

ISSN 1591-223X
DOSSIER
158-2007



Mediare i conflitti in sanità

L'approccio dell'Emilia-Romagna

Sussidi per la gestione del rischio 9

Accreditamento e qualità

Mediare i conflitti in sanità

L'approccio dell'Emilia-Romagna

Sussidi per la gestione del rischio 9

La redazione del volume è stata curata da

Vania Basini Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

La redazione dei Capitoli è stata curata da

Vania Basini Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Claudia Benzi Azienda USL di Modena
Marco Bosio Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco
Pietro Caltagirone Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco
Guglielmo Delfanti Azienda USL di Piacenza
Alessandra De Palma Azienda USL di Modena
Gabriella Di Girolamo Azienda USL di Piacenza
Sonia Gandolfi Azienda USL di Piacenza
Luisa Madaschi Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco
Nadia Monacelli Università di Parma
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Nicoletta Poppi Azienda USL di Modena
Alberto Quattrocolo Associazione Me.Dia.Re., Torino
Giovanni Ragazzi Università di Parma
Lidia Zambelli Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco
Alberto Zoli Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss158.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	6
1. Introduzione. Un progetto e le sue ragioni	7
1.1. Attenzione al contesto	7
1.2. Attenzione alle risorse	8
1.3. Attenzione alla persona	9
1.4. Attenzione allo strumento	9
1.5. Attenzione al futuro	10
2. La mediazione dei conflitti: gli strumenti e gli ambiti di intervento	11
3. La mediazione trasformativa dei conflitti in sanità. Presupposti teorici e percorsi formativi in Emilia-Romagna	19
3.1. Responsabilità professionale e mediazione trasformativa dei conflitti	19
3.2. Alla radice della proposta formativa: il conflitto	21
3.3. Strumenti e metodo della mediazione trasformativa	28
3.4. Neutralità e fiducia	36
4. L'organizzazione e il mediatore dei conflitti: valutazione d'impatto dell'intervento formativo	47
4.1. Introduzione	47
4.2. Metodologia	49
4.3. Diventare mediatore dei conflitti	51
4.4. I contenuti professionali	54

(continua)

4.5.	Valutazione e controllo del progetto formativo	58
4.6.	La mediazione dei conflitti e l'organizzazione	63
4.7.	Il punto di vista dei mediatori	63
4.8.	La mediazione dei conflitti nell'organizzazione	65
4.9.	Il mediatore e la funzione di mediazione	68
4.10.	La tutorship: i mediatori nella realtà aziendale	71
4.11.	Riflessioni conclusive	74
5.	Esperienze	77
5.1.	Il servizio di ascolto e mediazione dei conflitti nell'Azienda USL di Modena	77
5.2.	Il ruolo della mediazione nel programma di gestione del rischio dell'Azienda USL di Piacenza	88
5.3.	Il disegno organizzativo dell'Azienda ospedaliera di Lecco: ruolo e risultati della mediazione	97
	Allegato	107
	La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Progetto formativo (anno 2005)	107

Sommario

La mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un grave conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un progetto di riorganizzazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti (Castelli, 1996).¹

La mediazione è considerata l'ultima nata tra le figure di *Alternative Dispute Resolution* (risoluzione alternativa - alla via giudiziale - delle controversie), e viene teorizzata e applicata non tanto per il livello oggettivo del conflitto (contenzioso sulle risorse), quanto per il livello affettivo e relazionale (emozioni, bisogni, vissuti). La ricostruzione del rapporto tra confliggenti può permettere poi anche il raggiungimento di un accordo sugli altri aspetti della controversia.

In Emilia-Romagna a partire dal 2005 è stato avviato un percorso formativo per Mediatori del conflitto in strutture sanitarie, di cui sono state realizzate 2 edizioni rispettivamente nel 2005 e nel 2006 ed è attualmente in corso la terza.

L'iniziativa, cui hanno aderito anche le Aziende sanitarie di Lecco e Rovigo, ha consentito lo svolgimento di attività per l'ascolto e la mediazione tra cittadini afferenti ai servizi e professionisti coinvolti in controversie e contenziosi.

Il Dossier presenta una breve rassegna sulla metodologia in senso generale e sugli ambiti di intervento in cui la metodologia è attualmente utilizzata, il percorso di formazione specifico proposto per l'ambito sanitario dalla Regione Emilia-Romagna, la valutazione d'impatto organizzativo realizzata a partire dal primo corso, e le esperienze di sperimentazione più compiute: due in Emilia-Romagna (Aziende USL di Modena e di Piacenza) e una in Lombardia (Azienda ospedaliera di Lecco).

Il Dossier riporta anche quanto emerso nel Convegno "Mediare i conflitti in ambito sanitario. L'approccio della Regione Emilia-Romagna" tenutosi a Bologna il 13 ottobre 2006,² nel corso del quale sono stati presentati i risultati del primo biennio del progetto e le prospettive di sviluppo.

¹ Castelli S. *La mediazione. Teorie e tecniche*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.

² http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2006/20061013_conv_mediaz.htm

Abstract

***Mediating conflicts in health care systems.
The approach of Emilia-Romagna Region***

Mediation is one of Alternative Dispute Resolution methods and is theorized and applied mainly for the affective and relational level of the conflict (emotions, needs, experiences) rather than for the rational level (conflict on resources).

Mediation is a well-established process for resolving disagreements in which a neutral, trained third party (the mediator) helps the disputing parties attempt to reach a mutually agreeable, voluntary settlement of their conflict.

The reconstruction of the relationship between the disputing parties can allow also an agreement on the dispute contents.

In 2005 Agenzia Sanitaria Regionale of Emilia-Romagna organized an educational and training program for mediators in healthcare structures: the first two editions were taken in 2005 and 2006; the third is being developed. Also the Hospital of Lecco (Lombardia Region) and the Health Unit of Rovigo (Veneto Region) adhered to this program.

The initiative allowed to listen and mediate between citizens referring to healthcare services and health professionals involved in controversies and disputes.

The volume includes a brief summary of mediation methodology in general and about some specific areas of intervention, the formative course proposed to Emilia-Romagna healthcare professionals, an impact evaluation of the educational and training program elaborated after the two editions, the description of three experimental experiences (Health Units of Modena and Piacenza, Hospital of Lecco).

The Dossier presents also some issues of a meeting organized in Bologna in October 2006, during which the main results of the first two years and future developments were discussed.³

³ http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2006/20061013_conv_mediaz.htm

1. Introduzione.

Un progetto e le sue ragioni⁴

Il 13 ottobre 2006 è stato organizzato a Bologna il Convegno "Mediare i conflitti in ambito sanitario. L'approccio della Regione Emilia-Romagna"⁵ per esporre i risultati del progetto iniziato nel 2005.

Invece di presentare semplicemente gli Atti della giornata, si è richiesto ai relatori di allargare a tutto campo i contenuti esposti in quella sede, in modo che il loro contributo riesca a descrivere per intero l'esperienza sviluppatasi con la partecipazione al progetto e contestualmente integrare con le riflessioni - personali dei mediatori, organizzative dei responsabili - da essa scaturite.

Prima di introdurre i singoli contributi, è doveroso dare atto delle peculiarità del progetto regionale, che le singole Aziende hanno poi sviluppato in maniera autonoma e indipendente, ma che trovano ragion d'essere e ambiente proficuo nel non essere esperienze separate ma nel poter usufruire del supporto di un medesimo gruppo di regia e di una rete di riferimento.

Scopo di questa introduzione è quindi illustrare quelle considerazioni e attività che difficilmente sono apprezzate da sole, ma che danno il valore aggiunto necessario per portare a sistema esperienze che, se lasciate sole, corrono il rischio di restare isolate e spesso con poco respiro.

1.1. Attenzione al contesto

Ebbene la forza dominante nel nostro tempo, non è un principio di coesione, bensì di dissoluzione. Se noi guardiamo oggi il mondo, lo vediamo in preda a una forza tendente alla separazione, una spinta dissolvente verso ogni unità, schizogena. (...) Questo processo schizogeno, di separazione, che è riuscito a mettere in crisi una tendenza che pareva fatale come la globalizzazione, va poi avanti, si diffonde, ai diversi livelli (...) Questo principio di divisione, schizogeno dal punto di vista psichico, ma anche dal punto di vista politico, fondato sui narcisismi personali e collettivi, e coltivato contro gli interessi delle comunità, è una fatale tendenza del nostro tempo (non a caso identificato con "la cultura del narcisismo") (...). È questa una tragedia collettiva, culturale, spirituale in cui vediamo come il principio di divisione agisca rovinando intere generazioni, ed erodendo dal profondo la stessa possibilità di una cultura dell'unione, generatrice di appartenenze. (...)

⁴ A cura di Vania Basini, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

⁵ http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2006/20061013_conv_mediaz.htm

Quando vince la divisione, l'egoismo, il narcisismo, in comune non c'è più nulla, c'è solo un graduale distruggersi gli uni con gli altri, nelle famiglie, nei gruppi, nello Stato, o tra gli Stati.⁶

Le riflessioni citate, scelte in maniera del tutto casuale con una interrogazione su internet, sono una breve illustrazione con le parole di un "addetto ai lavori" di quanto quotidianamente viene osservato da chiunque.

Il mondo sanitario, i medici, i pazienti, gli operatori, gli impiegati, i parenti, vivono dentro questo ambiente, e con questo devono fare i conti.

Considerate le difficoltà emergenti giorno per giorno dalle situazioni (sempre più complesse, incontrollabili, ultimamente frustranti) e dalle relazioni (dove ad un riconoscimento e desiderio di rispetto delle individualità corrisponde l'incapacità pratica di sostenere questa posizione), tutti convergono sulla necessità di trovare soluzioni nuove, praticabili, soddisfacenti.

La mediazione, seppure in ambiti diversi dalle organizzazioni sanitarie e solo da pochi anni, è una modalità di risposta a problemi di conflitto già testata, sviluppata e applicata con risultati positivi laddove le situazioni fanno emergere la necessità di ricostruire la fiducia perduta.

