

The representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners

Renzo Carli[·], Rosa Maria Paniccia[·], Fiammetta Giovagnoli[·], Andrea Caputo[·], Elena Russo[·], Enzo Finore

Abstract

The present research study explores the emotional and symbolic representation of the Italian healthcare system and specifically of general medical services reported by a group of Italian general practitioners. General medicine is recently affected by a structural change which could be sustained also by a cultural revolution, however this revolution seems to be oriented to expected values without a clear methodology which promotes and accompanies this cultural change. The present study deals with the lack of practices due to these unrealized expected values and assumes that for intervening it is necessary knowing the existing culture before thinking to change it. Interviews to 36 general practitioners were analyzed by Emotional Text Analysis (AET). Results highlight a factorial space characterized by five clusters. According to respondents' perspective, healthcare problems refer to two large issues characterized by powerlessness of general practitioners to intervene. On the one hand, there is health emergency, dealt with by first aid and emergency medicine. On the other hand, there is chronicity, especially affecting the elderly, which is dealt with by other workers (nurses, private family assistants, social workers) who care patients at home and replace physicians. The general practitioners' work is difficult because of many different reasons; but the central theme is the lack of absolute power – based on morality and consciousness – which leads to the perception of catastrophic consequences for medical profession and the physician-patient relationship. Often, general practitioners are in their offices and are not able to go to patients' home, therefore they cannot create care relationships based on trust and dependence which allow useful and trustworthy interventions. In sum, the core theme emerging from data refers to the general practitioners' perceived lack of personal and trust-based relationships with patients.

[·] Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 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. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

[·] 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. E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

[·] 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). E-mail: andrea.caputo@uniroma1.it

[·] Psychologist, student of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: elenarusso9@hotmail.com

Carli, R., Paniccia, 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

Keywords: general practitioner; physician-patient relationship; healthcare culture; collusive dynamics; cultural models.

Introduction

This research study is part of a set of three surveys that were carried out simultaneously and had the same aim: exploring demand towards healthcare reported by citizens as potential users of healthcare system, in terms of hospital and territorial services. The first survey was specifically addressed to explore citizens' demand towards healthcare services (Carli, Paniccia, & Caputo, 2016); the second one focused on the representation proposed by a group of hospital staff respondents (physicians and nurses) about healthcare and their own offer of hospital services (Carli, Paniccia, Dolcetti et al., 2016); the third one, discussed in this paper, dealt with the representation proposed by a group of general practitioners – seen as representative of the territory and primary care - about healthcare and their own offer of territorial services. A fourth paper (Carli, Paniccia, Caputo et al., 2016) provides a premise, a synthesis and a conclusion of these three surveys regarded as different steps of a unique research study. It can be consulted for references, with the exception of specific in-text citations reported in the present paper. The four papers are all published in this issue of *Rivista di Psicologia Clinica*. For any information about the premise of this study one can consult the paper cited above. Here, we add some further notes.

General practitioners, as well family pediatricians and doctors on call, work based on an agreement with the Italian healthcare; they are the first ones to whom citizens turn in order to assess whether they need treatments and to request access to further services provided by the national health system. In 2010 general practitioners were 67,253 (ISTUD, 2013). They represent the professional category, along with the family pediatricians' one, which is mostly involved in the change of primary care required by the art. 1 of the Balduzzi's decree (Law decree n. 158 of 13-09-2012). This law decree is aimed at intervening on a healthcare system which is too hospital-centered and is characterized by the critical situation of territorial services, also because of "an erroneous sense of simplicity and progressivity (of both problems and resources) affecting the concept of primary care" (Curto & Garattini, p. 21, our translation). The importance of primary care is nowadays reconsidered. The law decree envisages two forms of associations, the mono-professional and the multi-professional ones. The first one refers to practitioners and family pediatricians, the second one focuses on the creation of territorial health centers including several professionals (medical specialists, nurses, obstetrics, rehabilitation technicians, health-related social workers, as well as general practitioners and family pediatricians). In the Latium, which is the region where the study participants come from, about 25 Health Houses, or territorial health centers, should be realized at reconverted hospitals; however a long time seems to be needed (ISTUD, 2013). According to a report by Censis, in 2003 71% of citizens considered general practitioners as references for their own health. This relevance was later affected by an apparently overwhelming crisis. Holistic medicine, that was central in general practitioners' training, lost its importance as well, while specialized knowledge and consequent fragmentation prevailed. Besides, because of the spread of technologies, that are more and more indispensable for diagnosis, general practitioners became marginal because they could not use them, differently from hospital physicians. On the contrary, in the Eighties general practitioners – especially the ones from England – noticed that 50% of their patients did not have problems connected to a unique diagnosis but only a deep physician-patient relationship could allow them to know and manage the complexity of existing clinical problems (Marano, 2014). The role of general practitioners is affected by a deep crisis, and the need for a medical relationship where patients can trust in is not accomplished. Another problem refers to the general practitioners' old age: on average, they are 56 years old, more than 59% of them graduated from over 27 years ago, and 29% graduated from 20 to 27 years ago (ISTUD, 2013).

With regard to the literature on the issue, the analysis of facts and their criticalities is accompanied by hypotheses about change, based on values which could create idealized realities, without having the problems at the origins of the crisis anymore. These hypotheses assume structural changes along with revolutions resulting in ideal cultures, without a clear explanation about how they could happen. For instance, a labor union of physicians proposing the promotion of general practitioners as fundamental basis of public medicine stated that:

This recovery should be realized by means of the humanization of the physician-citizen relationship based on the mutual respect of differences, without a priori power dynamics on both sides, without any conditioning or pressure to consume deriving from various sources (press, television, pharmaceutical firms, industries), with the only aim to promote, maintain, recover the individual's and community's healthy status (CGIL, 2004, p.31, *our translation*).

These so wide cultural revolutions should sustain – necessarily? – the establishment of Health Houses, that are defined as follows:

Health House is the public space where local community prepares for health promotion and social wellbeing [...] This is a simple idea and proposal, however it cannot be taken for granted in the local welfare because it is not only an innovative supplement, rather it is a project about the change of what already exists. Indeed, the creation of Health Houses requires citizens a collective engagement for health and thus higher responsibility; requires workers a new professional practice and the affirmation of the social value of work; requires Communes a new project ability and management culture in order to integrate institutional tasks and responsibilities with different forms of direct democracy expressions (CGIL, 2004, p. 39).

However, their establishment is difficult to realize as we noted above, especially in some territorial areas. For example, in the region of Latium where our study participants live. In the interviews carried out for the present study, there is no reference to Health Houses or other associations. Instead, respondents who have some work experiences in association – experiences that are very interesting because of their innovation and efficacy – expresses a culture of delusion and protest toward politics that did not appreciate these experiences. Our research study deals with the lack of practices due to these unrealized expected values: we aim at exploring the symbolic representations about healthcare issues by addressing to some main subjects of healthcare system: in this care our subjects are general practitioners and we assume that it is necessary to know before intervening.

Aim

The paper aims at exploring the cultural models by which general practitioners represent, in symbolic and emotional terms, services they provide. This could allow the comparison between general practitioners' perspective and both the hospital staff's view and the demand about healthcare services emerging from the representations of citizens, as users of healthcare system, which are examined in other two surveys.

Method

The Emotional Text Analysis

Thirty-six general practitioners were interviewed. The interviews were recorded and transcribed in order to form a single textual corpus that was afterwards analyzed by Emotional Text Analysis (AET). AET allows the detection of “dense words” within the textual corpus, i.e. words that have high emotional polysemy and low ambiguity. Then, it consents to obtain some clusters of dense words positioned on a factorial space, thus providing a mapping which refers to the collusive representation that study participants have with regard to the theme initially proposed by the trigger question. The collusive representation of the issue refers to the emotional dynamics by which participants represent it (Carli & Paniccchia, 2002, Carli, Paniccchia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016).

Participants

We used a snowball sample recruitment in which participants who were acquainted with researchers were asked to identify other potential respondents belonging to their informal contacts. Thirty-six interviews were conducted with general practitioners who were associated within a social cooperative¹. The inclusion criterion was the respondents' interest in participating in the research study and talking about their professional experience as general practitioners. The sample included 36 general practitioners whose gender and job seniority are presented in Table 1.

¹ The social cooperative “R”, was established by family physicians from an experience they define as Virtual Hospital which finished in 2011 because of the reduction of public funds and was proposed again one year later “to a lesser degree” – the number of assisted patients was reduced and technologies such as telemedicine were not anymore used – thanks to private payments. Other general practitioners interviewed were associated within cooperatives, but these cooperatives were not based on common enterprises and did not have specific strategies and well-defined activities.

Table 1. *Variables of the sample of general practitioners (n=36)*

Gender		
<i>Male</i>		<i>Female</i>
24		12
Job seniority (years of professional experience)		
≤ 20	21-30	> 30
12	10	14
Cooperative		
<i>Cooperative R</i>	<i>Other cooperatives</i>	<i>No cooperative</i>
7	12	17

The open-ended interview

Each respondent was preliminary contacted by telephone in order to confirm his/her availability in participating in the present research study. Researchers reported their interest in the territory and in the function enacted by physicians within the territory itself. Consistently with the explorative aim of the present study, after having introduced themselves, interviewers proposed a single trigger question² as follows:

“Dear Dr. X, as I said you by phone, I am a member of a research group composed of university and health services (a Chair of Psychology of the University of Rome “Sapienza” and two hospitals, namely Fatebenefratelli and San Filippo Neri) that has been working in hospitals since 2008. We are now interested in exploring the territory, especially the function of general practitioners. Our aim is exploratory: we aim at knowing what exists. We are very interested in your experience: our method consists in listening to you and getting your opinion; a half-hour interview with you would be very useful to us. I ask you for recording the interview in order to better listen it again later, also because the transcribed text will be anonymously analyzed. I would also say you that we are interviewing some citizens about their expectations towards general medicine, hospital and health services that are located in the territory. Our data will be shared with all study participants who will be interested in”.

Results

Figure 1 illustrates the graphic representation of the detected collusive dynamic which, in statistical terms, is conceived as a factorial space with five clusters.

