes a new relationship between patient (citizen) and physician: a relationship that is based on mistrust and danger for potential complaints. The physician is not so highly valued as in the past, because there is not anymore the dependency of the patient on a professional whose *modus operandi* was recognized as based on “the best of knowledge and beliefs”.

The trust of healthcare system is in crisis

What does the crisis of healthcare system depend on? In this regard, the analysis of general practitioners' culture can be helpful. In this culture there is no trace of “taking in charge” of patients from medical system. Let's examine this statement in depth. Taking in charge: it is a frequently used expression in social services firstly, then also in healthcare ones. It is a very used but scarcely defined expression. Taking in charge is an event that happens when there is a person or a group (family) demanding for something and a worker that is assigned to deal with the demand itself.

What is the demand of those who define themselves as ill, because of pain and suffering, in the relationship with healthcare system? The demand regard the subjectivity of the person who has lost his/her healthy status, suddenly or slowly. We can wonder about the emotional state of those who lose the silence of organs suddenly or progressively and start to feel unease and suffering. Because of “illness”, subjectively experienced, one loses safety and identity (many ill people wonder: “why this happened to me?”), and feels anxiety, anguish, mistrust. The silence of organs seems to lead to the lack of certainty about one's own existence and productive capability, in a sort of deep decline of social power in all its reassuring and achieved with difficulty forms. As we can note, the patient's demand is based on a anguishing regression dynamics, consequent to the impotence caused by the illness state. This regression mix up the ill person and the illness, thus negatively affecting identity and altering one's own social image. The ill person often feels ashamed of being ill rather than of his/her disease.

Healthcare is also assigned to deal with this helpless and confused subjectivity. The response of healthcare would require the competence of healthcare system and workers to split – as Fornari stated – the *external evil* (the disease after diagnosis and prognosis) and the *good owned* by the ill person (Fornari, 1976).

The detection of “disease”, that for health staff – especially, for the physician – is the object to defeat by the alliance between the physician and ill “person”, is what we can define as the *third thing* within the physician-patient relationship. The alliance to plan to defeat the third thing – enemy, is central for the taking in charge of patients from healthcare¹³. In the past, this happened at the patient's bed in cases of home visits. The physician was completely devoted to the patient him/herself; this alliance, oriented to dialogue and share with the patient, created a reassuring collusive relationship dealing with potential interventions on the “external evil”. Nowadays, the situation is not the same. The doctor's office represents a problem because one has to go to the physician and had to share a space with many other people, experiencing confusion because of promiscuity which impedes a reassuring alliance needed for taking in charge¹⁴.

¹³ The construct of “third thing” refers to the shared interest, within the relationship, in productively changing a state of the world; thanks to this interest the relationship does not implode due to acting out of fantasies about possessing the other or being possessed. You can consult: Carli and Paniccia (2012).

¹⁴ These considerations can be extended also to the “Health House”, a new institution aimed at facilitating the healthcare-citizen relationship. “The Health House” is a public place where both territorial health services, including ambulatory offices of general and specialist medicine, and social services for specific population targets are present in the same space. By the “Health House” long-life prevention is realized and local community can organize itself for health promotion and social wellbeing. And also: “The Health House is a physical place and also an active and dynamic

The doctor's office evokes medical competence, technique, technologies used by physicians, but also the impoverishment of relational competence.

It is interesting to note that, in the texts produced by general practitioners, the word "diagnosis" is associated only with emergency dealt with by first day; instead, it is not present in the interviews to hospital staff. However, diagnosis should define the third thing, within the physician-patient relationship, the external evil against which they unite. Diagnosis refers to a relational act where physician and patient are strictly related each other. However, when the physician is approached in the office or hospital, diagnosis is not based anymore on careful and attentive communication between physician and patient. At the doctor's office or hospital, diagnosis is consistent with procedures of healthcare context according to which there is low patient's participation in the process before prognosis and treatment. The reduction of the physician-patient relationship and the estrangement of the patient from health context lead the patient to be "lonely and abandoned" and feel anguish and helplessness. This experience causes mistrust, rage, suspiciousness. Without intending it – it is important to note – medical work within an organized health context, both hospital and doctor's office, makes the physician-patient relationship destructured and deteriorated. This lessens the medical competence to deal with the anxious subjectivity of the person who "decides" to be ill and increases the patient's mistrust and susceptibility. We think that the threat represented by patients and families and the consequent response of defensive medicine originate from this spread tendency of health workers to "play at home", to remain within "healthcare lock boxes" and not use home visits anymore.

The aim is not the humanization of the physician-patient relationship or the development of empathy within care relationships. These are very general statements, valuable but not useful for promoting a change that requires precise criteria of analysis about the "crisis" between people and healthcare system. This change symbolically should aim at preventing the deterioration of the image of the ill person who is identified with the illness state he/she subjectively decides. Illness as a *third thing* involves the physician-patient alliance. However, this alliance is difficult to achieve because of structural, economical and cultural conditions characterizing the recent work by physicians and more generally by health workers. This alliance is intrinsically linked to the health process including diagnosis, prognosis, treatment and can represent a reassuring dimension which can also strengthen the integration between patient and health system.

References

- ANIA (2014). *Malpractice: Il grande caos* [Malpractice: the big chaos]. Retrieved from <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf>
- Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia* [The Doctor, His Patient and the Illness]. Milano: Feltrinelli (Original works published 1957).
- Barresi, R., Battaglini, A., Calabrese, A., Lomastro, R., Maffione, G., Natoli, V., ... Quazzico, A. (2011). (Eds.). *Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti* [Social, economical and legal impact of defensive medicine in Italy and USA]. Retrieved from http://www.istud.it/up_media/pw_scientiati/medicina_difensiva.pdf
- Bézy, O. (2009). La santé c'est la vie dans le silence des organes [Health is the root in the silence of organs]. *La revue lacanienne* 1(3), 47-50. doi: 10.3917/lrl.091.0047
- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D., ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological intervention at Hospital Units and in-home care rehabilitative Units]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 12-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

center of local community for health and well-being where citizens' demands are received and responses are provided in the most appropriate forms and places, in the unity of space and time". It is interesting to note that the two definitions of Health House available from <http://www.salute.gov.it/portale/home.html> of the Minister of Health cite a further "physical" place or space where citizens have or are obliged to go to receive health assistance. This is a stranger place, characterized by one's bureaucratic rules, rites of entrance, that lead to the estrangement of the person, forced to depend on the rules of the game posed by the managers of the place itself.

- Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lalli, A., Lopolito, L., ... Zanetti, M. (2013). Laboratorio su psicologia clinica e ospedale: il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera [Laboratory on clinical psychology and hospital: The relationship between the demand for care and the response of hospital organization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-79. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [The Assumed Similarity as index of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1-3, 85-98.
- Carli, R. (1970). Fenomenologia della relazione sociale: Prospettive per un intervento psico-sociale [Phenomenology of social relation: Perspectives on psychosocial intervention]. *Rivista di sociologia*, 8(1), 5-108.
- Carli, R. (2013a). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention at the Hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Carli, R. (2013b). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical psychology and Hospital: Introduction to the issue]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Carli, R. (2015). Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando all'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. doi: 10.14645/RPC.2015.1.536
- Carli, R., & Esposito, P. (1971). Contributo sperimentale allo studio della dinamica di gruppo e delle relazioni con l'autorità nella partecipazione cinematografica [Experimental contribution to the study on the group dynamics and on the relationship with authority in cinematographic participation]. *Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria*, 22(4), 232-285.
- Carli, R., Mangiarotti, A., & Scalfaro, M. (1972). La percezione interpersonale nei piccoli gruppi [Interpersonal perception in small groups]. *Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria*, 23(2-3), 142-181.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2012). Convivere [Living together]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk at a Hospital in Rome: the relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Caputo, A. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi: 10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, A., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale

- ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi: 10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Panicia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Russo, E., & Finore, E. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale [The representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-88. doi: 10.14645/RPC.2016.1.607
- Carli, R., Panicia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods*. New York, NY: Oxford University Press.
- Charon, R. (1993). The narrative road to empathy. In H. Sprio, M.G.M. Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel* (pp. 147-159). New Haven: Yale University Press.
- Charon, R. (1995). Literature and medicine contribution to clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 22, 599-606.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Civitillo, A. (2012). Ospedale, sofferenza, psicologia: Intercettare domande [Hospital, suffering, psychology: Intercepting demands]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Conti, I., Sacchi, S., & Stocchino, G. (2009). La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: Due unità di psicologia [The function of psychology in the hospital context as competence to think about relations. Two psychology units]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-29. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Crombach, L.J. (1955). Processes affecting scores on "Understanding of others" and "Assumed Similarity". *Psychol. Bull.*, 52, 177-193.
- Fiedler, F.E. (1954). Assumed Similarity measures as predictors of team effectiveness. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(3), 381-388.
- Fiedler, F.E. (1958). Leaders attitudes and group effectiveness. In L. Beskovitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, pp. 149-190). New York: N.Y. Academic.
- Flamigni, C., & Mengarelli, M. (2014). *Nelle mani del dottore? Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile* [In the hands of the doctor? The tale and the potential future of a difficult relationship]. Milano: FrancoAngeli.
- Fornari, F. (1975). *Genitalità e cultura* [Genitality and culture]. Milano: Feltrinelli.
- Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri [The psychological function within a context dealing with urgency: The emergency room of San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Greenhalgh, T. (2010). *How To Read a Paper: The Basics of Evidence based Medicine* (4th ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- ISPE/Sanità (2014). *Libro bianco sulla corruption in sanità* [The white book on the corruption in healthcare]. Retrieved from http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf
- Ministero della Salute (2015). *Il fenomeno della Medicina Difensiva: Costi, ragioni, strategie di contrasto* [The phenomenon of Defensive Medicine: Costs, reasons, tackling strategies]. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.