Così come il semplice appello al ripristino delle situazioni del passato (quando c'era più credito tra la gente, più rispetto, ...) non riesce a risolvere la situazione contemporanea, così pure la semplice e meccanica sostituzione delle attività precedenti con mere tecniche considerate buone solo perché nuove non può fornire risposte adeguate alle necessità emergenti.

La disponibilità e la volontà di sperimentare nuovi approcci è stata quindi unita all'attenta osservazione e verifica della reale utilità e realizzabilità delle pratiche proposte (vedi *Capitolo 4*).

1.2. Attenzione alle risorse

Fornire informazioni, formazione, prospettive organizzative, significa mobilitare e consumare risorse, che devono essere effettivamente sostenute fino alla verifica della produzione dei benefici attesi.

Introdurre metodi e strumenti nuovi non significa semplicemente utilizzare in maniera asettica, neutra, concetti generali e multivalenti, ma sostenere uno spazio in cui essi possano essere "praticati", adattati, visti in situazioni ordinarie e note a chi li deve utilizzare.

Molto spesso la bontà di uno strumento non è solo nella sua solidità teorica o nell'efficacia pratica in contesti che si rivelano differenti rispetto a quelli in cui ci si propone di introdurlo: è necessaria un'operazione di personalizzazione e di adattamento, che ne renda possibile la reale comprensione e usabilità.

⁶ Claudio Risè, su <http://www.claudio-rise.it>

Il corso formativo è stato tutorato e monitorato sia nella parte in aula affidata ai docenti esperti nella mediazione, sia all'interno delle Aziende attraverso referenti organizzativi appositamente individuati.

1.3. Attenzione alla persona

In un percorso e con uno strumento di tipo squisitamente relazionale, non è meramente *politically correct* parlare delle persone, e parlarne al singolare.

Sono stati definiti dei requisiti di accesso al corso ed è stato previsto un colloquio iniziale di verifica delle motivazioni, nonché uno finale di restituzione, da parte dei docenti, del percorso effettuato e della competenza acquisita.

Attraverso l'individuazione dei discenti e la presenza del *tutor* d'Azienda, è stato richiesto alle organizzazioni un impegno alla sperimentazione.

Infine si è cercato, attraverso momenti regionali di incontro, di valorizzare e coltivare la competenza acquisita; in particolare sono state realizzate supervisioni sulle attività di mediazione e si stanno promuovendo occasioni di diffusione delle conoscenze.

Nel tempo sarà portata avanti la preparazione e il perfezionamento dei mediatori sulla propria competenza, favorendo la costituzione di *pool* aziendali di riferimento e della rete regionale di confronto e sostegno, di cui si stanno studiando modalità efficaci di realizzazione.

1.4. Attenzione allo strumento

Lo "strumento" mediazione come metodologia concreta, dotata di un proprio specifico setting esecutivo, va utilizzato e giudicato rispetto ai risultati per cui viene dichiarato adeguato (vedi *Capitolo 3*). Occorre cioè una sua personalizzazione, ma è anche opportuno non considerarlo la panacea per tutti i mali.

Per questo motivo, il nuovo progetto sulla "Gestione extragiudiziale del contenzioso"⁷ comprende il gruppo di lavoro sulla mediazione, ma affianca ad esso altri gruppi a completamento del processo di governo dell'intera materia.

⁷ Progetto di ricerca finalizzata ex art 12 bis del DLgs 229/1999, "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie", capofila Azienda USL di Modena. Lavoro organizzato in tre sottogruppi: Mediazione, Conciliazione, Medicina legale.

1.5. Attenzione al futuro

Intraprendere una nuova strada significa guardare lontano.

La ricerca del risultato non è solo nella immediata quantificazione e valutazione, ma nell'utilizzare gli strumenti e i metodi proposti in un'ottica di medio periodo, sapendo che la reale efficacia delle soluzioni si costruisce col tempo e nel tempo. L'utilità riscontrata nell'immediato dovrà perdurare nel tempo, e le ragioni che hanno fatto sperimentare lo strumento dovranno incrementarsi.

Il Dossier intende sottoporre a un primo giudizio l'attività finora svolta, dando atto di quanto ci si era prefissi⁸ e come lo si è concretizzato, sapendo che il progetto continua e dovrà essere valutato nel tempo per le future realizzazioni.

Il volume intende inoltre presentare, attraverso le esperienze di alcune Aziende, esempi concreti delle pratiche adottate, comprese le considerazioni degli operatori che partecipano attivamente al progetto.

⁸ Vedi Progetto formativo in *Allegato*.

2. La mediazione dei conflitti: gli strumenti e gli ambiti di intervento⁹

La mediazione dei conflitti:
gli strumenti e gli ambiti di intervento

Un approccio psicosociale alla
mediazione dei conflitti

Nadia Monacelli
Facoltà di Psicologia, Università di Parma

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

I diversi ambiti della mediazione

- La mediazione sociale
- La mediazione familiare
- La mediazione del lavoro
- La mediazione penale
- La mediazione civile

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

⁹ A cura di Nadia Monicelli, Università di Parma, Facoltà di psicologia.

La mediazione: una modalità possibile di gestione dei conflitti

In che cosa *non* consiste la mediazione?

- Non è un arbitrato
- Non è una conciliazione
- Non è una transazione

 Risoluzione della parte "oggettiva" del conflitto 

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

La mediazione come processo generativo

- Qualsiasi attività intrapresa da **un terzo neutrale e qualificato**, il quale, nella **garanzia del segreto professionale** ed in **rigorosa autonomia dal contesto giudiziario**, si attiva al fine di **ricomporre un conflitto** tra le parti confliggenti, **ristabilendo una buona comunicazione** tra loro e consentendo **l'elaborazione ad opera delle parti stesse di un'intesa** che regoli in modo soddisfacente la **riorganizzazione dei loro rapporti**.

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Gli aspetti caratterizzanti Definire il contesto relazionale

■ Il terzo neutrale

a) **contestuale**: non deve avere “interessi” condivisi con nessuna delle parti in causa

b) **procedurale**: nello svolgere la sua attività il mediatore deve mantenere rigorosamente una posizione equidistante tra le parti in causa

⇒ Le parti in causa, per quanto facilitate dal mediatore sono “costrette” a confrontarsi

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Gli aspetti caratterizzanti definire il contesto relazionale

■ Il segreto professionale e l'autonomia dall'autorità giudiziaria

Favorisce la libertà espressiva, anche di quegli aspetti che in ambiti non tutelati non verrebbero mai espressi

⇒ Le parti hanno la possibilità di confrontarsi anche sui contenuti più “segreti” del loro contenzioso.

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Gli aspetti caratterizzanti Definire il contesto relazionale

■ Il mandato rivolto ai contendenti

“Il vostro compito è giungere ad una soluzione che stia bene a tutti voi”

I contendenti sono padroni del loro destino



Favorisce la messa in gioco di risorse nuove

Saranno loro a sforzarsi di immaginare scenari alternativi

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

La mediazione in ambito sanitario come processo generativo

■ Motivazione e obiettivi

Si configura come un processo teso

- a) **Alla riduzione dei contenziosi giudiziari che impegnano sia l'Azienda che l'Utente in termini non solo economici ma anche di risorse umane e organizzative**
- b) **Ad una ridefinizione del rapporto tra Azienda e Utente in modo che sia salvaguardata la reputazione della prima e affermata la fiducia del secondo**

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

La mediazione in ambito sanitario come processo generativo

- Il raggiungimento di questi obiettivi comporta inevitabilmente una ristrutturazione del rapporto tra le parti:

un utente risarcito non è automaticamente un utente "soddisfatto".

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

La mediazione in ambito sanitario come processo generativo

- La necessità di lavorare sulla relazione ha una funzione preventiva .
- Lo scontento persistente crea un contesto favorevole al reiterarsi dei conflitti (malcontento, sfiducia)
- Favorisce il verificarsi di "profezie che si autoavverano"

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Le specificità procedurali della Mediazione in ambito sanitario

- La neutralità del mediatore

Il processo di mediazione è proposto dall'Azienda

Gli operatori stessi sono afferenti all'Azienda

Viene meno la neutralità contestuale del mediatore

→ E' possibile ripristinare un principio di neutralità a partire da queste condizioni?

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Le specificità procedurali della Mediazione in ambito sanitario

- Analogo sul piano contestuale ad una mediazione giudiziaria
non per il carattere impositivo
ma per il legame tra il mediatore e una delle parti in causa
- Ridefinizione rigorosa del patto tra mediatore e parti in causa con enfasi sulla co-costruzione della "soluzione"
- Lavorare alla definizione del rapporto paritetico delle parti in causa

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

Le specificità procedurali della Mediazione in ambito sanitario

- La centratura sul lavoro emotivo

I contendenti “rischiano” allo stesso modo nell’impegno affettivo?



Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

I livelli del conflitto

- Livello oggettivo: contenzioso sulle risorse
- Livello cognitivo: contenzioso sui valori
- Livello affettivo: contenzioso sulle emozioni

➡ Strutturano specifiche modalità relazionali

Mediare i conflitti in ambito sanitario. Bologna 13-10-2006

3. La mediazione trasformativa dei conflitti in sanità. Presupposti teorici e percorsi formativi in Emilia-Romagna¹⁰

3.1. Responsabilità professionale e mediazione trasformativa dei conflitti

Da anni si assiste a un incremento costante delle denunce dei cittadini per eventi relativi a responsabilità professionale medica. La crescita delle denunce si accompagna all'aumento non solo del numero ma anche dell'entità dei risarcimenti corrisposti in via giudiziale ed extragiudiziale.

Tra gli effetti di questo fenomeno vi è l'abbandono del mercato da parte delle Assicurazioni, essendo l'andamento delle richieste di risarcimento per colpa medica così tumultuoso da rappresentare un rischio non determinabile e quindi non assumibile. Infatti, le poche Compagnie ancora disponibili propongono un incremento esponenziale dei premi e offrono garanzie sempre più ridotte, generando così un aggravio dei costi per le Aziende sanitarie e contribuendo a costruire un clima d'insicurezza, di cui risentono d'altra parte anche le stesse Compagnie (De Palma *et al.*, 2007).

