

The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models

Renzo Carli, *Rosa Maria Paniccia*[•], *Francesca Dolcetti*^{••}, *Silvia Policelli*^{•••}, *Elisabetta Atzori*^{••••},
Andrea Civitillo^{•••••}, *Serafina Biagioli*^{••••••}, *Silvia Spiropulos*^{•••••••}, *Risia Fiorentino*^{••••••••}

Abstract

The present research study aims at exploring the representation of the health service within a group of hospital physicians and nurses. The objective is to identify how the symbolic dynamic of hospital workers shapes their own praxis. The texts of interviews with 25 hospital workers have been subjected to Emotional Text Analysis (ETA). Five clusters emerge from the analysis where the topic of giving life and avoiding death is central and where the hospital assumes a thaumaturgical and basically omnipotent role. This is in conflict with recognizing the limitations of therapy. Only in the background the culture of curing the patients appears, characterized by aggressive reactivity towards the crisis which leads patients to emergency intervention because crises are ascribed to deviances from medical prescription. Emergency intervention is ultimately the kind of intervention which the hospital believes it is capable to provide. Another problem is the lack of filters provided by bureaucratized general practitioners, whose cooperation would be essential, but who are supposed to have no longer the necessary relationship with their patients.

Keywords: hospital; organizational competence in healthcare system; collusive dynamic; physician-patient relationship; healthcare culture.

• 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, Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand, Partner of "Studio RisorseObiettiviStrumenti" - psychological consulting services. E-mail: francescadolcetti@studio-ros.it

•••• Psychologist, Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: silviapolicelli@gmail.com

••••• Manager psychologist, Prevention and Risk Protection Service, Company Hospital Complex San Filippo Blacks in Rome. E-mail: e.atzori@sanfilipponeri.roma.it

•••••• Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy - Psychological Intervention and Clinical Application Analysis. E-mail: andreacvt@yahoo.it

••••••• Clinical psychologist. E-mail: serafina.biagioli@gmail.com

•••••••• Clinical psychologist. E-mail: silvia.spiropulos@gmail.com

••••••••• Clinical psychologist. E-mail: risia.fiorentino@gmail.com

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

Premise

This research study is part of a set of three surveys, carried out in parallel with one goal: to explore the demand of citizens, its potential users, towards the health system; the latter was divided into hospital and territory. The first survey explores the demand of citizens towards healthcare services (Carli, Paniccchia, & Caputo, 2016); the second one explores the way in which a group of family physicians, seen as a representative of the territory, represents the health services and in particular their own offer of services (Carli, Paniccchia, Giovagnoli et al., 2016); the third, which is the subject of this work, explores the way in which a group of hospital staff respondents (physicians and nurses) represent healthcare services and in particular their own offer of services. A fourth article (Carli, Paniccchia, Caputo et al., 2016) provides a premise, summary and conclusions of the three investigations, seen as phases of a single query; it can be consulted for references, except specific items which are mentioned in the text of this contribution. This work and the data of the three surveys are published in this Issue of the Journal. We add some further notes here.

The Hospital requires specific rituals, aimed at controlling those who are hospitalized. The ill person must stay in bed, even with a disease that does not involve to be bedridden. Being bedridden involves control dynamics, real and symbolic ones: from the dependence that who stays in bed lives in respect with any vital need, to the loss of the social role. The hospitalized ill person is dispossessed of time. He waits for hours, a blood test as well as the measurement of blood pressure, without knowledge of the timing of the intervention. Hospitalization tends to make obedient and passive the patient, to obtain his acquiescence to the actions of health personnel; actions which mostly arrive suddenly and about which, often, the patient knows little. Also the praxis of the informed consent turns often in a fulfilment, or at worst in a procedure which is functional to defensive medicine. The condition of hospitalization is similar to that of the total institutions described by Goffman (1961/1968). Nevertheless, the fact remains that hospitalization is a provisional and in the majority of cases reversible condition characterized by shared goals of care. The assumption is that everything is “for the good” of the patient. The two central components of the hospitalization, rules of the hospital coexistence and medical intervention, could be analyzed from an organizational point of view; but it is also possible to make an emotional symbolic analysis, according to the dynamics that Fornari (1976) called omphalocentrism- the care - and phallocentrism - the cure -, with reference to the navel (in Greek: omfalos) and the phallus. It must be reminded that in antiquity the cure was held inside the temples, dedicated to Asclepius, where taking care was central, and the religious order enhanced it. During the Middle Ages, hospices, often at convents, offered a bed and refreshment, and looked after the people in need. Caring leads to identify with the other's suffering; this is possible if the other in need is symbolized as a dependent “child”. For this reason the entry into the hospital entails the regression of the patient. When physicians, at the end of '700, make their entry into hospitals/hospices, bringing with them a knowledge based on the classification of diseases, the “disease” and the person in need of care become two complementary components. Illness is “other” with respect to the ill person. Often, according to hospital language, a cardiocirculatory failure stays in bed number 3, not Mister Rossi. Caring and curing are complementary; but over time the cure prevails. This is why today we speak of “humanization” of medicine. Today often the patient complains of receiving some kind of violence by the health staff; something that should not happen within “civilized” relationships. Such problematic components are comprehensible only by the prevalence/predominance of the “phallogentric” dimension of curing the “evil other”, seen as separated from the “own good” of the patient. Until a few decades ago, treatment and care were combined. Then came the Seventies, a season of great reforms and deep cultural change in our country. The relationship between ill person and healthcare system profoundly changes. The patient is no longer isolated from its context, at the mercy of a system of relationships that, for his own good, has almost absolute power over him. The ill person becomes a citizen, with duties and rights similar to those other citizens who carry out an health profession. Citizens-users begin to establish associations and constitute themselves as counterparts reporting negligences of health personnel and the lack of interest in their health conditions.

Unprepared, physicians feel prosecuted and dangerously subjected to rules of the game which are controlled by judicial powers. The symbolic dynamic of the relationship between physician and patient changes radically, particularly in hospitals. “Defensive medicine” is an eloquent indicator of such process, where the patient and his family members symbolically become the physician's “enemy.” In the meantime, from 1978 until today, reforms after reforms happen which do not fully respond to the expectation of restricting expenses in the healthcare system (some critics say, not at all), while the healthcare system, without any advantages for its functioning, becomes one of the places that is most frequented by the powers of political parties. In hospital wards tension sometimes reaches worrying levels of dissatisfaction and burnout (Carli, 2012). In a research project on “psycho-social risk” that we carried out for a hospital in Rome, two large

areas of dissatisfaction appeared. On the one hand there are those people who complain about the poor level of managerial competence of the top level hospital hierarchy, on the other, those who complain about the work in hospital per se, in relation to shifts as well as to relationships with colleagues and patients (Carli et al., 2012). The most problematic area in our opinion is the tendency of the health personnel, physicians in particular, to base their own professional power on non-communication with the patient. The fear of not being able to count on the necessary emotional distance from the patient also seems to exist as a problematic point. Nonetheless, patients ask to be informed on their own diagnostic and therapeutic situation, information which does not concern the technical medical content but the emotional dynamic of the process. However, the tendency of the prevailing health culture is that of expecting the patient to be fully available at all times and downright compliant with medical methods and requests. As a consequence, an increasingly frequent conflict arises. The hospital relationship worked in an efficient way, in the past, if a process of collusive repression between patient, physician and nurse was reached: by removing the person suffering from the disease, the physician could deal only with the “evil other” (the disease); by removing the illness, the patient could communicate only his basic needs as a person; by removing the patient as an adult interlocutor, the nurse could symbolize him as a child needing care. Through the repression of those parts of the self or of the other implying an anxiety-inducing potential, one creates a sort of containment of conflict. Today, this collusive dynamic experiences a profound crisis (Carli, 2012).

Let us now look at a text that proposes an analysis of the state of Italian hospitals and guidelines on the future of ideal hospitals (Lega, Mauri, & Prenestini, 2010). As it often happens in these analyses, the premise is looking for reassurance by the comparison of Italy to other European countries. Then the problems begin. Firstly, the structural ones dealing with dilapidation and non-appropriateness. Then the removal of cultural factors (but the crucial word culture is never used). One can see the apparently great irreconcilable differences between northern and southern Italians. It is said that the health system is characterized by non-communicative monoliths and that patients are prisoners rather than guest in hospital. In fact, the problems seem to be more clear and strong when focusing on cultural factors, we would say that they are symbolic. However, research, both real and desired, is all based on the cause of pathologies, on therapies, on health technologies and on the architectural features of the structures. Not on culture which is the premise on which organization is achieved. Let's look at the culture dealing with the social mandate that shapes purposes of hospitals or those of a specific hospital that are translated into roles, functions and competences in order to pursue specific objectives. For example, assistance objectives. There is no research on assistance that cannot be attributed to techniques or technologies.

None in the cited text and little or nothing in general. Assistance is based on values, and even in the text it is said that a complete revolution would be necessary; that everything should be done for the patient's and community's satisfaction, obviously not for that of the hospital personnel, management and politicians; that the hospital machine which appears to be hostile and pitiless would have to reconcile itself thanks to trust, welcome, reassurance “[...] in other words, humanization” (Lega, Mauri, & Prenestini, 2010, p. 320, *our translation*). When wishing for a cultural change in the hospitals, one always approaches humanization. However, humanization is not a relationship model that is scientifically based, that can be learned by training and that is articulated in controllable practices. We know about the longstanding, failed attempt to introduce it into hospitals: it could be enough just to note that it is a proposal required for a desirable future.

Scientific innovation which is identified by techniques and technology and not by organizational competence (of which knowledge of cultures that characterize the organization are part) characterizes the hospital in its centrality within the health system and its high costs.

In Italy, despite an attempt at containing and redistributing expenses, the hospital sector continues to absorb the most consistent entry of expense in the national health service, that is about 47% of the total health system cost. [It follows] that the most advanced technologies and majority of clinical/professional know-how tend to be present in hospitals (Gori & Lattanzio, p. 5, *our translation*).

Other authors note that scientific and technical innovation (no reference to organizational competency) continues to advance, and along with it, the costs increase. This could open dangerous conflicts, for example, producing further marginalization of the elderly (Brizioli & Trabucchi, 2014). However the marginalization of the elderly, who are a significant number of hospital users, still represents a cultural problem. It will be an increasing problem in the future if research does not address the problem.

Organizational competence within the hospital system is also scarce in the perspective of those authors, such as Brizioli and Trabucchi (2014), who highlight the close connection to local culture of an organization in a lesser extent than we do. The authors tell us that there are few hospitals that follow a project plan: evaluations are made only at closure. Functioning is mainly based on adjustments, there are no plans. However, here the aim is not the analysis of the phenomena, it seems to be inevitable that there is an

ungovernable complexity by means of measurable competence criteria. This is because it would be necessary to respond to “much higher” criteria that cannot be normally assessed, such as liberty, dignity and personal rights. Humanization and individual rights are two value references that systematically substitute organizational and relational competence in the literature regarding hospitals. Even for the most attentive authors like Brizioli and Trabucchi (2014) who are perhaps very careful when they cover a symptomatic problem of the absence of organizational competence, such as that of treating an elderly patient in hospital who is not autonomous. We should remember that about forty percent of in-patients are elderly. However, “[...] hospital for alert people is often a “hostile environment” which in itself leads to a “cascade of dependency”, a third of the elderly who are admitted lose one or more daily life functions during hospitalization” (Brizioli & Trabucchi, 2014, p. 19, *our translation*).

It is likely that hospitals today, that were traditionally divided into departments dedicated to a single specialist discipline, adapt fairly poorly to the needs of the fragile elderly who are by nature multi-dimensional and characterized by the presence of multi-softness/sensitivity, are multi-pharmacological and require high socio-assistance cost (Brizioli & Trabucchi, 2014, p. 19, *our translation*).

It seems that diagnosis leads to investment in the structural revolution of the hospital system which represents new platforms or functional areas that are patient centred and where one finds in-patients with different pathologies that have a similar level of support complexity. However, there is still a culture involved. That culture is not patient-centred and it would seem to have to change as consequence of the structural revolution itself. Nevertheless, Sironi says (2006) the relationship centred on power and on physician knowledge and not on patient arises with the scientific view of medicine. This requires control of disease and of ill person by ignoring the patient's suffering subjectivity. Sironi (2006) adds that technological development, expanding the possibilities for diagnosis, results in the (legal) model of defensive medicine which is focused on the search for something wrong (or that may be wrong) in patient's body. This is into a relationship where the physician guards against the accusations from a patient moved by a claim for healing. Informed consent, within this relationship that is no longer based on trust, is only illusion of sharing. We add that trust refers to a reciprocal relationship model, as well as expecting and defensive attitude are in relation to each other; it is what we call collusive dynamic. It is a relationship model that allows us to understand how these dynamics are not summations of individual attitudes, but they are expressions of collusive reciprocity. They are specific models of relationship, cultures of relationship (Carli, et al., 2016). Let's remember the corporatization as the most significant organizational change that Italian hospitals have been facing in recent years. The consequential issues of this change have already been discussed elsewhere (Carli, 2012). It is highlighted here that in the meantime, at the international level, the deep crisis of organizational planning caused by the fast dynamics of global environments had been noticed (Cicchetti, 2002). We add: due to the transformation of economy in finance. Cicchetti (2002) affirms that this leads to adopting *re-engineering* practices now, among which the adoption of organizational systems based on processes and “patient-oriented”; therefore, it should not be thought that patient-oriented means immediately what is desired.