World Health Organisation (2015). *World Health Statistics 2015*. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/

Il rapporto tra domanda dell'utenza e risposta dei servizi: Una ricerca sul cambiamento in sanità, nell'ospedale e nel territorio

Renzo Carli, Rosa Maria Paniccian, Andrea Caputo, Francesca Dolcetti, Enzo Finore, Fiammetta Giovagnoli

Abstract

Viene proposta una ricerca articolata in tre indagini, con l'intento di esplorare la domanda dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari in Italia. Le tre indagini, condotte tramite l'Analisi Emozionale del Test (AET), hanno riguardato: la prima le attese dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari, la seconda e la terza, rispettivamente, l'opinione del personale ospedaliero (medici e infermieri) e dei medici di medicina generale sui servizi sanitari. Le tre indagini sono proposte in sintesi. Vengono inoltre proposti i dati di un Test di Similarità Assunta, applicato a tutti i soggetti sperimentali delle tre indagini, per effettuare un confronto tra loro. I risultati dell'Analisi Emozionale del Test dicono che i cittadini, potenziali utenti dei servizi, centrano la loro domanda sulla loro individuale soggettività, e cercano risposta sia alla sofferenza che al sentimento di emarginazione che connota quel sentirsi malati che li fa rivolgere al medico. Da parte loro, medici di medicina generale e ospedalieri trasformano immediatamente tale sentimento soggettivo in diagnosi medica oggettiva. Qui si crea un primo scarto tra domanda del paziente e risposta medica, restando la possibilità di allearsi sulla diagnosi per combattere insieme il male. Ma è da tempo in atto un cambiamento che ha espulso il paziente anche dalla condivisione del processo diagnostico, sempre più preso da dinamiche autocentrate del sistema sanitario. Questo allarga lo scarto tra domanda dei cittadini e risposta dei servizi, che contribuisce a quella crescita di conflittualità cui risponde in modo disfunzionale la medicina difensiva. Quanto al Test di Similarità Assunta, contribuisce a interpretare la dinamica sanitaria individuata dall'AET, e in particolare la conflittualità in atto, a partire dall'ipotesi, scaturita dalla lettura dei dati, che il sentimento di vicinanza per il personale ospedaliero si accompagna al sentimento di avere potere sull'altro.

Parole chiave: relazione medico-paziente; psicologia e ospedale; cittadini; medicina difensiva; dinamica collusiva.

Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccian@uniroma1.it

Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute, Dottorando in Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza", Docente presso la scuola di specializzazione in Psicologia della Salute, Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica. E-mail: andrea.caputo@uniroma1.it

Psicologa, Psicoterapeuta, membro dello "Studio RisorseObiettiviStrumenti", Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: francescadolcetti@studio-ros.it

Psicologo, Doctor in Psychology (Psy.D), Psicologo clinico e della salute presso OptiMindHealth, Boston, Massachusetts. E-mail: behavioralmedicine@doctorfinore.com

Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor di Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

Carli, R., Paniccian, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital] *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608

Premessa

In questo lavoro proponiamo una ricerca basata su tre distinte indagini. Queste ultime sono proposte in modo dettagliato in tre articoli pubblicati su questo stesso numero della Rivista (Carli, Paniccia, & Caputo, 2016; Carli, Paniccia, Giovagnoli et al., 2016; Carli, Paniccia, Dolcetti et al., 2016). Proponiamo qui il contesto in cui la ricerca si colloca, il suo obiettivo, la metodologia seguita, una sintesi dei dati presenti nei tre contributi, e alcune considerazioni e conclusioni. Dedichiamo inoltre un paragrafo al confronto tra i soggetti sperimentali delle tre indagini, derivante dai dati di uno specifico test illustrato in seguito.

Iniziamo da una necessaria premessa. Negli ultimi decenni la sanità, pur con le sue profonde differenze nelle varie parti del mondo¹, è molto cambiata. Tra i cambiamenti spesso sottolineati c'è la cronicizzazione di molte malattie e la necessità di occuparsi di pazienti anziani, che pongono il problema del "fine vita". C'è una moltiplicazione degli specialismi, che spesso frammenta l'approccio al malato. Si è affermata, in molte componenti del sistema sanitario, l'EBM (Evidence Based Medicine), ove la decisione clinica viene fondata sugli esiti delle ricerche mediche più accreditate (Greenhalgh, 2010; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). A questa prassi, che fa riferimento ai risultati di una ricerca bio-medica molto sviluppata, se ne è affiancata un'altra, la NBM (Narrative Based Medicine²). La NBM sottolinea la rilevanza, assieme alla diagnosi classicamente "medica" del paziente e dei suoi problemi "biologici", dell'attenzione al paziente e al rapporto tra paziente e medico.

Questi due approcci, importanti entro culture mediche ove il contesto culturale preme per una prassi fondata sulla rilevanza "scientifica" delle decisioni mediche, possono perdere di importanza dove un'altra cultura sanitaria condiziona la relazione tra medici e infermieri da un lato, pazienti e familiari dall'altro. Consideriamo inoltre come l'EBM, sviluppata anche in Italia, richieda una competenza che privilegi, nelle decisioni del medico, le evidenze scientifiche. Evidenze che prescindono dalle convinzioni del singolo medico, o che intendono porre rimedio alla sua non corretta preparazione di base. La medicina "evidence based" nasce dal rilievo di quanto siano deficitari sia la decisione dei medici, riferita a diagnosi-prognosi-terapia, che le linee guida nel campo, elaborate per gruppi o popolazioni affette da specifiche malattie. Si è voluta correggere una scarsa e imprecisa conoscenza dei dati emersi dalla ricerca scientifica in ambito, come s'è detto, sia clinico che epidemiologico. Resta la questione della competenza del sistema sanitario a occuparsi del malato dal punto di vista "umano"; quindi della competenza a trattare in modo attento, emozionalmente "empatico", la relazione con i pazienti e i loro familiari.

Competenza scientifica e competenza relazionale, d'altro canto, vengono perseguite come dimensioni valoriali scontatamente desiderabili, indipendentemente dalla domanda dei pazienti e dalla cultura del sistema sanitario entro cui scientificità e empatia debbono svilupparsi. Aggiungiamo: indipendentemente dall'evoluzione del sistema sanitario e dalle sue profonde differenze nelle diverse aree del mondo.

Un'ultima notazione. Scientificità "evidence based" e rapporto empatico tra medico e paziente, sono dimensioni compatibili? Come si sono coniugate, nella lunghissima storia della tradizione sanitaria, entro differenti culture? Il tema della compatibilità tra adesione ai protocolli basati sull'evidenza scientifica e attenzione alla soggettività del paziente è poco trattato. Come spesso succede, quando si dà per scontato che dei cambiamenti nei modelli relazionali possano essere fondati su valori, più che sull'analisi della realtà. Sin dalla fine degli anni '40 del secolo scorso, con Michael Balint (1957/1961), si rilevò la grande importanza della relazione tra medico e paziente. Una relazione che dipende, anche, dalle caratteristiche di personalità del medico e dalla sua competenza a trattare, con il paziente, le dinamiche relazionali implicite nella diagnosi e nella terapia. Comprendere il paziente come persona, mostrare empatia nei suoi confronti, hanno di per sé valore terapeutico: questo l'assioma che guida il "gruppo Balint" nella formazione dei medici di famiglia. La medicina narrativa, dal canto suo, sottolinea il ruolo terapeutico del racconto dell'esperienza di malattia da parte del paziente; sottolinea l'importanza della condivisione di questa esperienza nel narrarla al medico.

Ma il problema rimane lo stesso: che significa "comprendere il paziente come persona"? Che significa "migliorare il rapporto medico-paziente" promuovendo l'empatia nell'atteggiamento dei sanitari? Che significa "condividere" la narrazione di malattia del paziente, da parte del medico? Sembra che la

¹ Si consulti, al proposito, il volume: *World Health Statistics* (World Health Organisation, 2015) nel sito: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/. Si veda, in particolare, il capitolo 8, dal titolo: *Health inequities*, ove vengono esposte e analizzate le differenze nei servizi sanitari all'interno di differenti popolazioni, nazioni e gruppi sociali.

² Per la medicina narrativa citiamo i soli lavori di Rita Charon (1993, 1995, 2006), considerata la fondatrice di questo movimento ad orientamento "olistico" in medicina, volto a privilegiare l'attenzione del medico sul paziente e la sua "narrazione" della malattia che lo ha portato dal medico.

preoccupazione di “umanizzare” la medicina nasca dal rilievo, condiviso nella cultura sanitaria, di quanto sia problematicamente “violenta” la relazione tra personale sanitario e pazienti. Sembra importante un approfondimento del tema, per evitare un’inutile e spesso problematica petizione dei buoni sentimenti.

Veniamo alla nostra ricerca. Essa nasce da una lunga esperienza di ricerca e intervento con la sanità; in particolare, facciamo riferimento a un lavoro che prosegue da anni con un ospedale romano, il San Filippo Neri (SFN). Nel 2008 due dei partner della ricerca, lo Studio di Psicopsicologia (SPS) e il Servizio Prevenzione Rischio del SFN effettuano una rilevazione del rischio psicosociale nel SFN, individuandone le aree a rischio più elevato (Carli et al., 2012); in seguito intervengono in specifiche Unità Operative, in particolare Neonatologia, Ambulatori, Pronto Soccorso. Al tempo stesso, dal 2008 SPS e l’Unità Operativa di Psicologia del Fatebenefratelli San Giovanni Calibita (FBF) lavorano insieme, intervenendo in diverse Unità Operative, ad esempio Oncologia. Alcuni interventi vengono effettuati anche presso l’ospedale Santo Spirito in Sassia (Brescia et al., 2013; Cafaro et al., 2013; Civitillo, 2012; Conti, Sacchi, & Stocchino, 2009; Giacchetti, 2014). Le questioni poste dagli ospedali, strettamente connesse a quanto diciamo in questa premessa, invitano, nel tempo, ad allargare la ricerca al territorio.

Obiettivo della ricerca

Negli ultimi trent’anni nella sanità del nostro paese la relazione tra domanda dell’utenza e risposta dei servizi è profondamente cambiata. Il cambiamento è dovuto a molteplici fattori, non sempre compresi nella loro influenza sulla relazione tra cittadini e servizio sanitario. Obiettivo della ricerca è di evidenziare le componenti simboliche della domanda che i cittadini rivolgono alla sanità. Al contempo sono state esplorate le modalità simbolico-emozionali con le quali la sanità, articolata in medicina di base e ospedaliera, risponde alla domanda degli utenti.

Nell’analizzare la relazione tra domanda degli utenti e risposta della sanità, abbiamo tenuto conto sia della cultura dei primi, che di quella di chi opera entro la sanità. Abbiamo tenuto presente sia il mutato atteggiamento di pazienti e familiari verso la sanità, che il cambiamento del sistema sanitario e la sua difficoltà nel dare una risposta credibile alle nuove domande dell’utenza. Da qualche decennio, l’utenza è meno acriticamente dipendente dal contesto sanitario. Alla dipendenza acritica e fiduciosa si è sostituita una diffusa diffidenza, volta a controllare l’azione sanitaria e a far intervenire la magistratura nel caso in cui si pensi a interventi incompetenti o trascurati, inefficienti³.