L'aumento delle denunce, però, non è provocato da un peggioramento dell'assistenza sanitaria, sembra piuttosto legato a fattori di natura più profonda. Tra questi, un diverso modo di intendere i concetti di cura e di diritto alla salute, con maggiori aspettative di risultati dalla medicina; e il mutare del modo giuridico di intendere il concetto di colpa professionale medica.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, va sottolineato come l'evoluzione giuridica, finalizzata a garantire una maggiore tutela dei cittadini, abbia esteso il concetto di danno risarcibile fino alla presunzione di colpa in tutte le situazioni in cui, laddove vi sia una prestazione sanitaria di non speciale difficoltà, si verifichi un evento avverso che comporti semplicemente un peggioramento delle condizioni del paziente. E vale la pena aggiungere che il crescente ricorso al giudizio penale ha spesso il semplice scopo di forzare l'accesso al risarcimento.

Per quanto attiene al primo profilo, che verrà approfondito nelle pagine successive, si può evidenziare come il progressivo venire meno della soggezione nei confronti dei professionisti e del sistema sanitario, che genera una maggiore propensione dei cittadini a richiedere risarcimenti in caso di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili ad

¹⁰ A cura di Alberto Quattrocchio, presidente dell'Associazione Me.Dia.Re. Mediazione Dialogo Relazione.

errori, si colloca in un complesso intreccio di fattori che riducono significativamente la disponibilità del cittadino ad accettare l'alea del trattamento anche perché, grazie ai messaggi dei mezzi di comunicazione di massa, si va diffondendo una visione di onnipotenza della medicina tale per cui diventano intollerabili le condizioni che si configurano come conseguenze di semplici complicanze o che il soggetto, comunque, considera come mancata guarigione (De Palma, Quattrocolo, 2006).

Il rischio oggi è dunque che si sviluppi un rapporto tra cittadini e professionisti (e organizzazioni sanitarie) costruito sulla conflittualità e sulla reciproca diffidenza. Ciò significa un drammatico incrinarsi del patto tra cittadini e istituzioni e del rapporto di fiducia tra le categorie coinvolte (sanitari da un lato, pazienti e loro familiari dall'altro).

Reagire a questa crisi per le organizzazioni sanitarie significa prendere in considerazione una pluralità di strumenti: tra questi vi è la mediazione trasformativa dei conflitti (Boverini, Quattrocolo, 2005; Quattrocolo, 2005, 2006). La sua peculiarità consiste infatti nel porre al centro dell'attenzione proprio la dimensione relazionale, vale a dire l'insieme degli aspetti che nella gestione giurisdizionale del conflitto, per irrinunciabili esigenze di garanzia e di obiettività, non possono essere presi in considerazione.

Nello sviluppo del procedimento giudiziario, in effetti, la grande assente è proprio la relazione tra il paziente e il medico. In quella sede, cioè, si esamina e si discute del danno, si valutano perizia, prudenza e diligenza nella conduzione dell'intervento, si verifica la ricorrenza del nesso di causalità, ma non ci si può soffermare sul rapporto tra gli individui.

La mediazione trasformativa è quindi una risorsa rilevante perché consente un approccio diverso, meno traumatizzante, ai conflitti tra cittadino e organizzazione/professionista, anche a prescindere dalla circostanza che ci sia o meno la richiesta di un risarcimento.

In realtà, l'offerta di un'attività di mediazione (attuata nei modi e con i presupposti di seguito descritti) da parte delle organizzazioni sanitarie risponde sì all'esigenza di prevenire il contenzioso giudiziario, oltre che di colmare le lacune sul piano del risanamento del rapporto umano e professionale, ma persegue anche obiettivi di più ampia portata. Tra questi vi è il ripristino della fiducia non soltanto verso il singolo medico, ma anche nei confronti dei servizi e delle istituzioni.

L'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna alla fine del 2004 ha dato prova di una lungimiranza e una sensibilità non comuni, approvando l'idea di un primo percorso formativo (ne sono seguiti altri due), proposto e condotto dai soci dell'associazione Me.Dia.Re. Tale percorso, rivolto ad operatori del Servizio sanitario regionale, articolato in moduli di cinque giorni per un totale di circa 200 ore, e che si caratterizza per la massiccia presenza in aula di simulazioni di colloqui e mediazioni - e a questo proposito occorre riconoscere ai partecipanti (medici, infermieri, personale amministrativo) di avere avuto un ammirevole coraggio nel mettersi in gioco, una notevole motivazione all'apprendimento delle tecniche e degli strumenti proposti e una costante disponibilità e propensione al loro impiego - è infatti finalizzato a costituire delle *équipe* di mediatori dei conflitti tra cittadini e operatori sanitari, anche nei casi di possibile responsabilità professionale.

3.2. Alla radice della proposta formativa: il conflitto

Il paradigma di mediazione, proposto nei suddetti percorsi formativi e applicato dall'Associazione nei propri Servizi di ascolto del cittadino e di mediazione dei conflitti,¹¹ trova il suo fondamento in alcune osservazioni relative al conflitto, alle sue possibilità di innesco e di sviluppo.

Prima di porre attenzione alle dinamiche proprie della conflittualità tra cittadini e operatori sanitari, occorre però soffermarsi brevemente su alcune conseguenze della gestione giudiziaria di tali conflitti.

L'approdo di tante, troppe, vicende conflittuali alla dimensione del contenzioso, come si è visto, produce degli effetti negativi di natura economica, ma accanto a tali costi ve ne sono altri da tenere in considerazione.

3.2.1. I costi sociali e umani del contenzioso

L'esperienza del contenzioso ha degli effetti di un certo rilievo a livello personale per entrambe le parti, che anche emotivamente possono percepirla come assai costosa.

Senza dubbio, il cittadino può contare su manifestazioni di solidarietà pubblica: se il fatto è oggetto di interesse da parte dei mezzi di comunicazione di massa, il pubblico generalmente è portato ad avere un moto di simpatia nei suoi confronti, anche grazie alla forma con la quale tali fatti sono riportati dalla cronaca; se non diventano "notizia", suscitano comunque un sentimento di vicinanza, e di correlata indignazione, in coloro che ne vengono a conoscenza.

Ciononostante, tale solidarietà non vale ad attutire la portata dolorosa del "processo di neutralizzazione" proprio del meccanismo giudiziario, vale a dire la riduzione al silenzio dei significati soggettivi e dell'esperienza emotiva del paziente/familiare, la cui collera e sofferenza per la fiducia tradita e l'affidamento deluso ad esempio non possono trovare espressione nella gestione giudiziaria del caso. Né tale solidarietà del pubblico costituisce un valido rimedio al senso di solitudine che spesso si produce per effetto di quelle dinamiche che la criminologia ricollega al tema della vittima potenziale: si tratta di coloro - potenzialmente tutti - che ascoltano a fatica e con un certo fastidio il racconto del paziente insoddisfatto (come della vittima di un episodio criminale) a causa della portata disturbante che tale narrazione possiede. Il pensiero del "può succedere anche a me" costituisce un potente disincentivo rispetto alla disponibilità a stare emotivamente accanto alla sofferenza del cittadino che ritiene di essere stato vittima di *malpractice*.

Naturalmente una sentenza favorevole al cittadino può dare luogo alla riduzione dei vissuti negativi sviluppatasi nel lungo iter del procedimento, ma raramente è percepita dal soggetto come una riparazione adeguata. Vi è sempre qualcosa che resta irrisolto,

¹¹ L'Associazione Me.Dia.Re. gestisce tre Servizi gratuiti di ascolto del cittadino e di mediazione dei conflitti, due a Torino, uno a Milano. Quelli di Torino sono sostenuti dai contributi della Compagnia di San Paolo e delle Circoscrizioni 1, 7 e 8 della Città di Torino; il Servizio di Milano è sostenuto da un contributo della Provincia di Milano.

ad esempio per l'impossibilità di comunicare, e sentire compresi e riconosciuti, la frustrazione o il dolore provati. Nel caso di pronuncia sfavorevole, il cittadino riceve la ferita di un disconoscimento non soltanto del suo sentirsi di vittima di un fatto ingiusto, ma della sua intera persona. Il che, peraltro, si accompagna ad un vuoto di senso che lascia sgomenti e arrabbiati: difficilmente il cittadino cui è stato negato il risarcimento realizza che in effetti l'errore non vi è stato o che non era colposo o che le conseguenze da lui patite non sono in relazione causale con la condotta del professionista, e accetta che, pertanto, la sua lamentela non è meritevole di ulteriore considerazione (Gaddi *et al.*, 2003).

Per il professionista l'esperienza del procedimento può essere altrettanto dolorosa e frustrante. Anche l'operatore può sentirsi vittima di un'accusa spesso percepita come ingiusta e infamante, che lo mette in discussione non solo come professionista ma come persona, quindi anche da un punto di vista morale, poiché il significato della denuncia che gli viene comunicato non è soltanto di avere agito con atteggiamento colposo ma di essere negligente, imperito o imprudente. Inoltre l'operatore sa di non poter contare sulla stessa solidarietà popolare che accompagna il paziente: in altri termini, è consapevole che il sostegno del pubblico nei confronti del suo antagonista è proporzionale all'avversione di cui egli è oggetto. E tale condizione si associa anche nel suo caso al fenomeno della "vittima potenziale": è verosimile infatti che i suoi colleghi non si affollino attorno a lui per ascoltarlo e supportarlo nel turbamento che sta vivendo, proprio per la consapevolezza che anche a loro potrebbe capitare la stessa disavventura, e si tratta di una verità che è preferibile tenere lontana dalla mente.

Naturalmente, se una sentenza sfavorevole può ferire e umiliare il professionista, anche una decisione di segno opposto non vale a costituire una riparazione adeguata dell'ombra di sospetto che è stata proiettata sulla sua persona; d'altra parte, il professionista sa anche che è assai irrealistica la possibilità che il cittadino gli ponga le sue scuse per averlo accusato ingiustamente.

Inoltre, l'esperienza del contenzioso può incidere anche nel suo rapporto con altri pazienti e in quello con la propria professione.