² The present research study included lots of partners. In order to give respondents some information which helped them to imagine the research context and potential utilization, in the initial presentation researchers evoked the main partners, that are a Chair of Clinical Psychology of the Faculty of Medicine and Psychology of the University of Rome “Sapienza” and the hospitals San Filippo Neri e San Giovanni Calibita Fatebenefratelli of Rome.

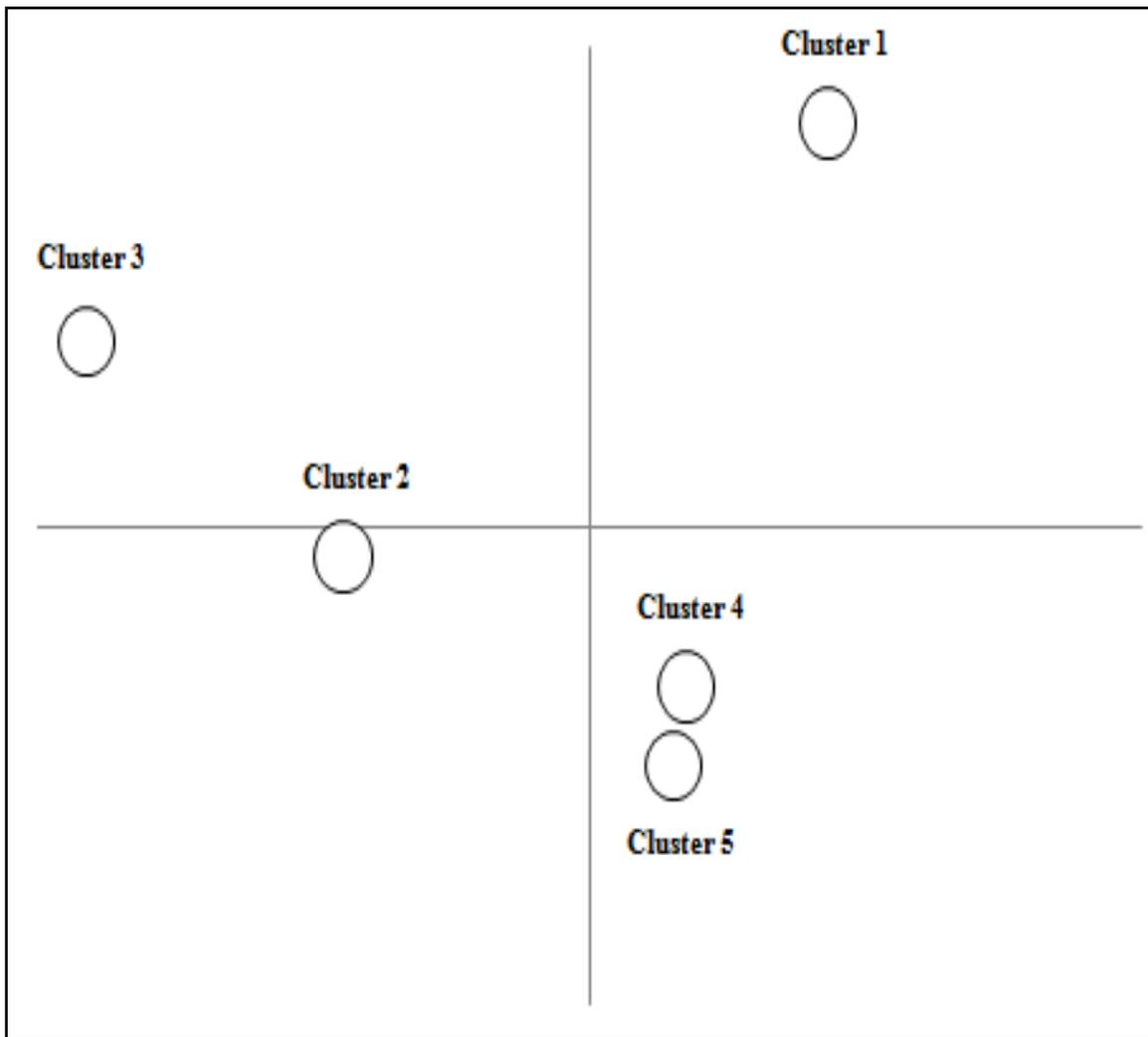


Figure 1. *Factorial space*

Table 2 shows the detected associations between clusters and factors and Table 3 shows clusters of dense words order by Chi-square.

Table 2. *Relationship between clusters and factors (cluster centroids)*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Cluster 1	0.560	0.840	0.022	0.090
Cluster 2	-0.577	-0.063	1.307	0.211
Cluster 3	-1.180	0.383	-0.626	-0.089
Cluster 4	0.226	-0.336	0.064	-1.169
Cluster 5	0.198	-0.499	-0.226	0.361

Table 3. *Clusters of dense words ordered by Chi-square*

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>

109.81	home	117.17	drugs	114.11	urgency	67.26	healthcare	64.19	general practitioner
96.14	elderly	102.24	prescribe	100.63	emergency room	62.53	politics	30.06	Specializations
95.70	in-home care	42.00	moral	82.69	reserve	42.86	firm	29.60	Training
88.60	nurse	35.96	file a lawsuit	62.06	sonogram	42.94	cooperative	25.82	Ambulatory
44.24	physiotherapy	26.94	prescription	56.96	suspicion	42.05	labor union	25.51	Hospital
38.01	medical treatment	23.91	protocol	46.40	diagnosis	37.14	beds	21.09	Difficulty
34.17	decubitus	23.32	conscience	45.63	satisfied	36.16	health system	17.50	Substitution
30.33	abandon	21.95	call	44.19	CAT	34.55	organization	17.50	Confront
28.99	municipality	20.95	scientific	36.97	abdomen	29.78	cuts	17.27	Availability
24.71	house	20.94	secretary	31.49	intra-moenia	29.78	earn	16.46	doctor on call

Data analysis

In the data analysis we will proceed factor by factor, considering each cluster in relation to them; for each cluster, the first five or six dense words with the highest Chi-square score will be considered central to the analysis; the following words will be evaluated in their verification value against the hypothesis emerged from the analysis of the first dense words.

The first factor

We'll take a look now at the first factor generated by the Emotional Text Analysis. On the first factor there are two polarized clusters that oppose each other, the C 3 and the C 1.

Cluster 3

The first word is **urgency**. The etymology is uncertain, but reliable sources speak of root words such as: to solicit, to push out; but also to exclude, to reject. In hospitals it evokes emergency medicine, where people considered medically challenging are admitted to the emergency room (Pronto Soccorso). Urgency sets itself as being excluded from the normalcy of life, to give its own input, unwanted, to the "disjointed" world of hospital medicine. One can then comprehend the reason for the second dense word being "Pronto Soccorso", **Emergency Room**. In the Italian etymology of the word Pronto, we find the value of "taking out", to take. Urgency and Emergency Room are the places where people are "taken out" from the normalcy of life, from the family context, from work and friendships contexts. This to enter the healthcare system context, forced by an accident or the worsening of a disease. This cluster starts with the "modality" in which people enter into a relationship with the healthcare system. Pushed out from the usual context of everyday life, clearly for the sake of health problems, to enter unwillingly, into a forced and exceptional care: the emergency room. What are people facing when entering the healthcare system? The bureaucracy of the health visit reservations. To **reserve**, to book a visit, means having to deal with the administrative system. With that particular appendix of the sanitary personnel that serves as a safety cushion for the core clinicians, the medical doctors and the nurses. That same clinical core that needs supplemental information to medical history and exam results in order to formulate a **diagnosis** or implement an emergency therapeutic intervention: ultrasound, **CAT** scan, X-rays, bypass, investigations and interventions of the various kinds. In between urgency and diagnosis there is **suspicion**, a way of investigative reasoning of medical doctors grounded on the circumstantial paradigm; a reasoning modality that formulates "hypothesis-suspicions" to be tested with diagnostic confirmations. Engaging the administration services the emotions of specific dense words unfolds: **satisfied, stuck, complaints, emergency, promptness**. The contradictions of our national health system emerges from these emotional indicators. This is a health system founded on the inflation of emergencies and on the conflict between its endless needs and the economical limitations set by the political system. To complain is an expression of helplessness, an emotional experience elicited by the frustration of an omnipotent expectation confronted with an administrative and political power, stronger of a technical-clinical omnipotence expected to be without boundaries. In this cluster the medical culture signals the irreconcilable conflict between the requirements of a clinical intervention motivated by urgency and the need

for a fast and competent answer, and the limits set by the administrative bureaucracy that affects the entire health care system. These are limits that create obstacles in emergency facilities and promote complaints.

Cluster 1

This cluster's position is interesting: along the first factor is in opposition to C3, the cluster we just analyzed, and along the second factor is in opposition to the C5 to be analyzed later on. The first dense word here is **home**, followed by **elderly**. Older people offer chronic health problems, among the clinical pathology, that require care and assistance anchored to the house, to the daily living place. The third dense word is **in-home care**. This is a culture where the house and in-home care intervention is in contrast with the urgency and emergency rooms. Here there is a characterization of elderly considered inappropriate for or resistant to hospitalization, that are emotionally bound to their daily living space, to their objects and their habits. These are elderly that have a hard time tolerating seeing themselves thrown in new and unusual relationships and emotional contexts, being confronted with what is extraneous to them. It is interesting how the word **house** references, in its etymology, the hut, the place covered by a roof: the most simple and primitive of dwellings. Symbolically, it is a place that protects, embraces, that shelters. It is a familiar place, irreplaceable, it is the private place par excellence. It is the refuge of the elderly person who, with age, escapes by leaving at home, evades work, seen as the place of the relationship with diversity and the exploration of new contexts. The elderly finds refuge among the four domestic walls, in the reassuring space par excellence. It is important to remember that there was a time when the medical general practitioner would visit the medically ill in their own home and only in exceptional cases hospitalization was warranted. Today the place for diagnoses that follow the patient's request for clinical intervention, is the general medicine practitioner's ambulatory. At the same time urgency requires the emergency room and the chronic clinical presentation of the elderly requires the in-home assistance. The later one relies to a greater extent on the **nursing** services rather than on the medical doctor. In-home services deal with Alzheimer's chronicity, ambulation challenges or lack of mobility given by muscles and bones issue addressed by physical therapy, has to deal with preventative medication that addresses bedsores in those who are bedridden. It appears that the most urgent issue, for the in-home pathologies, is to be left to care to themselves, in situations of scarce or no self-sufficiency. Hence the need for support that caregivers or, more generally, health providers can provide, alongside the nurse.