Quanto al sistema sanitario, negli ultimi anni ha subito molte trasformazioni, dovute a un susseguirsi di riforme. Si è inteso trasformare la sanità in azienda, vincolandola a parametri di efficienza ed efficacia. La sanità “senza limiti di spesa”, perché dedicata a tutelare la “vita del paziente”, e presa dal paradosso dell’efficacia⁴, si è trasformata – nelle speranze del legislatore – in una sanità attenta alla spesa e all’efficacia del suo funzionamento. Tra paziente e sistema sanitario si è frapposta, come presenza ingombrante e non sempre credibile, una struttura di gestione che formula strategie d’intervento del sistema sanitario e ne

³ È il tema della *malpractice* sanitaria, e al contempo della medicina difensiva. Nel nostro paese il contenzioso medico-legale tra pazienti e familiari da un lato, medici e sistema sanitario dall’altro, cresce in modo esponenziale e caotico. L’Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici denuncia il caos dovuto alla mancata regolamentazione e trasparenza nel campo, da cui derivano elevati e incerti risarcimenti e crescenti rischi sia per il personale sanitario che i pazienti (ANIA, 2014). Un rapporto del Ministero della Salute (2015) sulla medicina difensiva propone stime del suo costo, delle sue dimensioni, delle sue motivazioni. Emerge che il 77,9% del campione di una ricerca sul tema ha tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell’ultimo mese di lavoro (92,3% nella classe 32-42 anni). Al tempo stesso, l’associazione AMAMI, che raccoglie medici ingiustamente portati a giudizio, pubblica annualmente dati sugli esiti dei processi: solo l’1% si conclude con una sentenza a favore del paziente (Flamigni & Mengarelli, 2014). Che nonostante questo dato si insista nelle vertenze, segnala un incontrovertibile deterioramento della fiducia nei confronti del sistema sanitario e di disagio al suo interno. Deterioramento dalle cause complesse da studiare sotto un profilo fattuale, ma anche nella loro importante dimensione simbolica.

⁴ Abbiamo proposto il modello del paradosso dell’efficacia in sanità (Carli, 2013b; Carli & Paniccia, 2011). Possiamo riassumerlo così: l’efficacia è la capacità di un’organizzazione di realizzare i suoi obiettivi; l’efficienza è la capacità di ottimizzare l’impiego delle risorse nella realizzazione di tali obiettivi. L’efficienza è motivata e giustificata dall’efficacia. Ebbene, nell’ambito sanitario, l’efficacia è l’insieme dei processi capaci di migliorare lo stato di salute dei pazienti, o meglio della popolazione servita. Ciò configura un’efficacia sanitaria che sembra non avere “limiti” prevedibili e pianificabili. Al perseguimento, e più ancora al miglioramento della salute, non c’è “limite” in grado di fornire un ancoraggio all’efficacia. Senza un’efficacia “misurabile”, non è possibile neppure parametrare le risorse agli obiettivi prefissati; quindi non è, di fatto, utilizzabile correttamente la nozione di efficienza organizzativa.

controlla la funzionalità⁵. Questa “aziendalizzazione” ha incontrato, all’inizio, resistenze e critiche, sia da parte dei cittadini che degli operatori. In seguito è stata accettata, spesso *oborto collo*; ma ha profondamente mutato la relazione emozionale tra cittadini e sanitari. Ricordiamo anche il complesso cambiamento in corso delle cure primarie previsto dal decreto Balduzzi (Decreto Legge n. 158/2012), che interviene su una sanità troppo centrata sull’ospedale e una sanità territoriale in stato critico. Il nostro obiettivo è di approfondire alcuni temi, a nostro avviso importanti, del cambiamento simbolico intercorso nella relazione tra pazienti e familiari da un lato, operatori della sanità dall’altro.

Metodologia

Per l’analisi delle dimensioni simboliche caratterizzanti la domanda dei cittadini al sistema sanitario così come la risposta, esplorata sempre sotto il profilo simbolico, del sistema stesso, nelle sue componenti di medicina di base e di medicina ospedaliera, è stata utilizzata una metodologia volta all’analisi del testo di interviste realizzate con cittadini, visti come potenziali fruitori della sanità, e con il personale sanitario sia di base che ospedaliero. Il testo delle interviste è stato elaborato tramite l’Analisi Emozionale del Testo (AET), una metodologia che consente di evidenziare le simbolizzazioni emozionali entro i testi raccolti. L’AET rileva le parole dense all’interno di un corpus testuale, ovvero parole aventi alta polisemia emozionale e bassa ambiguità. Successivamente, analizzando la co-occorrenza delle parole dense all’interno del testo mediante analisi dei cluster e delle corrispondenze multiple, l’AET permette di ottenere dei cluster di parole dense posizionati entro uno spazio fattoriale, offrendo in tal modo una mappatura delle simbolizzazioni emozionali condivise dagli intervistati nei confronti del tema di ricerca proposto loro attraverso la domanda stimolo (Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016).

È stato inoltre usato un test per confrontare tra loro i soggetti sperimentali delle tre indagini. Al test dedicheremo un successivo paragrafo. Ricordiamo nuovamente che mentre presentiamo qui una sintesi dei risultati dell’AET, dettagliatamente proposti nei tre contributi citati in premessa, i dati del test e la loro analisi sono presentati in questo contributo.

Ricordiamo brevemente i tre gruppi che formano l’insieme delle persone intervistate, in totale 92: 31 cittadini, 36 medici di medicina generale, 25 persone del personale ospedaliero (18 medici e 7 infermieri).

Riportiamo la traccia della domanda rivolta ai singoli gruppi sperimentali⁶. Ci presentavamo come gruppo di ricerca composto da una cattedra di psicologia dell’Università “Sapienza” di Roma e due ospedali della stessa città⁷. Dichiaravamo il nostro interesse a esplorare il rapporto tra cittadini, ospedale, medici di base, servizi di cura e assistenza sul territorio, al fine di migliorare il servizio. Aggiungevamo che avremmo ascoltato l’intervistato per conoscere la sua esperienza nell’ambito e raccogliere la sua opinione; che l’intervista sarebbe durata mezz’ora circa, che chiedevamo di poter registrare e che avremmo condiviso i dati con i partecipanti alla ricerca che lo avessero desiderato.

Tale traccia era sostanzialmente la stessa per i tre gruppi. L’Analisi Emozionale del Testo è stata condotta separatamente; le tre differenti analisi sono oggetto dei tre lavori prima ricordati. Qui ne riportiamo una sintesi.

Sintesi dei dati dell’AET

⁵ Non si può fare a meno di confrontare gli intenti dell’aziendalizzazione con i dati che seguono. In un libro bianco sulla corruzione in sanità dell’ISPE, Istituto per la promozione dell’etica in sanità (ISPE/Sanità, 2014), si dice come il sistema sanitario italiano ancora si presenta come uno dei migliori del mondo, ma che in rapporti come quello dell’Università di Gothenburg del 2012, in cui venivano comparati 18 paesi europei, si constata come inizi a perdere posizioni soprattutto a causa di corruzione e scarsa trasparenza.

⁶ Per il testo letterale, rimandiamo ai tre contributi prima citati.

⁷ Nel dettaglio, i partner della ricerca sono: una cattedra di psicologia clinica di Medicina e Psicologia, “Sapienza”, Roma; lo Studio di psicosociologia (SPS, scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica); gli ospedali San Filippo Neri e San Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma, l’Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria, Area Romana Municipio XII.

Riportiamo, in sintesi, quanto è emerso dall'analisi dei testi raccolti per i tre gruppi: cittadini, medici di medicina generale e personale ospedaliero. Iniziamo dai cittadini, gli utenti del sistema sanitario, coloro alla cui domanda il sistema dovrebbe rispondere.

Cittadini

Dall'analisi emerge l'individuo, la singola persona che tramite la sofferenza si costituisce come malato. A tutti capita, prima o poi, di provare sofferenza, e di dover ricorrere, in base al dolore che si prova, al sistema sanitario. Il coinvolgimento emozionale personale nei confronti dello "star male" e della "malattia" investe ognuno, e ci implica tutti entro una rappresentazione emozionalmente connotata del sistema sanitario. Nella domanda dei cittadini l'elemento più interessante di questa rappresentazione sta nella richiesta di prendersi cura, insieme all'occuparsi dell'oggettività della malattia, della propria soggettività di malato. Nei cittadini intervistati, al centro del rapporto con la sanità ci sono le richieste derivanti dalla percezione soggettiva di sé come malato.

Attorno a questo modello culturale, e in contrapposizione a esso, si distribuiscono le altre dinamiche culturali che riguardano la sanità. In una prima dinamica c'è una profonda sfiducia nei confronti della sanità pubblica, e la necessità che ne deriva di affrontare spese ingenti per le prestazioni sanitarie private. In una seconda si differenziano i problemi del "sé malato" da quelli dell'"altro malato", le persone della propria famiglia. Per questi ultimi, persone malate o ricoverate per dare alla luce un bambino, si sottolinea come l'essere pazienti comporti uno stato regressivo, e la necessità che a prendersi cura di questa regressione siano i familiari, perché il sistema sanitario non sa farlo.

In una terza dinamica troviamo due condizioni particolari della malattia: quella derivante da incidenti, con l'urgenza di intervenire tempestivamente per salvare dalla morte; quella conseguente all'anzianità, evidenziandone le complicazioni organizzative e affettive. In questo secondo caso l'intervento è volto a prolungare la vita, a fronte di una morte comunque inevitabile.

In estrema sintesi, l'emozionalità dei cittadini, confrontati con il sistema sanitario, ruota attorno a tre dinamiche emozionali: sofferenza-vita-morte. Queste dinamiche emozionali si articolano entro la contrapposizione tra sé e altro: mentre la sofferenza definisce il sé malato, i problemi collegati alla vita e alla morte sono riferiti all'altro.

Queste culture segnalano le differenti eventualità con le quali si può avere a che fare nel rapporto con la sanità. Si tratta, ricordiamolo, di eventualità che emergono dalla rappresentazione emozionale delle persone che fruiscono della sanità. Vedremo come siano ben diverse da quelle emerse dalla rappresentazione emozionale del personale sanitario, sia di base che ospedaliero.

Medici di Medicina Generale

I medici di medicina generale segnalano due grandi problemi. Il primo è un sistema sanitario centrato sulle urgenze, trattate dal pronto soccorso e dalla medicina d'urgenza; in questo sistema si percepiscono come impotenti a intervenire, e in qualche modo emarginati. Il secondo è la cronicità, in particolare delle persone anziane, trattata a casa del paziente, dove altri operatori (infermieri, badanti, operatori in genere) sostituiscono il medico.