Il contenzioso per responsabilità professionale medica ha però delle conseguenze che non soltanto riguardano i singoli protagonisti della specifica vicenda, ma interessano tutta la collettività. Tra queste vi è l'adozione da parte degli operatori delle modalità della medicina difensiva, un'exasperazione del *primum non nocere*, che in realtà finisce per essere molto nociva. Tale fenomeno, peraltro, si collega a una percezione degli operatori di essere posti sotto accusa come categoria, a un loro sentimento di sfiducia e talora di timore verso i pazienti/familiari, nonché a una percezione di abbandono da parte dell'istituzione.

D'altra parte, le frequenti notizie su sospetti errori sanitari creano non soltanto preoccupazione, ma anche una generale sfiducia dei cittadini: l'aumento delle richieste di consulenze presso il Tribunale per i diritti del malato e altre associazioni di tutela potrebbe infatti anche essere interpretato nel senso che il cittadino oggi è più propenso a denunciare non perché sia sicuro di aver subito un danno, ma semplicemente per

risolvere un dubbio. Una analoga lettura con la chiave interpretativa della riduzione della fiducia potrebbe darsi della tendenza alla replica delle consultazioni presso medici e/o strutture diverse, nonché al ricorso alle medicine alternative e ai cosiddetti viaggi della speranza.

3.2.2. Una relazione ambivalente, potenzialmente conflittuale

Occorre riconoscere tuttavia che questi sentimenti di sfiducia non sono un fatto del tutto nuovo. Nel suo trattato sull'Arte, Ippocrate scriveva:

Che ci siano fra i malati curati dai medici, alcuni che guariscono perfettamente è un fatto che tutti riconoscono; ma siccome non tutti guariscono, per questa ragione l'Arte è ormai biasimata, e quelli che ne dicono male, prendendo a pretesto i malati che soccombono alle malattie, sostengono che chi ne scampa lo deve al caso e non all'Arte.

Queste parole, intrise di amarezza, rivelano come da sempre la relazione medico-paziente è caratterizzata da ambivalenza. Oggi forse più che in passato questa ambivalenza assume la forma di una drammatica oscillazione tra un sentimento positivo (di fiduciosa attesa) verso la medicina e i medici e un risentimento, una sfiducia e un sospetto per le situazioni di insuccesso del trattamento.

Indubbiamente a produrre tale fenomeno giocano un ruolo fattori molto diversi, che concorrono all'instaurarsi di interazioni conflittuali tra i singoli: ad esempio, la crisi della medicina che si identifica nel modello biomedico (secondo il quale la malattia si configura come alterazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche misurabili, che il medico deve individuare attraverso la diagnosi e curare mediante strategie terapeutiche, valide ed efficaci sotto il profilo scientifico), legata all'aumento delle malattie croniche; il mutamento nel modo di percepire la malattia e definirsi malati; la trasformazione del ruolo del malato, che non è solo paziente - nel senso della persona che soffre e attende un aiuto - ma che vuole essere riconosciuto soggetto adulto in grado di valutare e decidere autonomamente; una maggiore insofferenza verso l'asimmetria connaturata al rapporto tra medico e paziente; la parcellizzazione dei compiti (il cosiddetto taylorismo sanitario).

Vi sono tuttavia anche aspetti di natura prettamente relazionale.

Se si ascoltano i cittadini protagonisti di rapporti conflittuali con gli operatori sanitari, emergono alcuni vissuti meritevoli di attenzione: il vincolo di dipendenza, connaturato alla posizione di chi si deve affidare alle conoscenze e alle competenze dell'altro, è vissuto come fastidioso, scomodo e talvolta angosciante, per quanto inevitabile; il bisogno di nutrire fiducia nell'operatore si accompagna agli imbarazzi, all'irritazione e ai timori di dover delegare la gestione del proprio corpo ad altri, a sconosciuti, alla rinuncia agli elementi rassicuranti che compongono il quotidiano dell'individuo sano, alla profonda sensazione di solitudine e angoscia che spesso è innescata dalla malattia.

Essere malati e pazienti è un'esperienza particolarmente provante, che generalmente acuisce la sensibilità delle persone, le quali si trovano a provare emozioni nuove, ingombranti e difficili da definire, ma di cui si avverte la necessità dell'accettazione da

parte degli altri, *in primis* da parte degli operatori della sanità. Ad esempio, il bisogno che sia riconosciuta la legittimità dell'angoscia, dell'essere più recettivi ai segnali negativi che a quelli positivi. Ma anche altri stati emotivi scomodi possono far capolino, e tra questi non è raro che vi sia il timore inesprimibile dell'errore.

La gran parte delle critiche mosse agli operatori da pazienti e familiari protagonisti di conflitti sono quindi di aver mostrato una scarsa partecipazione emotiva; di non essere stati chiari nel fornire informazioni e/o di non averne fornite a sufficienza; di non avere compreso la reale problematica portata.

Ascoltare i professionisti, tuttavia, significa avvicinare una condizione emotiva non meno rilevante. Tra i professionisti è infatti diffusa la consapevolezza di essere stimati (secondo alcuni, sovrastimati), ma anche di non poter essere "simpatici", perché con le loro prescrizioni procurano fastidi, seccature e spesso dolore, così come è generalmente avvertito il peso della responsabilità, delle aspettative del paziente ma anche delle proprie, peso che è difficile da condividere anche tra i colleghi. Vi è inoltre una certa insofferenza per la rappresentazione del professionista alla stregua del "medico-meccanico", come se nella mente del cittadino organi e tessuti fossero parti di un motore facilmente riparabili e sostituibili senza conseguenze (da questo punto di vista è come se il dualismo cartesiano fosse presente anche nella mente del paziente), che può anche collegarsi al disagio derivante dalla coscienza dell'alea presente in ogni trattamento. Questo elemento si associa anche all'estrema variabilità non soltanto della *illness* ma anche del *disease*. D'altra parte, i diversi e irripetibili modi individuali di vivere la malattia e il trattamento sono correlati all'eterogeneità delle richieste e delle modalità di risposta, che implicano la necessità per il singolo operatore di sapersi adattare a reazioni estremamente diverse (vi sono, ad esempio, pazienti reticenti e altri ridondanti nel fornire informazioni, alcuni pazienti o familiari pretendono informazioni realistiche e dettagliate mentre altri preferirebbero non sapere), tenendo sempre presente che l'ansia riduce le capacità di comprensione e conservazione delle informazioni.

3.2.3. Lo sviluppo del conflitto e la sua escalation

In questi e altri aspetti qui non esplorati, che vanno a costituire lo sfondo di un incontro tra medico e paziente sempre più complesso, spesso trovano la loro origine quei conflitti tra professionisti e cittadini che si trasformano poi in contenzioso. A questo proposito, Brian Muldoon (1996) asseriva:

Prima di approdare in tribunale, il conflitto arde nelle menti e nei cuori degli attori. Almeno uno di essi è convinto di aver subito un torto. Reagisce all'ingiustizia chiedendo giustizia: la convinzione di avere ragione dà fuoco alle polveri del conflitto.

Ritenere di avere ragione, di essere vittima di un torto, però, non significa necessariamente né esclusivamente sentire di aver subito un'ingiustizia sul piano della mancata o scorretta esecuzione di una prestazione tecnica. Nella gran parte dei casi il sentimento di ingiustizia si collega a una dimensione relazionale, a qualcosa che ha generato irritazione, delusione o sofferenza, nel rapporto tra le persone.

Morton Deutsch (1973) osservava che

spesso il conflitto sorge dal fatto che le parti hanno differenti aspettative sulla relazione.

Ciò significa porre l'accento sul fatto che la negazione di uno o più bisogni costituisce occasione di conflitto e che tali bisogni possono anche essere di tipo relazionale; tra questi vi è il bisogno di riconoscimento.

La frustrazione del bisogno di riconoscimento in effetti produce una ferita al sentimento di dignità, ma costituisce anche una minaccia al senso di identità. E innesca in chi patisce tale offesa una reazione emotiva - la rabbia - che naturalmente può tradursi in comportamento. Per rendere l'idea di come la reazione aggressiva di chi non si è sentito riconosciuto dall'interlocutore valga a ripristinare nelle intenzioni una sorta di equilibrio, Brian Muldoon (1996) ha scritto:

Mi arrabbio, dunque, esisto.

Vale a dire che attraverso l'aggressività, che dà voce alla rabbia provata, viene espresso il bisogno di imporre il proprio esistere a chi lo ha rifiutato o trascurato.

Naturalmente l'emozione dell'altro, cioè di chi è stato oggetto della reazione aggressiva, può essere di imbarazzo, vergogna, senso di colpa, ma anche l'altro può a sua volta sentirsi vittima di un mancato riconoscimento e provare ira.

Ciò accade tipicamente nei conflitti che sorgono da effetti non voluti, cioè da comportamenti non intenzionalmente diretti a ledere, quali sono quelli tra cittadini e operatori sanitari. A questo riguardo Ross e Nisbett (1991) adottavano il concetto di "errore fondamentale di attribuzione" per descrivere i meccanismi cognitivi che intervengono nell'interpretazione del comportamento errato proprio e altrui. Se in generale la causa del comportamento può essere esterna (situazionale) o interna (intenzionale), stabile (ad esempio, è aggressivo) o accidentale (ad esempio, è stressato), allorché il soggetto valuta la condotta dell'altro è portato ad attribuirgli a una causa interna e stabile, a maggior ragione se tale soggetto è anche colui che patisce le conseguenze negative di quel comportamento: così il paziente insoddisfatto del trattamento ricevuto è portato a ritenere che tale esito non sia riconducibile a una causa esterna al professionista (iatrogenia in senso stretto, ad esempio), ma interna e stabile (l'evento è considerato un episodio di negligenza indicativo di come l'operatore sia una persona negligente). E, naturalmente, poiché non si tratta soltanto di meccanismi cognitivi, la natura involontaria dell'evento è da un punto di vista emotivo assai poco apprezzata: cioè, la rabbia del cittadino è tale che il danno può essere vissuto come se fosse stato prodotto da un comportamento intenzionale.