Summary of the first factor

The interviews' topic was about general medical practitioners. Yet the first cultural opposition speaks of two situations that seem to have little to do with the general practitioner: first, the urgency which involves first aid, on the other the aspect of chronicity which involves the assistance of nurses, caregivers, home care assistants. It seems that "Health Care", for these medical doctors, does not have to do with the specific ambulatory or home-based intervention. We recall with Canguilhem (1996/1998), that: "medicine exists in the first place only because men feel sick. It is only secondarily that men, because there is a medicine, know what it is that makes them sick." (p. 67). Well, in the first factor primary care physicians speak of pathological conditions that, in fact, emerge regardless of the decision of the subject to "feel sick" and his or her intent to establish a relationship with the doctor. In urgency and in old age, disease "is given itself, for granted". It does not involve a relationship to be established between the person who "decides" to be sick and the doctor to whom the person addresses him or herself. The doctor's consultation, we recall with Parson, is governed by social rules which provide for the consultation of a socially legitimized and recognized "expert" when a person decides to "feel sick"³. First aid and home care, in other words, seem two "heroic" health dimensions. They are appreciated because they provide clinical interventions that lie beyond the patient's decision to be defined as such, and to accept the medical response to his or her decision. First aid and emergency medicine on the one hand, home care on the other, are placed outside of the routine that the primary care physician experiences in his or her daily activities. These are activities that, despite their critical nature, due to the chronic and incurable lack of resources of health's unlimited goals directly experienced by doctors, represent a sort of an ideal model of intervention. We refer to an ideal working model of health care, based on the ability to intervene on emergencies which endanger the life and the power to assist "at home" those elders who would not survive a drastic change from their domestic daily habits. There was a time, the primary care physicians seem to say, when our work was both in emergency and at the home of the patient; today, only with first aid and with elderly assistance we experience what was once the professional field, the working model and style of the "family doctor". Today it's not within their work activities anymore, they have lost it.

³ See the fundamental work of Talcott Parson (1951)

The second factor

On the second factor we find C5 in opposition to C1, already analyzed within the first factor.

Cluster 5

In the first factor we find the issues of the patient: the urgency that characterizes the one transported to the first aid of the Emergency Room or the need to stay in one's house given by the illness of the elderly. Here, on the other hand, we find dense words that refer to the medical doctor, to his or her **training** in medical school and in **specialization** courses, as well as to work places like **ambulatory** or the **hospital**. Let's look specifically to ambulatory, from the Latin derivation *ambulare*, to go, to walk around. It identifies itself as the opposite of domiciliary assistance. Here is the place where the patient needs to reach out to the medical doctor in order to receive treatment. The same can be said for the hospital. It's not just by chance that the dense word that follows the combination of ambulatory and hospital comes to be **difficulty**. Difficulty is on the opposite of easy, from the Latin *facere* "that can be done", it can be accessed without obstacles. Difficulty implies obstacles in what can be done. Those are the obstacles that are found when one travels to go to the ambulatory or the hospital upon falling ill. But also the obstacles that are systematically placed by bureaucracy, which organizes the relationship between the patient and healthcare system within ambulatories and hospitals. The following words are **availability**, which translates the Italian word *disponibilita'*, from the verb *disporre*, to put in order, to determine; and to **confront**, to agree, to match, to be conformed to. It seems, then, that difficulty – the emotionally dense word that characterizes this cluster – stems from the claim, imposed by the outpatient or the hospital doctor, that patients move from their home and "walk" up to the doctor thus becoming patients subjected to the new rules of the relationship between doctor and patient. This power play between the medical doctor and patients is marked by bureaucracy, which defines the operational functioning of the entire healthcare system. Doctors think that, ultimately, patients feel satisfied for the gratification received by the experience of the relationship with their doctor, and for the value of the medical intervention itself. But the emotional representation of the cluster as a whole indicates a profound ambiguity in the relationship between the healthcare system, which will retain the power to decide "where" to see patients, and the expectation of patients on the doctor's availability to the domiciliary visit. One can then understand how this cluster places itself in opposition, on the second factor, to the cluster "house - the elderly - home care", previously seen.

Summary of the first two factors

The first two factors of the General Practitioners' culture deal with aspects of the relationship between the healthcare system and the person that fell ill. This ill person, within the culture of the General Practitioner medical doctors, accepts to receive first aid in a ER only because of the urgency imposed by his or her ill condition. An ill person that would prefer domiciliary assistance, as it was in the past, when medical doctors would visit the ill at the bed, inside their own home. Today, the medical doctor seems to say, patients are forced to travel to the clinic or hospital, the only places where they can benefit from medical treatment. Domiciliary assistance is reserved to the elderly and assigned to caretakers, nurses, physical therapists, general health workers; not reserved to medical doctors that seem to have accepted the abandonment of those patients unable to reach the facilities where doctors operate" the ambulatory and the hospital. Primary care medicine closed itself within structures that represent a problematic constraint for patients. General practitioners interviewed for our research are aware of the inconvenience that this new kind of professional relationship between doctors and patients constitutes for patients themselves. As a matter of fact, the interviewees seem to state, the two major areas of medical intervention – the urgency due to the severity of the clinical presentation and the urgency represented by the elderly – no longer belong to the primary care physician. In its place there are first aid, emergency medicine, domiciliary care. Primary care physicians have "closed themselves" within "health care institutions" such as the ambulatory, just like colleagues working inside hospitals. All this means a loss of the deeply trusting relationship between doctor and patient. In the second factor, in hindsight, it emerges a very ambiguous attitude. Words such difficulties, bureaucracy, alternate with others such as availability, openness, satisfaction, utility. This is also the cluster that specifically characterizes the general practitioners, given that this wording appears as the first dense word of the cluster. We find here an ambiguity that puts in opposition patients' requests – health assistance and domiciliary medical intervention – with the increasingly more intense isolation of medical care within health care institutions contexts such as ambulatories; contexts dominated by bureaucracies, rules of the game imposed by several times reformed Italian national health system, but also dominated by the

availability of health care personnel. Certainly, our doctors seem to say, all this is “useful”, the problem is in understanding if the usefulness concerns the health care system and its organization, or the patient and his or hers expectations.

Third and fourth factors

The C2 on the third factor and the C4 on the fourth factor are still left in the analysis.

Cluster 2

The first dense words have to do with the action of “prescribing medication through a prescription”. To **prescribe** is “to write ahead of”; as to establish, by the act of writing, that which needs to be done. Prescribing medicine is an important symbolic component of the medical relationship. No other professional figure “prescribes” anything to his or her clients. A medical doctor though does not have a “client”, he or she has a “patient”: someone who suffers, from the latin *patior*, to suffer; *patior* is also in the etymon of the word passive, making a “patient” also someone who suffers of dependency. This is why a medical doctor, through a prescription, a recipe (from latin *recipere*, to take) can order the use, “the taking” of **drugs**, a pharmaceutical. The medical recipe, prescribed, indicates that which the patient “has” to take as remedy, upon doctors’ orders. Pharmaceutical, it is well known, derives from a Greek term that indicating both the remedy and the venom related to a disease. It is a double meaning word indicating that if not taken within the appropriate dosages and forms, it can even become a danger, a grave danger. It is a useful remedy only under medical control. The strong power of the medical doctor seems to derive from this. An emotional power within the discourse we are making here. For certain aspects an absolute power, without compromises, closely related to the assumption – implicit, but extremely important – that this power will be used, by the doctor, uniquely for the patient’s good. It is interesting that the third dense word is **moral**: from the Latin *mos - moris*, indicates customs as a rule, a measure of behavior. More generally, moral indicates the practice of well doing, or if you want the science that articulates the rules that guide the free activity of men. Which is like says: absolute power is conferred to the medical doctor, a one of kind case among professional fields. No architect prescribes a project to the client, no lawyer prescribes a defense strategy to the assisted. The medical doctor though is bound to morals, namely to the rules that govern the practice of well doing towards patients. If in the past the agreement between power and morals was wide spread and able to define the relationship between doctor and patient, today – for a variety of reasons that would be interesting delving into – this not the case anymore. We can then understand how the word moral follows to **file a lawsuit**. To sue is to call in a third party (the law) to mediate the relationship between the doctor and the patient. This unfolds when trust among them fades. Once there was a saying that medical work was founded in “science and conscience”; competence on one side and respect of deontology rules on the other. **Conscience**, being the distinction between good and evil that should reside in every man and organize his or her behavior, is invoked by general medical practitioners in support of their actions, even if in opposition to bureaucracy. That of protocol (that of important public registry) that imposes and binds, of the phone calls, of the administration, of an activity that becomes bureaucracy. In this cluster we outline a crisis of trust between doctor and patients, as well as the crisis of trust between the doctor and the health care system. The doctors, as the culture emerging from this cluster seems to hint at, are exposed to complaints, to interventions of the judiciary system that stands in between the work of doctors, ruled by “science and conscience”, and the ever higher mistrust of patients. At the same time, in between the work of the medical doctor and his or her professional goals, stands obligations of a bureaucratic health care system. This is the culture that preludes to the spread of defensive medicine, where doctors – in their practices – alongside the patient’s wellbeing pair prudence and caution in order to defend themselves from possible legal investigation potentially raised against them. In the past the absolute power of the medical doctor could take forms that would not always be in the best interest of the patient; today medical behavior is made complex by “prudence”, caution, that foresees a possible involvement by the legal system. The need of the medical doctors to protect their professional integrity, their own safety, prestige, ahead of patients’ health, is a contemporary issue. The dense word to file lawsuits, to sue, represents a difficult and painful change in the trusting relationship that use to characterize the **prescriptive** power of the medical doctor. Defensive medicine profoundly altered the doctor-patient relationship: the responsibility taken by the doctor was strictly linked to the trusting dependency of the patient upon his or her medical work. Trusting dependency being gone, the interviewed doctors seem to express, everything changed. Responsibility, within the nature of medical choices, becomes a threat for the doctor, linked to the potential outcomes of his or her choices. This leads to a greater attention

towards foreseeing potential criticisms on the doctor's work, greater than the attention devoted on medical care.