The issues we intend to focus are those that the analysis of emotional symbolization of relationship makes understandable. Brizioli and Trabucchi give an example affirming that intervention with elderly people doesn't have to be experienced as “management of a failure” or as “marginal aim” (2014, p. 10, *our translation*). These are emotional dynamics enacted in the relationship between nurses and elderly patients. Intervention for them, in order to pursue a change, first requires understanding them. Brizioli and Trabucchi (2014) affirm instead that the correctives are: the personalization of intervention in the name of patient's dignity, freedom and rights; pride in the healthcare profession; the total availability required in helping relationship; the sincere will of sharing and confrontation. The reference to values emerge again, that can be achieved only by desirability, supposed to be shared. However, important obstacles continue to emerge as the conflict between these values and medicine culture, even more than the one of evidences.

Their clinical complexity [with regard to elderly patients] makes their pathologies as related to a substantially different sector from the one that has always been the main field of medical study from the beginning until now. We refer to the patient-disease, typical of medicine in the continuous development of its knowledge, and recently it's scientifically supported by the results obtained from evidence-based medicine (EBM). However, also for the EBM the goal has remained unchanged, that is healing as the final act of diagnosis and therapy. It concerns *endpoints* that are not applicable to the vast majority of patients over eighty. Moreover, they are also patients forcibly ignored by EBM because co morbidity and psycho-physical functional disorders make their recruiting for a clinical trial impossible. [...] Lacking evidence for the frail elderly, many medical interventions in their

favour have to be based on clinical good sense for now (Bernabei & Carbonin, 2014, pp. 141-142, *our translation*).

For the first time the corporate autonomy has posed to the hospital general managers the issue about the structural organization as a strategic activity (Cicchetti, 2002). However, “Actually, as several people observe, the goal of a fully integrated health system able to assure continuity of assistance at all levels, therefore also between hospital and territorial activities, seems to have never been realized” (Cicchetti, 2002, p. 28, *our translation*). The hospital has a difficulty to reflect on its aims such as declination of specific cultures which follow and overlap each other over its history. The less these cultures are recognized, as part of the history and in their persistence, the more they are uncritically enacted in practice.

For example, let's remember health has been a public order problem over the time. It's only in “[...] affluent societies of mature capitalism, the catalog of values is enriched by legally relevant expectations and requirements which were not perceived at all before”, such as the individual right to health (Ferrara, 2010, p. 9, *our translation*). Only in the Seventies of the last century the view according to which the disease was mainly an obstacle to worker productivity was passed and the “individual, primary and absolute right” to health emerged (Morana, 2015, p. 8, *our translation*). Public order, productivity protection: how much does the current health culture still have traces of these cultures? Diversity, that was never considered as culture-related, is forced to become individualistic, astorical, acultural: it's reduced to the individual and to his individual rights (Paniccia, 2013). At the same time individualism is also a culture, which can be uncritically enacted or understood.

Lucchini cites a syndrome, Vulnerable System Syndrome, that is grounded on blame, refusal error, tension towards a wrong kind of excellence. “In healthcare mistakes are unacceptable” (2009, p. 11, *our translation*). The author adds that the concept of infallibility of medicine still exists although it's irrational. Furthermore, when something is wrong there is the tendency to attribute the error to the individual responsibility. He cites a research that asks the citizens about their relationship with the hospital. More than three quarters out of the people interviewed perceived the risk in the hospital as certain or probable. The 58.8% placed the responsibility of the risk on the individual human action rather than on the organization. Nurses and users collude on looking for the single guilty one without regard to the culture that generates the conflict. In the margin: let's note that the interesting cultural issue indicated by Lucchini (2009) is transformed into an individual syndrome too. In conclusion, the aim of this work is to bring a contribution to the analysis of emotional, symbolic and relational dynamics that characterize the relationship between healthcare system and users.

Aim

The study aim is to explore cultural models by which hospital staff represent the service they offer, from a symbolic-emotional point of view. This will allow us to compare the hospital staff's answer with the general practitioners' answer and especially, with the demand that has emerged from the symbolic representation of health services by citizens, who are users of healthcare system.

Method

The Emotional Text Analysis

Twenty-five hospital respondents (18 physicians and 7 nurses) of two hospitals in Rome were interviewed. The interviews were recorded, transcribed into a single text and then analyzed by ETA (Emotional Text Analysis). The ETA identifies “dense words” in the text - words with high emotional polysemy and low ambiguity - and organizes them into different clusters and in a factorial space. This mapping of dense words corresponds to the collusive representation that the group of interviewed has in regard to the theme proposed in the interview. The collusive representation of the theme is the emotional dynamics by which the interviewed represent it (Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016).

The interviewed group

in order to recruit people for the interviews we asked two Roman hospitals through the Fatebenefratelli Hospital's Psychology Operative Unit, and through the San Filippo Neri Hospital's Risk Prevention and Protection Department; both these services are partners in the research study. At the Fatebenefratelli Hospital we interviewed workers of the Oncology Hospital Unit (HU). At the San Filippo Neri Hospital we interviewed workers of different HUs: Emergency Medicine, Neonatology, Emergency Room, Outpatient Services, Assisted Procreation, Diabetology.

In both hospitals, the interviewed HUs took also part in a previous research-intervention, for which one can refer to (Carli et al., 2012).

Interviews were arranged with the HU managers. The criterion for identifying the interviewees was their interest in the research. The interviewees' characteristics are reported in Table 1.

Table 1. *Variables of the group of physicians and nurses (n=25)*

Gender		
<i>Male</i>		<i>Female</i>
9		16
Profession		
<i>Physicians*</i>		<i>Nurses**</i>
18		7
Seniority		
<i>0-20 years</i>	<i>21-30 years</i>	<i>over 30 years</i>
12	9	4
Hospital		
<i>Fatebenefratelli***</i>		<i>San Filippo Neri****</i>
11		14

* The physicians belong to Fatebenefratelli (n=6) and to San Filippo Neri (n=12) respectively.

** The nurses belong to Fatebenefratelli (n=5) and to San Filippo Neri (n=2) respectively.

*** All the participants belong to the Hospital Unit (HU) of Oncology.

**** The participants belong to the following HUs: Emergency Medicine (n=5), Medically Assisted Procreation (n=4), Neonatology (n=2), Emergency Room (n=1), Outpatient Activities Management Service (n=1), Diabetology (n=1).

The open-ended interview

In accordance with an exploratory research method, the relationship with each interviewee was established through a contact person active in each hospital and then the appointment for the interview was confirmed with a phone call. After introducing him/herself the interviewer asked only one question, as follows¹: "Dear Dr. X, as it has been mentioned to you, I am here on behalf of a research group that includes University and Healthcare Services (a Chair in Psychology of Sapienza University, SPS, a postgraduate school in Psychotherapy that has been collaborating with you for years, and two Hospitals, the Fatebenefratelli Hospital and the San Filippo Neri Hospital). We are interested in exploring the relationship between hospital and territory, in particular the relationship between hospital, families, general practitioners, cure and assistance services in the territory. Our goal is exploratory: we are interested in knowing what is in existence in order to understand how services can be developed. The research method consists in talking with those, like you, who are experienced in this field for listening and collecting their opinion. A half-an-hour interview with you would be extremely useful for us. The research results will be shared with all research participants. I will ask you the permission to record the interview, in order to listen more carefully and because the recorded text will be, later, anonymously analyzed. We are also interviewing a group of citizens about their expectations towards hospital services and healthcare services in the territory. Thank you very much. We can start immediately."

¹ The present research study included several partners. In order to give hospital staff respondents some clues which helped them to imagine the research context and its potential utilization, the researcher, introducing him/herself, evoked the main partners.

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.

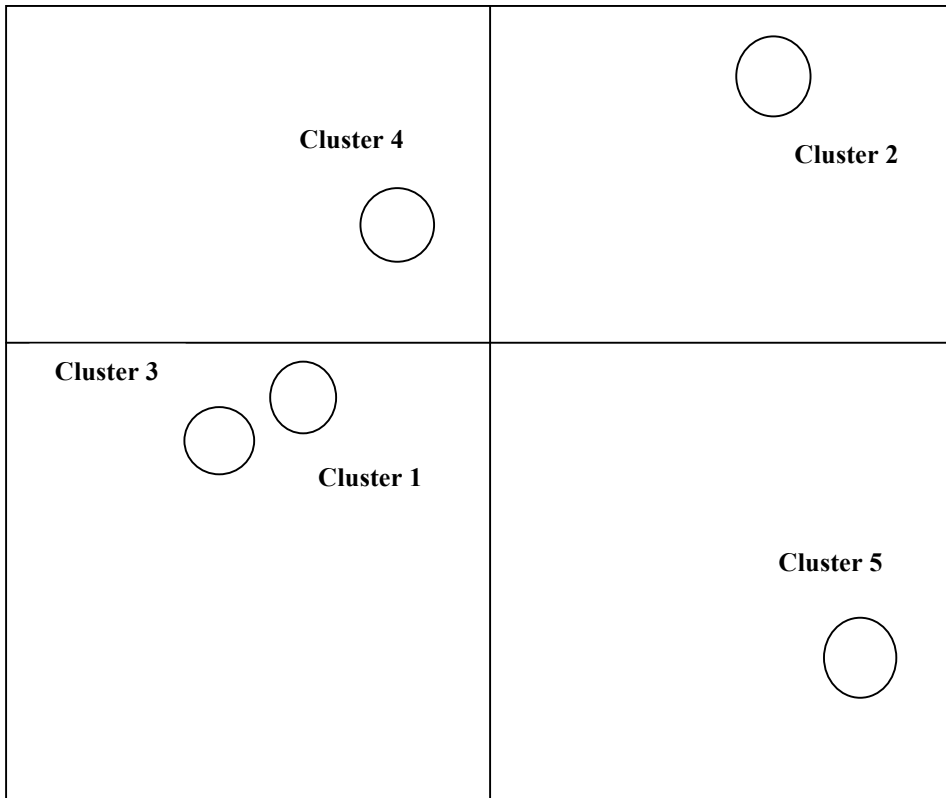


Figure 1. *Factorial space*

On the first factor we find Cluster 5 in association with its positive polarity and the Cluster 3 in association with its negative polarity.

On the second factor we find the Cluster 2 in association with its positive polarity and the Cluster 5 in association with its negative polarity.

On the third factor we find the Cluster 4 in association with the positive polarity.

On the fourth factor we find the Cluster 1 in association with its positive polarity and the Cluster 3 in association with its negative polarity.

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

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Cluster 1	-0.448	-0.166	-0.459	0.873
Cluster 2	0.681	0.943	-0.371	-0.201
Cluster 3	-0.827	-0.298	-0.242	-0.860
Cluster 4	-0.276	0.370	1.303	0.170
Cluster 5	1.110	-1.222	0.178	-0.084

Table 2 shows measures of association between clusters and factors, while Table 3 shows clusters of dense words ordered by Chi-square.

Table 3. *Clusters of dense words in order of Chi-square*

Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Cluster 5	
<i>Chi-square/words</i>		<i>Chi-square/words</i>		<i>Chi-square/words</i>		<i>Chi-square/words</i>		<i>Chi-square/words</i>	
65.40	family physician	73.84	gynaecology	59.76	domiciliary assistance	71.57	decompensation	99.24	paediatrician
40.17	bureaucracy	57.32	young	57.87	hospice	53.30	chronicity	85.21	newborn
32.34	prescribe	55.86	woman	53.58	terminally ill	51.60	diabetes	78.73	child
24.37	prescription	24.94	public	49.03	oncology	48.65	emergency room	69.56	premature
21.26	complain	22.93	techniques	31.27	relatives	45.02	bronchopathy	44.08	breastfeeding
19.32	collaborate	20.60	inform	24.64	ill	38.48	satisfied	39.07	breast
17.88	visit	19.60	andrologist	23.28	alone	31.98	eat	29.13	vaccinations
15.10	attending physician	19.60	psychologist	19.55	domiciliary	31.98	exacerbate	23.32	resignation
14.36	hospital physician	19.60	future	19.12	territorial service	25.51	insulin	19.31	healthy
13.66	phone	19.60	groups	16.75	continuity	23.29	specialist	19.31	consulting
12.05	general practitioner	16.29	pregnancy	16.07	dialogue	21.93	access	14.44	parents
12.05	alliance	16.29	conceive	16.07	palliative	20.48	therapy	11.67	friends
12.05	drugs	16.29	advanced	15.18	chemiotherapy	19.08	deficit		
12.05	streamline	13.65	pathology	12.02	psychiatrist	18.87	health		
10.98	listening			12.02	story	18.87	mistakes		
9.01	together			12.02	susceptibility	18.87	serious		
				12.00	handle	14.50	cardiologist		
						13.86	elderly		
						12.87	crisis		

Data analysis

In the analysis we will proceed factor by factor, considering the clusters in their relationship to each factor; for each cluster only dense words with higher Chi - square will be considered as central for the interpretation,

i.e. the first five or six of words; the following words are examined as potentially testing the hypothesis emerging from the first dense words.

The First factor

On the first factor are located, at opposite poles, the Cluster 3 and Cluster 5. The Cluster 3 is also in relation to the negative pole of the fourth factor, while the Cluster 5 with the negative pole of the second factor.