Un'impotenza a tutto campo permea questa cultura. Il medico non ha più il potere di rispondere alle attese del paziente. Un paziente che si aspetta un medico capace di entrare nella sua casa per ricevere diagnosi e terapia, di curare pazienti accettati nella loro incapacità di muoversi da casa. Le cose oggi sono profondamente cambiate, sembrano dire i nostri medici. Il medico oggi, fatta eccezione per le urgenze e la cronicità anziana, vede i pazienti nell'ambulatorio e nell'ospedale. I pazienti oggi sono costretti ad andare dal medico, non possono più "chiamarlo" perché si prenda cura di loro.

È una cultura delle difficoltà. Il lavoro del medico sembra reso difficile dai fattori più disparati. La perdita del potere assoluto – fondato peraltro su moralità e coscienza – comporta la catastrofe per la professione medica e per la relazione tra medico e paziente. Il medico, chiuso nel suo ambulatorio, non sa più stabilire quel rapporto di fiducia e di dipendenza che gli consentirebbe un intervento utile e affidabile. Il medico sente di aver perso la fiducia dei pazienti. Senza un rapporto diretto, domestico, con i pazienti, il medico sente di avere a che fare con il rischio delle denunce, con l'ottusità della burocrazia, con l'implacabile cecità della politica e le impietose regole dell'economia. Tutto questo, nel passato anche recente, non esisteva. Siamo confrontati con una cultura del rimpianto, della passività remissiva. C'è una sorta di rovesciamento del ruolo

medico. Il medico, di fronte alle minacce che incombono, assume il ruolo del “paziente”, del malato che dichiara la sua sofferenza passiva.

Personale ospedaliero

Innanzitutto c'è una cultura ospedaliera caratterizzata da confusione categoriale tra vita e morte.

Qui i casi paradigmatici del dilemma proprio dell'intervento medico, che si dispiega entro le polarità della vita e della morte, sono il malato terminale che simbolizza la vita che si avvia verso la non esistenza della morte, e il bambino prematuro come non-esistenza che si avvia verso la vita.

I malati terminali sono espulsi dall'ospedale: chi deve morire, lo può fare con l'assistenza dei familiari, a casa propria o nell'hospice, senza affrontare la solitudine dell'ospedale. Chi passa dalla non esistenza della prematurità alla vita del bambino “sano”, viene dimesso come fosse una seconda nascita. In sintesi, l'ospedale rifiuta la morte al suo interno e al contempo ridà la vita.

L'ospedale inoltre assume funzioni sostitutive. Vicaria la madre che ha fatto nascere prematuramente il bambino, svolge una funzione sostitutiva della mancata fecondazione della donna che desidera procreare e ha una qualche difficoltà a farlo in modo “naturale”. Sembra presente una sorta di orgoglio “maniacale” nel dare la vita ed evitare la morte, mediante funzioni sostitutive che poco hanno a che fare con la malattia, vista solo nei suoi aspetti terminali che l'ospedale rifiuta ed espelle.

È solo successivamente che compaiono i malati, nel loro rapporto con l'ospedale. Quando gli ospedalieri riconoscono la loro funzione di cura, ciò avviene colpevolizzando i malati cronici per aver provocato crisi della loro malattia per errori nell'osservanza delle prescrizioni mediche. Ne deriva l'intervento del pronto soccorso e della medicina d'urgenza: alle crisi, l'ospedale risponde con la sua capacità d'intervento urgente.

C'è infine la relazione tra ospedale e territorio, dove si vede come necessaria ma carente la collaborazione con la medicina di base. Questa dovrebbe occuparsi realmente del malato, uscendo dalla burocrazia di chi sforna ricette senza visitarlo. Si potrebbe evitare il sovraffollamento dell'ospedale, che per gli intervistati è conseguenza di una medicina territoriale poco funzionante.

Dare la vita ed evitare la morte sembrano le due funzioni che gli ospedalieri vivono come rilevanti e prestigiose. Per tutto il resto, l'ospedale sembra cercare un capro espiatorio per un'attività difficile e frustrante. Si colpevolizzano: i malati cronici che non seguono le prescrizioni e provocano riacutizzazioni delle loro patologie; la medicina di base burocratizzata e poco capace di prendersi cura dei malati; i malati terminali che richiedono solo d'essere accompagnati alla morte, perché non c'è più nulla da fare per la reversibilità del male.

Conclusioni

Per i cittadini, gli utenti del sistema sanitario, la dinamica simbolica più rilevante è quella con cui l'individuo si propone come malato. Nella costruzione soggettiva del proprio essere malato, ciascuno sviluppa una propria domanda al sistema sanitario. Una domanda che ha, quale fattore comune, l'aspettativa di veder presa in carico dalla sanità l'ansia derivante dalla sofferenza che interrompe la condizione dell'essere “sani”. La soggettiva decisione di malattia è, per il profano, la perdita dell'usuale condizione di “silenzio degli organi”⁸; perdita che istituisce – per la persona – una condizione di eccezionalità, di emergenza. Per chi decide d'essere malato la malattia è la perdita di una condizione usuale, scontata, e insieme basilare: quella che consente l'adattamento al lavoro, all'amicalità, alla vita familiare, all'idiosincratico rapporto con la propria realtà. La domanda dei cittadini è definita da questa costruzione soggettiva del proprio essere malati. Una costruzione ove sofferenza, vissuto di passiva emarginazione dal proprio modo di vita usuale, connotano le aspettative di chi – sentendosi malato e quindi in emergenza – si aspetta un intervento subitaneo, che renda reversibile lo stato di emarginazione.

I medici di base segnalano l'ambulatorio come il luogo del fallimento nella relazione con i malati. Il pronto soccorso per le urgenze, l'assistenza domiciliare (contrapposta alla cura medica) dedicata ai malati cronici e anziani sono le due aree, per loro molto importanti, che con il tempo sono state sottratte ai medici di base stessi. Questa sottrazione è dovuta alla loro “incapacità” e riluttanza ad andare a casa del malato, ma anche al sentirsi costretti a un confronto avvilente con la burocrazia che affligge il sistema sanitario. L'ambulatorio,

⁸ “La santé est la vie, dans le silence des organes”: con queste parole veniva definita la salute, dal medico francese R. Lériche, nel 1936 (Bézy, 2009).

quindi la riluttanza a una presenza domiciliare rispondente alle attese del malato, rappresenta il luogo di un possibile conflitto con i malati e i loro familiari.

Il personale ospedaliero, infine, è occupato dal definire il potere “taumaturgico” dell’ospedale e dal decidere chi può star dentro o fuori dall’ospedale stesso. Ricordando che taumaturgico è parola che deriva da *theàma*, spettacolo, e da *oyrgòs*, operare, e indica chi compie cosa prodigiosa.

Torneremo su tutto questo nelle conclusioni a questo contributo. Per ora, questa sintesi serve a individuare le specificità simboliche che caratterizzano i tre gruppi in analisi.

Test di Similarità Assunta (TSA)

La Similarità Assunta è stata proposta da Fiedler (1954, 1958) per misurare la percezione interpersonale entro i piccoli gruppi. La rilevazione della Similarità Assunta veniva effettuata tra specifiche componenti del gruppo. Ad esempio, i membri accettati o rifiutati del gruppo stesso, rilevati tramite misurazioni sociometriche. Crombach (1955) propose una scomposizione dell’“indice D” – indice che configura la misurazione di Similarità Assunta – in componenti invarianti e componenti variabili. Prima si rilevava la Similarità Assunta in riferimento a specifiche componenti del piccolo gruppo (ad esempio, legate alla leadership o alla popolarità emozionale), e alle loro connotazioni emozionali entro il gruppo stesso; dopo Crombach, la si poté usare nei confronti dell’“altro generalizzato”. Un “altro generalizzato” che può essere connotato secondo variabili di ruolo o funzionali, oppure con connotazioni sociali di varia natura. L’estensione della ricerca a componenti sociali generalizzate ha consentito di esplorare la distanza interpersonale tra gruppi funzionali differenti, entro una specifica organizzazione o entro una specifica area di convivenza. È il caso di numerose ricerche che uno di noi ha effettuato nel passato (Carli, 1968, 1970; Carli & Esposito, 1971; Carli, Mangiarotti, & Scalfaro, 1972).

Nella ricerca sulle culture locali dei differenti gruppi che contribuiscono all’erogazione e alla fruizione dei servizi sanitari nel territorio e nelle strutture ospedaliere, è sembrato importante misurare la “distanza interpersonale” tra i gruppi stessi. Distanza interpersonale definita quale differenza tra il modo con cui i membri di uno specifico gruppo percepiscono se stessi, e il modo con cui – quegli stessi membri – pensano che i componenti degli altri gruppi sociali percepiscano, a loro volta, se stessi. Si può così chiedere agli infermieri ospedalieri partecipanti alla ricerca di descrivere se stessi, tramite la scala di aggettivi che fonda il test di Similarità Assunta. Si chiede, poi, agli stessi infermieri di valutare come pensano che si valutino, con la stessa scala, i cittadini che fruiscono del sistema sanitario entro il quale lavorano. Avremo così una rilevazione della “distanza interpersonale” valutata dagli infermieri, nella loro relazione con i cittadini che fruiscono del servizio sanitario. Quanto più è basso il valore numerico di Similarità Assunta, tanto più elevata sarà la Similarità Assunta che gli infermieri pensano ci sia tra loro e i cittadini, e viceversa. Sottolineiamo la dimensione “soggettiva” di queste valutazioni. Non si tratta di una reale accuratezza nella valutazione dell’altro, quanto di una “assunzione” di similarità tra la valutazione di se stessi e l’attribuzione della stessa valutazione all’“altro” generalizzato, specificato soltanto tramite il ruolo entro il sistema sanitario (medici, infermieri, cittadini/pazienti).

La misurazione della distanza interpersonale tra le differenti componenti di una specifica organizzazione è per noi importante, perché consente di ipotizzare diverse modalità di relazione tra le componenti stesse. Più è bassa la distanza interpersonale e di conseguenza più è elevata la Similarità Assunta che una componente valuta tra se stessa e le altre componenti, tanto più elevata sarà la propensione a socializzare in modo “familista” e ad agire dinamiche collusive con tali componenti. Viceversa, più elevata sarà la distanza interpersonale, e di conseguenza più bassa sarà la Similarità Assunta, tanto più alta sarà l’interazione critica tra questa componente e le altre, così come la tendenza a un atteggiamento analitico e valutante dell’interazione stessa.