Cluster 4

The fourth factor only presents with one cluster, in connection with the illustrative variable Cooperative R. supported by the doctors' criticism of the political, administrative and economic system that governs the **healthcare** system in our Country. This is the culture that supports the complaints against the *spending review*. **Cuts, saving, to earn, administration, Politics, organization, beds**, are the dense words that indicate the progressive change characterizing health care. Here we are faced with a health care system where the different health care reforms that followed one another in recent years have profoundly altered both the health care system itself and the relationship between the health delivery system and the citizens. Once there was the idea that in health care resources were never enough, the health goal was without limits, a false goal because regulated by "becoming healthy", which needed to be pursued "at all costs". All this without priorities, without strategies, without limits, thus prompting the paradox of efficacy⁴. A paradox by which it was impossible to define health care goals. These goals could be extended infinitesimally if the goal of the health care system was to promote the citizens' health or even more, their "wellbeing". As a result, lacking objectives capable of giving a shared limit to the effectiveness of health care, it was impossible to define and measure its efficiency and it was impossible to verify the optimal functioning of the health care system itself. According to the efficacy paradox, health care in our Country tended to escape those efficiency verification processes that allow, more generally, a functional improvement of organization productivity and, more specifically, a health care delivery improvement. Today things have changed profoundly. Health Care is forced to work as all corporate organizations, with "scarce resources". Interestingly, in the cluster do not appear words that express emotions elicited by this status quo. It seems that the events are noted without visible emotional reactions, with that passive, resigned attitude of who is confronted with inescapable events. If this interpretation is correct, we can see how the doctors, facing the Italian health care political involution, the budgetary restrictions and spending cuts, also made without prioritizing strategies, adopt the same passive attitude patients have in front of their doctor. As if medical doctors were a "patient" that suffers dependency and lack of power within the relationship with the political administration of the health care system. The dense word **firm** marks this culture, which emphasizes the change to which doctors are obligated, affecting especially the general practitioners. The assimilation of the health care system to a firm, the doctor's work to a "product", characterized by an economic value expressed in monetary terms in the DRG (diagnosis-related group), seems to have profoundly denatured the medical profession. To denaturalize, in this case, means to de-idealize the medical function that aims at saving human lives, at intervening there where the issue is of "life or death", in order to make it a mere "economic" function, to be appreciated only within the "costs-benefits" parameter, common to all organizations that work for productivity.

Summary of the factorial space of the general practitioners

There are two major problems reported and have to do with a health concern that sees doctors *powerless* to intervene: health care urgencies treated by first-aid ER and emergency medicine on the one hand, chronicity, particularly that of elderly people on the other; a chronicity treated at the patient's home and that sees other workers (nurses, caregivers, professional health workers in general) replace the professional figure of the medical doctor. The powerlessness reported within the first factor seems to permeate the entire culture of the doctors we interviewed. Powerlessness in all areas. The doctor in this culture no longer has the power to meet the patient's expectations; a patient who expects a "family doctor", able to enter homes, to diagnose and treat patients acknowledged in their inability to move from home. Things today, seem to say the doctors, have changed profoundly. For the exception of emergencies and the elderly with chronic conditions, the doctors sees patients in clinical ambulatories and in hospitals. Patients are obligated *to go to the doctor*. They can't "call him or her" anymore to take care of them. The dense word "call" is only present in the cluster characterized by the "defensive medicine" attitude, and shows side by side with "lawsuit", a word once missing from the emotional landscape of the doctor. This is ultimately a culture of difficulties. The medical doctor's work is made difficult by a variety of different elements; The loss of absolute power – funded on morals and conscience – constitutes a catastrophe for the medical profession and for the relationship between the doctor and the patient. The medical doctor, closed in his or her ambulatory is not able anymore to establish a rapport of trust and dependency that allows for useful and reliable clinical intervention. The doctor feels the loss of patients' trust. Without a direct relationship, a domiciliary relationship, feels to be

⁴ For more on the efficacy paradox please see: Carli & Paniccia (1989), Carli & Paniccia (2011).

dealing with the danger of lawsuits, with the obtuseness of bureaucracy, with the relentless blindness of politics and the unforgiving economy rules. All this, in the recent past, did not exist. We are confronted with a culture of regret, of submissive passivity.

References

- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1989). Psicosociologia dell'ospedale: Riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico [Psychosociology of hospital system: Reflections on the role of clinical psychologist]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-160.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The emotional textual analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.
- 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., 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 the response of healthcare services, in the territory and in the hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608
- 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., 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* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- CGIL (2004). *Le cure primarie, la Casa della Salute* [Primary care, the Health House]. Retrieved from <http://old.cgil.it/archivio/welfare/public/040701115525002.pdf>
- Curto, A., & Garattini, L. (2014). La riforma delle cure primarie nel servizio sanitario nazionale: Fra teoria e pratica [The reform of primary care in the National Health Service: Between theory and practice]. *Quaderni di Farmacoeconomia*, 2, 20-31. Retrieved from <http://www.quadernidifarmacoeconomia.com/archivio-qq/qf24/558-politica-sanitaria-la-riforma-delle-cure-primarie-nel-servizio-sanitario-nazionale-fra-teoria-e-pratica-parte-prima.html>
- ISTUD (2013). *Le cure primarie in Italia: Verso quali orizzonti di cura ed assistenza. Report 2013* [Primary care in Italy: Towards what horizons of care and assistance. Report 2013]. Retrieved from http://www.istud.it/up_media/ricerche/cure_primarie_2013.pdf
- Marano, P. (2014). *Formare un medico oggi: Salute, malattia e assistenza sanitaria in Italia* [Training a doctor today. Health, illness and healthcare in Italy]. Milano: FrancoAngeli
- Parson, T. (1951). *The Social System*. New York: Free press.

La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale

Renzo Carli, Rosa Maria Paniccia, Fiammetta Giovagnoli, Andrea Caputo, Elena Russo, Enzo Finore

Abstract

La presente ricerca esplora la rappresentazione simbolico emozionale con cui un gruppo di medici di medicina generale italiani vede il sistema sanitario italiano e in particolare il servizio di medicina generale. La medicina primaria è al centro di un cambiamento strutturale cui dovrebbe accompagnarsi una rivoluzione culturale; quest'ultima dovrebbe avvenire in base a valori auspicati, senza una metodologia che promuova e accompagni il cambiamento culturale stesso. La ricerca si occupa del vuoto che lasciano gli auspici valoriali sul piano della prassi, col presupposto che per intervenire si debba conoscere la cultura esistente prima di pensare di cambiarla. Le interviste a 36 medici sono state sottoposte all'Analisi Emozionale del Testo (AET). Ne emerge un piano fattoriale con cinque cluster. I dati ci dicono che i problemi della sanità per gli intervistati sono riassunti in due grandi aree, che vedono i medici di medicina generale impotenti a intervenire. Da un lato ci sono le urgenze sanitarie, trattate dal pronto soccorso e dalla medicina d'urgenza. Dall'altro c'è la cronicità, in particolare delle persone anziane, trattata a casa del paziente da altri operatori (infermieri, badanti, operatori in genere) che sostituiscono il medico. L'operato del medico di medicina generale è reso difficile dai fattori più disparati; ma alla base c'è la perdita del potere assoluto – fondato peraltro su moralità e coscienza – che comporta un vissuto di catastrofe per la professione medica e per la relazione tra medico e paziente. Il medico, chiuso nel suo ambulatorio, non più in grado di andare a casa del paziente, non è più capace di stabilire un rapporto di fiducia e di dipendenza, che gli consenta un intervento utile e affidabile. In sintesi i dati ci dicono che per i medici è centrale la perdita del personale rapporto di fiducia con il paziente.

Parole chiave: territorio; rapporto medico-paziente; cultura sanitaria; dinamica collusiva; assistenza domiciliare.

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.paniccia@uniroma1.it

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

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

Psicologa, allieva del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: elenarusso9@hotmail.com

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

Carli, R., Paniccia, 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

Premessa

Questa ricerca fa parte di un insieme di tre indagini, svolte in parallelo con un unico obiettivo: esplorare la domanda dei cittadini, suoi potenziali utenti, nei confronti del sistema sanitario; quest'ultimo è stato articolato in ospedale e territorio. La prima indagine esplora la domanda dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari (Carli, Paniccia, & Caputo, 2016); la seconda il modo in cui un gruppo di operatori ospedalieri (medici e infermieri), si rappresentano i servizi sanitari e in particolare quello da loro offerto (Carli, Paniccia, Dolcetti et al., 2016); la terza, oggetto del presente lavoro, il modo in cui un gruppo di medici di medicina generale, visto come rappresentante del territorio, ovvero dell'assistenza sanitaria di base, si rappresenta il servizio sanitario e in particolare quello da loro offerto. In un quarto articolo (Carli, Paniccia, Caputo et al., 2016) vengono proposte la premessa, la sintesi e le conclusioni delle tre indagini, viste come fasi di un'unica ricerca. Quest'ultimo lavoro e i dati delle tre indagini sono pubblicati su questo numero della Rivista. Per la premessa a questa indagine, rimandiamo, come detto, al lavoro citato. Aggiungiamo qui qualche nota.