Cluster 3

The Cluster 3 starts with the dense word **domiciliary assistance** (assistenza domiciliare). *Ad sisto* means to position yourself next, to stay close to someone. Domiciliary, from latin *domus colere* means to inhabit the house. Others prefer the etymology *domus civis*, citizen's house, of the *civis romanus*. In summary, domiciliary assistance is to stay close to someone in his home, the home where he lives. In this cluster a home care of the patient is central, even though it is expressed by the hospital culture. The following dense word is **hospice** (hospice), from latin *hospitium*, place dedicated to hospitality. Then, **terminal** (terminale), from latin *terminus*, border, limit. It is therefore the terminally ill patient, where the border is between life and death. We find here diseases where often no healing is possible, such as cancer (the fourth word is **oncology** (oncologia). The terminally ill patient is assisted in home or hospice - that is a residential structure and where palliative care is provided - where the incurable ill patient and his family can find relief while accompanying the patient to death. The words **relatives** (parenti) and **alone** (solo) follow. The terminally **ill** patient cannot stay alone (to stay alone is a discouraging emotion for someone who is going to die). In **domiciliary** assistance, such as in hospice, relatives can live with ill patients giving them that assistance which enables a death as much serenely as possible. The hospice - thus the **palliative** care - treats the pain and takes care of the terminally ill patients. Its main objective is to give meaning and dignity to the patient's life till the end by alleviating pain and supporting with not-strictly medical assistance. Cicely Saunders - first nurse, then English physician and founder of the hospice - underlined with her patients the importance of the relationship with them (Saunders, 2008). In Greek mythology Thanatos, the Death, was the brother of Sleep and they are both sons of the Night. However he does not have his own myths, as if it was not possible to get closer, through the myth, to the emotions associated with death. Thanatos appears only in the myth of Sisyphus who was the most cunning and the least scrupulous of mortals. He was also the founder of Corinth. When Zeus abducted Aegina - Asopos' daughter who was the god of the homonymous river - they passed through Corinth during the escape. Sisyphus saw him and denounced him to Asopos. Zeus sent Thanatos to kill the traitor. Sisyphus, who was suspicious, discovered Thanatos and tied him up in chain. Humans escaped death for a while but this absence brought chaos to the world. Zeus ordered Sisyphus to set Thanatos free and also condemned him to ceaselessly rolling a rock to the top of a mountain, whence the stone would fall back of its own weight. As soon as the stone reached the top, it fell back down, and the effort of Sisyphus began again for the eternity. A repetitiveness worse than death that would make him, who flouted death, wish to die (Calasso, 1988). We also recall the story of Jacques II de Chabannes, Sir de La Palice, who died in the siege of Pavia in 1525. The epitaph on his tombstonesays:

Ci-gît Monsieur de La Palice. Si il n'était pas mort, il ferait encore envie
(Here lies Sir de La Palice. If he weren't dead, he would still be envied)

The "f" of "ferait" was misread - accidentally first and then intentionally for satire - as "s". This misreading was incorporated into a soldier's song :

Ci-gît Monsieur de La Palice. Si il n'était pas mort, il serait encore en vie
(Here lies Sir de La Palice. If he weren't dead, he would still be alive)

The sentence became the emblem of an utterly obvious truth. However the misunderstanding reveals a truth. Death is just known as "absence of life": people are still alive just before their lives end. Death is unknown for those who are dying. They are aware of it only ascrippling" "fear", loss orgriefthat may kill them psychically while they are still alive. People experience death not as an absence of life but as Ananke: "necessity". She is the Greek goddess who represents the supreme force: all Olympian gods obey her. Ananke is the mother of the three Moirai. They are the gods of destiny and incarnations of the inflexible law to which also the immortals must comply in order not to endanger the world order. The Moirai control the

life phases of every mortal from birth to death. They spin out, wind and cut the thread of life of each person. Death can be accepted as inescapable destiny. At the same time, it can be accepted that people are still alive just before their death. These two “acceptances” found the valorization of life as a resource and constructive experience.

With a lowest value of chi-square there are: *continuità* (**continuity**), *dialogo* (**dialogue**), *psichiatri* (**psychiatrists**). *Continuità* means keeping together, it comes from the Latin word *cum* and *tenere* (keep); *dialogo* comes from the Greek words *dià* (between) and *logos* (discourse), it means talking alternatively between two or more people. The dialogue between relatives, physicians and patients nourishes life and gives continuity. Both the terminally ill's and caregivers' psyche are involved.

The continuity of life is a **story**. It is the story constantly evoked in assisting the terminally ill patients who, when they are not overwhelmed by dejection, seem eager for story. It is a story that evokes the vicissitudes of patients' and caregivers' lives. The relatives, who shared a part of the patient existential journey, can participate in the evocation and understand the essential value of retracing the past. They can also grasp the meaning of this, such as a dialogue with the patient.

In the culture of this cluster the ill person is not in the hospital but in his home. He is assisted by who knows how to treat with him the approach of death and suffering, through an emotional assistance which does not leave the terminally ill alone and accompanies him through an involving relationship. In this cluster the hospital does not have the capacity to provide this kind of assistance. This culture seems to affirm that the hospital means cure and healing and not disease without hope and death. We will return to this important point. We can see now that in this cluster emerges the awareness of an inadequate hospital care. The most efficient assistance, as it was pointed out by the cluster, is when the accompanying to death occurs in friendly and hospitable places such as at home or hospice.

Cluster 5

The Cluster 5 is on the first factor at the opposite pole with respect to the cluster that has just been analyzed. The first six dense words (**paediatrics, newborn, baby, premature, breastfeeding, breast**) concern paediatrics and its own issues.

Paediatrics comes from the Greek word *pais* - *paints*: it means son / daughter or child. *Iatros* is the art of medicine. This is the medical area that provide childcare. Latin etymology of the word *bambino* (child) comes from the labials “b - p - m”, one of the first consonants that the newborn is able to articulate. The first words that the baby says (dad, mom, poop, pee, baby) are developed by the repetition of the labials in the language that comes from the “babbling”. The word *bambino* (child) is the diminutive of *bambo*, it means baby, but also, simple and silly. Premature is the first word that indicates a medical problem. Breastfeeding, breast, **vaccinations**, are the issues on which the paediatrician can intervene, with the obstetrician, in the cure of the child with problems. The words that follow are: **discharge** and **healthy**. This is the emotional sense of the cluster. In this culture the hospital can pursue the complete reversibility of disease until discharge of a healthy child. *Sano* (healthy) comes from the Latin *sanus*, it means without disease and uninjured.

Patient discharge, impossible for the terminally ill, implies the *restitutio ad integrum* of the premature baby; *restitutio ad integrum* is a Latin expression. It comes from Roman law and is used in medicine to indicate a return to the structural and functional normality of the organs affected by pathological condition. Prematurity implies a birth that occurs before the end of the nine months required for the full “maturity” of the foetus. This maturity makes him ready to face the environment outside his mother. The Neonatology Unit provides the premature baby with a protected context, producing the uterine environment, in order to facilitate the “maturation”. From our theoretical perspective the Neonatology ward is a kind of “*spazio anzi*”². This space is characterised by a confusion among the categories that define the inside of the mother's uterus and those that define the context outside the mother. It is a space/time of transition which completes the development process from foetus to child, but outside of the “internal” environment of the mother's womb. It is, symbolically, a confused inside - outside (Carli & Paniccia, 1984). The healthcare intervention organizes this transitional context - this *spazio anzi* - by verifying that the development process would take its course and providing what is necessary for growing to maturity outside the mother's womb. **Parents** and **relatives** can only wait for this process, in an attitude of passivity which can only count on the **consulting** competence of paediatrics.

² The *spazio anzi* as that process of confusion of categories that enables the unconscious mode of being of the mind to be expressed and then defined in discontinuous, and therefore historical, expressions. The *spazio anzi* is proposed as the dynamic grounding cultural change.

The first factor synthesis

The two poles of this factor concern events that are between life and death or between death and life. The terminally ill and the premature baby are connected by an ambiguous oscillation between life and death. However, there is a difference between the two cases: for the terminally ill, the expected outcome is death; for the premature baby the expectation is its physiological maturity and its access to life. In these ambiguous situations, characterized by confusion between life and death, two implicit “action” are enacted: *expelling* the terminally ill from the hospital, and *keeping* the premature baby inside the hospital - substitutive for the mother’s womb - until his resignation. The absence of a possible recovery - and consequently of the commonly understood discharge - leads to expel the terminally ill patient towards the hospice or family assistance. The possibility of the premature baby “recovering”, once the physiological maturity has been reached, leads to admit him to *ad hoc* hospital ward till his discharge. This is the issue of the inside - outside. It is particularly dramatic because it concerns the hospital and symbolizes the inside - outside of the life. Terminally ill and premature baby are paradigmatic cases of the medical intervention dilemma. The dilemma characterized by two poles: life and death. Terminally ill patient symbolizes life that goes inexorably towards non-existence. Premature baby symbolizes a non-existence that goes towards life. In the first case life border on death; in the second one, the intrauterine non-existence border on the vital growing. These are two “extreme” ways to emotionally symbolize the patient. They are two symbolic dimensions: in the one hand, the patient's expulsion is enacted when medicine experiences powerlessness in its role of bringing back to life and recovery; on the other hand, holding the patient in the hospital is enacted when medicine can implement initiatives that allow foetal maturity and give life. The omnipotent fantasy that belongs to the hospital culture emerge in the first factor. They are based on the opposition between giving life to the patient and do not accepting the failure of death.

The second factor

The Cluster 5 and Cluster 2 are opposed within the second factor.

Cluster 2

The first six words are in this cluster: **gynaecology, young, woman, public, inform, technique**. We are in gynaecology and public service. Public comes from the Latin word *populicus*, something that belongs to all, it is opposed to private, from the Latin word *privus*, something that belongs to a single person. What seems to characterize public service, and thus this cluster, is the information: i.e. it is possible to shape the service through a relationship based on **information** and to increase the people’s awareness in using it. The users are women who wish to procreate and become pregnant. **Andrologists** and **psychologists** (seventh and eighth word) work alongside the gynecologists in facing male infertility and psychological inhibition of fertility. Techniques are available to face challenges in the procreation. The goal seems to be to achieve a pregnancy, even in old age or pathological conditions that hamper physiological pregnancy. **Conceiving** a child is the final aim of this culture.

The second factor synthesis

The strong power that hospital medicine attributes to itself, i.e. changing the “natural” course of events rather than curing diseases, unfolds within the opposition between saving a premature baby from death (Cluster 5) and allowing to give birth to a child for those who by age, illness or infertility should give it up (Cluster 2). This factor focuses on substituting the mother's function, through specialist care for premature baby and interventions aimed at procreating through substitutive techniques for the usual way in which a woman get pregnant.

Both areas are based on a substitutive function that medicine wants to assume regarding birth and procreation when, in the natural progression, things do not work as planned.

Discharging the mature baby and *informing* are the two dynamics that characterize the culture of the second factor. Neonatology makes premature babies “survive”. Assisted procreation makes possible the conception of a child even if the natural ways would not allow it. There is a strong power in discharging a “healthy”

baby snatched from death, as well as in enabling a pregnancy even when everything in nature opposes it. These are moreover two very different powers. In the first case, medicine aims to “save” a life through care. The second case has nothing to do with “saving” life but it is about “giving life.” “Giving life” symbolically associates the physician to god. We encounter here an omnipotence that seems to have little to do with “therapeutic” medicine and stems from a collusive dynamics based on the infringement of the “laws of nature”. Such omnipotence denies the “limit of desire”; it is important to notice that the etymology of the word desire (*desiderio*, in Italian) is *de sidera*, that is looking away from the stars, from ideality, and it implies the depressive experience of the creative edge, which is very different from the divine omnipotence³.

The third factor

Only the Cluster 4 is located on the third factor, on its positive pole.

Cluster 4

The first five dense words of this cluster are: **decompensation, chronic illness, diabetes, emergency room, bronchopathy**. Decompensation is the sudden disappearance of a precarious balance, within situations of chronic diseases (such as diabetes or bronchopathies). Close to decompensation, there is **acute exacerbation**: critical situations requiring immediate hospitalization in the emergency room. In this cluster hospital admission through the emergency room is mainly referred to patients, often elderly, who suffer from acute exacerbation of chronic diseases, which are not compensated anymore. The deficit confirms the emotional sense detectable in the first seven words of the cluster: the crisis seems attributable to **mistakes**: concerning **nutrition** (food) or the **therapy**. These diseases, if decompensated, may cause serious **crises**, which require emergency medicine, in particular the **cardiologist**, to reward the rift that caused the crisis. The issue is the way “to get in the hospital”. The emotionality of the cluster is contained in the word **access** (*accesso*, the eleventh word), who comes from access, the act by which you approach or enter a place; but *accesso* in Italian also means the occurrence of a sudden morbid condition (fever) or of particular emotions (anger). The word sums up the cause of the entrance in the hospital and the emotionality that comes with it. It's about the **elderly**, who are often suffering from chronic diseases, make errors in taking drugs or managing their nutrition - errors caused by intolerance of treatment for chronic diseases - look for moments of **satisfaction** and pay them with a surge (*accesso*) of the pathogenic form and hospitalization.

The physicians are invoked, they are required to provide emergency interventions to handle the decompensation provoked by the chronically ill people themselves. Even the word “mistakes” (*sbagli* in Italian) is important for the emotional sense of the cluster. The etymology is unclear, but a reliable hypothesis leads to the Latin “*dis*” (negative sense, becomes “s” in the short form) and “*badare*” (to look after, taking care). The mistake, therefore, is equivalent to “not observing (the rules)”. The responsibility of the failure is ascribed - by the respondents - to the patient who looks for satisfaction through a behavior that is not compatible with the way of life imposed by chronicity. The cluster reports the “guilt-inducing” way in which the healthcare professionals feel the arrival of the patients at the emergency room and emergency medicine, usually chronic patients, in decompensation, often due to their own mistakes. Such guilt-inducing attitude is interesting: it identifies the “evil other” (the crisis) with an “own good” which has turned into a “evil inside”, no longer distinguished from the disease (Fornari, 1976). The medical staff has the same attitude that psychiatry or common sense have to the mental illness. The crisis is perceived as a “fault” of the patient, due to a mistake by not respecting the rules imposed by the physician; this seems somehow to justify the orientation to expell these patients, who ultimately easily become terminally ill patients.

The fourth factor

Cluster 1 and Cluster 3 are opposed on the fourth factor. We remember that Cluster 3 is also related to the first factor, which is opposed to Cluster 5.