Tendenza alla fusionalità collusiva o tendenza alla criticità conflittuale saranno, in estrema sintesi, le due connotazioni prevedibili del rapporto, in base a una bassa o elevata Similarità Assunta. La prima tendenza fonda i sistemi d’appartenenza, la seconda quelli ove il confronto tra le differenti componenti viene vissuto come potenzialmente conflittuale. La prima tendenza pone le basi per l’assunzione di una vicinanza affettiva acritica, entro l’organizzazione; la seconda, per un atteggiamento analitico e critico nei confronti delle altre componenti dell’organizzazione stessa. La prima tendenza implica simbolizzazioni affettive, nei confronti dell’altro, fondate sulla vicinanza emozionale; la seconda sulla distanza emozionale. Lo studio delle culture locali, effettuata con l’AET – all’interno delle organizzazioni – ha sostituito, nel corso degli anni, la rilevazione della distanza interpersonale. L’analisi delle culture locali consente una conoscenza più specifica

delle dinamiche che caratterizzano l'organizzazione e delle interazioni tra le differenti componenti dell'organizzazione stessa. Riteniamo, peraltro, che i dati emersi con la rilevazione della Similarità Assunta possano integrare utilmente quelli rilevati con l'AET.

Applicazione del TSA ai quattro gruppi sperimentali

I soggetti sperimentali delle tre indagini sono stati differenziati in quattro gruppi: Cittadini (C), Medici di Medicina Generale (MMG), personale ospedaliero distinto in Medici Ospedalieri (MO) e Infermieri Ospedalieri (IO); a tutti è stato proposto di effettuare un test di Similarità Assunta. La SA tra due persone, che chiameremo A e B, è intesa quale distanza tra il modo in cui A si percepisce e il modo in cui A pensa che B si percepisca. Lo strumento di misurazione consiste in una serie di aggettivi, seguiti da una scala di valutazione a cinque passi. Si chiede ad A di utilizzare la scala per descrivere se stesso, e successivamente di utilizzare la stessa scala per descrivere come lui pensa che B si veda (l'istruzione da dare ad A è del tipo: "Prova ad indovinare come B utilizzerebbe la scala, per descrivere se stesso"). La SA è un indice che viene computato come radice quadrata della sommatoria dei quadrati delle differenze tra i punteggi della *self description* e quelli dell'anticipazione di descrizione dell'altro, per ogni singolo aggettivo della scala.

In sintesi, abbiamo chiesto a ciascun intervistato come si vedeva e come lo stesso intervistato pensava che l'altro si vedesse. L'"altro" era costituito da ciascuno dei tre gruppi sperimentali rimanenti, per ciascun gruppo sperimentale. Ad esempio, ai medici di medicina generale – dopo aver valutato se stessi – veniva chiesto di "indovinare" come si potrebbero valutare un infermiere ospedaliero "in generale", un medico ospedaliero pure "in generale" e un cittadino, in tre valutazioni distinte.

A questo scopo alla fine dell'intervista veniva detto a ciascun intervistato: "Le propongo ora di rispondere ad alcune domande, uguali per tutti gli intervistati. Le risposte ci permetteranno di confrontare le diverse interviste; saranno necessari alcuni minuti". Successivamente si presentavano quattro fogli, ciascuno con una lista di aggettivi, uno dopo l'altro. Le liste erano uguali. Per la prima lista, sempre nell'esempio del medico di base, veniva detto: "Le propongo una lista di 20 aggettivi con la quale esprimere come vede se stesso; non ci pensi su troppo, la prima risposta che le viene alla mente è quella giusta; per ogni aggettivo le chiedo di esprimere una valutazione: ++ molto; + abbastanza; - poco; -- per niente". Successivamente veniva proposta la seconda lista: "Ora pensi a un cittadino, a una persona che potrebbe chiedere un servizio sanitario, in generale; come pensa che si veda, questa persona? In altre parole, le chiediamo di indovinare dove – questa persona – porrebbe le sue crocette, nel descrivere se stessa; anche qui non ci pensi troppo, la prima risposta che le viene alla mente è quella giusta".

Così per le altre due liste di aggettivi, concernenti i rimanenti gruppi sperimentali.

Risultati del TSA

Abbiamo ottenuto due ordini di dati, ben evidenziabili nella seguente tabella riassuntiva delle medie di Similarità Assunta:

Tabella 1 - Medie di Similarità Assunta di ciascun gruppo sperimentale nei confronti degli altri tre gruppi

	SA con MMG	SA con C	SA con MO	SA con IO
Medici Medicina Generale (MMG)		4.69	4.71	4.10
Cittadini (C)	4.54		4.74	4.83
Medici Ospedalieri (MO)	3.69	5.03		3.5

Infermieri Ospedalieri (IO)	4.02	3.51	3.5	
-----------------------------	------	------	-----	--

Sulla sinistra abbiamo i gruppi “sperimentali” che hanno generato i dati di Similarità Assunta. Ricordiamo che abbiamo chiesto di effettuare le valutazioni di Similarità Assunta a: Medici di Medicina Generale, Cittadini fruitori del SSN, Medici Ospedalieri e Infermieri Ospedalieri. Per ciascuno di questi gruppi sperimentali sono indicati – in riga nella tabella – i dati medi di Similarità Assunta rilevati confrontando la propria autovalutazione e la valutazione attribuita all’altro generalizzato, di volta in volta caratterizzato dall’essere infermiere, cittadino, medico ospedaliero o medico di medicina generale. In colonna, nella tabella, abbiamo i dati di Similarità Assunta ottenuti per i diversi “gruppi valutati”.

Riportiamo in tabella 2 i dati medi di Similarità Assunta riportati dai diversi gruppi sperimentali⁹:

Tabella 2 - Medie di Similarità Assunta per ciascuno dei diversi gruppi sperimentali

	N	Media	Deviazione std.	Errore std.	95% di intervallo di confidenza per la media		Minimo	Massimo
					Limite inferiore	Limite superiore		
MEDIA MMG	29	4,5230	,97371	,18081	4,1527	4,8934	3,16	6,65
C	17	4,7045	,79488	,19279	4,2958	5,1132	3,52	5,82
MO	11	4,0720	1,10685	,33373	3,3284	4,8156	1,97	6,06
IO	7	3,6649	,84238	,31839	2,8859	4,4440	2,45	4,78
Totale	64	4,3999	,97709	,12214	4,1558	4,6439	1,97	6,65
DEVST MMG	29	,8981	,47790	,08874	,7163	1,0799	,16	1,87
C	17	,5721	,30274	,07343	,4164	,7277	,08	1,01
MO	11	,8824	,31404	,09469	,6714	1,0934	,63	1,78
IO	7	,6799	,32227	,12181	,3819	,9780	,33	1,11
Totale	64	,7849	,41393	,05174	,6815	,8883	,08	1,87

Da questi dati generali è possibile rilevare quanto segue:

a – la Similarità Assunta degli Infermieri è mediamente la *più elevata* (3.66), in un confronto tra i quattro gruppi “sperimentali”. Quella dei Cittadini ha il valore medio *più basso* (4.70). Mettendo in ordine i valori medi di Similarità Assunta dal più elevato al più basso, abbiamo: Infermieri Ospedalieri – Medici Ospedalieri – Medici Medicina Generale – Cittadini.

I gruppi sperimentali “ospedalieri” (nell’ordine Infermieri e Medici) denotano una maggiore tendenza alla fusionalità collusiva con gli altri gruppi, mentre i Cittadini denotano una distanza maggiore dagli altri gruppi, quindi una potenziale maggior conflittualità.

⁹ Ricordiamo che quanto più è basso il valore numerico di Similarità Assunta, tanto più elevata è la Similarità Assunta, e viceversa.

b – La deviazione standard ci dà la misura della dispersione all'interno di ciascun gruppo e mostra se un gruppo sperimentale assomiglia a sé le figure in modo omogeneo o differenziato, quindi se discrimina o meno tra le figure verso le quali valuta la Similarità Assunta.

L'analisi differenziale dei dati per i differenti "gruppi generalizzati" consente di inferire quanto segue: i valori di Similarità Assunta generati dai Cittadini non discriminano tra i vari gruppi; il valore di deviazione standard è di .5721; le medie di Similarità Assunta – si veda la tabella 1 – nei confronti di Medici Medicina Generale (4.54), Medici Ospedalieri (4.74) e Infermieri Ospedalieri (4.83) non differiscono significativamente; i Cittadini, quindi, tendono a valutare tutti i gruppi sanitari come "lontani" da sé, senza significative differenze tra loro.

I valori di Similarità Assunta generati dai Medici di Medicina Generale differenziano significativamente; il valore di deviazione standard è di .8981. In particolare, per i Medici di Medicina Generale gli Infermieri Ospedalieri (4.10) sono percepiti come più vicini dei Cittadini (4.69) e dei Medici Ospedalieri (4.71), questi due ultimi non differenziati tra loro.

Abbiamo infine calcolato l'analisi della varianza dei dati ottenuti da ciascun gruppo generalizzato, nelle valutazioni di Similarità Assunta fatte nei suoi confronti dai tre gruppi sperimentali. Le analisi della varianza, in altri termini, sono state calcolate sui dati di ciascuna delle quattro colonne – entro la tabella 1 – vale a dire per i tre gruppi di dati di Similarità Assunta ottenuti da ciascuno dei quattro gruppi di figure valutate.

Riportiamo i dati emersi:

Tabella 3 - *Similarità Assunta con i Cittadini*

	Somma dei quadrati	df (=gdl)	Media dei quadrati	F	Sig. (=P)
Fra gruppi	10,523	2	5,262	3,062	,06
Entro gruppi	75,618	44	1,719		
Totale	86,142	46			

Tabella 4 - *Similarità Assunta con i Medici Ospedalieri*

	Somma dei quadrati	df (=gdl)	Media dei quadrati	F	Sig. (=P)
Fra gruppi	7,902	2	3,951	3,702	,03
Entro gruppi	52,297	49	1,067		
Totale	60,199	51			

Tabella 5 - *Similarità Assunta con i Medici di Medicina Generale*

	Somma dei quadrati	df (=gdl)	Media dei quadrati	F	Sig. (=P)
Fra gruppi	4,986	2	2,493	2,164	,13
Entro gruppi	36,866	32	1,152		
Totale	41,853	34			

Tabella 6 - *Similarità Assunta con gli Infermieri Ospedalieri*

	Somma dei quadrati	df (=gdl)	Media dei quadrati	F	Sig. (=P)
Fra gruppi	12,511	2	6,256	4,893	,01
Entro gruppi	67,756	53	1,278		
Totale	80,268	55			

Anche il dato in tabella 4 sembra significativo. Tre sono le analisi della varianza ove emergono differenze, statisticamente significative, tra le medie:

a – per quanto concerne la Similarità Assunta valutata nei confronti dei Cittadini, gli Infermieri Ospedalieri percepiscono i Cittadini mediamente più vicini (3.51) di quanto non facciano le due categorie dei Medici: i valori sono di 5.03 per i Medici Ospedalieri e di 4.69 per i Medici di Medicina Generale. Gli Infermieri Ospedalieri, in altre parole, mostrano una Similarità Assunta verso i Cittadini più elevata di quanto non emerga per i Medici Ospedalieri e per i Medici di Medicina Generale.

b – per quanto concerne la Similarità Assunta valutata nei confronti degli Infermieri Ospedalieri, i Medici Ospedalieri (3.5) li percepiscono come significativamente più vicini di quanto non facciano i Cittadini (4.83).

c – per quanto concerne la Similarità Assunta nei confronti dei Medici Ospedalieri, gli Infermieri Ospedalieri li percepiscono come più vicini (3.5) di quanto non facciano i Medici di Medicina Generale (4.71) e i Cittadini (4.74).