I medici di medicina generale, insieme ai pediatri di libera scelta e alla guardia medica, lavorano in convenzione con il servizio sanitario italiano; sono i primi da cui va il cittadino per valutare la necessità di cure e regolare l'accesso agli altri servizi del servizio sanitario nazionale. Nel 2010 erano 67.253 (ISTUD, 2013). È la categoria professionale più implicata, insieme ai pediatri di libera scelta, nel cambiamento delle cure primarie previsto dall'art.1 del decreto Balduzzi⁵. Il decreto interviene su una sanità troppo centrata sull'ospedale e una sanità territoriale in stato critico, anche per essere stata caratterizzata da "un erroneo senso di semplicità e progressività (sia di problemi che di risorse) attorno al concetto di cure primarie" (Curto & Garattini, 2014, p. 21). Cure che oggi si riconsiderano nella loro importanza. Il decreto prevede due forme di associazionismo, una monoprofessionale, l'altra multiprofessionale. La prima concerne i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, la seconda si focalizza sulla creazione di poliambulatori territoriali nei quali convergono più figure professionali (medici specialisti, infermieri, ostetriche, tecnici di riabilitazione, tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, e gli stessi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta). Il Lazio, territorio degli intervistati, prevedrebbe la realizzazione di circa 25 Case della Salute, o poliambulatori territoriali, localizzate in ospedali da riconvertire; i tempi peraltro sembrano lunghi (ISTUD, 2013). Secondo un rapporto Censis, il medico di medicina generale nel 2003 per il 71% dei cittadini era ancora il principale referente per la loro salute. Tale centralità negli anni immediatamente seguenti è stata oggetto di una crisi apparentemente inarrestabile. Nel frattempo, la medicina olistica, centrale nella formazione del medico di medicina generale, perdeva del tutto rilevanza entro la formazione medica, mentre prevalevano le specializzazioni con la loro frammentazione. Inoltre, l'avanzare delle tecnologie, sempre più indispensabili per la diagnosi, escludeva da queste ultime i medici di medicina generale che non possono disporre, a tutto vantaggio della medicina ospedaliera. Tutto ciò, anche se già negli anni Ottanta ci si era accorti – per primi i medici di base inglesi – che il 50% dei loro pazienti non avevano problemi riferibili a un'unica diagnosi, e che solo un'approfondita relazione medico-paziente permetteva di conoscere e gestire nella sua complessità il problema clinico presente (Marano, 2014). Il ruolo è in profonda crisi, mentre resta irrisolta l'esigenza di una relazione medica cui il paziente possa affidarsi. A questo si aggiunge l'anzianità dei medici di medicina generale: l'età media è di 56 anni, più del 59% sono laureati da oltre 27 anni, e il 29% in una fascia tra 20 e 27 (ISTUD, 2013). Quanto alla letteratura sul tema, spesso all'analisi dei fatti e della loro criticità si affiancano ipotesi di cambiamento fondate sul presupposto che a partire da istanze valoriali si possano realizzare nuove realtà ideali, senza che resti nulla dei problemi che hanno creato la crisi. Sono ipotesi dove a cambiamenti strutturali si accompagnano rivoluzioni che esitano in nuove culture ideali, senza che si capisca come questo possa avvenire. Ad esempio, un sindacato dei medici, ritenendo indifferibile la valorizzazione del medico di medicina generale come asse portante della medicina pubblica, afferma che:

Tale recupero deve avvenire attraverso l'attenzione all'umanizzazione del rapporto medico-cittadino nel rispetto delle reciproche peculiarità, senza sudditanze a priori da ambo le parti, senza condizionamenti di alcun genere, senza pressioni consumistiche di varia fonte (stampa, televisione, aziende farmaceutiche, industrie), al solo scopo di promuovere, mantenere, recuperare lo stato di salute del singolo e della comunità (CGIL, 2004, p.31).

Queste rivoluzioni culturali di così ampia portata accompagnerebbero – necessariamente? – la creazione delle Case della Salute, idealmente così definite:

⁵ Decreto Legge n.158/2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

La Casa della Salute è la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale [...] Un'idea e una proposta semplice, ma tutt'altro che scontata nel panorama del welfare locale per il fatto che essa non è solo un'aggiunta innovativa, ma è anche, e prima di tutto, un progetto di cambiamento dell'esistente. Infatti, attivare la Casa della Salute richiede ai cittadini un impegno collettivo per la salute, quindi una loro più alta responsabilità; agli operatori una nuova pratica professionale, quindi l'affermazione del valore sociale del lavoro; ai Comuni una nuova capacità progettuale, quindi una nuova cultura di governo, per coniugare i compiti e le responsabilità istituzionali con le diverse forme di espressione della democrazia diretta (CGIL, 2004, p. 39).

La loro realizzazione peraltro, come abbiamo visto, stenta ad affermarsi, specie in alcuni territori. Ad esempio il Lazio, quello dei nostri medici. Vedremo pure che nel discorso degli intervistati la Casa della Salute o altre associazioni non compaiono; anzi, gli unici intervistati che hanno un'esperienza di associazione, anche molto interessante nella sua innovatività ed efficacia, esprimono più di tutti una cultura di delusione e protesta nei confronti di una politica che non ha saputo apprezzarla. La nostra ricerca si occupa del vuoto che lasciano gli auspici valoriali sul piano della prassi: intendiamo esplorare le rappresentazioni simboliche delle questioni concernenti la sanità, interpellandone alcuni attori principali: in questo caso, i medici di medicina generale, col presupposto che prima di intervenire sia utile conoscere.

Obiettivo

Viene proposta un'esplorazione dei modelli culturali con cui i medici di medicina generale si rappresentano, da un punto di vista simbolico emozionale, il servizio da loro offerto. Ciò permetterà di confrontare la risposta dei medici di base con quella degli operatori ospedalieri, e soprattutto con la domanda emersa dalla rappresentazione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, utenti del sistema sanitario, oggetto di due indagini parallele.

Metodologia

L'Analisi Emozionale del Testo

Sono stati intervistati 36 medici di medicina generale. Le interviste sono state registrate, trascritte in un unico corpus e sottoposte a AET, Analisi Emozionale del Testo. L'AET individua nel corpus le "parole dense", ovvero parole con alta polisemia emozionale e bassa ambiguità, le clusterizza e le dispone su un piano fattoriale; tale mappatura di parole dense corrisponde alla rappresentazione collusiva che il gruppo degli intervistati ha del tema proposto nella domanda stimolo. La rappresentazione collusiva del tema è la dinamica emozionale con cui gli intervistati se lo rappresentano (Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016).

Il gruppo degli intervistati

Per reclutare gli intervistati si è proceduto con la tecnica *snow-ball* (a palla di neve) partendo da alcuni contatti già in essere a cui si è chiesto di indicare possibili interlocutori che facevano parte delle proprie reti informali. 7 interviste hanno riguardato dei medici associati in una cooperativa sociale⁶. I criteri di selezione sono stati: l'interesse a partecipare alla ricerca e a parlarci della propria esperienza lavorativa di medico di medicina generale. Ne è risultato un gruppo di 36 medici di medicina generale, di cui riportiamo in tabella le caratteristiche.

⁶La Cooperativa sociale "R.", fondata da medici di famiglia che hanno fatto un'esperienza da loro definita Ospedale virtuale, conclusasi nel 2011 per tagli ai finanziamenti pubblici e rilanciata un anno dopo "in tono minore" – si deve ridurre il numero di pazienti assistiti e rinunciare a tecnologie come la telemedicina - con pagamenti privati. Altri medici intervistati sono associati in cooperative, ma senza che esse abbiano assunto il carattere di un'impresa condivisa, con una specifica strategia e specifiche attività.

Tabella 1. *Caratteristiche del gruppo di medici di medicina generale (n=36)*

Sesso		
<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>
24		12
Età lavorativa		
< 30	30 – 60	> 60
12	10	14
Cooperativa		
<i>Coop. R.</i>	<i>Altre coop.</i>	<i>Nessuna coop.</i>
7	12	17

L'intervista aperta

Ciascuna persona è stata interpellata telefonicamente per verificarne la disponibilità a partecipare alla ricerca. Veniva dichiarato un interesse dei ricercatori per il territorio e la funzione svolta in esso dal medico. Durante l'intervista, coerentemente con il carattere esplorativo della ricerca, dopo la sua presentazione l'intervistatore ha rivolto all'intervistato un'unica domanda stimolo⁷:

“Gentile dott. X, vengo da lei in quanto faccio parte del gruppo di ricerca composto da Università e servizi sanitari (una cattedra di psicologia di Sapienza, due Ospedali, il Fatebenefratelli e il San Filippo Neri) che dal 2008 sta lavorando entro l'Ospedale. Ora siamo interessati a esplorare il territorio, in particolare la funzione del medico di base. Il nostro obiettivo è esplorativo: vogliamo conoscere l'esistente. Siamo molto interessati alla sua esperienza; il metodo è ascoltarla e raccogliere tutto ciò che lei ha da dire; un'intervista di mezz'ora con lei ci sarà molto utile. Le chiedo di poter registrare per ascoltare meglio e perché sarà il testo registrato, anonimo, ad essere analizzato. Aggiungo che stiamo intervistando anche un gruppo di cittadini sulle loro attese nei confronti della medicina generale, dell'ospedale, dei servizi sanitari sul territorio. I nostri dati saranno condivisi con tutti i partecipanti alla ricerca che lo vorranno”.

I risultati

Nella Figura 1 c'è la rappresentazione grafica della dinamica collusiva individuata, in termini statistici uno spazio fattoriale caratterizzato da 5 cluster.

⁷I partner della ricerca sono numerosi. Nel presentarsi il ricercatore, pensando al rapporto con i medici di medicina generale, cui si volevano dare indizi perché potessero immaginare il contesto della ricerca e il suo uso, ha evocato i principali, una cattedra di psicologia clinica di Medicina e Psicologia di Sapienza, Roma, e gli ospedali San Filippo Neri e San Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma.