Allo stesso modo, quella che è stata percepita dal cittadino come una scorrettezza o una mancanza relazionale è interpretata in termini di stabilità e intenzionalità (il pensiero, dunque, potrebbe essere: "il medico - oppure, l'infermiere o l'operatore del CUP o dell'URP - mi ha mancato di rispetto perché è maleducato e superficiale e lo ha fatto apposta"; e non invece: "l'operatore era sottoposto a uno stress molto intenso e non si è reso conto di avermi offeso").

Tale interpretazione data dal cittadino sulla condotta del professionista che lo ha "offeso", avendo un riverbero emotivo, in molti casi determina una reazione comportamentale aggressiva - in tali termini può anche essere letta la denuncia o la segnalazione -, che però a sua volta può generare un momento di autocritica nell'interlocutore, ma anche dare luogo a un sentimento di esasperazione, ad un sentirsi vittima di attacco immotivato.

È da considerare poi che gli attori si muovono in un contesto fatto di gruppi, tra i quali esistono fenomeni di categorizzazione, che si accompagnano alla tendenza a minimizzare le differenze interne dell'*outgroup* e ad accentuare la percezione delle differenze tra i due gruppi (vedi anche Tajfel, 1982; Tajfel, Wilkes, 1963); così ad esempio il comportamento del medico ritenuto scorretto è associato dal paziente a caratteristiche generali dell'*outgroup*: "sono tutti uguali". L'attivazione degli stereotipi, naturalmente, riduce le possibilità di chiarimento e comprensione.

Gli stessi fenomeni di percezione selettiva, correlati al gioco degli stereotipi, sono ravvisabili nell'*escalation* del conflitto, e anzi la accompagnano e la sostengono. Quando una parte si è costruita un'immagine negativa dell'altra, è portata a raccogliere solo le informazioni che confermano tale immagine, ad escludere i dati in contrasto con essa e a re-interpretare le informazioni flessibili distorcendole: quindi, se si è sviluppata una relazione caratterizzata da ostilità, può accadere che l'eventuale approccio di riavvicinamento di una delle parti sia interpretato dall'altra come un tentativo di manipolazione.

A questo punto ogni sentimento di fiducia si è dissolto, mentre si allarga e approfondisce la spaccatura del percepito tradimento, e i dubbi o le perplessità assumono la forma di sospetti, se non di accuse convinte.

Si innesca un processo di spersonalizzazione dell'altro, che non soltanto cessa di essere percepito come persona, ma diventa addirittura un nemico. Così, nella prospettiva del paziente è possibile che il passaggio sia da una visione idealizzata del professionista a una percezione dello stesso in termini di figura persecutoria.

In ogni caso e su entrambi i fronti, il rapporto si cristallizza nell'instaurazione di ruoli rigidi che nascondono l'umanità delle persone, impedendone la reciproca percezione. Propria del fenomeno dell'*escalation* del conflitto è infatti la reciprocità della de-individuazione e de-umanizzazione dell'altro. Così, mentre si struttura un'immagine astratta dell'interlocutore come nemico, si afferma anche una polarizzazione delle posizioni. In questa fase (la seconda del modello elaborato da Glasl, 1982) la comunicazione, se c'è, si trasforma in un duello e l'assolutizzazione delle caratteristiche negative dell'altro - il paziente che vede il medico come disonesto, anzi come simbolo della disonestà, oltre che dell'incompetenza e della negligenza più spietata, e il medico che vede il paziente come un persecutore, forse anche come un vendicatore in malafede - si accompagna a qualcosa di simile alla glorificazione di sé: ciascuno dei due percepisce se stesso come vittima di un torto e come portatrice di verità, come specchio di virtù. A questo punto il problema è l'altro e possono anche diventare secondari i fatti che hanno innescato

il conflitto, che diventa contemporaneamente una drammatica lotta per difendere la propria identità e uno scontro di valori: verità, virtù, correttezza, professionalità, dovere, onestà, ...

Con l'*escalation*, che può essere definita come un aumento parallelo di intensità e di violenza in un conflitto, il contrasto tende ad aumentare la sua portata: gli attori sono sempre più coinvolti rispetto ai temi in questione, può aumentare il numero dei partecipanti alla lite e, come si è già evidenziato, le parti tendono a polarizzarsi in maniera sempre più rigida e definitiva (Arielli, Scotto, 1998). Mentre ciascun attore modifica pesantemente la percezione dell'altro, non più considerato un individuo con caratteristiche simili alle proprie ma come una pura minaccia, avvertendolo perfino come membro di un gruppo portatore di valori negativi, pericolosi per la propria individualità e per la propria serenità, i residui di relazioni positive non soltanto svaniscono, ma sono vissuti retrospettivamente come fonte di amarezza. Ciò fa sì che nel processo comunicativo si generino continuamente dei malintesi, riconducibili alla propensione delle parti a intendere in termini conflittuali anche i messaggi neutrali o addirittura conciliativi dell'altro.

Si può facilmente comprendere come lo sviluppo di una relazione conflittuale così profonda si accompagni a una condizione emotiva assai complessa e di natura dolorosa: vi è uno stato di sofferenza, che si compone di un vissuto di solitudine, dell'amara sensazione di non essere compresi e di non potersi spiegare, di una perdita di fiducia nell'efficacia comunicativa delle parole.

Una caratteristica intrinseca dell'*escalation*, infatti, è la capacità di intrappolare le parti nel conflitto, di bloccarle nelle sue spirali di ostilità crescente. Maggiori sono state le risorse di tempo, economiche ed emotive investite, e più diventa difficile per le parti ritirarsi dal conflitto.

L'effetto paradossale dunque, ma in realtà rispondente a una logica intrinseca, è che gli attori tendono a perpetuare il conflitto, sebbene i costi di tale condotta superino i possibili vantaggi. E nei casi più estremi si può anche arrivare a una sorta di *cupio dissolvi*.

L'aver evocato, presentando l'*escalation* del conflitto, temi quali l'autodistruttività e l'aggressività, può contribuire a spiegare come del conflitto si abbia generalmente paura. Una delle caratteristiche della mediazione, in particolare del modello trasformativo, è il non lasciarsi sopraffare da tale paura.

3.3. Strumenti e metodo della mediazione trasformativa

Nel modello di mediazione definito trasformativa i mediatori accolgono le parti non per soffocare il conflitto, ma per consentire l'espressione del dolore, dell'amarezza, della rabbia e degli altri aspetti emotivi e cognitivi che lo attraversano. I mediatori non hanno il compito di giudicare né di proporre soluzioni, ma di accompagnare le persone coinvolte nella lite. La loro funzione è far emergere non soltanto i fatti relativi al conflitto, quanto e soprattutto i bisogni e i vissuti sperimentati dagli attori, al fine di permettere a questi la riattivazione dei canali di comunicazione e consentire in ultimo l'approdo ad un reale e profondo riconoscimento reciproco.

Quest'impostazione pone infatti in evidenza che una relazione conflittuale può essere gestita non soltanto proponendo soluzioni che mirano alla cessazione delle ostilità e al ripristino dell'equilibrio turbato (vale a dire, soluzioni razionali, quali quelle derivate dal buon senso, dall'etica o dal diritto), ma anche prestando una particolare attenzione agli stati d'animo dei confliggenti, fondandosi sul presupposto che la componente emotiva e/o affettiva del conflitto contiene in sé anche le possibilità della trasformazione evolutiva della situazione. Va da sé dunque che lo strumento principale adottato è l'ascolto.

3.3.1. L'ascolto

Nella prospettiva di tale mediazione, ascoltare non significa cercare a tutti i costi una soluzione, né tentare di guarire l'altro dalla sua emozione e neppure procurargli vaghe consolazioni; significa ricevere e sentire la sua esperienza emozionale e restituirla nominandola.

Ascoltare empaticamente l'altro, quindi, implica il non eludere la sua sofferenza, ma aiutarlo ad affrontarla senza censurarla, giudicarla né tentare di fornire interpretazioni particolari ai suoi vissuti e comportamenti.

Lo strumento che il mediatore utilizza ... è quello del cosiddetto "specchio". Attraverso tale tecnica il mediatore avvia un lavoro che si basa sui sentimenti e che si fonda sull'empatia: egli in primo luogo ascolta il soggetto e successivamente si rivolge a lui cercando di rinviare ciò che, a livello di sentito, cioè di sentimenti, ha percepito. (...) Successivamente riparte proprio da quest'espressione, da ciò che ha ricevuto e percepito nuovamente attraverso la relazione empatica e rinvia altri sentiti, in un meccanismo di "rimbalzo", di restituzione continua alla parte delle emozioni che emergono dalla sua narrazione, consentendo al soggetto di andare oltre, fino al centro e all'origine della sua sofferenza (Brunelli, 1998).

La tecnica descritta dalla Brunelli - che, peraltro è impiegata in molti altri lavori relazionali non finalizzati alla gestione del conflitto - permette ai mediatori di accompagnare i confliggenti verso la presa di coscienza che nell'incontro di mediazione non vale la logica per la quale se uno è nel giusto, ciò avviene necessariamente a discapito dell'altro, il quale allora per definizione sbaglia.

Questo non implica che le parti debbano rinunciare ai propri punti di vista e ai propri valori, ma significa che sono liberati, in tale contesto, dalla classica preoccupazione secondo cui

dimostrare che ho ragione significherebbe ammettere che potrei avere torto (Beaumarchais).¹²

Il mediatore riconosce la solitudine, la rabbia e la frustrazione, "specchia" la tristezza della fiducia perduta, e il suo ascoltare e rinviare ai protagonisti della mediazione i loro vissuti consente a ciascuno di parlare di sé. Poco alla volta entrambe le parti si ritrovano a dar voce a ciò che provano, non per rinfacciarlo all'altro - o non più soltanto per quello - ma per dirlo a se stesse. L'espressione dei vissuti, la comunicazione dei dolori e delle angosce consente loro finalmente di spiegarsi, di lasciar cadere i ruoli con i quali si sono presentati e attorno ai quali ruotava il conflitto. Di fronte ai mediatori, ma soprattutto al cospetto l'uno dell'altro, non ci sono più soltanto un paziente e un professionista, ma due esseri umani, due persone che si raccontano e che attraverso il racconto di sé offrono all'altro la possibilità di una conoscenza più ricca e complessa, che può condurre alla comprensione. L'esito di una mediazione riuscita è proprio questo arrivare a sentire l'altro, a comprenderne empaticamente la realtà e a riconoscere la verità soggettiva ma preziosa di cui è portatore. Si tratta di una comprensione profonda, ma non miracolosa; naturale, in fondo e da sempre sperimentata.