Discussione dei risultati del TSA

Sembra interessante la discordanza tra la tendenza degli Infermieri Ospedalieri a vivere un'elevata similarità con i Cittadini e quella dei Cittadini a vivere una bassa similarità nei confronti degli stessi Infermieri.

Per cogliere il senso di questo dato, solo apparentemente contraddittorio, si può ipotizzare che, nell'ambito sanitario, la distanza interpersonale, misurata con la Similarità Assunta, sia espressione di uno specifico *vissuto di potere* entro la relazione tra gruppi. Questa ipotesi consente di dare un senso ai dati emersi. I Cittadini, se si vuole gli "estranei" al contesto sanitario in quanto pazienti che si suppone vivano una acritica relazione di dipendenza dal contesto sanitario stesso, sono quelli che denotano la più bassa Similarità Assunta (la più elevata distanza interpersonale) nei confronti di tutti i gruppi "sanitari" considerati nella ricerca. In particolare, i Cittadini manifestano una distanza interpersonale elevata nei confronti degli Infermieri, il gruppo che, entro l'ospedale, è dedicato soprattutto al "prendersi cura" di loro, più che alla "cura" della forma patogena che giustifica il ricovero. Per le stesse ragioni, gli Infermieri vivono la più bassa distanza interpersonale nei confronti dei Cittadini, nei confronti dei quali vivono un potere elevato.

Questa ipotesi spiega anche la bassa distanza interpersonale mostrata dai Medici Ospedalieri nei confronti dei "loro" infermieri, quindi l'elevato potere vissuto nei loro confronti.

L'equivalenza tra distanza interpersonale, misurata tramite la Similarità Assunta, e potere vissuto dai gruppi entro l'organizzazione sanitaria, si può comprendere se si coglie la specificità dell'organizzazione sanitaria stessa. Si tratta di un sistema sociale ove le relazioni gerarchiche non sono strettamente connesse alla sola produzione di beni o servizi, quanto all'operare *in presenza del cliente/paziente ed entro una relazione diretta con lui*. Si tratta di un funzionamento organizzativo, inoltre, che classicamente si distingue in due componenti: quella del "curare" il male che porta il cittadino ad andare dal medico o in ospedale; quella del "prendersi cura" del cittadino. Il prendersi cura è particolarmente importante nel ricovero ospedaliero. In quel caso, il cittadino vede il "curare" quale funzione del medico, e il "prendersi cura" quale funzione prevalente dell'infermiere. Nella relazione sanitaria, d'altro canto, la funzione del curare è accettata da tutti come parte del potere medico. Non c'è un'analoga legittimazione del potere infermieristico entro la funzione del prendersi cura, che in molte sue componenti non prevede una specifica e ostensibile competenza. Gli Infermieri della nostra ricerca pensano di fondare il loro potere sui pazienti nell'accorciare la distanza interpersonale con loro, in una sorta di pretesa di amicalità fondata sul vissuto di somiglianza: "ti capisco e

posso intervenire con un forte potere nella relazione con te, perché tu – paziente – sei come me, e non puoi che accettare il potere che mi è conferito nel prendermi cura di te”. Il paziente, d’altro canto, guarda con diffidenza al sistema sanitario nel suo insieme, e in particolare diffida degli infermieri e del loro modo di trattarlo “familiarmente”, accentuando il peso della dipendenza che il sistema sanitario richiede dai cittadini/pazienti.

A partire da questi dati, si può ipotizzare che il potere fondato sull’assimilazione dell’“altro” a sé sia una caratteristica del sistema sanitario; possiamo, così, comprendere la causa della crescente diffidenza dei cittadini, che debbono entrare acriticamente nel sistema sanitario e accettarne le dimensioni culturali volte a considerare il paziente quale persona che si può trattare senza quella distanza interpersonale che fonda il rispetto sociale e la necessaria “alterità” entro le relazioni. Il “conflitto” tra Infermieri che assimilano a se stessi i Cittadini, e Cittadini che allontanano da sé soprattutto gli Infermieri, sembra ben definire la problematicità della relazione tra utenti e sistema sanitario, così come è emersa nell’ambito dell’intera ricerca. Procediamo ora con un commento all’insieme dei dati.

Conclusioni

La decisione di essere malato. Come si costruisce l’attesa simbolica del paziente nei confronti del sistema sanitario

Freud e la scuola psicoanalitica hanno proposto, nell’immensa opera concernente la patologia mentale e l’inconscio, la continuità tra normale e patologico. È una tesi per la quale i fenomeni patologici sono identici ai fenomeni normali corrispondenti, con una differenza dovuta alle sole variazioni quantitative. Questa tesi fu proposta anche da altri, lungo tutto l’arco dell’800. In particolare, come ricorda Canguilhem (1966/1998), da Auguste Comte e Claude Bernard, il fondatore della medicina sperimentale. Questa corrispondenza tra fisiologia e patologia, con l’unica variazione quantitativa del fenomeno che conduce dal normale al patologico, fu confutata in medicina: si è arrivati a distinguere la normalità, non solo quale capacità di adattamento alle variazioni dell’ambiente, ma anche come capacità normativa.

Essere sano non significa soltanto essere normale in una situazione data, ma anche essere normativo, in quella situazione e in altre situazioni eventuali. Ciò che caratterizza la salute è la possibilità di oltrepassare la norma che definisce il normale momentaneo, la possibilità di tollerare infrazioni alla norma abituale e di istituire norme nuove in situazioni nuove (Canguilhem, 1966/1998, p. 160).

Citiamo Canguilhem perché, nel suo importante lavoro, propone il tema dell’individuo che si costituisce come malato. È un tema che dà fondamento teorico a quanto emerso nella cultura dei cittadini. Ripercorriamo alcuni passi del lavoro di Canguilhem:

La salute è un margine di tolleranza nei confronti dell’infedeltà dell’ambiente (p. 161).

La malattia è anch’essa una norma di vita, ma è una norma inferiore, nel senso che essa non tollera alcun allontanamento dalle condizioni in cui vale, incapace com’è di trasformarsi in un’altra norma. Il vivente malato è normalizzato in condizioni di esistenza definite e ha perduto la capacità normativa, la capacità di istituire nuove norme in nuove condizioni (p. 148).

I confini tra salute e malattia sono, quindi, labili non tanto perché l’una sconfinava nell’altra, quanto perché si tratta di due “norme di vita”.

(...) si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia (p. 146).

Ancora:

La frontiera tra il normale e il patologico è imprecisa per individui diversi considerati simultaneamente, ma è estremamente precisa per un solo e medesimo individuo considerato successivamente. Ciò che è normale in quanto normativo in condizioni date, può divenire patologico in un’altra situazione, se si mantiene identico a se stesso. *Di tale trasformazione è giudice l’individuo*, in quanto è lui a patirne, nel momento stesso in cui si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli pone (p. 147, *corsivo nostro*).

Per Canguilhem, la scelta d'essere malato spetta quindi al singolo individuo, nel suo processo d'adattamento. Questo differenzia profondamente la patologia medica dalla "patologia mentale". Citiamo una sua importante affermazione al proposito:

La malattia somatica non rompe l'accordo tra simili; il malato è per noi ciò che è per se stesso; mentre l'anormale psichico non ha coscienza del proprio stato (p. 90).

Ancora:

Guarire significa, in linea di principio, ricondurre a una norma, una funzione o un organismo che se ne sono allontanati. La norma, il medico, la mutua solitamente dalla propria conoscenza della fisiologia, intesa come scienza dell'uomo normale, dalla propria esperienza diretta delle funzioni organiche, dalla rappresentazione comune della norma in un ambiente sociale e in un dato momento. Tra le *tre autorità* quella che prevale è, di gran lunga, la fisiologia. La fisiologia moderna si presenta come una raccolta canonica di costanti funzionali, in rapporto con funzioni di regolazione ormonali e nervose. Tali costanti sono qualificate come normali, in quanto designano dei caratteri medi e i più frequenti tra i casi osservabili praticamente. Ma esse sono qualificate come normali anche perché entrano a titolo di ideale in quella che è l'attività terapeutica. Le costanti fisiologiche sono dunque normali nel senso statistico, che è un senso descrittivo, e nel senso terapeutico che è un senso normativo (p. 94, *corsivo nostro*).

La malattia mentale rompe l'accordo tra simili, in quanto il malato mentale non ha coscienza del proprio stato. Il malato mentale, contrariamente al malato tradizionale della medicina, *non va dal medico di sua volontà*. Canguilhem, a proposito dell'origine dello stato di malato, fondata sulla decisione individuale del singolo, è molto preciso e ripete più volte quest'affermazione:

Non converrebbe, in fin dei conti, affermare che il fatto patologico non è percepibile come tale, cioè come alterazione dello stato normale, se non a livello della totalità organica e, nel caso dell'uomo, a livello della totalità individuale cosciente, in cui la malattia diventa una specie di male? (p. 62).

(...) è perché ci sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non perché vi sono dei medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie. L'evoluzione storica dei rapporti tra il medico e il malato nella consultazione clinica, non modifica in nulla il rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia (p. 67).

Jaspers ha visto bene quali sono le difficoltà di questa determinazione medica del normale e della salute: "È il medico colui che meno ricerca il senso delle parole 'salute e malattia'. Dal punto di vista scientifico, egli si occupa dei fenomeni vitali. È la considerazione dei pazienti e delle idee dominanti l'ambiente sociale che, più del giudizio dei medici, determina ciò che si chiama 'malattia'" (p. 93).

È esatto che, in medicina, lo stato normale del corpo umano sia lo stato che si spera di ristabilire. Ma è perché ad esso la terapeutica mira come al buon fine da raggiungere, che si deve dirlo normale, oppure è perché esso viene considerato normale dall'interessato, vale a dire dal malato, che la terapeutica ne fa il proprio obiettivo? (p. 96).