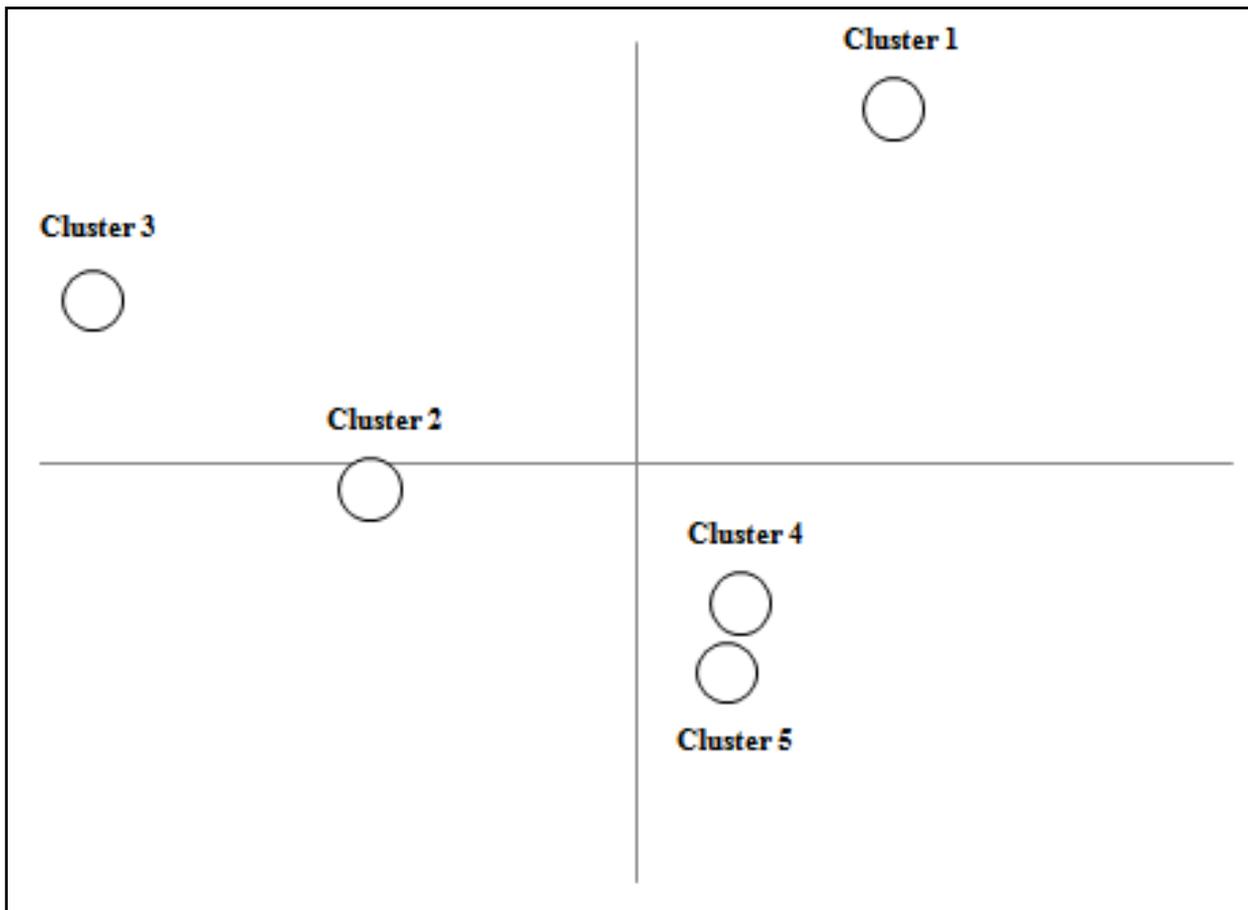


Figura 1. Spazio fattoriale

In Tabella 2 sono riportate le misure di associazione tra cluster e fattori, in Tabella 3 sono riportati i cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro.

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori (centroidi dei cluster)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4
Cluster 1	0.560	0.840	0.022	0.090
Cluster 2	-0.577	-0.063	1.307	0.211
Cluster 3	-1.180	0.383	-0.626	-0.089
Cluster 4	0.226	-0.336	0.064	-1.169
Cluster 5	0.198	-0.499	-0.226	0.361

Tabella 3. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
109.81 casa	117.17 farmaci	114.11 urgenza	67.26 Sanità	64.19 med. med.gen.
96.14 anziani	102.24 prescrivere	100.63 pronto soccorso	62.53 Politica	30.06 specializzazioni
95.70 assist.domiciliare	42.00 morale	82.69 prenotare	42.86 Azienda	29.60 formazione

88.60	infermiere	35.96	denunce	62.06	ecografia	42.94	Cooperativa	25.82	ambulatorio
44.24	fisioterapia	26.94	ricetta	56.96	sospetto	42.05	Sindacato	25.51	ospedale
38.01	medicazione	23.91	protocollo	46.40	diagnosi	37.14	posti letto	21.09	Difficoltà
34.17	decubito	23.32	coscienza	45.63	soddisfatto	36.16	sistema sanitario	17.50	sostituzione
30.33	abbandonare	21.95	chiamata	44.19	TAC	34.55	organizzazione	17.50	confrontarsi
28.99	municipio	20.95	scientifico	36.97	addome	29.78	Tagli	17.27	disponibilità
24.71	domicilio	20.94	segretaria	31.49	intra-moenia	29.78	Guadagnare	16.46	guardia medica

Analisi dei dati

Nell'analisi procederemo fattore dopo fattore, considerando i cluster in rapporto a essi; per ogni cluster verranno considerate centrali per l'analisi le parole dense con Chi-quadro più elevato, le prime cinque o sei; le parole successive verranno valutate nella loro valenza di verifica nei confronti dell'ipotesi scaturita dall'analisi delle prime parole dense.

Il primo fattore

Guardiamo al primo fattore dello spazio fattoriale emerso con AET. Sul primo fattore si contrappongono due cluster, il C 3 e il C 1.

Cluster 3

La prima parola è **urgenza**. L'etimo è incerto, ma fonti accreditate parlano di una radice che vale: incalzo, spingo fuori; ma anche escludo, respingo. In ambito ospedaliero richiama la medicina d'urgenza, dove sono ricoverate le persone considerate problematiche al pronto soccorso. L'urgenza si propone come l'essere esclusi dalla normalità della vita, per fare il proprio ingresso, indesiderato, nel mondo "a parte" della medicina ospedaliera. Si può allora capire che la seconda parola sia **pronto soccorso**. Pronto vale, nell'etimologia latina, trarre, portare fuori. Urgenza e pronto soccorso sono i luoghi ove le persone sono "portate fuori" dalla vita usuale, dal contesto familiare, lavorativo, amicale. Per fare il loro ingresso, obbligato da un incidente o dall'aggravarsi di una forma patologica, nel contesto sanitario. L'esordio del cluster concerne il "modo" con cui le persone entrano in rapporto con il sistema sanitario. Spinti fuori dall'usuale contesto di vita. Evidentemente per qualche problema di salute, per entrare, non di propria volontà, entro un soccorso forzato ed eccezionale: il pronto soccorso. A cosa va incontro chi è costretto a entrare nel sistema sanitario? Alla burocrazia del **prenotare**. Prenotare significa avere a che fare con il sistema amministrativo. Con quell'appendice del personale sanitario, che funge da cuscinetto protettivo nei confronti del nucleo tecnico, medico e infermieristico. Nucleo tecnico che ha bisogno di informazioni aggiuntive all'esame obiettivo e all'anamnesi, per formulare la **diagnosi** o impostare la terapia d'urgenza: **ecografie, tac**, radiografie, bypass, accertamenti e interventi di varia natura. Tra urgenza e diagnosi c'è il **sospetto**, quel modo di procedere medico fondato sul paradigma indiziario; un modo che formula "ipotesi-sospetti" da verificare con gli accertamenti diagnostici. Nell'incontro con l'amministrazione si dispiega l'emozionalità di alcune parole dense: **soddisfatto, intasare, lamentele, emergenza, rapidità**. Emergono le contraddizioni della sanità nel nostro paese. Una sanità fondata sull'inflazione delle urgenze e sul conflitto tra esigenze infinite del sistema sanitario e limiti delle risorse economiche, fissati dal sistema politico. Il lamentarsi nasce da questo conflitto, sotteso entro la relazione tra esigenze tecniche – infinite – e limiti delle risorse economiche disponibili entro le decisioni di governo della sanità. Il lamentarsi è espressione di impotenza; un'impotenza evocata dalla frustrazione del pretendere onnipotente, nel confronto con un potere politico-amministrativo più forte dell'onnipotenza tecnica senza limiti. In questo cluster la cultura medica segnala l'insanabile conflitto tra le esigenze di una cura motivata dall'urgenza e dall'esigenza di una risposta veloce e competente, e i limiti posti dalla burocrazia amministrativa che condiziona l'intero sistema sanitario. Limiti che comportano intasamento delle strutture d'urgenza e lamentele.

Cluster 1

È interessante per la sua posizione: contrapposto sul primo fattore al C3 appena analizzato, si pone anche sul secondo fattore in contrapposizione al C5 che analizzeremo più avanti. La prima parola densa è **casa**, seguita

da **anziani**. Le persone d'età avanzata propongono problemi sanitari di cronicità delle forme patogene, e richiedono un'assistenza ancorata alla casa, al luogo abituale di vita. La terza parola densa, infatti, è **assistenza domiciliare**. Si tratta di una cultura ove all'urgenza e al pronto soccorso si contrappone la casa e l'intervento sanitario domiciliare. Si parla degli anziani, ritenuti inadatti o resistenti all'ospedalizzazione, legati emozionalmente al luogo di vita abituale, ai propri oggetti e alle proprie abitudini. Di anziani che mal sopportano il vedersi catapultare entro contesti e rapporti nuovi, non consueti, che li confrontano con l'estraneità. È interessante come la parola casa rimandi, nel suo etimo, alla capanna, luogo coperto da un tetto: la più semplice e primitiva delle abitazioni. Simbolicamente è un luogo che protegge, che avvolge, che ripara. È un luogo familiare, insostituibile, è il luogo privato per eccellenza. È il rifugio della persona anziana che, con l'avanzare dell'età, si sottrae all'uscire di casa, al lavoro che rimanda alla relazione con l'estraneità e all'esplorazione del contesto. Si trova rifugio tra le quattro mura domestiche, nella posizione rassicurante per eccellenza. È importante ricordare che, un tempo, il medico di famiglia si recava nella casa dei propri malati; solo nei casi eccezionali si ricorreva al ricovero ospedaliero. Oggi il luogo delle diagnosi conseguenti alla domanda d'intervento del paziente è l'ambulatorio del medico di medicina generale. Al tempo stesso, l'urgenza richiede il pronto soccorso e la cronicità degli anziani prevede l'assistenza domiciliare. Un'assistenza, quella domiciliare, che prevede più l'**infermiere** che il medico. Ha a che fare con le cronicità dell'Alzheimer, con le problematiche della motricità o della staticità osteo-muscolare curabili con la **fisioterapia**, con le **medicazioni** che prevengono le piaghe da **decubito** in chi è allettato. Sembra che il pericolo più urgente, per queste situazioni di patologia "domestica", sia il venire **abbandonati** a se stessi, in situazioni di scarsa o nulla autosufficienza. Di qui la necessità di assistenza che le badanti o, più genericamente, gli operatori possono assicurare, a fianco dell'infermiere.