Cluster 1

Cluster 1 represents the complex relationship between **hospital physicians** and **family physicians**. For hospital staff the relationship of family physicians with their patients is based on **bureaucracy**, on the

³ For references about an analysis of the desire in the sense here proposed, see Carli & Paniccia (2014).

fulfillment of rules and procedures for **prescribing medications** or specialist **visits** and on clinical attention to the patient. Physicians **complain** about all this. Hospital physicians would like to work with family physicians in order to avoid to avoid red tape and to streamline the access of patients in the hospital. This would also decrease the urgencies. In the Cluster 4, we recall, the lack of **compliance** between patients and medical prescriptions is considered as one of the main causes of crisis in chronic patients and of resorting to emergency room care. Crisis and emergency room care would decrease, if there was collaboration with family physicians. “To **listen**” (ascoltare) seems an important verb. The etymology indicates *auricula*, Latin diminutive of *auris*, ear; listening means to pay the attention to each words. Listening is part of the “medical examination” as the foundation of semiotics, and is a dimension that must be retrieved both in the interpersonal relationship between patients and family physicians, and in the relationship between the latter and the unheeded hospital physicians. The culture of this cluster proposes a kind of proxy to the family physician of the diagnostic and therapeutic relationship with patients. Such relationship is inadequate as it stands, because taken up with the bureaucratic shackles of routine prescriptions. The alliance with family physicians would reduce hospitalizations and would support the home care of the terminally ill patients, as indicated in Cluster 3, which opposes Cluster 1 on the fourth factor. Hospital physicians hope that family physicians might restart a care and assistance practice based on direct knowledge of the ill person, interpersonal relationship, and leaving the role of uncritical and degraded writer of prescriptions.

Synthesis of the factor space

The first factor shows a hospital culture characterized by categorical confusion between life and death. The terminally ill patient and the premature baby are paradigmatic cases of the fundamental dilemma concerning medical practice, which unfolds between the polarities of life and death. The terminally ill patient symbolizes life that proceeds towards non-existence; the premature baby symbolizes non-existence that proceeds towards life. In the first case life verges on death; in the second one, the intrauterine non-existence verges on vital aging. The transition from life to death characterizes the terminally ill patients, which is why they are expelled from the hospital. Those who has to die can do it within an assistance who is careful to the relationship with the patient, at home or hospice, without having to deal with the loneliness of the hospital. Those who pass from the non-existence of prematurity to the healthy child's life stay temporarily in the hospital, waiting to be “born” again with the discharge from hospital. In summary, the hospital refuses death within it and at the same time gives life. The same life that is “created” through artificial insemination, in maternity wards. Through neonatology the hospital replaces the mother who gave birth to the child prematurely; through assisted procreation it plays a substitute role with regard to the non-fertilization of women who wish to procreate and who have difficulty in doing this for different reasons, such as old age. In the first two factors, the hospital culture is centered on the theme of life and death: literally, the hospital avoids the premature death, gives life by means of assisted fertilization, and expels the death of the terminally ill. There seems to be a sort of “manic” pride in giving life and avoiding death by playing substitute functions that have little to do with the disease, which is seen only in its terminal aspects, rejected and expelled from the hospital.

It's only in the third factor that the sick persons appear, in their relationship with the hospital. But when the hospital staff recognize their function of curing disease, they seem to do this by blaming the chronically ill patients for causing the crisis of their disease because of mistakes in the observance of medical prescriptions. Even at the international level there is a strong tendency to make people responsible for the maintenance of their health condition, and therefore guilty of its loss (Spinsanti, 2010). The hospital responds to the crisis with its capability to carry out urgent interventions.

The relationship between hospital and territory appears only in the fourth factor, in terms of necessary but insufficient collaboration with primary care. The latter, if able to really take care of the ill person, by overcoming the bureaucratic shackles of those who write prescriptions without visiting the patient, can prevent unnecessary hospitalizations and the hospital overcrowding, which for the respondents is the result of an inadequate primary care.

In summary, giving life and avoiding death appear to be the two functions that the hospital perceives as significant and prestigious, as well as signs of a thaumaturgic role. Thaumaturgy comes from *theàma*, show, and from *oyrgòs*, operate: it indicates he who performs the miracle, the thing worthy of being seen. For the rest, the hospital seems to look for a scapegoat for a difficult and frustrating activity. The chronically ill patients are blamed for not observing medical prescriptions and consequently causing exacerbations of their disease. The family physicians are blamed to be too bureaucratized and not really capable of taking care of the ill person. The terminally ill patients are blamed when nothing can be done in terms of reversibility of the

disease. They are patients who need only competent and prompt assistance in the accompaniment to death; assistance which seems not possible into the hospital. This is an important point which must be read in relation to the entire culture, based on the omnipotent “thaumaturgy” of “giving life” or “giving life again”. This culture is oriented to excellence performances that symbolically go far beyond curing a disease or restoring the adaptation of the patient to his/her usual context of life. We can then understand how the hospital culture refuses the function of taking care of the terminal patient, which appears an end in itself, as required after the failure of the therapeutic interventions, and aimed only at accompanying the palliative treatment. The hospital, in other words, seems to be able to provide functional and coherent assistance only with the intervention aimed to severe patients and to complex problems that lead a person to the hospital. Within the culture in analysis, however, these seriously ill patients - often coming from the emergency room and the emergency medicine - evoke aggressiveness in the hospital staff as shown by the blaming of chronically ill patient and of family physicians who do not care for them enough. At one time it was said that the only physician “friend of the patient” was the obstetrician who helped women to “give birth to the child”, and, thus, had nothing to do with diseases, but only with “happy events”. Today this seems even more true: saving the premature baby from death and giving life even to those who could not be born under the laws of nature seems rewarding the all-powerful component of the medical culture. Dealing with severe diseases, with chronicity and the requests related to the assistance for ill and elderly people, as well as with the concern of their families, all this seems to evoke in the hospital anxiety and guilt-inducing rejection.

References

- Bernabei, R., & Carbonin, P. (2014). L'ospedale ad intensità di cura: È questa la soluzione per l'anziano fragile? [Intensive care in the hospital: This is the solution for the frail elderly?]. In E. Brizioli & M. Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (pp. 139-145). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Brizioli, E., & Trabucchi, M. (2014). L'ospedale e l'anziano non autosufficiente [Hospital and the not self sufficient aged]. In E. Brizioli & M. Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (pp. 7-24). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Calasso, R. (1988). *Le nozze di Cadmo e Armonia* [The Marriage of Cadmus and Harmony]. Milano: Adelphi.
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The internship in hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3–20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: lo spazio ‘anzi’ [For a theory of social change: the spazio anzi]. In G. Lo Verso & G. Venza (Eds.), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia* [Culture and group techniques in clinical and social work in psychology] (pp. 100-121). Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [The psychosocial risk within a Hospital in Rome: The relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Agency]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Caputo, A. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi: 10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). Il rapporto tra domanda dell'utenza e risposta dei servizi: Una ricerca sul cambiamento in sanità, nell'ospedale e nel territorio [The relationship between health care users' demands and the health care system's

- response: A research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608
- Carli, R., Paniccchia, R.M, Giovagnoli, F., Caputo, A., Russo, E., & Finore, E. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale [The representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-88. doi: 10.14645/RPC.2016.1.607
- Cicchetti, A. (2002). *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro* [The hospital organization. Between tradition and strategies for the future]. Milano: Vita e Pensiero.
- Ferrara, R. (Ed.) (2010). Il diritto alla salute: I principi costituzionali [The right to health: Constitutional principles]. In R. Ferrara (Ed.), *Trattato di Biodiritto: Salute e sanità* (Vol. 5) [Essay on Biolaw: Health and Healthcare] (pp. 3-64). Bologna: Giuffrè Editore.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and Code. From psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza* [Asylums. Total institutions: Exclusion and violence mechanisms] (F. Basaglia, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1961).
- Gori, C., & Lattanzio, F. (2014). Prefazione. In E. Brizioli & M.Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (p. 5). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Lega, F., Mauri, C., & Prenestini, A. (Eds). (2010). *L'ospedale tra presente e futuro: Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano* [The hospital between present and future: Analysis, diagnosis and change lines for the Italian hospital system]. Milano: Egea.
- Lucchini, A. (2009). *Ospedale sicuro. Realtà o miraggio?* [Hospital Safety. Reality or mirage?]. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Morana, D.(2015). *La salute come diritto costituzionale: Lezioni*[Health as a constitutional right: Lessons]. Torino: G. Giappichelli.
- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of co-existence that offers risks of marginalization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Saunders, C. (2008). *Vegliate con me. Hospice Un'ispirazione per la cura della vita* [Watch with me. An inspiration for hospice care for life]. Bologna: Edb.
- Sironi, V. A. (2006). *Le tecnologie per la vita e per la salute. Gli sfumati confini tra scienze della vita e biotecnologi* [The technologies for the life and health. The blurred boundaries between life sciences and biotechnologists]. Retrieved from [http://www.treccani.it/enciclopedia/le-tecnologie-per-la-vita-e-per-la-salute_\(Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Tecnica\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/le-tecnologie-per-la-vita-e-per-la-salute_(Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Tecnica)/)
- Spinsanti, S. (2010). *Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente* [Changes in the relationship between phisichian and patient]. Retrieved from http://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI_Secolo%29/

La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero

Renzo Carli, *Rosa Maria Paniccia*[•], *Francesca Dolcetti*^{••}, *Silvia Policelli*^{•••}, *Elisabetta Atzori*^{••••},
Andrea Civitillo^{•••••}, *Serafina Biagioli*^{••••••}, *Silvia Spiropulos*^{•••••••}, *Risia Fiorentino*^{••••••••}

Abstract

La presente ricerca intende esplorare la rappresentazione del servizio sanitario presso un gruppo di medici e infermieri ospedalieri. L'obiettivo è di individuare la dinamica simbolica con cui gli ospedalieri informano la loro prassi. I testi delle interviste condotte con 25 ospedalieri sono stati sottoposti ad Analisi Emozionale del Testo (AET). Emergono cinque cluster dove è centrale la tematica del dare la vita ed evitare la morte di un ospedale che assume una funzione taumaturgica, tendenzialmente onnipotente, in difficoltà nel riconoscere i limiti della terapia. Solo in subordine appare la cultura del curare i malati, connotata da una reattività aggressiva nei confronti delle crisi che li portano a ricorrere al soccorso urgente, perché le crisi sono attribuite a devianze rispetto alla prescrizione medica. Soccorso urgente che è, d'altro canto, quello di cui l'ospedale si sente capace. Un altro problema è il mancato filtro operato da medici di base burocrattizzati, la cui collaborazione sarebbe essenziale, ma che si ritiene non abbiano più il necessario rapporto con i loro pazienti.

Parole chiave: ospedale; competenza organizzativa in sanità; dinamica collusiva; rapporto medico-paziente; cultura sanitaria.

Premessa

• 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, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda, Partner dello "Studio RisorseObiettiviStrumenti" – servizi di consulenza organizzativa. E-mail: francescadolcetti@studio-ros.it

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

••••• Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. E-mail: e.atzori@sanfilipponeri.roma.it

•••••• Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: andreacvt@yahoo.it

••••••• Psicologa clinica. E-mail: serafina.biagioli@gmail.com

•••••••• Psicologa clinica. E-mail: silvia.spiropulos@gmail.com

••••••••• Psicologa clinica. E-mail: risia.fiorentino@gmail.com

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

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 medici di medicina generale, visto come rappresentante del territorio, si rappresenta i servizi sanitari e in particolare quello da loro offerto (Carli, Paniccia, Giovagnoli et al., 2016); la terza, quella oggetto del presente lavoro, il modo in cui un gruppo di operatori ospedalieri (medici e infermieri) si rappresenta i servizi sanitari 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; si faccia riferimento a esso anche per la bibliografia, tranne voci specifiche indicate nel testo di questo contributo. Quest'ultimo lavoro e i dati delle tre indagini sono pubblicati su questo numero della Rivista. Aggiungiamo qui qualche nota di premessa.