Distinguendo anomalia e stato patologico, varietà biologica e valore vitale negativo, si è in definitiva delegato al vivente stesso, considerato nella sua polarità dinamica, il compito di stabilire dove cominci la malattia (p. 146).

Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico (p. 171).

Potremmo continuare a lungo nelle citazioni di una nozione che Canguilhem pone alla base della sua disamina sul normale e il patologico: *la singola persona, con la sua decisione soggettiva, definisce il suo stato come normale o patologico*. Il medico interviene soltanto nei casi ove la soggettività dell'individuo arriva alla decisione di consultarlo. La diagnosi medica, quindi, è secondaria a una sorta d'importante *diagnosi soggettiva* dell'individuo che si costituisce quale malato. Spetta a quest'ultimo il decidere sulla presenza di un disagio fisico e sulla necessità di rivolgersi al sistema sanitario.

Corollario di quest'affermazione è che il medico interviene sulla malattia, diagnosticata secondo i parametri medici della fisiologia-patologia, mentre non può e non vuole intervenire sul "rapporto normale e permanente tra il malato e la sua malattia", per dirla con Canguilhem. Il medico, utilizzando termini che ci sono più usuali, non può e non vuole intervenire sulla soggettività del paziente, vale a dire sul *vissuto di malattia* che caratterizza ciascun malato in modo diverso e irripetibile, e che lo porta a rivolgersi al medico.

Possiamo quindi proporre la seguente affermazione: nel momento in cui un individuo si percepisce soggettivamente come malato, e si rivolge per questo al medico, quest'ultimo si occuperà del male definito secondo i parametri della scienza medica, più specificamente della relazione tra fisiologia e patologia; patologia generale da un lato e patologie speciali, medica, chirurgica, ostetrica, pediatrica, neurologica ecc., dall'altro.

Il *vissuto di malattia*, la *soggettività dell'individuo nel suo viverci quale malato*, non vengono presi in carico dal sistema sanitario, se non entro le rigide regole del gioco che definiscono la relazione tra malato e sistema sanitario stesso, inteso quest'ultimo in tutte le sue declinazioni, dalla visita medica ambulatoriale all'assistenza domiciliare o ospedaliera (Carli, 2013a).

Nella sua ricerca di dati oggettivi – dice Canguilhem – il medico “si dimentica” della soggettività che caratterizza la domanda del malato; in altri termini, “il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico”. Nell'atto di rivolgersi al medico, da parte di chi decide soggettivamente di fare questo passo, è insita la domanda del futuro paziente. Chi va dal medico, per diventare in tal modo paziente o malato, deve comunque veder oggettivata la sua domanda entro le categorie diagnostiche (Carli, 2013a)¹⁰. L'oggettivazione diagnostica rappresenta, entro la cultura medica, l'unica possibile risposta alla domanda del malato. Di un malato che vede, in tal modo, ignorata la sua soggettività, l'ansia che accompagna la sua decisione d'essere malato. A nostro modo di vedere, il conflitto tra malati e contesto sanitario sta nella discrasia tra una domanda ignorata e un'oggettivazione della malattia, secondo i parametri della scienza medica. L'oggettivazione diagnostica della malattia fa riferimento a categorie di fisiologia e patologia che ignorano il processo tramite il quale la persona arriva a decidere del proprio statuto di malato, con le attese emozionali che tale decisione comporta.

La soggettività del sé-malato

La soggettività del sé-malato è il dato principale, e per noi il più importante, della cultura dei cittadini, potenziali utenti del sistema sanitario. Di fronte al sistema sanitario, il cittadino è primariamente preoccupato di definire la strategia più utile per avvicinare la sanità, nel momento in cui decide di proporsi quale “malato”. È l'assenza di “salute”, l'assenza del silenzio degli organi, che induce a vivere, soggettivamente, la sofferenza quale indicatore soggettivo, appunto, di malattia. La reazione all'assenza-di-assenza è molto più urgente e automatizzata della risposta a una presenza (Carli, 2015). I cittadini si aspettano il silenzio degli organi, quindi l'assenza di dolore quale stato usuale dell'esperienza. L'assenza di quell'assenza di dolore che ci si aspetta generalmente dal corpo, comporta un allarme urgente e improvviso, che richiede un intervento medico e al contempo psicologico: la soggettività del “sentirsi malati” e l'oggettività dell'essere malati concorrono, a pari livello, alla domanda urgente di accudimento e di terapia. È, in senso lato, la terapia del dolore che organizza la domanda del cittadino che, come risposta alla sofferenza, chiede l'intervento medico. Per il cittadino è questo “proclamarsi” come soggettivamente malato, quale risposta alla sofferenza, che avvia ogni dimensione simbolica del rapporto con la sanità.

La malattia quale “assenza di assenza” – e non quale presenza – implica quindi l'eccezionalità del proprio istituirsi quale malato. Un'eccezionalità che richiede al sistema sanitario una risposta rapida alla sofferenza. Tale risposta non sembra albergare nella cultura sanitaria in senso generale. Il sistema sanitario risponde all'urgenza proposta dall'assenza di assenza del dolore, considerando la malattia quale *presenza diagnosticata*. Questa *trasformazione dell'assenza di assenza del dolore, in presenza di malattia, definita diagnosticamente*, segna profondamente la relazione tra cittadino e sistema sanitario.

Notiamo che le parole emozionalmente dense “sofferenza” e “dolore” compaiono solo nel testo raccolto con i cittadini. Non fanno parte del vocabolario simbolico dei medici di base, né si ritrovano nel personale ospedaliero. È una considerazione importante per la nostra analisi: il personale sanitario non accetta la soggettività del proclamarsi quale “malato”, da parte delle persone comuni; un proclamarsi malato che, d'altro canto e come abbiamo visto, fonda la domanda al sistema sanitario. La motivazione a intervenire, nei medici di base e in quelli ospedalieri, è funzionale a criteri propri della medicina (urgenza, emergenza da un lato; malattie croniche o terminali dall'altro). La prescrizione di farmaci, per i medici di medicina generale, è la risposta alla pericolosità dei cittadini, vissuti come pronti a denunciare l'operato medico¹¹. Il personale

¹⁰ Nella malattia mentale tutto questo non accade. La malattia mentale è generata dal venir meno di un “accordo tra simili”, non da una valutazione soggettiva di disagio da parte del futuro malato. Si veda al proposito Carli & Paniccia (2014).

¹¹ In uno studio sul tema si stima che la spesa sanitaria, conseguente al fenomeno della medicina difensiva, ammonterebbe in Italia a circa 13 miliardi l'anno; questa cifra corrisponderebbe all'11,8% della spesa sanitaria totale

ospedaliero, dal canto suo, pensa che il potere ospedaliero possa esplicitarsi, prevalentemente, come funzione sostitutiva della madre – nel caso dei parti prematuri – e della fecondazione tramite la fecondazione assistita – nel caso della sterilità. Due “taumaturgie” vissute come prestigiose, tali da conferire un’immagine onnipotente al medico. Nel contempo si sottolinea che i malati terminali vengono posti fuori dall’ospedale, così come vengono “espulsi” dal sistema sanitario i cittadini che chiedono, capricciosamente, farmaci e ricette ai medici di medicina generale. I ricoveri ospedalieri, veri e propri, sono dovuti a scompensi e riacutizzazioni di malattie croniche; crisi dovute a errori dei pazienti che non sanno seguire le regole imposte dal medico. Scompensi e riacutizzazioni che devono passare, necessariamente, dal pronto soccorso.

Un primo problema, quindi, concerne la domanda nei confronti del sistema sanitario. I cittadini pensano che la domanda sorga, in una modalità sistematicamente urgente, dal loro definirsi quali malati. Certamente ci sono anche le urgenze vere e proprie – fondate sul rischio imminente di morte – o le cronicizzazioni della malattia, così come ci sono i familiari malati bisognosi di assistenza e un sistema sanitario pubblico criticabile per i suoi costi eccessivi. Ma la domanda sanitaria trova la sua origine nel proclamarsi “malato” del singolo, sulla base della sofferenza provocata da un dolore riferibile a qualche organo o apparato. Questa domanda, sembra essere completamente disattesa nella cultura sanitaria.

I medici di medicina generale pongono, a fondamento dell’intervento sanitario, le urgenze e la cronicità; le stesse dimensioni sottolineate dai cittadini, se si esclude il proprio porsi come malato. Per i medici di base, quindi, il pronto soccorso e l’assistenza domiciliare, descritta e vissuta peraltro come prevalentemente o esclusivamente infermieristica, sono le due realtà problematiche che saturano in modo esauriente l’intervento sanitario. Il rapporto con il malato “usuale”, quel malato che decide d’essere malato – *sua sponte* – è segnato, nella cultura dei medici di base, da un rovesciamento: un tempo era il medico che rispondeva alla chiamata delle famiglie, recandosi a casa del malato; oggi è il malato che deve andare dal medico, nell’ambulatorio. Quell’ambulatorio che implica l’andare forzato dal medico, chiuso nel suo luogo di lavoro e indisponibile a quell’andare al letto del malato che, un tempo, caratterizzava il medico di famiglia. Il medico di famiglia, in altri termini, si è trasformato nel medico ambulatoriale da un lato, nel medico ospedaliero dall’altro. Il medico che prescrive farmaci, d’altro canto, è identificato con un nuovo rapporto tra malato (o cittadino) e medico: un rapporto fondato sulla sfiducia e sul pericolo di possibili denunce. Il medico non gode più di quella stima che fondava la dipendenza del paziente; dipendenza da un professionista al quale era attribuito il *modus operandi* basato su “scienza e coscienza”.

La credibilità del sistema sanitario è in crisi

A cosa è dovuta la crisi nella credibilità del sistema sanitario? Uno sguardo alla cultura dei medici di base ci può aiutare in proposito. In essa manca ogni traccia di “presa in carico” del malato da parte del sistema medico. Approfondiamo tale affermazione. Presa in carico è un’espressione molto usata entro i servizi sociali, originariamente, entro il sistema sanitario, in seconda battuta. Molto usata, ma poco definita. La presa in carico è un evento che intercorre tra una persona o un gruppo (familiare) che pone una domanda, e un operatore che è preposto a dare una risposta alla domanda stessa.