Sintesi del primo fattore

Le interviste vertevano sul racconto della propria esperienza, da parte dei medici di base. Eppure la prima contrapposizione culturale ci parla di due situazioni che sembrano aver poco a che fare con il medico di base: da un lato l'urgenza che prevede il pronto soccorso, dall'altro la cronicità che prevede l'assistenza di infermieri, badanti, operatori domiciliari. Sembra che la "sanità", per questi medici, non abbia a che fare con l'intervento specifico del medico di base, in ambulatorio o a domicilio dei pazienti. Ricordiamo, con Canguilhem (1966/1998), che: "è sempre perché vi sono uomini che si sentono malati che c'è una medicina, e non è perché vi sono dei medici che gli uomini apprendono da essi le proprie malattie" (p. 67). Ebbene, nel primo fattore i medici di base parlano delle situazioni patologiche che, di fatto, si propongono indipendentemente dalla decisione del soggetto di "sentirsi malato" e di istituire per questo la relazione con il medico. Nell'urgenza e nella vecchiaia, la malattia "si dà di per sé". Non comporta l'istituirsi di una relazione tra la persona che "decide" di essere malata e il medico al quale si rivolge. Il ricorso al medico, lo ricordiamo con Parson, è normato da regole sociali che prevedono la consultazione dell'"esperto" socialmente legittimato e riconosciuto, quando la persona decide di "sentirsi malata"⁸. Il pronto soccorso e l'assistenza domiciliare, in altri termini, sembrano due aree sanitarie "eroiche". Apprezzate perché prevedono interventi che si collocano al di là della decisione del paziente di definirsi come tale, e di accettare la risposta medica alla sua decisione. Se si vuole, il pronto soccorso e la medicina d'urgenza da un lato, l'assistenza domiciliare dall'altro, si pongono al di fuori della routine che il medico di base sperimenta nella sua attività quotidiana. Sono attività che, pur nella loro criticità, dovuta alla cronica e irrimediabile scarsità di risorse che gli obiettivi illimitati della sanità comportano nel vissuto dei medici, rappresentano una sorta di modello ideale. Ci riferiamo a un modello ideale del lavoro sanitario, fondato sulla capacità d'intervenire sulle urgenze che mettono in pericolo la vita e la competenza ad assistere "a casa propria" quegli anziani che non sopravvivrebbero all'allontanamento dalle proprie abitudini domestiche. Un tempo, sembrano dire i medici di base, la nostra attività era al contempo urgente e a domicilio del paziente; oggi, solo con il pronto soccorso e con l'assistenza agli anziani si ripete quello che una volta erano il campo e lo stile di lavoro del "medico di famiglia". Ma oggi non è più la loro attività, l'hanno persa.

Il secondo fattore

Sul secondo fattore troviamo il C5 che si contrappone al C1, già analizzato entro il primo fattore.

⁸Si veda, al proposito, il fondamentale lavoro di Talcott Parson (1951).

Cluster 5

Nel primo fattore ci sono le problematiche del paziente: l'urgenza che caratterizza chi viene portato al pronto soccorso o il bisogno di rimanere nella propria casa dell'anziano malato. Qui compaiono parole dense riferibili al **medico di medicina generale**. La sua **formazione** nel corso di laurea in medicina e nelle scuole di **specializzazione**, e luoghi di lavoro come l'**ambulatorio** o l'**ospedale**. Guardiamo con attenzione all'ambulatorio, dal latino *ambulare*, andare, camminare attorno. Si qualifica come l'opposto dell'assistenza domiciliare. È il luogo ove il paziente, per farsi curare, è costretto a raggiungere il medico. Lo stesso si può dire per l'ospedale. Non a caso la parola densa che segue al binomio ambulatorio e ospedale è: **difficoltà**. Difficile è opposto di facile, dal latino *facere*, "che si può fare", che è agibile senza ostacoli. La difficoltà implica ostacoli nel fare. Quegli ostacoli impliciti nello spostarsi per andare all'ambulatorio o all'ospedale, quando si sta male. Ma anche gli ostacoli sistematicamente proposti dalla burocrazia, che organizza la relazione tra malato e sistema sanitario negli ambulatori e negli ospedali. Sembra, quindi, che la difficoltà – parola densa che segna emozionalmente questo cluster – derivi dalla pretesa, imposta dal medico ambulatoriale o da quello ospedaliero, che i malati si muovano dalla loro casa e "camminino" sino al medico. Diventando pazienti che devono sottostare alle nuove regole del rapporto tra medico e paziente. Questo rapporto di potere tra medico e pazienti è segnato dalla burocrazia che definisce il funzionamento dell'intero sistema sanitario. I medici pensano che, alla fine, i pazienti siano contenti per via della gratificazione che il rapporto con il medico consente di sperimentare, e per l'utilità dell'intervento medico stesso. Ma l'insieme emozionale del cluster indica una profonda ambiguità nella relazione tra sistema sanitario, che si arroga il potere di decidere "dove" vedere i pazienti, e l'aspettativa dei pazienti sulla disponibilità del medico alla visita domiciliare. Si può allora comprendere come questo cluster si contrapponga, sul secondo fattore, al cluster "casa – anziani – assistenza domiciliare", visto in precedenza.

Sintesi dei primi due fattori

I primi due fattori della cultura dei medici di base hanno a che vedere con le modalità della relazione tra sistema sanitario e malato. Un malato che, nella cultura dei medici di base, "accetta" il pronto soccorso solo per via dell'urgenza imposta dal suo stato di malattia. Un malato che vorrebbe un'assistenza domiciliare, com'era un tempo, quando i medici si recavano al suo letto, nella sua casa. Oggi, sembrano dire i medici, i malati sono costretti a muoversi verso l'ambulatorio o l'ospedale, gli unici luoghi dove possono fruire delle cure. L'assistenza domiciliare è riservata ai soli anziani, ed è affidata a badanti, infermieri, fisioterapisti, operatori in genere; non ai medici, che sembrano accettare l'abbandono di quei malati incapaci di andare là dove il medico è disponibile: l'ambulatorio e l'ospedale. La medicina di base, in sintesi, si è arroccata entro strutture che rappresentano un vincolo problematico per i pazienti. I medici di base della nostra ricerca sono consapevoli del disagio che questa nuova modalità di rapporto tra medici e pazienti comporta per i pazienti stessi. Di fatto, sembrano affermare gli intervistati, le due grandi aree dell'intervento medico – l'urgenza dovuta alla gravità della situazione clinica e l'urgenza rappresentata dall'anziano – non appartengono più al medico di base. Al suo posto ci sono il pronto soccorso, la medicina d'urgenza, l'assistenza domiciliare. I medici di base si sono "rinchiusi" entro luoghi "sanitarizzati" quali l'ambulatorio, in parallelo ai colleghi che operano all'interno dell'ospedale. Tutto questo comporta una perdita della relazione, profonda e fiduciaria, tra medico e paziente. Nel secondo fattore, a ben vedere, emerge un atteggiamento molto ambiguo. Parole quali difficoltà, burocrazia, si alternano ad altre come disponibilità, apertura, gratificazione, utilità. È pure il cluster che caratterizza specificamente i medici di medicina generale, visto che questa dizione compare come la prima parola densa del cluster. Vi troviamo un'ambiguità che contrappone quanto vorrebbero i pazienti – l'assistenza e l'intervento medico domiciliare – all'arroccamento sempre più massiccio dell'assistenza medica entro contesti sanitari quali l'ambulatorio; contesti dominati dalle burocrazie, dalle regole del gioco imposte dal più volte riformato sistema sanitario nazionale, ma anche dalla disponibilità del personale sanitario. Certamente, sembrano dire i nostri medici di base, tutto questo è "utile". Il problema sta nel vedere se l'utilità concerne la sanità e la sua organizzazione, o il paziente e le sue attese.

Terzo e quarto fattore

Restano da analizzare il C2, situato sul terzo fattore; e il C4 che troviamo sul quarto fattore.