L'ospedale prevede riti specifici, volti al controllo di chi viene ricoverato. I malati debbono stare a letto, anche con una patologia che non comporta l'allettamento. L'allettamento comporta dinamiche di controllo, reali e simboliche: dalla dipendenza che chi è a letto vive nei confronti di ogni esigenza vitale, alla perdita del ruolo sociale. Il malato ospedalizzato viene espropriato del tempo. Attende per ore: un prelievo, la misurazione della pressione arteriosa, senza conoscenza della tempistica dell'intervento. L'ospedalizzazione tende a rendere il paziente obbediente e passivo, per ottenerne la remissività verso le azioni del personale sanitario; azioni che giungono il più delle volte all'improvviso e delle quali, spesso, il paziente sa poco. Anche la prassi del consenso informato si risolve spesso in un adempimento, o peggio in una procedura funzionale alla medicina difensiva. La condizione di ospedalizzazione è simile a quella delle "istituzioni totali" descritte da Goffman (1961/1968). Rimane il fatto che l'ospedalizzazione è provvisoria, nella maggioranza dei casi reversibile, e caratterizzata da obiettivi condivisi di cura. Il presupposto è che tutto sia "per il bene" del paziente. Le due componenti centrali dell'ospedalizzazione, regole della convivenza ospedaliera e intervento medico, si possono analizzare dal punto di vista organizzativo; ma è pure possibile farne un'analisi simbolico emozionale, in base alla dinamica che Fornari (1976) chiamava onfalocentrismo (il prendersi cura) e fallocentrismo (il curare), con riferimento all'ombelico (in greco: *omfalos*) e al fallo. Ricordiamo che la cura nell'antichità veniva tenuta all'interno di templi, dedicati ad Asclepio, in cui era centrale il prendersi cura, e l'assetto religioso lo potenziava. In epoca medioevale gli ospizi, spesso presso conventi, rifocillavano, offrivano un letto, si prendevano cura dei bisognosi. Il prendersi cura implica l'identificarsi con la sofferenza dell'altro; questo è possibile se l'altro bisognoso viene simbolizzato quale "bambino" dipendente. Per questo l'ingresso in ospedale comporta la regressione del malato. Quando i medici, sul finire del '700, fanno il loro ingresso negli ospedali – ospizi, portando con loro un sapere fondato sulla classificazione delle malattie, la "malattia" si affianca alla persona bisognosa di cure. La malattia è "altra", rispetto alla persona malata. Spesso, nel linguaggio ospedaliero, nel letto n. 3 ci sta uno scompenso cardiocircolatorio, non il signor Rossi. Il prendersi cura e il curare sono complementari; ma nel tempo il curare prevale. Per questo oggi si parla di "umanizzazione" della medicina. Oggi spesso il paziente denuncia di ricevere qualche forma di violenza da parte del personale sanitario; cosa che non dovrebbe porsi entro relazioni "civili". Queste componenti problematiche sono comprensibili solo entro la prevalenza della dimensione "fallocentrica" del curare il male altro, visto come separato dal "bene proprio" del paziente. Sino a pochi decenni fa, cura e assistenza si coniugavano. Poi arrivano gli anni Settanta, una stagione di grandi riforme e di profondo cambiamento culturale nel nostro paese. La relazione tra malato e sistema sanitario cambia profondamente. Il malato non è più isolato dal suo contesto, in balia di un sistema di relazioni che, per il suo bene, ha un potere pressoché assoluto su di lui. Il malato diventa cittadino, con doveri e diritti eguali a quelli dei cittadini che svolgono la professione sanitaria. I cittadini-utenti si associano, si costituiscono come controparte, segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le loro condizioni di salute. I medici, impreparati, si sentono messi sotto accusa, pericolosamente sottoposti a regole del gioco controllate dal potere giudiziario. Cambia profondamente la dinamica simbolica della relazione tra medico e paziente; in particolare nell'ospedale. Ne è una spia eloquente la "medicina difensiva", dove il paziente e i suoi familiari si costituiscono simbolicamente come "nemico" del medico. Nel frattempo si susseguono riforme, dal 1978 ad oggi, che non rispondono pienamente (qualche critico dice: per nulla) alle attese di contenimento della spesa per la sanità, mentre la sanità, senza vantaggi per il suo funzionamento, diventa uno dei luoghi più frequentati dal potere dei partiti politici. Nei reparti ospedalieri le tensioni raggiungono, a volte, livelli preoccupanti di insoddisfazione e di *burnout* (Carli, 2012). Nella ricerca sul "rischio psicosociale" da noi effettuata per un ospedale romano, si rilevano due grandi aree di insoddisfazione: da un lato c'è chi lamenta la scarsa competenza manageriale dell'alta gerarchia dell'ospedale; dall'altro, chi si lamenta del lavoro ospedaliero tout court, dai turni alla relazione con colleghi e pazienti (Carli et al., 2012). Il nucleo più problematico sta, a nostro modo di vedere, nella propensione del

personale sanitario, dei medici in particolare, a voler fondare il proprio potere professionale sul non comunicare con il paziente. Sembra presente il timore di non poter più contare sulla necessaria distanza emozionale dal paziente. Ma le persone chiedono di essere informate sul proprio iter diagnostico e terapeutico. Un'informazione che non concerne la tecnicità medica, quanto la dinamica emozionale del processo. Mentre la tendenza della cultura sanitaria è quella di avere a propria disposizione il paziente, che si vuole capace di stare, senza richieste o pretese, ai tempi e ai metodi dell'ospedale. Di qui la sempre più frequente conflittualità. La relazione ospedaliera funzionava in modo ottimale, nel passato, se si realizzava un processo di rimozione collusiva tra malato, medico e infermiere: il medico, rimuovendo la persona portatrice del male, si occupava solo del "male altro"; il malato, rimuovendo la malattia, poteva comunicare soltanto le sue esigenze di base come persona; l'infermiere, rimuovendo il malato quale interlocutore adulto, poteva simbolizzarlo come bambino bisognoso di cure. Con la rimozione di quelle parti di sé o dell'altro che implicano una potenzialità ansiogena, si crea una sorta di contenimento del conflitto. Questa dinamica collusiva oggi è profondamente in crisi (Carli, 2012).

Consideriamo ora un testo che propone un'indagine sullo stato degli ospedali italiani e linee guida sul futuro ospedale ideale (Lega, Mauri, & Prenestini, 2010). La premessa, come spesso in queste ricognizioni, è di assicurazione entro una comparazione dell'Italia con altri paesi europei. Poi iniziano i problemi. Prima quelli strutturali: di faticenza, di non appropriatezza. Successivamente si rilevano fattori culturali (ma la determinante parola cultura non viene mai usata). Si notano le apparentemente insanabili, grandi differenze tra Nord e Sud italiani. Si dice che la sanità è fatta di monoliti che non comunicano, che i pazienti sono più prigionieri che ospiti degli ospedali. I problemi in effetti sembrano delinearci con più chiarezza e maggior peso evocando fattori culturali; noi diremmo simbolici. Ma la ricerca, sia effettuata che auspicata, è tutta sull'eziologia delle patologie, sulle terapie, sulle tecnologie sanitarie, sull'architettura delle strutture. Non sulla cultura, che è la premessa da cui l'organizzazione si realizza. Pensiamo alla cultura del mandato sociale che delinea le finalità degli ospedali, o a quella peculiare, locale, di un determinato ospedale, che si declina in ruoli, funzioni e competenza a perseguire specifici obiettivi. Ad esempio, gli obiettivi di assistenza. Non c'è ricerca sull'assistenza, che non può essere riferita a tecniche o tecnologie. Nessuna nel testo citato, poco o nulla in generale. L'assistenza è affidata ai valori. Eppure, anche nel testo citato, si dice che sarebbe necessaria una rivoluzione di 180 gradi, che tutto dovrebbe essere fatto per la soddisfazione del paziente e della sua comunità, non per quella del personale sanitario, o dei gestori, o dei politici; che la macchina ospedaliera, che può apparire ostile e impietosa, deve conciliarsi con la fiducia, l'accoglienza, il rasserenare. "[...] in altre parole, l'umanizzazione." (Lega, Mauri, & Prenestini, 2010, p. 320). Auspicando il cambiamento culturale dell'ospedale si approda sempre all'umanizzazione. Ma l'umanizzazione non è un modello di relazione scientificamente fondato, suscettibile di formazione, declinabile in prassi verificabili. Sappiamo dell'annoso, fallito tentativo di introdurla negli ospedali: basterebbe constatare che ancora si propone come un futuro auspicabile.

L'innovazione scientifica, identificata con tecniche e tecnologie, e non con la competenza organizzativa (di cui fa parte la conoscenza delle culture che caratterizzano l'organizzazione) contraddistingue l'ospedale nella sua centralità entro il sistema sanitario e nei suoi alti costi.

In Italia, nonostante i tentativi di contenimento e redistribuzione della spesa, il settore ospedaliero continua ad assorbire la voce più consistente di spesa del servizio sanitario nazionale, circa il 47% dell'intera spesa sanitaria italiana. [Ne consegue che nell'ospedale] tendono a concentrarsi le più avanzate tecnologie e gran parte del know-how clinico-professionale. (Gori & Lattanzio, p. 5).

Altri Autori notano che l'innovazione scientifica e tecnologica (sempre taciuta la competenza organizzativa) continuerà ad avanzare, e con essa i costi. Ciò potrebbe aprire conflitti dolorosi, ad esempio, produrre un'ulteriore marginalizzazione degli anziani (Brizioli & Trabucchi, 2014). Resta il fatto che la marginalizzazione degli anziani, numericamente rilevanti entro l'utenza ospedaliera, è una questione culturale. Sarà sempre di più un problema, se la ricerca non studierà il fenomeno.

La competenza organizzativa nel sistema ospedaliero scarseggia anche nell'opinione di chi, come Brizioli e Trabucchi (2014), pone l'accento meno di noi sulla sua stretta connessione con la cultura locale di un'organizzazione. Gli Autori ci dicono che sono pochissimi gli ospedali che seguono uno schema progettuale: le valutazioni si fanno solo a consuntivo. Si funziona per aggiustamenti, si naviga a vista. Ma anche qui non si punta sulla ricerca sul fenomeno; sembra inevitabile una complessità non governabile entro criteri di competenza verificabile. Questo perché si risponderebbe a criteri di qualità "più alti", che sfuggono alla verifica abitualmente intesa: la libertà, la dignità, i diritti della persona. Umanizzazione e diritti individuali sono i due riferimenti valoriali che sostituiscono sistematicamente la competenza organizzativa e relazionale nella letteratura sull'ospedale. Anche per gli Autori più attenti, come Brizioli e Trabucchi (2014). Che forse attenti lo sono proprio perché si occupano di un problema sintomatico dell'assenza di una

competenza organizzativa: quella a trattare l'anziano non autosufficiente in ospedale. Ricordiamo che circa il 40% dei degenti sono anziani. Ma “[...] l'ospedale per acuti resta spesso un “hostile environment”, che porta di per sé ad una “cascade of dependency”: un terzo dei ricoverati anziani perde una o più funzioni della vita quotidiana durante la degenza.” (Brizioli & Trabucchi, 2014, p. 19).

È probabile che oggi l'ospedale, tradizionalmente diviso in reparti dedicati a singole discipline specialistiche, male si adatti ai bisogni di soggetti anziani fragili, per natura multidimensionali e caratterizzati dalla presenza di multimorbidità, poli-farmacologia e ad elevato carico socio-assistenziale. (Brizioli & Trabucchi, 2014, p. 19).

Sembra la diagnosi che porta a investire sulla rivoluzione strutturale del sistema ospedaliero, rappresentata dalle nuove piattaforme o aree funzionali centrate sul paziente, dove si trovano degenti con patologie diverse, con in comune un livello di complessità assistenziale simile. Ma c'è ancora, di mezzo, una cultura. Quella non centrata sul paziente, che sembrerebbe dover cambiare come conseguenza della rivoluzione strutturale stessa. Eppure, ci dice Sironi (2006), il rapporto centrato sul potere e sul sapere del medico e non sul paziente nasce con la visione scientifica della medicina, che esige il controllo della malattia e del malato e ignora la soggettività sofferente del paziente. Sironi (2006) aggiunge che lo sviluppo tecnologico, dilatando le possibilità di diagnosi, esita nel modello difensivo (legale) per cui va cercato tutto ciò che non va (e che potrebbe non andare) nel corpo del paziente, entro un rapporto dove il medico si mette al riparo dalle accuse che potrebbe rivolgergli un paziente animato da una pretesa quasi assoluta di guarigione. Il consenso informato, entro questo rapporto non più basato sulla fiducia, è solo illusione di condivisione. Noi aggiungiamo che la fiducia è un modello di relazione reciproco, così come pretesa e atteggiamento difensivo sono in relazione tra loro; è quanto noi chiamiamo dinamica collusiva. È un modello della relazione che permette di capire come queste dinamiche non siano sommatorie di atteggiamenti individuali, ma espressione di reciprocità collusive. Sono specifici modelli di relazione, culture della relazione (Carli et al., 2016). Ricordiamo l'aziendalizzazione, il più rilevante cambiamento organizzativo affrontato in anni recenti dall'ospedale in Italia. Abbiamo detto altrove di alcuni problemi che ciò ha comportato (Carli, 2012). Sottolineiamo qui che nel frattempo, a livello internazionale, si rilevava la profonda crisi della progettazione organizzativa, dovuta alla veloce dinamica degli ambienti globali (Cicchetti, 2002). Aggiungiamo: dovuta alla trasformazione dell'economia in finanza. Ciò, dice Cicchetti (2002), oggi comporta l'adozione di pratiche di *re-engineering*, tra cui l'adozione di sistemi organizzativi basati sui processi e “orientati al paziente”; non dobbiamo pensare, perciò, che orientato al paziente significhi immediatamente ciò che desideriamo.

Le questioni che intendiamo indicare sono quelle che l'analisi della simbolizzazione emozionale della relazione rende comprensibili. Brizioli e Trabucchi ne dicono un esempio, affermando che l'intervento con gli anziani non va vissuto come la “gestione di un fallimento”, o un “obiettivo marginale” (2014, p. 10). Queste sono dinamiche emozionali, agite nella relazione tra personale ospedaliero e pazienti anziani. L'intervento su di loro, per un loro cambiamento, richiede in primo luogo la loro comprensione. Per gli Brizioli e Trabucchi (2014) invece, i correttivi sono: la personalizzazione dell'intervento in nome della dignità, della libertà e dei diritti del paziente; l'orgoglio per la professione sanitaria; la totale disponibilità richiesta dalla relazione di aiuto; la sincera volontà di confronto. Si fa di nuovo ricorso a valori, la cui realizzazione è affidata alla sola desiderabilità, che si presuppone condivisa. Continuano per altro a evidenziarsi importanti ostacoli, come il conflitto tra tali valori e la cultura della medicina, ancor di più quella delle evidenze.

La loro [degli anziani] complessità clinica ne fa un settore della patologia sostanzialmente diverso da quello che è sempre stato il campo di studio della medicina dal suo inizio sino ad oggi, cioè un paziente-una malattia, tipico della medicina nel continuo sviluppo del suo sapere e recentemente supportato scientificamente dai risultati ottenuti dalla medicina basata sulle evidenze (MBE). Ma anche per la MBE l'obiettivo è rimasto invariato, cioè la guarigione come atto finale della diagnosi e della terapia. Si tratta di *endpoint* non applicabili alla grande maggioranza dei pazienti ultraottantenni. Pazienti per altro forzatamente ignorati anche dalla MBE, perché comorbidità e turbe funzionali psico-fisiche rendono impossibile un loro reclutamento per un trial clinico. [...] Mancando le evidenze per l'anziano fragile, molti degli interventi medici a loro favore si devono per ora basare sul buon senso clinico. (Bernabei & Carbonin, pp. 141-142).