Quale è la domanda di chi, in base a dolore e sofferenza, si definisce come malato nei confronti del sistema sanitario? La domanda concerne la soggettività della persona che ha perso, improvvisamente o in lenta progressione, la salute. Possiamo chiederci quale sia lo stato emotivo di chi subitaneamente, o passo passo, perde il silenzio degli organi e vede insorgere malessere, sofferenza. Con la “malattia”, soggettivamente percepita, si perdono sicurezza, identità (l’interrogativo di molti malati è: “perché proprio a me?”), si è presi dall’ansia, dall’angoscia, dalla sfiducia. Come se, con il silenzio degli organi, se ne andasse ogni certezza sul proprio stare al mondo, sulla propria capacità produttiva. In una sorta di perdita profonda del potere sociale, in tutte le sue forme rassicuranti e faticosamente perseguite. Come si vede, la domanda del malato è fondata su uno stato di regressione angosciata, conseguente all’impotenza in cui lo precipita lo stato di malattia. Una regressione che confonde il sé malato con la malattia, che inficia l’identità e altera l’immagine sociale di sé. Spesso il malato si vergogna di essere malato; più che della malattia che lo affligge.

È anche a questa soggettività impotente e confusa che il sistema sanitario è chiamato a rispondere. Questa risposta prevedrebbe la competenza del sistema sanitario e dei suoi operatori a scindere, per dirla con Fornari, il *male altro* (la malattia diagnosticata e prognosticata) dal *bene proprio* del malato (Fornari, 1975). L’individuazione della “malattia”, che il personale sanitario – il medico, in particolare – sa porre come oggetto da combattere, in una sorta di alleanza tra medico e “persona” malata, è ciò che possiamo definire

(pubblica e privata) ed è conseguenza dell’aumento nella prescrizione di farmaci, visite, esami e ricoveri (Barresi et al., 2011).

come *cosa terza* nella relazione tra medico e malato. L'alleanza nel fare piani per combattere la cosa terza-nemico, è centrale per questa presa in carico del malato da parte del sistema sanitario¹². È ciò che un tempo avveniva al letto del malato, con la visita domiciliare. Il medico era completamente dedito al malato stesso; questo rapporto d'alleanza, orientato al dialogo e al confronto col malato, creava una relazione collusiva, rassicurante, sul possibile intervento medico nei confronti del "male altro". Oggi non è più così. L'ambulatorio non solo è problematico per il dover andare dal medico, ma anche per il doverlo condividere con molte altre persone, vedendosi confusi in una promiscuità che rende improbabile quell'alleanza rassicurante e foriera di presa in carico¹³.

L'ambulatorio rimanda alla competenza medica, alla tecnica, alla tecnologia delle quali il medico fa uso, ma ribadisce l'impovertimento della componente relazionale.

È interessante che nel testo dei medici di base, la parola "diagnosi" compaia soltanto associata alle urgenze assegnate al pronto soccorso; non compare mai nelle interviste del personale ospedaliero. Eppure è la diagnosi che dovrebbe definire la cosa terza, nella relazione tra medico e paziente; quel male altro contro il quale militarizzare la loro alleanza. Il diagnosticare è un atto relazionale che vede, in stretta relazione, medico e malato. Ma quando il malato avvicina il medico, in ambulatorio o in ospedale, la diagnosi non comporta più la comunicazione attenta e sollecita tra medico e malato. La diagnosi, nell'ambulatorio o nell'ospedale, appartiene soltanto al contesto sanitario, entro procedure che vedono attenuata la partecipazione del malato al processo che prelude alla prognosi e alla terapia. Questa attenuazione della relazione tra medico e malato, questo estraniamento del malato dal contesto sanitario, lo lasciano "solo e abbandonato", con la propria angoscia e impotenza. Sollecitando diffidenza, rabbia, sospetto. Senza una premeditazione, è bene sottolinearlo, l'operato medico, quando è trasferito entro il contesto sanitario organizzato – sia esso l'ospedale o l'ambulatorio – distruttura e deteriora la relazione del medico con il malato. Allontana la competenza medica dall'occuparsi della soggettività ansiosa della persona che "ha deciso" di essere malato, aumenta la diffidenza e la reattività del malato. Gran parte della minacciosità dei malati e dei loro familiari, quindi della risposta della medicina difensiva, nasce – lo crediamo – da questa sempre più diffusa tendenza del personale sanitario a "giocare in casa", a incistarsi entro "contenitori sanitari", perdendo la consuetudine alla visita domiciliare.

Non si tratta, quindi, di umanizzare la relazione tra medico e paziente, di implementare l'empatia nella relazione di cura. Queste sono affermazioni generiche. Encomiabili sotto il profilo valoriale, ma poco utili nella promozione di un cambiamento, che ha bisogno di più puntuali criteri di analisi della "crisi" tra persone e sistema sanitario. Si tratta di un cambiamento che ha, quale obiettivo simbolico, la prevenzione del deterioramento della propria immagine, per il malato identificato con il proprio stato di malattia soggettivamente deciso. Porre la malattia quale *cosa terza* comporta un'alleanza tra medico e paziente. Un'alleanza sempre più difficile, nelle condizioni strutturali, economiche e culturali che caratterizzano oggi il lavoro del medico e del personale sanitario più in generale. Un'alleanza che tuttavia è intrinseca al processo sanitario di diagnosi, prognosi, terapia, e che ne può costituire una componente rassicurante, al contempo capace di potenziare l'integrazione tra paziente e contesto sanitario.

Bibliografia

¹² Il costrutto di "cosa terza" è inteso quale interesse condiviso, entro la relazione, per una trasformazione produttiva di uno stato del mondo; interesse che permette alla relazione di non implodere entro fantasie agite di impossessarsi dell'altro o di farsi possedere. Si veda: Carli & Paniccia, 2012.

¹³ Considerazioni analoghe valgono anche per la "Casa della salute", nuova istituzione che vorrebbe facilitare la relazione tra sistema sanitario e cittadino. "La Casa della salute è da intendersi come la sede pubblica, dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale". Ancora: "La Casa della salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il ben-essere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo". Interessante notare come, nelle due definizioni di Casa della Salute, tratte dal sito: <http://www.salute.gov.it/portale/home.html> del Ministero della Salute, si parli di un ulteriore luogo o spazio "fisico", nel quale il cittadino è tenuto o costretto ad andare per ottenere assistenza sanitaria. Un luogo estraneo, con le sue regole burocratiche, con i suoi riti d'ingresso, volti all'estraniamento della persona, costretta alla dipendenza dalle regole del gioco fissate da chi è responsabile del luogo stesso.

- ANIA (2014). *Malpractice: Il grande caos* [Malpractice: the big chaos]. Retrieved from <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf>
- Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia* [The Doctor, His Patient and the Illness]. Milano: Feltrinelli (Original works published 1957).
- Barresi, R., Battaglini, A., Calabrese, A., Lomastro, R., Maffione, G., Natoli, V., ... Quazzico, A. (2011). (Eds.). *Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti* [Social, economical and legal impact of defensive medicine in Italy and USA]. Retrieved from http://www.istud.it/up_media/pw_scientiati/medicina_difensiva.pdf
- Bézy, O. (2009). La santé c'est la vie dans le silence des organes [Health is the root in the silence of organs]. *La revue lacanienne* 1(3), 47-50. doi: 10.3917/lrl.091.0047
- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D., ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological intervention at Hospital Units and in-home care rehabilitative Units]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 12-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lalli, A., Lopolito, L., ... Zanetti, M. (2013). Laboratorio su psicologia clinica e ospedale: il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera [Laboratory on clinical psychology and hospital: The relationship between the demand for care and the response of hospital organization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-79. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1968). La Similarità Assunta come indice di adattamento sociale [The Assumed Similarity as index of social adjustment]. *Annali di Psicologia*, 1-3, 85-98.
- Carli, R. (1970). Fenomenologia della relazione sociale: Prospettive per un intervento psico-sociale [Phenomenology of social relation: Perspectives on psychosocial intervention]. *Rivista di sociologia*, 8(1), 5-108.
- Carli, R. (2013a). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention at the Hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Carli, R. (2013b). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical psychology and Hospital: Introduction to the issue]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Carli, R. (2015). Perché si va dallo psicologo clinico: Ripensando all'analisi della domanda [Why people turn to clinical psychologist: Thinking over the analysis of demand]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-44. doi: 10.14645/RPC.2015.1.536
- Carli, R., & Esposito, P. (1971). Contributo sperimentale allo studio della dinamica di gruppo e delle relazioni con l'autorità nella partecipazione cinematografica [Experimental contribution to the study on the group dynamics and on the relationship with authority in cinematographic participation]. *Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria*, 22(4), 232-285.
- Carli, R., Mangiarotti, A., & Scalfaro, M. (1972). La percezione interpersonale nei piccoli gruppi [Interpersonal perception in small groups]. *Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria*, 23(2-3), 142-181.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mentalhealthservices in Italy]. Milano: FrancoAngeli.

- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012). Convivere [Living together]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell’Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk at a Hospital in Rome: the relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Caputo, A. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi: 10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, A., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi: 10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Russo, E., & Finore, E. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale [The representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-88. doi: 10.14645/RPC.2016.1.607
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods*. New York, NY: Oxford University Press.
- Charon, R. (1993). The narrative road to empathy. In H. Sprio, M.G.M. Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel* (pp. 147-159). New Haven: Yale University Press.
- Charon, R. (1995). Literature and medicine contribution to clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 22, 599-606.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Civitillo, A. (2012). Ospedale, sofferenza, psicologia: Intercettare domande [Hospital, suffering, psychology: Intercepting demands]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Conti, I., Sacchi, S., & Stocchino, G. (2009). La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: Due unità di psicologia [The function of psychology in the hospital context as competence to think about relations. Two psychology units]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-29. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Crombach, L.J. (1955). Processes affecting scores on “Understanding of others” and “Assumed Similarity”. *Psychol. Bull.*, 52, 177-193.
- Fiedler, F.E. (1954). Assumed Similarity measures as predictors of team effectiveness. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(3), 381-388.
- Fiedler, F.E. (1958). Leaders attitudes and group effectiveness. In L. Beskovitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, pp. 149-190). New York: N.Y. Academic.
- Flamigni, C., & Mengarelli, M. (2014). *Nelle mani del dottore? Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile* [In the hands of the doctor? The tale and the potential future of a difficult relationship]. Milano: FrancoAngeli.
- Fornari, F. (1975). *Genitalità e cultura* [Genitality and culture]. Milano: Feltrinelli.

- Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri [The psychological function within a context dealing with urgency: The emergency room of San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Greenhalgh, T. (2010). *How To Read a Paper: The Basics of Evidence based Medicine* (4th ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- ISPE/Sanità (2014). *Libro bianco sulla corruption in sanità* [The white book on the corruption in healthcare]. Retrieved from http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf
- Ministero della Salute (2015). *Il fenomeno della Medicina Difensiva: Costi, ragioni, strategie di contrasto* [The phenomenon of Defensive Medicine: Costs, reasons, tackling strategies]. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- World Health Organisation (2015). *World Health Statistics 2015*. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/