Cluster 2

Le prime parole dense concernono l'atto del **prescrivere farmaci** tramite una **ricetta**. Prescrivere è "scrivere prima"; di qui, stabilire, scrivendo, ciò che va fatto. La prescrizione del farmaco è una componente simbolica importante della relazione medica. Nessun'altra figura professionale "prescrive" alcunché ai suoi clienti. Ma il medico non ha un "cliente", ha un "paziente": colui che soffre, dal latino *pator*, soffrire; ma *patorsta* anche nell'etimo della parola passivo, per cui "paziente" è anche chi soffre della dipendenza. È per questo che il medico può ordinare l'assunzione di un farmaco, attraverso la ricetta (dal latino *recipere*, prendere). La ricetta, prescritta, indica ciò che il paziente "deve" assumere quale rimedio, su ordine del medico. Il farmaco, è ormai noto, deriva da un termine greco che indica sia il rimedio per una malattia che il veleno. Una parola a doppio senso, che indica come il farmaco, se non assunto in dosi e in forme appropriate, può diventare un pericolo, anche grave. È un rimedio utile solo se assunto sotto controllo medico. Di qui sembra derivare il forte potere del medico, emozionalmente presente nei termini ora analizzati. Un potere per certi versi assoluto, senza mediazioni. Strettamente connesso all'assunto – implicito, ma importantissimo – che tale potere verrà usato, dal medico, unicamente per il bene del paziente. È interessante chela terza parola densa sia **morale**: dal latino *mos – moris*, sta a indicare i costumi come regola, misura del comportamento. Più in generale, morale indica la pratica del bene, o se si vuole la scienza che formula le regole che guidano la libera attività dell'uomo. Come a dire: al medico è conferito un potere assoluto, caso unico entro l'area delle professioni. Nessun architetto prescrive un progetto al cliente, nessun avvocato prescrive una linea difensiva al suo assistito. Ma il medico è soggetto alla morale, vale a dire alle regole che presiedono alla pratica del bene del paziente. Se nel passato l'accordo tra potere e morale era diffuso e capace di definire la relazione tra medico e paziente, oggi – per differenti motivi che sarebbe interessante analizzare – non è più così. Si può allora comprendere come alla parola morale segua **denunciare**. Denunciare è il chiamare in causa un terzo (la legge) nel regolare la relazione tra medico e paziente. Questo succede quando viene meno la fiducia tra i due. Un tempo si diceva che l'operato del medico si fonda su "scienza e coscienza"; la competenza da un lato, l'attenersi alle regole della deontologia dall'altro. La coscienza, quale distinzione tra il bene e il male che dovrebbe albergare in ciascun uomo e organizzare il suo comportamento, viene evocata dai medici di base a sostegno del loro agire, anche se a quella si contrappone la burocrazia. Quella del protocollo (il registro degli atti pubblici importanti) che "obbliga" e vincola, delle chiamate, della segreteria, di un'attività che si burocratizza. In questo cluster, in sintesi, si delinea la crisi della fiducia tra medico e pazienti, così come la crisi della fiducia tra medico e sistema sanitario. I medici, sembra dire la cultura emersa in questo cluster, sono sottoposti a denunce, a interventi della magistratura che si frappongono tra l'operato medico, retto da "scienza e coscienza", e la sempre più elevata sfiducia del paziente. Al tempo stesso, tra il lavoro del medico e i suoi obiettivi professionali, si frappongono gli obblighi di un sistema sanitario burocratizzato. È la cultura che prelude al diffondersi della medicina difensiva, ove i medici – nella loro prassi – affiancano al bene del paziente quella prudenza e quelle accortezze che li difendono da possibili indagini a loro carico. Nel passato il potere assoluto del medico poteva assumere forme non sempre consone al bene del paziente; oggi il comportamento medico è reso problematico dalla "prudenza" che anticipa possibili interventi della magistratura. È un problema attuale la possibilità che il medico tenda a tutelare la propria figura professionale, la propria sicurezza e il proprio prestigio, prima della salute del paziente. La parola densa denunce rappresenta, quindi, una svolta difficile e dolorosa nella relazione di fiducia che caratterizzava il potere "prescrittivo" del medico. La medicina difensiva ha profondamente sconvolto la relazione medico-paziente: l'assunzione di responsabilità da parte del medico era strettamente connessa alla dipendenza fiduciosa del paziente dal suo operato. Venuta meno la dipendenza fiduciosa, sembrano dire i medici, tutto è cambiato. La responsabilità, insita necessariamente nelle decisioni mediche, diventa per il medico una minaccia, connessa ai possibili esiti problematici delle sue decisioni. Di qui l'attenzione ad anticipare possibili critiche sul suo operato, che nel medico prevale sulla sua attenzione alla cura.

Cluster 4

Il quarto fattore presenta un solo cluster sostanzialmente dalla denuncia, da parte dei medici, nei confronti del sistema politico, amministrativo ed economico che presiede alla sanità nel nostro paese. Vediamo le prime cinque parole: **sanità, politica, azienda, cooperative, sindacato, posti letto**. È la cultura che sostiene la protesta nei confronti della *spending review*. **Tagli, guadagnare** (tra le parole che seguono) quindi risparmiare, ridurre i posti letto, seguire le indicazioni della politica, indicano il progressivo cambiamento caratterizzante la sanità. Ci si confronta con un sistema sanitario ove le differenti riforme succedutesi negli ultimi anni hanno profondamente cambiato, rispetto al passato, sia il sistema sanitario che il rapporto tra sistema e cittadini. Un tempo vigeva l'ipotesi che alla sanità le risorse non bastassero mai; l'obiettivo "senza limiti", un obiettivo falso in quanto regolato dallo "stato di salute" che doveva essere perseguito "a tutti

costi”. Senza scelte prioritarie, senza strategie, senza limiti; creando il paradosso dell’efficacia⁹. Un paradosso per il quale era impossibile definire gli obiettivi della sanità, che potevano essere estesi all’infinito se il fine della sanità era volto a promuovere la salute dei cittadini o più ancora il loro “benessere”. Di conseguenza, mancando obiettivi capaci di dare un limite condiviso all’efficacia della sanità, era impossibile una definizione e una misurazione della sua efficienza. Ed era impossibile una verifica del funzionamento ottimale del sistema sanitario stesso. In base al paradosso dell’efficacia, la sanità nel nostro paese tendeva a sottrarsi a quei processi di verifica dell’efficienza che consentono, più in generale, un miglioramento funzionale dell’organizzazione produttiva e di quella sanitaria in particolare. Oggi le cose sono profondamente cambiate. La sanità è costretta a funzionare, come tutte le organizzazioni aziendali, a “risorse scarse”. Interessante notare che nel cluster non compaiono parole che dicano le emozioni evocate da questo status quo. Sembra che le vicende vengono annotate senza reazioni emozionali evidenti. Con quella passività rassegnata di chi si confronta con eventi ineluttabili. Se questa interpretazione è corretta, possiamo vedere come i medici, di fronte all’involuzione politica della sanità italiana, alle restrizioni di bilancio e ai tagli di spesa, per altro anche questi effettuati senza scelte prioritarie e senza strategie, assumano lo stesso atteggiamento passivo del paziente di fronte al medico. Come se i medici fossero un “paziente”, che soffre della propria dipendenza e impotenza, nei confronti dell’amministrazione politica del sistema sanitario. La parola densa azienda segna questa cultura che sottolinea il cambiamento al quale sono costretti i medici, e in particolare quelli di base. L’assimilazione della sanità a un’azienda, dell’operato medico a un “prodotto”, caratterizzato da un suo valore economico monetizzabile nei DRG (diagnosis-related group), sembra aver profondamente snaturato la professione medica. Snaturare, in questa situazione, significa de-idealizzare la funzione medica tesa a salvare vite umane, a intervenire dove il problema è “di vita o di morte”, per farne una mera funzione “economica”; valutabile entro il parametro “costi-benefici”, comuni a tutte le organizzazioni produttive.

Sintesi del piano fattoriale dei medici di medicina generale

Due sono i grandi problemi segnalati. Concernono una sanità che vede i medici *impotenti* a intervenire: le urgenze sanitarie trattate dal pronto soccorso e dalla medicina d’urgenza da un lato, la cronicità, in particolare quella delle persone anziane dall’altro; una cronicità trattata a casa del paziente e che vede altri operatori (infermieri, badanti, operatori in genere) sostituire la figura del medico. L’impotenza segnalata entro il primo fattore sembra permeare l’intera cultura dei medici in analisi. Un’impotenza a tutto campo. Il medico in questa cultura non ha più il potere di rispondere alle attese del paziente; un paziente che si aspetta un “medico di famiglia”, capace di entrare nelle case, di diagnosticare e curare pazienti accettati nella loro incapacità di muoversi da casa. Le cose, sembrano dire i medici, oggi sono profondamente cambiate. Il medico, fatta eccezione per le urgenze e la cronicità anziana, vede i pazienti nell’ambulatorio e all’ospedale. E i pazienti sono costretti ad *andare dal medico*. Non possono più “chiamarlo” perché si prenda cura di loro. La parola densa “chiamata” è presente solo nel cluster caratterizzato dall’atteggiamento di “medicina difensiva”, e appare accanto a “denuncia”; una parola un tempo assente nell’orizzonte emozionale del medico. È, in sintesi, una cultura delle difficoltà. L’operato del medico è reso difficile da fattori i 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 è più capace di stabilire un rapporto di fiducia e di dipendenza, che gli consenta un intervento utile e affidabile. Il medico sente di aver perso la fiducia dei pazienti. Senza un rapporto diretto, domestico, con i pazienti e le loro malattie, 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.

Bibliografia

Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).

⁹ Si veda al proposito: Carli & Paniccia (1989), Carli & Paniccia (2011).

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1989). Psicosociologia dell'ospedale: Riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico [Psychosociology of hospital system: Reflections on the role of clinicalpsychologist]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-160.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The emotional textual 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., & 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., 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 the response of healthcare services, in the territory and in the hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608
- 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., Paniccia, 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* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- CGIL (2004). *Le cure primarie, la Casa della Salute* [Primary care, the Health House]. Retrieved from <http://old.cgil.it/archivio/welfare/public/04070111525002.pdf>
- Curto, A., & Garattini, L. (2014) La riforma delle cure primarie nel servizio sanitario nazionale: Fra teoria e pratica [The reform of primary care in the National Health Service: Between theory and practice]. *Quaderni di Farmacoeconomia*, 2, 20-31. Retrieved from <http://www.quadernidifarmacoeconomia.com/archivio-qi/qf24/558-politica-sanitaria-la-riforma-delle-cure-primarie-nel-servizio-sanitario-nazionale-fra-teoria-e-pratica-parte-prima.html>
- ISTUD (2013). *Le cure primarie in Italia: Verso qualiorizzanti di cura ed assistenza. Report 2013* [Primary care in Italy: Towardswhathorizons of care and assistance. Report 2013]. Retrieved from http://www.istud.it/up_media/ricerche/cure_primarie_2013.pdf
- Marano, P. (2014). *Formare un medico oggi: Salute, malattia e assistenza sanitaria in Italia* [Training a doctortoday: Health, illness and healthcare in Italy]. Milano: FrancoAngeli
- Parson, T. (1951). *The Social System*. New York: Free press.