L'autonomia aziendale ha posto per la prima volta ai direttori generali dell'ospedale la questione della strutturazione organizzativa come attività strategica (Cicchetti, 2002). Ma “Per la verità, come osservato da più parti, l'obiettivo di un sistema sanitario pienamente integrato in grado di assicurare continuità assistenziale tra tutti i livelli e quindi anche tra attività ospedaliera e quella territoriale, non sembra mai essersi realizzato.” (Cicchetti, 2002, p. 28). L'ospedale ha difficoltà a riflettere sui suoi fini come

declinazione di specifiche culture, che si susseguono e si sovrappongono nella sua storia. Tali culture meno sono riconosciute, come parte della storia e nella loro persistenza, più sono agite acriticamente nella prassi. Ricordiamo, ad esempio, che la salute è stata a lungo un problema di ordine pubblico. È solo nelle “[...] società affluenti del capitalismo maturo che il catalogo dei valori si implementa di aspettative e pretese giuridicamente rilevanti prima non avvertite in alcun modo”, come il diritto individuale alla salute (Ferrara, 2010, p. 9). È solo negli anni Settanta del secolo scorso che si supera l’ottica per cui la malattia era in primo luogo un ostacolo alla produttività del lavoratore e che emerge il “diritto individuale, primario e assoluto” alla salute (Morana, 2015, p. 8). Ordine pubblico, tutela della produttività: quanto la cultura sanitaria attuale ha tuttora traccia di queste culture? La diversità, mai letta come cultura, è costretta a diventare individualistica, astorica, aculturale: ridotta all’individuo e ai suoi individuali diritti (Paniccia, 2013). Mentre anche l’individualismo è una cultura, che può essere acriticamente agita, o compresa. Lucchini cita una sindrome, Vulnerable System Sindrome, fondata su colpevolizzazione, rifiuto dell’errore, tensione verso un tipo sbagliato di eccellenza. “In ambito sanitario gli sbagli sono inaccettabili” (Lucchini, 2009, p. 11). L’Autore aggiunge che anche se irrazionale, è vivo il concetto di infallibilità della medicina. E che quando qualcosa non va, la tendenza è di attribuire l’errore a una responsabilità individuale. Cita una ricerca che interpella i cittadini sul loro rapporto con l’ospedale. Più di tre quarti degli intervistati percepisce il rischio nella struttura ospedaliera come certo o probabile. Il 58,8% attribuisce la responsabilità del rischio all’azione umana, individuale, più che all’organizzazione. Personale sanitario e utenza colludono sul cercare il singolo colpevole, senza attenzione per la cultura che genera il conflitto. In margine: notiamo che anche la questione culturale, interessante, segnalata da Lucchini (2009) viene trasformata in sindrome individuale. In conclusione, desideriamo portare, con questo lavoro, un contributo a una lettura delle dinamiche emozionali, simboliche, relazionali, che caratterizzano il rapporto tra sistema ospedaliero e utenza.

Obiettivo

Viene proposta un’esplorazione dei modelli culturali con cui il personale ospedaliero si rappresenta, da un punto di vista simbolico emozionale, il servizio offerto. Ciò permetterà di confrontare la risposta degli operatori ospedalieri con quella dei medici di base, e soprattutto con la domanda emersa dalla rappresentazione simbolica dei servizi sanitari da parte dei cittadini, utenti del sistema sanitario.

Metodologia

L’Analisi Emozionale del Testo

Sono stati intervistati 25 ospedalieri (18 medici e 7 infermieri) di due ospedali romani. Le interviste sono state registrate, trascritte in un unico corpus e sottoposte all’AET, l’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 ci siamo rivolti a due ospedali romani tramite l’Unità Operativa di Psicologia del San Filippo Neri e il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi del Fatebenefratelli; entrambi i servizi sono partner della ricerca. Nel Fatebenefratelli la ricerca ha intervistato operatori dell’UO di Oncologia. Nel San Filippo Neri di differenti UO: Medicina d’Urgenza, Neonatologia, Pronto Soccorso, Ambulatori, Procreazione Assistita, Diabetologia. Le UO intervistate, in entrambi gli ospedali, fanno parte di quelle dove c’era stata una precedente attività di ricerca intervento, per la quale rimandiamo a (Carli et al., 2012) Le interviste sono state concordate con i responsabili delle UO. Il criterio per individuare gli intervistati è stato il loro interesse a partecipare alla ricerca. Le caratteristiche degli intervistati sono riportate in Tabella 1.

Tabella 1. Variabili del gruppo di medici ed infermieri ospedalieri (n=25)

Sesso		
<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>
9		16
Professione*		
<i>Medici*</i>		<i>Infermieri**</i>
18		7
Anzianità lavorativa		
<i>0-20 anni</i>	<i>21-30 anni</i>	<i>oltre 30 anni</i>
12	9	4
Appartenenza		
<i>Fatebenefratelli***</i>		<i>San Filippo Neri****</i>
11		14

* I medici appartengono rispettivamente al Fatebenefratelli(n=6) e al San Filippo Neri (n=12).

** Gli infermieri appartengono rispettivamente al Fatebenefratelli(n=5) e al San Filippo Neri (n=2).

*** I partecipanti fanno tutti parte dell'Unità Ospedaliera (UO) di Oncologia.

**** I partecipanti fanno parte delle seguenti UO: Medicina Urgenza (n=5), Procreazione Assistita (n=4), Neonatologia (n=2), Pronto Soccorso (n=1), Ambulatori (n=1), Diabetologia (n=1).

L'intervista aperta

Coerentemente con il carattere esplorativo della ricerca, il rapporto con gli intervistati è stato preceduto dal contatto stabilito da referenti attivi in ciascun ospedale e confermato con una telefonata; dopo la sua presentazione l'intervistatore ha fatto una sola domanda, la seguente⁴: "Gentile dott. X, come le è stato anticipato, sono qui per conto di un gruppo di ricerca composto da università e servizi sanitari (una cattedra di psicologia di Sapienza, SPS, una scuola di specializzazione in psicoterapia che collabora da anni con voi, e due Ospedali, il Fatebenefratelli e il San Filippo Neri). Siamo interessati a esplorare la relazione ospedale – territorio. In particolare pensiamo alla relazione tra ospedale, famiglie, medici di base, servizi di cura e assistenza sul territorio. Il nostro obiettivo è esplorativo: siamo interessati a conoscere l'esistente per capire quali servizi possono essere sviluppati. Il metodo è parlare con chi, come lei, ha esperienza in questo ambito, per ascoltare e raccogliere la sua opinione. Un'intervista di mezz'ora con lei ci sarà molto utile. I nostri dati saranno condivisi con tutti i partecipanti alla ricerca. Le chiedo di poter registrare l'intervista 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 dell'ospedale e dei servizi sanitari sul territorio. La ringrazio della cortesia, possiamo cominciare subito".

I risultati

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

⁴ I partner della ricerca sono numerosi. Nel presentarsi il ricercatore, pensando al rapporto con il personale ospedaliero, 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, gli ospedali San Filippo Neri e San Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma, e SPS, una scuola di specializzazione in psicoterapia con cui i due ospedali collaborano da tempo.

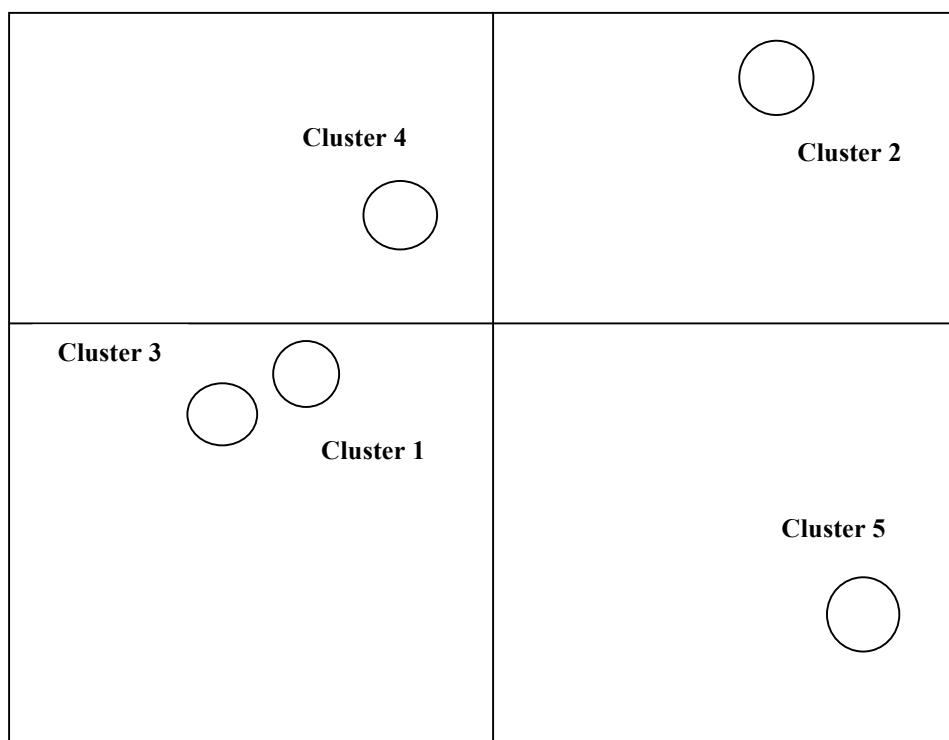


Figura 1. Spazio fattoriale

In rapporto alla polarità positiva del I fattore troviamo il C5. In rapporto alla polarità negativa del I fattore troviamo il C3.

In rapporto alla polarità positiva del II fattore troviamo il C2. In rapporto alla polarità negativa del II fattore troviamo il C5.

In rapporto alla polarità positiva del III fattore troviamo il C4.

In rapporto alla polarità positiva del IV fattore troviamo il C1. In rapporto alla polarità negativa del IV fattore troviamo il C3.

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

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4
Cluster 1	-0.448	-0.166	-0.459	0.873
Cluster 2	0.681	0.943	-0.371	-0.201
Cluster 3	-0.827	-0.298	-0.242	-0.860
Cluster 4	-0.276	0.370	1.303	0.170
Cluster 5	1.110	-1.222	0.178	-0.084

In Tabella 2 sono riportate le misure di associazione tra cluster e fattori, in Tabella 4 i cluster di parole dense in ordine di Chi2.

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>

65.40	medici di famiglia	73.84	ginecologia	59.76	assistenza domiciliare	71.57	scompenso	99.24	pediatra
40.17	burocrazia	57.32	giovane	57.87	hospice	53.30	cronicità	85.21	neonato
32.34	prescrivere	55.86	donna	53.58	terminali	51.60	diabete	78.73	bambino
24.37	ricette	24.94	pubblico	49.03	oncologia	48.65	pronto soccorso	69.56	premature
21.26	lamentarsi	22.93	tecnica	31.27	parenti	45.02	broncopatia	44.08	allattamento
19.32	collaborare	20.60	informare	24.64	malati	38.48	soddisfatti	39.07	seno
17.88	visitare	19.60	andrologi	23.28	solo	31.98	magiare	29.13	vaccinazioni
15.10	medico curante	19.60	psicologi	19.55	domiciliare	31.98	riacutizzazione	23.32	dimissioni
14.36	medici ospedalieri	19.60	futuro	19.12	servizio territoriale	25.51	insulina	19.31	sano
13.66	telefono	19.60	gruppi	16.75	continuità	23.29	specialista	19.31	consulenza
12.05	medico di base	16.29	gravidanza	16.07	dialogo	21.93	accesso	14.44	genitori
12.05	alleanza	16.29	concepire	16.07	palliativo	20.48	terapia	11.67	amici
12.05	farmaci	16.29	avanzate	15.18	chemioterapia	19.08	deficit		
12.05	snellire	13.65	patologia	12.02	psichiatri	18.87	salute		
10.98	ascolto			12.02	storia	18.87	sbagli		
9.01	insieme			12.02	suscettibilità	18.87	grave		
				12.00	gestire	14.50	cardiologo		
						13.86	anziano		
						12.87	crisi		

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

Sul primo fattore si situano, ai poli opposti, il C3 e il C5. Il C3 è in rapporto anche con il polo negativo del quarto fattore, il C5 con il polo negativo del secondo fattore.