Uno dei pilastri su cui le diverse pratiche di mediazione, compresa quella descritta, poggiano è in effetti la capacità naturale di mediare presente nelle persone: si pensi alle innumerevoli situazioni della vita di tutti i giorni in cui realizziamo delle mediazioni come confliggenti, pur in assenza di mediatori formali o informali. Si tratta di ciò che la Klein (1978) chiama "accesso alla posizione depressiva", vale a dire - uscendo dalla dimensione psicoanalitica e riferendosi alle esperienze di quotidiana mediazione - della capacità di ognuno di uscire dallo schema difensivo e/o aggressivo in cui è - o si è - ingabbiato, per arrivare a sentire l'altro: è una capacità, un'attitudine che esiste da sempre, da prima che venisse configurato l'intervento professionale del mediatore. Ed è su tale potenzialità dell'essere umano che la mediazione trasformativa si basa per la gestione delle situazioni in cui gli attori non riescono autonomamente ad attivare le loro naturali capacità di mediazione, proprio per il livello di *escalation* cui il conflitto è giunto.

Ciò significa, quindi, che l'approccio dell'*équipe* di mediazione non consiste nello svolgere una funzione di stimolo alla riconciliazione, che verrebbe rifiutata con sdegno dagli attori, ma nel dare uno spazio di ascolto.

Occorre, però, distinguere tra l'approccio del mediatore - in particolare in relazione all'uso dello "specchio", detto anche "sentito" (il nominare l'emozione avvertita nel confliggente, utilizzando l'espressione "sentire": ad esempio, "la sento arrabbiato"; "la sento angosciata"; "sento che si sente sola") - e quello dello psicologo. Si tratta di una distinzione non facile, poiché come non esiste un solo modo di fare mediazione, così vi sono molteplici scuole e orientamenti presenti in psicologia. Per ragioni di sintesi, ci si

¹² Cit. in Quattrocchio A. La mediazione trasformativa. *Quaderni di mediazione*, anno I, n. 1, 2005.

può limitare a recuperare le osservazioni di Heinz Kohut (1982), pioniere della psicologia psicoanalitica del sé, che fin dal saggio "Introspezione, empatia, psicoanalisi: indagine sul rapporto tra modalità di osservazione e teoria" identifica l'empatia come il metodo principale per raccogliere i dati in psicoanalisi: Kohut (1986) definisce l'empatia come

la capacità quotidiana di provare ciò che un'altra persona prova, anche se di solito, e giustamente, in maniera attenuata (p. 115).

Questo riferimento a un'attenuazione nella ricezione dell'esperienza emozionale dell'altro è essenziale per illustrare meglio l'attività del mediatore: il suo sentire e rispecchiare la sofferenza degli attori del conflitto è funzionale a determinare un cambiamento nella loro relazione, un cambiamento mediato appunto da un arricchimento nelle percezioni reciproche, soprattutto a livello emotivo, ma è anche funzionale a far sentire alle persone che gli sono sedute davanti che egli le comprende; le comprende, ma non si sostituisce a loro. D'altra parte, gli adulti, al pari dei neonati, hanno bisogno di un'empatia attenuata piuttosto che di un'empatia totale e totalizzante. Se chi ascolta, mentre gli viene narrata un'esperienza angosciante, si fa prendere dallo sgomento, chi sta raccontando tale esperienza si arresta; è possibile perfino che il narratore si trasformi in "contenitore" (Bion, 1989), mentre poco prima stava cercando comprensione e contenimento. Kohut, a proposito della relazione madre-bambino, afferma che se il neonato è ansioso e la madre sente la sua ansia, prendendolo in braccio e tenendolo stretto, il bambino si calma, poiché avverte di essere stato compreso, percepisce che la madre ha provato non tutta l'ansia che lo afferrava, ma una versione attenuata di essa; invece, se la madre non riesce a provare una versione più debole di quell'ansia e vi reagisce con il panico oppure erigendo un'invalidabile parete tra sé e il neonato, indurrà in lui una propensione alla diffusione incontrollata di ansia o la formazione di una "organizzazione psichica impoverita" (Kohut, 1986, p. 115).

Naturalmente, la funzione del "sentito" - cioè della traduzione concreta dell'esperienza dell'empatia durante il processo di mediazione - non assolve la funzione di prevenire l'impoverimento dell'organizzazione psichica dell'altro, ma quella di generare una situazione di accoglienza, che vada a strutturarsi in un clima di scambio tra le parti, che non sia più costellato di colpi e fendenti, ma che si connoti per la comunicazione di vissuti e la rielaborazione di questi.

Inoltre, l'empatia non ha come fine quello di fungere da premessa per la raccolta di dati e la strutturazione di interconnessioni causali delle reazioni e dei fenomeni osservati, che valgono invece, secondo Kohut, a qualificare un approccio scientifico (1976, p. 288). Kohut, infatti, pur precisando che lo psicoanalista deve essere dotato di empatia per poter raccogliere i dati necessari, asserisce che in certe fasi questo professionista deve poter abbandonare l'atteggiamento empatico, poiché gli psicoanalisti

se non sanno andare al di là dell'empatia non possono stabilire ipotesi né teorie e [...] non possono arrivare ad una spiegazione dei dati osservati (Kohut, 1976, p. 291).

In effetti, all'*équipe* di mediazione non interessa proporre delle spiegazioni, né può permettersi di farlo. Se un mediatore si prendesse la libertà di procedere a un'elaborazione esplicativa dei dati osservati attraverso l'empatia e delle reazioni delle parti ai suoi "sentiti", compirebbe contemporaneamente un'invasione di campo in un terreno su cui non è detto che abbia delle competenze (potrebbe, come spesso accade, non avere una formazione psicologica) e un tradimento dei suoi "clienti", che non si sono rivolti all'*équipe* come terapeuti, ma come mediatori. Sono gli attori della mediazione, piuttosto, che trovano dei significati, fanno delle connessioni, si interrogano e si mettono in discussione, cambiando prospettiva, approdando a letture diverse - a volte radicalmente diverse da quelle originarie - del loro e dell'altrui comportamento, delle motivazioni sottostanti e del futuro.

Naturalmente, la tentazione di fornire un'interpretazione può essere anche molto forte per il mediatore che ascolta lo sfogo di un protagonista di un conflitto. Spesso, infatti, si è indotti a pensare che questa persona, arrabbiata, confusa o preoccupata, necessiti, magari a sua insaputa, di una spiegazione logica riguardo al proprio stato emotivo. Il mediatore, potrebbe ritenersi un professionista decisamente sensibile e introspettivo, per il fatto di riuscire a ricondurre le emozioni del suo interlocutore a una serie di cause plausibili.

In realtà, però, occorre chiedersi se era una spiegazione ciò che davvero il suo interlocutore cercava. Non sempre. È piuttosto probabile che la ricerca di una spiegazione scaturisca da un bisogno del mediatore, che sia l'umanissimo disagio rispetto alla dimensione emotiva a spingerlo all'individuazione di cause e connessioni: ne *Il crepuscolo degli idoli*, Nietzsche affermava

Ricondurre qualche cosa di sconosciuto a qualcosa di conosciuto solleva, tranquillizza e soddisfa lo spirito, procurando inoltre un sentimento di potenza. Lo sconosciuto comporta il pericolo, l'inquietudine, la preoccupazione. [...] Una spiegazione qualsiasi è meglio che nessuna spiegazione. [...] La prima idea con cui ci si spiega l'ignoto come conosciuto fa tanto bene che la si crede vera; l'istinto delle cause è dunque determinato e risvegliato dal sentimento della paura,

Indipendentemente dalla motivazione conscia o inconscia alla base di questa tendenza, spiegare non significa necessariamente comprendere e neppure accogliere. C'è invece il rischio concreto che la razionale ricerca di una catena logica alla base dell'emozione altrui impedisca al mediatore di sentire, determinando una non trascurabile sensazione di solitudine in capo a chi sperava di essere accolto e raccolto.

L'esperienza insegna che nel confronto con chi è protagonista di un conflitto anche la proposta di soluzioni e di rassicurazioni ha un lato oscuro e controproducente. Dietro il tentativo di calmare e rassicurare la persona arrabbiata, angosciata o disperata, non è raro riscontrare un atteggiamento di velato, forse inconsapevole, rifiuto di quei vissuti emotivi.

Un altro atteggiamento che, se adottato dai mediatori potrebbe creare addirittura un vissuto di tradimento, è quello di perseguire degli obiettivi. Si tratta in realtà di una propensione abbastanza comune. Quando, ascoltando la sofferenza dell'altro, si individua

quella che pare essere la giusta soluzione e si è sicuri di aver scoperto la vera spiegazione di tanto dolore, è facile lasciarsi tentare non soltanto dal desiderio/bisogno di consigliare, ma anche da quello di dare una precisa direzione al comportamento dell'altro. Sospingerlo lungo la giusta via, ricorrere a tutte le capacità di diplomatica persuasione per indurlo a modificare comportamenti, opinioni o punti di vista, sembra essere la più idonea delle strategie. Non lo è però, allorché si tratta di gestire un conflitto con le modalità qui descritte. Poiché chi è coinvolto in un conflitto che ha raggiunto livelli di *escalation* quali quelli precedentemente esposti, non soltanto sta male e può essere insofferente alle diverse sollecitazioni, ma può anche avere la sensazione - non del tutto infondata - di essere oggetto di un tentativo di manipolazione.

Esercitare la capacità di ricezione è quindi la premessa non tanto per capire razionalmente, quanto per comprendere emozionalmente, cioè calarsi nel vissuto altrui e apprenderlo. L'apprendimento delle emozioni e dei sentimenti del soggetto che parla non è un esercizio di dietrologia, un andare a cercare motivazioni occulte e inconfessabili, è più semplicemente un sentire e un riconoscere nel discorso manifesto e concreto il significato emotivo di cui è intrisa la realtà del parlante.