Cluster3

Il C3 inizia con la parola densa: **assistenza domiciliare**. *Ad sisto* significa porsi accanto, stare vicino a qualcuno. Domiciliare, dal latino *domus colere*, vale abitare la casa. Altri preferiscono l'etimo *domus civis*, la casa del cittadino, del *civis romanus*. L'assistenza domiciliare, in sintesi, è stare accanto a qualcuno nella sua casa, la casa dove abita. Nel cluster, anche se espresso dalla cultura ospedaliera, è centrale un'assistenza presso la casa del malato. Segue **hospice**, dal latino *hospitium*, luogo dedicato all'ospitalità. Poi **terminale**, dal latino *terminus*, confine, limite. Si tratta quindi del malato terminale, dove il confine è tra la vita e la morte. Sono malati di malattie spesso senza guarigione, come il tumore (la quarta parola è **oncologia**). Il malato terminale è assistito nella casa o nell'hospice, struttura residenziale e riferimento delle cure palliative, tramite cui il malato inguaribile e la sua famiglia possono trovare sollievo nell'accompagnare alla morte il paziente. Seguono le parole **parenti**, **solo**. Il **malato** terminale non può stare da solo (l'essere solo è

un'emozione sconsolante per chi sta per morire). Nell'assistenza **domiciliare**, come nell'hospice, i parenti possono convivere con i malati e dare loro quell'assistenza che consente una morte per quanto possibile serena. L'hospice, quindi le cure palliative, trattano il dolore e si prendono cura del malato terminale. Il loro obiettivo principale è dare senso e dignità alla vita del malato fino alla fine, alleviandone il dolore, ma anche aiutandolo con un'assistenza che non appartiene all'ambito strettamente medico. Cicely Saunders (prima infermiera, poi medico inglese, fondatrice dell'hospice), sottolineava con i suoi pazienti l'importanza della relazione con loro (Saunders, 2008). Tanatos, morte, nella mitologia greca, è fratello del Sonno; i due sono figli della Notte. Di Tanatos non si conoscono miti propri, come se non si potesse approfondire, tramite il mito, l'emozionalità associata alla morte. Tanatos compare solo nel mito di Sisifo, il più scaltro e il meno scrupoloso dei mortali, fondatore di Corinto. Zeus rapì Egina (figlia di Asopo, dio del fiume omonimo) e nella fuga passò da Corinto. Sisifo lo vide e lo denunciò ad Asopo. Zeus mandò Tanatos ad uccidere il delatore. Sisifo, sospettoso, scoperse Tanatos e lo incatenò: per un certo tempo gli uomini vennero sottratti alla morte. L'assenza della morte mise scompiglio, e Zeus non solo intimò a Sisifo la liberazione di Tanatos, ma lo condannò a spingere un masso enorme su per un lungo, ripido pendio. Appena il masso giungeva alla sommità, ricadeva, e lo sforzo di Sisifo ricominciava. Per l'eternità. Con una ripetitività peggiore della morte, che avrebbe fatto desiderare la morte a chi, della morte, si era beffato (Calasso, 1988). Ricordiamo anche la storia di Jacques II de Chabannes, signore di La Palice, che morì nell'assedio di Pavia, nel 1525. Sulla sua tomba c'è questo epitaffio:

Ci-gît Monsieur de La Palice. Si il n'était pas mort, il ferait encore envie
(Qui giace il Signor di La Palice. Se non fosse morto, susciterebbe ancora invidia)

Poi la "f" di "ferait" venne trasformata - prima forse fu un errore, poi fu satira - in una "s", e il senso della scritta riapparve così in certe canzoni di soldati:

Ci-gît Monsieur de La Palice. Si il n'était pas mort, il serait encore en vie
(Qui giace il Signor di La Palice. Se non fosse morto, sarebbe ancora in vita)

La frase divenne l'emblema delle cose ovvie, lapalissiane, e assunse un significato ridicolo. Ma l'equivoco rivela una verità. Noi conosciamo la morte solo come "assenza di vita": subito prima di morire, siamo ancora in vita. Chi muore non conosce la morte. La conosce solo come "paura" paralizzante, come perdita o lutto che possono far morire psichicamente, mentre si è ancora vivi. Nell'esperienza di ciascuno, la morte è vissuta non tanto come assenza di vita, quanto come Ananché, "necessità": la dea greca che rappresentava la forza suprema alla quale obbediscono anche gli Dei. Ananché è madre delle tre Moire, divinità del destino, che incarnano una legge inflessibile, alla quale anche gli dei immortali debbono attenersi, per non mettere in pericolo l'ordine del mondo. Le Moire regolano le fasi della vita di tutti, dalla nascita alla morte, filando, avvolgendo e tagliando il filo della vita di ciascuno. Accettare la morte come destino certo; al contempo, accettare che prima di morire si è ancora in vita. Queste due "accettazioni" fondano la valorizzazione della vita come risorsa e come esperienza costruttiva.

Con un valore di Chi quadro più basso troviamo **continuità, dialogo, psichiatri**. Continuità, dal latino *cum* e *tenere* vale tenere insieme; dialogo, dal greco *dià* (tra) e *logos* (discorso) vale il parlare alternato tra due o più persone. Il dialogo tra parenti, medici e malati alimenta la vita e le dà continuità; è implicata la psiche, quella del malato terminale come di chi lo assiste. La continuità della vita è **storia**, quella storia continuamente rievocata nell'assistenza ai malati terminali; malati che, quando non sono assaliti dallo sconforto, sembrano affamati di storia. È una storia che rievoca le vicende della loro vita e di chi li assiste. I parenti, che hanno condiviso una parte del percorso esistenziale del malato, possono partecipare alla rievocazione, comprendere il valore vitale del ripercorrere il passato e coglierne il senso di dialogo con il malato. Il malato, nellacultura di questo cluster, non sta nell'ospedale, ma nella sua casa; assistito da chi sappia trattare con lui l'avvicinarsi della morte e la sofferenza, con un'assistenza anche emozionale, che non lo lascia solo e lo accompagna con una relazione coinvolta. Nella cultura in analisi, l'ospedale non sa fornire questa assistenza. L'ospedale è cura e guarigione, sembra affermare questa cultura, non malattia senza speranza e morte. Torneremo su questo dato, per noi importante. Sin d'ora possiamo vedere come in questo cluster emerga la consapevolezza dell'inadeguatezza assistenziale dell'ospedale, e sottolinea la migliore efficienza assistenziale quando l'accompagnamento alla morte avviene a casa del malato o nell'hospice, luoghi di ospitalità amichevole.

Cluster 5

Il C5 si pone al polo opposto del cluster appena analizzato, sul primo fattore. Le prime sei parole dense: **pediatria, neonato, bambino, prematuro, allattamento, seno**, concernono la pediatria e le sue questioni. Pediatria: *pais – paidòs* in greco vale figlio/a o fanciullo/a. *Iatròs* è l'arte medica. Siamo nell'area medica che si occupa della cura dei bambini. Quanto a bambino, l'etimo viene dalle labiali "b – p – m", tra le prime che il neonato riesce ad articolare. La ripetizione delle labiali forma, nel linguaggio che deriva dalla "lallazione", le prime parole che il piccolo pronuncia: babbo, mamma, papà, popò, pipì, bimbo. Bambino è il diminutivo di bambo, neonato, ma anche semplice, sciocco. Prematuro è la prima parola che indica un problema medico. Allattamento, seno, **vaccinazioni**, sono le tematiche su cui può intervenire il pediatra, con l'ostetrico, nella cura del bambino con problemi. Seguono le parole: **dimissioni** e **sano**. Ecco il senso emozionale del cluster. In questa cultura l'ospedale può perseguire la completa reversibilità della patologia, sino alla dimissione di un bambino sano. Sano, dal latino *sanus*, senza malattia, illeso. La dimissione del malato, impossibile per quello terminale, comporta qui la *restitutio ad integrum* del bambino prematuro; *restitutio ad integrum* è un'espressione latina, derivante da un istituto del diritto romano, usata in medicina per indicare il ritorno alla normalità strutturale e funzionale di organi già colpiti da fenomeni patologici. La prematurità implica una nascita che avviene prima del termine dei nove mesi necessari per la completa "maturazione" del feto; una maturazione che lo renda adatto ad affrontare l'ambiente esterno alla madre. La neonatologia fornisce al bambino prematuro un contesto protetto, che riproduce l'ambiente uterino, atto a facilitare la "maturazione". La neonatologia è, nell'ambito di una teoria più volte ripresa nella nostra proposta teorica, una sorta di "spazio anzi", uno spazio caratterizzato da confusione tra le categorie che definiscono l'interno dell'utero materno e quelle che definiscono il contesto esterno alla madre. Si tratta di uno spazio – tempo di transizione, che completa la maturazione dal feto al bambino, ma al di fuori dell'ambiente "interno" della madre. Si tratta, simbolicamente, di un dentro-fuori confuso (Carli & Paniccia, 1984). L'intervento sanitario appronta questo contesto transizionale, questo spazio anzi, verificando che la maturazione segua il suo corso, e provvedendo a quanto necessario allo scopo maturativo, pur al di fuori della madre. **Genitori** e **parenti** non possono che aspettare l'iter di questa maturazione, in un atteggiamento di passività che può contare soltanto sulla competenza **consulenziale** della pediatria.

Sintesi del primo fattore

I poli del fattore concernono vicende che stanno tra la vita e la morte, o tra la morte e la vita. Il malato terminale e il bambino prematuro sono accomunati da un ambiguo oscillare tra la vita e la morte. Con esiti molto diversi: per il malato terminale, l'esito atteso è la morte; per il bambino prematuro è la sua maturazione fisiologica e il suo accesso alla vita. Le due "azioni" implicite in queste situazioni ambigue, caratterizzate dalla confusione tra vita e morte, sono l'*espellere* dall'ospedale il malato terminale, e il *tenere* dentro l'ospedale - sostitutivo della madre - il bambino prematuro, sino alle sue dimissioni. L'assenza di una possibile guarigione, quindi di una dimissione usualmente intesa, fa espellere il malato terminale entro l'hospice o l'assistenza familiare; la possibilità di "guarire" il bambino prematuro, una volta compiuta la maturazione fisiologica, lo fa ricoverare entro reparti *ad hoc* sino alla sua dimissione. Siamo confrontati con la tematica dentro – fuori; un dentro – fuori particolarmente drammatico, perché se concerne l'ospedale simbolizza il dentro – fuori la vita. Malato terminale e bambino prematuro sono i casi paradigmatici del dilemma proprio dell'intervento medico; un dilemma caratterizzato dalle polarità della vita e della morte. Il malato terminale simbolizza la vita che si avvia inesorabilmente verso la non esistenza; il prematuro simbolizza una non-esistenza che si avvia verso la vita. Nel primo caso la vita sconfinava nella morte; nel secondo, la non esistenza intrauterina sconfinava nella maturazione vitale. Si tratta di due modi "estremi" di simbolizzazione emozionale del paziente ospedaliero. Di due dimensioni simboliche ove l'espulsione del paziente è agita quando la medicina si vive come impotente nella sua funzione di far tornare alla vita – guarigione; mentre il trattenere chi non ha completato il ciclo maturativo che porta alla vita è agito quando la medicina può mettere in atto iniziative che consentono la maturazione e danno la vita. Nel primo fattore, quindi, emerge la fantasia "onnipotente" che attraversa la cultura medica ospedaliera, fondata sulla contrapposizione tra il dare la vita al paziente e il non accettare la sconfitta della morte.

Il secondo fattore

Sul secondo fattore si contrappongono il C2 e il C5, già analizzato entro il primo fattore.

Cluster 2

Le prime sei parole sono: **ginecologia, giovane, donna, pubblico, informare, tecnica**. Siamo a ginecologia. E nel servizio pubblico, dal latino *populicus*, qualcosa che è di tutti, contrapposta a privato, da *privus*, qualcosa che è di una sola persona. Ciò che sembra caratterizzare il servizio pubblico e con esso il cluster è l'informazione, il dare forma al servizio tramite una relazione d'informazione, di preparazione alla consapevolezza in chi ne fruirà. Le utenti sono giovani e donne che intendono procreare, affrontare una gravidanza. **Andrologi e psicologi** (settima e ottava parola) affiancano i ginecologi per affrontare i problemi di fertilità maschile e di inibizione psicologica alla fertilità. Si dispone di tecniche che fronteggino gli ostacoli alla procreazione. L'obiettivo sembra quello di perseguire una gravidanza, anche in età avanzata o con patologie che non la consentono secondo le usuali modalità fisiologiche. Il **concepimento** di un bambino è l'obiettivo finale di questa cultura.

Sintesi del secondo fattore

Nella contrapposizione tra il salvare dalla morte il bimbo prematuro (C5) e il consentire di dare alla luce un bambino anche a chi per età, per malattia o per infertilità dovrebbe rinunciarvi (C2) si dispiega un potere elevatissimo che la medicina ospedaliera s'attribuisce: quello di cambiare l'andamento "naturale" delle cose, più che di curare le malattie. Il fattore si articola tra una funzione sostitutiva della madre, tramite un accudimento specialistico ai nati prematuri e un intervento volto a far procreare anche con tecniche sostitutive del modo usuale con cui una donna rimanere incinta. Entrambe le aree sono fondate su una funzione sostitutiva che la medicina vuole assumere nei confronti della nascita e della procreazione, quando nel procedere naturale le cose non vanno come si desidera. Le due dinamiche che caratterizzano la cultura del secondo fattore sono quelle del *dimettere* il bambino – superata la condizione prematura – e dell'*informare*. In questo fattore la funzione ospedaliera, pure se caratterizzata dalle caratteristiche sostitutive descritte, tuttavia s'iscrive in due contesti molto differenti. La neonatologia fa "sopravvivere" bambini prematuri. Nella procreazione assistita rende possibile il concepimento di un bambino anche se le vie naturali non lo permetterebbero. C'è un potere forte sia nel dimettere un bambino "sano" strappato alla morte, sia nel rendere possibile una gravidanza anche quando tutto, in natura, vi si oppone. Si tratta peraltro di due poteri molto diversi. Il primo è quello della medicina che intende "salvare" una vita attraverso la cura. Il secondo non ha a che fare con il "salvare" la vita, ma con il "dare la vita". Il "dare la vita" assimila, simbolicamente, il medico al dio creatore. Si sconfinava in un'onnipotenza che sembra avere poco a che fare con la medicina "terapeutica", entro dinamiche collusive fondate sulla trasgressione alle "leggi di natura". È un'onnipotenza che nega il "limite del desiderio"; ricordiamo che l'etimo di desiderio viene da *de sidera*, togliere lo sguardo dalle stelle, dall'idealità, e implica il vissuto depressivo del proprio limite creativo, ben diverso dall'onnipotenza divina⁵.

Terzo fattore

Sul terzo fattore si situa il solo C4, sul polo positivo.

Cluster 4

Le prime cinque parole dense del C4 sono: **scompenso, cronicità, diabete, pronto soccorso, broncopatia**. Scompenso: è il subitaneo venir meno di un compenso precario, entro situazioni di cronicità patologica; è un evento possibile con patologie quali il diabete o le broncopatie. Una parola vicina a scompenso è **riacutizzazione**; si tratta di situazioni critiche che richiedono il ricovero subitaneo al pronto soccorso. Si parla di un accesso all'ospedale tramite il pronto soccorso per pazienti, spesso anziani, che soffrono di un riacutizzarsi di malattie croniche, non più compensate. Il deficit conferma il senso emozionale rintracciabile nelle prime sette parole del cluster: le crisi sembrano addebitabili a sbagli. Nell'alimentazione (mangiare), o nella terapia che compensava la forma patogena. Queste malattie, se scompenstate, provocano crisi gravi, che richiedono la medicina d'urgenza, in particolare del cardiologo, per ricompensare lo screezio che ha provocato la crisi. Si parla di come si "entra in ospedale". L'emozionalità del cluster è racchiusa nella parola accesso (undicesima parola), da accedere, l'atto con cui ci si avvicina o si entra in un luogo; ma accesso

⁵ Su un'analisi del desiderio nel senso proposto, vedi Carli & Paniccia (2014).

significa anche il manifestarsi improvviso di un fatto morboso (accesso di febbre) o di particolari emozioni (accesso di collera). La parola sintetizza la causa dell'ingresso in ospedale e l'emozionalità che lo accompagna. Si tratta di persone anziane, affette da malattie spesso croniche, che per errori nell'assunzione di farmaci compensanti o nell'alimentazione, errori dovuti all'insofferenza per le cure di malattie croniche, cercano attimi di soddisfazione e li pagano con un accesso della forma patogena e il ricovero. Sono chiamati in causa i medici, che debbono intervenire d'urgenza per compensare lo scompenso che i malati cronici hanno provocato. Anche la parola sbagli è importante per il senso emozionale del cluster. **Sbagliare** ha etimo incerto, ma un'ipotesi attendibile porta al latino *dis* in senso negativo (contratto in *s*) e *badare* che vale osservare. Lo sbagliare, quindi, equivale al non osservare (le regole). La responsabilità dello scompenso, è attribuita - dagli intervistati - al paziente che cerca **soddisfazione** in comportamenti non conformi alla regola di vita che la cronicità impone. Il cluster, in sintesi, segnala le modalità "colpevolizzanti" con cui il personale sanitario vive l'arrivo al pronto soccorso e alla medicina d'urgenza di malati, solitamente cronici, in scompenso, dovuto spesso a loro errori. Tale atteggiamento colpevolizzante è interessante: è un'emozionalità che identifica il "male altro" (la **crisi**) con un "bene proprio" che è trasformato in un "male proprio", non più distinto dalla malattia (Fornari, 1976). La crisi viene vissuta come una "colpa" del malato, dovuta a uno sbaglio, al non rispetto delle regole imposte dal medico; questo sembra in qualche modo giustificare l'orientamento all'espulsione di questi malati, che facilmente si trasformano in malati terminali.

Il quarto fattore

Sul quarto fattore si contrappongono il C1 e il C3; ricordiamo che il C3 è anche in rapporto con il primo fattore, dove si contrappone al C5.

Cluster 1

Il C1 tratta del complesso rapporto tra **medici ospedalieri** e **medici di famiglia**. Per personale ospedaliero la relazione dei medici di famiglia con i pazienti è fondata sulla **burocrazia**, sull'adempiere a norme e procedure per **prescrivere** farmaci o **visite** specialistiche, sull'attenzione clinica verso il paziente. Di tutto questo i medici si **lamentano**. Gli ospedalieri vorrebbero la **collaborazione** con i medici di famiglia per evitare lungaggini burocratiche e **snellire** l'accesso dei pazienti nell'ospedale. Questo potrebbe anche diminuire le urgenze. Nel C4, lo ricordiamo, la mancata **alleanza** tra pazienti e prescrizioni mediche è considerata come una delle principali cause delle crisi dei pazienti cronici e del ricorso al pronto soccorso. Crisi e ricorsi al pronto soccorso diminuirebbero, se ci fosse collaborazione con i medici di famiglia. **Ascoltare** sembra un verbo importante del cluster. L'etimo indica *auricula*, diminutivo latino di *auris*, orecchio; l'ascolto è prestare orecchio, quindi attenzione alle parole dell'altro. Un ascolto che fa parte della "visita medica" quale fondamento della semeiotica, e un ascolto da recuperare sia nella relazione interpersonale tra pazienti e medici di famiglia, che nel rapporto tra questi ultimi e ospedalieri inascoltati. La cultura del cluster propone una sorta di delega al medico di famiglia della relazione diagnostica e terapeutica con i pazienti. Una relazione che così com'è è inadeguata, perché presa dalle pastoie burocratiche delle prescrizioni routinarie, dall'emissione di **ricette** acritica e passiva. L'alleanza con i medici di famiglia ridurrebbe i ricoveri e supporterebbe l'assistenza domiciliare dei malati terminali, come è indicato nel C3, opposto al C1 sul 4 fattore. Gli ospedalieri, in sintesi, auspicano che i medici di famiglia ricomincino a praticare una cura e un'assistenza fondate sulla conoscenza diretta dei malati, sul rapporto interpersonale, uscendo dal ruolo di acritico e degradato prescrittore di ricette.

Sintesi dello Spazio fattoriale

Il primo fattore mostra una cultura ospedaliera caratterizzata da confusione categoriale tra vita e morte. Malato terminale e bambino prematuro sono casi paradigmatici del dilemma proprio della prassi medica, che si dispiega tra le polarità della vita e della morte. Il malato terminale simbolizza la vita che si avvia verso la non esistenza; il prematuro simbolizza la non-esistenza che si avvia verso la vita. Nel primo caso la vita sconfina nella morte; nel secondo, la non esistenza intrauterina sconfina nella maturazione vitale. Il trapasso dalla vita alla morte caratterizza i malati terminali, che perciò vengono espulsi dall'ospedale. Chi deve morire, lo può fare entro un'assistenza attenta alla relazione con il malato, a casa o nell'hospice, senza dover affrontare la solitudine dell'ospedale. Chi passa dalla non esistenza della prematurità alla vita del bambino "sano", sta nell'ospedale provvisoriamente, in attesa di "nascere" nuovamente con le dimissioni. In sintesi,

l'ospedale rifiuta la morte al suo interno e al contempo ridà la vita. Quella stessa vita che viene "creata" con la fecondazione artificiale, nei reparti di ostetricia. Con la neonatologia l'ospedale vicaria la madre che ha fatto nascere prematuramente il bambino; con la procreazione assistita svolge una funzione sostitutiva della mancata fecondazione di donne che desiderano procreare e che hanno difficoltà nel farlo per qualche motivo, come l'età avanzata. Nei primi due fattori la cultura ospedaliera è presa dal tema della vita e della morte, in senso letterale: l'ospedale evita la morte del prematuro, dà la vita con la fecondazione assistita, espelle la morte del malato terminale. Sembra presente una sorta di orgoglio "maniacale" nel dare la vita ed evitare la morte mediante funzioni sostitutive che poco hanno a che fare con la malattia, che viene vista solo nei suoi aspetti terminali, rifiutati ed espulsi dall'ospedale.

È solo nel terzo fattore che compaiono i malati, nel loro rapporto con l'ospedale. Ma quando gli ospedalieri riconoscono la loro funzione di cura delle malattie, ciò avviene colpevolizzando i malati cronici per aver provocato la crisi della loro malattia per errori nell'osservanza delle prescrizioni mediche. Notiamo che anche a livello internazionale si registra una marcata tendenza a rendere le persone responsabili del mantenimento dello stato di salute, e perciò colpevoli della sua perdita (Spinsanti, 2010). Alla crisi l'ospedale risponde con la sua capacità d'intervento urgente.

La relazione tra ospedale e territorio compare solo nel quarto fattore, con una necessaria ma carente collaborazione con la medicina di base. Tale medicina, se capace di occuparsi realmente del malato, uscendo dalle strette burocratiche di chi sforna ricette senza visitare il paziente, può evitare ricoveri inutili, sollevando l'ospedale dal sovraffollamento che per gli intervistati è conseguenza di una medicina territoriale poco funzionante.

In sintesi, dare la vita ed evitare la morte sembrano le due funzioni che gli ospedalieri vivono come rilevanti e prestigiose, come segni di una funzione taumaturgica. Taumaturgo, lo ricordiamo, deriva da *theàma*, spettacolo, e da *oyrgòs*, operare: indica chi compie il prodigio, la cosa degna di essere veduta. Per il resto, l'ospedale sembra cercare un capro espiatorio per un'attività difficile e frustrante. Si colpevolizzano i malati cronici che non seguono le prescrizioni, provocando riacutizzazioni delle loro patologie. Viene colpevolizzata la medicina di base che non aiuta perché troppo burocratizzata e poco capace di prendersi cura dei malati. Vengono colpevolizzati i malati terminali per i quali non c'è più nulla da fare quanto a reversibilità del male. Sono malati che richiedono solo d'essere accompagnati alla morte, con un'assistenza competente e sollecita; un'assistenza che non sembra possibile in ospedale. È un dato importante, da confrontare con quanto emerge nell'intera cultura, fondata sull'onnipotenza "taumaturgica" del "dare" o "ridare" la vita. Tale cultura è orientata a prestazioni d'eccellenza che vanno ben al di là, simbolicamente, del "guarire" una malattia o del ripristinare un adattamento del malato al suo contesto abituale. Si può allora capire come la cultura ospedaliera rifiuti la funzione di assistenza del malato terminale, che appare fine a se stessa, in quanto richiesta dopo il fallimento degli interventi di tipo "terapeutico", e volta ad accompagnare solo le cure palliative. L'ospedale, in altri termini, sembra poter erogare un'assistenza funzionale e coerente solo con l'intervento rivolto a malati "gravi", alle complesse problematiche che portano una persona al ricovero. Nella cultura in analisi, tuttavia, questi malati gravi – spesso provenienti dal pronto soccorso e dalla medicina d'urgenza – evocano nel personale sanitario un'aggressività evidenziata dal colpevolizzare i malati cronici e i medici di base che non se ne occupano a sufficienza. Un tempo si diceva che l'unico medico "amico" del paziente era l'ostetrico: aiutava le donne a "mettere al mondo il bambino", e non aveva a che fare, quindi, con malattie, ma solo con "lieti eventi". Oggi questo sembra più vero: salvare dalla morte il bimbo prematuro e dare la vita anche a chi non potrebbe nascere secondo le leggi di natura sembra la componente onnipotentemente gratificante della cultura medica. Avere a che fare con la malattia grave, con la cronicità, con le richieste assistenziali di persone anziane e malate, con la preoccupazione dei loro familiari, tutto questo sembra evocare negli ospedalieri ansia e rifiuto colpevolizzante.

Bibliografia

- Bernabei, R., & Carbonin, P. (2014). L'ospedale ad intensità di cura: È questa la soluzione per l'anziano fragile? [Intensive care in the hospital: This is the solution for the frail elderly?]. In E. Brizioli & M. Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (pp. 139-145). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Brizioli, E., & Trabucchi, M. (2014). L'ospedale e l'anziano non autosufficiente [Hospital and the not self sufficient aged]. In E. Brizioli & M. Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (pp. 7-24). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

- Calasso, R. (1988). *Le nozze di Cadmo e Armonia* [The Marriage of Cadmus and Harmony]. Milano: Adelphi.
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The internship inhospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3–20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: lo spazio ‘anzi’ [For a theory of social change: the spazio anzi]. In G. Lo Verso & G. Venza (Eds.), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia* [Culture and group techniques in clinical and social work in psychology] (pp. 100-121). Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell’Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [The psychosocial risk within a Hospital in Rome: The relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Agency]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Caputo, A. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi: 10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). Il rapporto tra domanda dell’utenza e risposta dei servizi: Una ricerca sul cambiamento in sanità, nell’ospedale e nel territorio [The relationship between health care users’ demands and the health care system’s response: A research on change observed in the health care system, in the hospital and in the territory]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi: 10.14645/RPC.2016.1.608
- 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
- Cicchetti, A. (2002). *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro* [The hospital organization. Between tradition and strategies for the future]. Milano: Vita e Pensiero.
- Ferrara, R. (Ed.) (2010). Il diritto alla salute: I principi costituzionali [The right to health: Constitutional principles]. In R. Ferrara (Ed.), *Trattato di Biodiritto: Salute e sanità* (Vol. 5) [Essay on Biolaw: Health and Healthcare] (pp. 3-64). Bologna: Giuffrè Editore.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all’analisi istituzionale* [Symbol and Code. From psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza* [Asylums. Total institutions: Exclusion and violence mechanisms] (F. Basaglia, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1961).
- Gori, C., & Lattanzio, F. (2014). Prefazione. In E. Brizioli & M. Trabucchi (Eds.), *Il cittadino non autosufficiente e l’ospedale* [Hospital and the not self sufficient aged] (p. 5). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Lega, F., Mauri, C., & Prenestini, A. (Eds). (2010). *L'ospedale tra presente e futuro: Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano* [The hospital between present and future: Analysis, diagnosis and change lines for the Italian hospital system]. Milano: Egea.
- Lucchini, A. (2009). *Ospedale sicuro. Realtà o miraggio?* [Hospital Safety. Reality or mirage?]. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Morana, D. (2015). *La salute come diritto costituzionale: Lezioni* [Health as a constitutional right: Lessons]. Torino: G. Giappichelli.

- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of co-existence that offers risks of marginalization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Saunders, C. (2008). *Vegliate con me. Hospice Un'ispirazione per la cura della vita* [Watch with me. An inspiration for hospice care for life]. Bologna: Edb.
- Sironi, V. A. (2006). *Le tecnologie per la vita e per la salute. Gli sfumati confini tra scienze della vita e biotecnologi* [The technologies for the life and health. The blurred boundaries between life sciences and biotechnologists]. Retrieved from [http://www.treccani.it/enciclopedia/le-tecnologie-per-la-vita-e-per-la-salute_\(Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Tecnica\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/le-tecnologie-per-la-vita-e-per-la-salute_(Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Tecnica)/)
- Spinsanti, S. (2010). *Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente* [Changes in the relationship between physician and patient]. Retrieved from http://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI_Secolo%29/