3.3.2. Una delle funzioni della formazione

I mediatori sono dunque co-protagonisti - cioè deuteragonisti o tritagonisti, a seconda delle fasi del percorso, come si vedrà più avanti - in quanto incontrano un altro essere umano e condividono con questi la scena dell'incontro (e ciascuno di essi è ovviamente protagonista dell'esperienza dal proprio punto di vista), ma devono tendere a proporsi come lo sfondo da cui far emergere e risaltare con la massima nitidezza possibile la figura del mediatore o dei mediatori.

Non si tratta di un compito facile, poiché la complessità di questo ruolo, intrinseca all'attività di ascolto empatico, scaturisce dalla necessità di essere presenti a se stessi e di mettersi da parte. Si tratta di dar vita a un equilibrio instabile, tanto delicato quanto difficile. Questo processo dinamico può essere fonte di frustrazione: e non è un caso che questa sia la sensazione più nitidamente rammentata dai mediatori dopo l'incontro di mediazione. Per un tempo protratto essi sono stati nella scomoda posizione di chi segue la narrazione altrui, e in un certo senso vi partecipa, ma senza potere intervenire su di essa, neppure in termini di elaborazione interiore secondo i propri schemi, valori, gusti e sentimenti - se non *ex post*, dopo l'incontro. Essi si sono posti accanto al mediatore o ai mediatori, hanno assistito al prodursi, o riprodursi, concreto e drammatico del conflitto, nelle sue valenze e implicazioni emotive e affettive, ma ne sono rimasti spettatori neutrali. Spettatori *sui generis*, poiché, in realtà, essi ci sono e comunicano la loro presenza testimoniando le loro sensazioni. Le loro sensazioni, tuttavia, non sono altro che i vissuti avvertiti nei mediatori. Soltanto questo è quanto ciascun mediatore testimonia ai protagonisti della mediazione. Le emozioni "veramente sue", come le sue opinioni, devono restare dove e come stanno, cioè silenziose dentro la sua mente. Da qui quel senso di frustrazione, ma anche le difficoltà e la tensione, avvertito da chi tenta di distinguere tra ciò che sente nell'altro e dell'altro e ciò che sente di sé. Da qui, anche la

scomodità di essere protagonista di secondo piano, cioè di essere dapprima il facilitatore di un racconto il cui narratore e interprete è un altro e poi il catalizzatore di una trasformazione di cui il soggetto attivo è ancora l'altro.

Il mediatore deve avere quel minimo di umiltà - e di prudenza - necessaria a ricordare costantemente che le sue parole, che servono a "specchiare" le emozioni e i sentimenti altrui, non sono mai "vere". Egli dice, non dichiara. Propone, non asserisce. La sua resta una testimonianza di ciò che avverte dentro di sé (di ciò che avverte dell'altro, d'accordo, ma sempre dentro di sé). Deve quindi avere quel tanto di modestia sufficiente a rammentarsi che, come quella presentata da ogni testimone, la sua è una verità squisitamente soggettiva, e in quanto tale suscettibile di contraddizione. E occorre anche che sia sufficientemente allenato a non fare sistematicamente confusione tra gli elementi propri e altrui.

Per queste ragioni, durante la formazione sono molto numerose le attività in cui si chiede ai partecipanti di riconoscere le emozioni e i sentimenti percepiti nell'altro e di distinguerli da quelli avvertiti dentro di sé. Accorgersi di ciò che si pensa e si prova e accantonare questi elementi in ogni istante per consentire al protagonista di emergere come figura tendente alla nitidezza e alla pienezza, presuppone il possesso di una certa dimestichezza con la propria capacità di stare dentro il disagio altrui, di sostenerne e accettarne la rabbia e di sospendere il giudizio.

Una buona palestra sono le situazioni in ambito formativo in cui il partecipante assume la posizione di attore del conflitto. Riflettere su queste simulazioni, che hanno sempre il sapore di realtà dell'esperienza relazionale, sui vissuti che ne derivano, sui comportamenti che si sono posti in atto e su quelli del proprio antagonista, serve a incrementare la duttilità e la solidità delle proprie competenze di mediatori e a rivedere criticamente le proprie prestazioni nelle situazioni in cui ci si è sperimentati nel ruolo di mediatori. Serve anche a sviluppare la capacità di ritrarsi di fronte a un conflitto o a dei confliggenti allorché si riconosce di non essere in grado di accostarli con spirito neutrale, cioè se ci si accorge di non riuscire a sospendere dentro di sé il giudizio.¹³ Quando la propensione a valutare torna a imporsi, allora è bene, in una situazione operativa - cioè di mediazione reale e non nelle simulazioni svolte durante il percorso formativo -, farsi da parte e lasciare che di quel conflitto si occupino altri colleghi.

Occorre tenere presente che il mediatore è sì un professionista - mediatori non ci si improvvisa, e non basta una formazione di tipo puramente teorico per poter svolgere questo lavoro in modo efficace, sereno e onesto -, ma non è un individuo più saggio o più maturo e consapevole del professionista e del paziente, o del suo familiare, che gli stanno davanti: anche lui nei suoi conflitti privati è condizionato da meccanismi analoghi a quelli che governano le interazioni di quei due confliggenti. Ha la possibilità di gestire il loro conflitto perché, grazie alla formazione e al suo essersi messo in gioco nelle diverse esperienze formative, realizza non soltanto che quel conflitto non è il suo, ma soprattutto che può e deve restare ugualmente vicino ad entrambi. E ciò non significa che rispetto

¹³ La questione della neutralità dei mediatori è approfondita nel Paragrafo 3.4.

alla vicenda conflittuale e ai suoi retroscena egli ne sappia più di quanto ne sanno i confliggenti. Sotto questo profilo è essenziale che non perda la capacità di sorprendersi: sia nel senso di provare sorpresa, sia in quello di sorprendere se stesso, cioè nel senso dell'attitudine a scoprire qualcosa di sé.

3.3.3. La struttura del percorso di mediazione nel modello trasformativo

Proprio in considerazione delle dinamiche relazionali che attraversano i conflitti interpersonali è articolato l'iter di questo paradigma di mediazione, che prevede l'attività di tre mediatori.

La finalità del percorso non è infatti quella di portare gli attori del conflitto a trovare "un accordo di facciata" - tanto apparente quanto fragile e provvisorio -, ma permettere un'elaborazione dei blocchi emotivi e cognitivi che hanno determinato un'*escalation* dei sentimenti e dei comportamenti ostili tali da impedire loro di trovare autonomamente la soluzione della lite, generando così il bisogno dell'intervento di professionisti. Occorre allora che questi siano in grado di ascoltare in modo empatico i confliggenti, rispecchiando i loro vissuti, così da accompagnare tali persone nel doloroso percorso di esplorazione delle motivazioni alla base della contrapposizione.

Per realizzare tale attività un solo mediatore, nel serrato e aspro confronto dei due o più confliggenti, incontrerebbe molte difficoltà a gestire il processo senza assumere atteggiamenti direttivi, se non addirittura autoritari, e dunque scarsamente empatici, mentre la presenza di più operatori, e quindi di più sensibilità, consente di rispecchiare e dare voce agli stati emotivi e affettivi eterogenei sperimentati dai protagonisti della vicenda, il che costituisce il presupposto per un successivo approdo a un reale riconoscimento reciproco e a un'autentica scoperta da parte di entrambi delle sofferenze di ciascuno, così da costituire una base solida (la fiducia reciproca) per il prodursi di accordi stabili sull'avvenire della relazione.

Il percorso di mediazione si articola dunque in più fasi, che tengono conto del fatto che, proprio in virtù dei meccanismi dell'*escalation*, è assai improbabile che gli attori aderiscano a una prospettiva di riconciliazione. Questa prospettiva può anche essere avvertita come una proposta offensiva: potrebbe essere infatti letta come sollecitazione a tradire i propri principi, la propria identità oltre che i propri valori. Il cittadino, ad esempio, può avvertire la proposta della mediazione non soltanto come un tentativo di farlo desistere dall'esercizio del suo diritto di ottenere giustizia e riparazione, ma anche come un invito a stringere la mano di quel professionista che egli ritiene, per la sua imperdonabile negligenza, imprudenza o imperizia, un individuo cinico, indifferente e spregiudicato. Vissuti analoghi potrebbero essere sperimentati dall'operatore davanti a tale proposta.

D'altra parte, vi è bisogno di un tempo e di un luogo deputati a far comprendere a ciascuna parte come l'incontro di mediazione - quello tra cittadino e professionista al tavolo della mediazione - non sia finalizzato a riappacificare, ma persegua lo scopo

di permettere un confronto, uno scambio, in cui dare voce a punti di vista, pensieri, impressioni ed emozioni fin lì non espresse e che si avverte il bisogno di comunicare.¹⁴

Le fasi del percorso sono tre.

1. La prima è costituita dai colloqui preliminari con ciascuna parte del conflitto. Queste vengono ascoltate separatamente da due mediatori per accogliere e comprendere le ragioni del loro contrasto e per consentire loro di vivere, oltre che un momento di sfogo, anche l'inizio di un'elaborazione dei vissuti sperimentati. Spesso si rendono necessari più colloqui preliminari con ciascuna parte (fino a un massimo di tre). È in questa fase che le resistenze o i moti di rifiuto che possono essere sollecitati nella persona (cittadino o professionista) dalla parola mediazione (spesso intesa come improponibile riappacificazione con un nemico temuto e detestato) vengono risolte, poiché la persona, che è stata ascoltata (senza sentirsi manipolata, giudicata, interpretata) e ha stabilito un rapporto di fiducia con i mediatori, ha avuto la possibilità di comprendere che l'incontro con l'altro è un momento di confronto, libero ma protetto, in cui avrà la possibilità di esprimersi e comunicare ciò che gli sta a cuore, e non sarà costretto né indotto a concessioni.¹⁵
2. La seconda fase, stante la spontanea adesione di entrambe le parti all'offerta di avvalersi dello strumento mediativo, è costituita dall'incontro dei confliggenti con tre mediatori al tavolo della mediazione. Talvolta è sufficiente un solo incontro di mediazione, più spesso occorre replicare l'incontro una o due volte per raggiungere la completa elaborazione del conflitto e il raggiungimento di una soluzione positiva della vicenda.
3. L'ultima fase è costituita da un colloquio con ciascuna parte nell'ambito del quale si raccolgono gli esiti della mediazione compiuta, onde valutarne gli effetti prodottisi sui singoli e sulla relazione.

¹⁴ I mediatori che prendono parte al percorso sono gli stessi sia nella fase dei colloqui preliminari sia in quella degli incontri *vis à vis* dei confliggenti: infatti, per il carattere intimo e riservato del clima che si produce nei primi colloqui, per il rapporto di fiducia che viene a costruirsi e che permette l'avvio di una messa in discussione non solo dei propri comportamenti ma anche dei propri sentimenti, anche quelli più profondi e scomodi, proporre una diversa composizione dell'*équipe* che siederà al tavolo della mediazione significherebbe generare una sgradevole sensazione di abbandono nel cittadino e nell'operatore, che a quel punto sarebbero portati a compiere un letterale dietrofront.

¹⁵ Questa è una delle ragioni per la quale i centri gestiti da Me.Dia.Re. a Torino e Milano sono definiti Servizi di ascolto del cittadino e di mediazione dei conflitti. Tale impostazione è stata proposta anche nei percorsi formativi svolti presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, appunto perché sia consentito l'accesso al percorso di ascolto e di mediazione anche a chi, pur soffrendo per un conflitto, non è disposto a considerare alcuna possibilità di conciliazione e/o di confronto con "il nemico", ma avverte comunque l'esigenza di un luogo neutro e accogliente in cui dar voce al proprio dolore.

Spesso il conflitto viene risolto già nella prima fase del percorso: non è raro infatti che attraverso i colloqui individuali la persona rifletta sulla propria posizione e sui relativi vissuti, superandoli e ritrovando così autonomamente un dialogo conciliativo con l'altro.

D'altra parte, è anche possibile che il confliggente, professionista o cittadino, dopo uno o più colloqui preliminari rifiuti di incontrare la controparte per le più diverse ragioni, ma ciò non riduce l'importanza dell'ascolto che ha ricevuto. Grazie all'accoglienza empatica riservatagli dai due mediatori, cioè da due persone che sono in rapporto di dipendenza con l'Organizzazione sanitaria, questo individuo ha potuto incontrare l'Istituzione in termini di "scambio umano e non burocratico", esprimendo anche critiche molto aspre e severe, ma soprattutto dando voce ed esplorando quella complessità di significati e vissuti che non può trovare espressione in una segnalazione, in una denuncia o in un rapporto scritti necessariamente con linguaggio formale e tecnico. In altre parole, anche se il percorso si arresta alla fase dell'ascolto, l'attività dei mediatori non è stata inutile, poiché ha permesso alla persona (professionista o cittadino) di essere ri-umanizzata e quindi riconosciuta in quanto tale, in una dimensione che si estende al di là dei confini del ruolo.

3.4. Neutralità e fiducia

3.4.1. La neutralità quale imprescindibile presupposto per il concreto svolgimento e per l'efficacia dell'attività di mediazione

Potrebbe suscitare qualche perplessità il fatto che persone dipendenti di un'Azienda sanitaria siano chiamate a mediare conflitti tra cittadini (residenti o migranti) e operatori della stessa Azienda. La perplessità, in particolare, potrebbe riguardare la neutralità di tali mediatori.

A questo riguardo andrebbe tenuto presente che anche per i mediatori dei conflitti esiste un'etica professionale e che tradirla significa tradire se stessi.

Tuttavia, va anche considerato che le Aziende sanitarie, vale a dire il Servizio sanitario regionale, sono strumento di attuazione e realizzazione del principio contenuto nell'art. 32 della Costituzione, che impone alla Repubblica il dovere di tutelare la salute, essendo questo un diritto fondamentale della persona e un interesse della collettività. Le Aziende sanitarie, quindi, non hanno il compito di realizzare profitti a discapito di ogni criterio di correttezza e imparzialità, né quello di tutelare maldestramente la propria immagine manipolando i fatti e condizionando le persone che muovono delle critiche al loro funzionamento; essendo la funzione delle Aziende sanitarie quella di curare - nel senso più ampio - le persone, compito dei mediatori di queste organizzazioni è concorrere alla realizzazione di tale funzione. Tale funzione è l'unico "interesse" che l'Azienda deve tutelare.

Del resto, l'art. 97 della Carta costituzionale stabilisce esplicitamente i principi di buon funzionamento e di imparzialità della pubblica amministrazione, che costituiscono un dovere anche per i mediatori aziendali, proprio perché in rapporto di dipendenza con

il Servizio sanitario regionale e perché, in base al successivo art. 98, in quanto pubblici impiegati sono al servizio della Nazione, cioè della comunità intera.

Il mediatore aziendale è quindi - e deve sempre essere - neutrale non solo in quanto mediatore (in virtù di un'etica professionale che di per sé sarebbe già garanzia più che sufficiente), ma anche in quanto "aziendale", poiché tali *équipe* di mediazione non fanno altro che concorrere alla tutela della salute, offrendo uno spazio di ascolto e una possibilità di dialogo affinché possano migliorare i rapporti tra paziente/suo familiare e professionista e Azienda.

D'altra parte, l'ente stesso cui appartengono tali mediatori è neutrale, e problemi di imparzialità, giustamente, non si pongono rispetto all'esistenza di servizi di medicina legale, di uffici legali e di URP, che hanno la funzione di affrontare i conflitti qui in argomento con modalità e da prospettive diverse.

A questo proposito è importante ribadire che compito dei mediatori non è quello di accertare delle responsabilità, di stabilire dei rapporti causali tra azione/omissione ed evento. Essi non devono e non possono indagare l'esistenza di un errore diagnostico e/o terapeutico o di una qualche altra scorrettezza e neppure pronunciarsi sulla natura colposa di tale condotta. Le domande che i mediatori possono porre, infatti, non sono: "cosa è successo?", "cosa ha fatto?", oppure "su quali elementi fonda la sua accusa/segnalazione?". La domanda che essi devono e possono porre è, pur nelle sue varianti, sempre la stessa: "come sta?".

Per questa ragione - e anche per il carattere privato e perfino intimo che hanno i colloqui individuali e gli incontri di mediazione - è ovvio che non ha alcun senso la partecipazione al percorso dei difensori del cittadino e dell'operatore sanitario. La presenza di un avvocato dell'una o dell'altra parte andrebbe a stravolgere completamente il senso e la finalità del percorso di ascolto e di mediazione, che peraltro è del tutto slegato dal procedimento giudiziario, potendosi svolgere anche in pendenza di questo.

In realtà, l'idea che i difensori debbano presenziare a tali incontri soffre della stessa confusione da cui è affetta la tesi di coloro che ritengono che per poter essere mediatori di tali conflitti è indispensabile avere una preparazione specifica in medicina. Si tratta in entrambi i casi di una confusione generata da quel *flou conceptuel* relativo alla mediazione cui fa riferimento Bonafè-Schmitt (1992):

La revendication d'une certaine expertise en matière médicale, introduit une autre confusion entre les fonctions de médiation. Il n'est pas demandé au médiateur d'être un expert de la médecine mais de la gestion des conflits et de la communication. En effet, son rôle, n'est pas de porter un jugement sur une affaire, ni de trancher un litige, mais de créer les conditions processuelles pour amener les parties à trouver leur propre solution. A partir de cette conception, on peut comprendre que ce qui est primordial n'est pas une expertise dans un domaine déterminé, mais une compétence en matière de gestion des conflits et de communication; en résumé: on peut être un bon professionnel de la santé et un mauvais médiateur.

Il problema della neutralità e della correttezza dei mediatori si collega a una dimensione relazionale concreta in cui la fiducia dei confliggenti va conquistata sul campo ed è indissolubilmente legata al carattere volontario e consensuale del percorso e alla facoltà delle parti di ritirare il loro consenso in ogni momento. In mancanza di tale fiducia la diminuzione della conflittualità, delle denunce e delle richieste di risarcimento, quale effetto dell'introduzione di un'attività di mediazione dei conflitti, non potrà prodursi; anzi, potrebbe semmai prodursi l'effetto opposto, se l'*équipe* di mediazione non fosse neutrale e perseguisse l'obiettivo di ridurre al silenzio le possibilità di contenzioso. In tale deplorabile caso i "clienti" dei mediatori sarebbero davvero pochi, e quei pochi verosimilmente sarebbero ancora più arrabbiati e ostili verso l'Azienda. Senza considerare che in tali ipotesi ad essere tradita non sarebbe soltanto la fiducia del cittadino ma anche quella del professionista, le cui vicende e condizioni personali e professionali, invece di essere accolte e comprese, finirebbero con l'essere disconosciute, azzittite e insabbiate.

Il progetto può dunque realizzare l'attesa riduzione della conflittualità soltanto se l'attività di mediazione è svolta con lo spirito descritto; altrimenti è fin troppo facile prevederne una rapida perdita di credibilità agli occhi dei cittadini e degli operatori - per non parlare della de-motivazione di coloro che compongono le *équipe* di mediazione; una perdita di credibilità che si rifletterebbe sull'intera struttura come uno smacco grave per l'Azienda, anche in termini d'immagine, sotto il profilo della serietà, trasparenza e affidabilità dell'istituzione e di coloro che la gestiscono.

In definitiva, la più forte garanzia rispetto a un esercizio concretamente corretto della funzione di mediatore, con spirito di imparzialità e di equi-prossimità al cittadino e all'operatore in ogni momento del percorso, risiede nell'essere neutrale anche rispetto all'esito della singola mediazione. E questo aspetto è proprio del modello di mediazione che è stato proposto nei corsi di formazione svolti presso l'Agenzia sanitaria regionale.

3.4.2. La mediazione trasformativa come "prassi" e non come "fare produttivo"

Due autorevoli studiosi statunitensi hanno tentato di delineare una classificazione degli approcci maturati nel filone della mediazione nel corso degli ultimi decenni. Delle quattro impostazioni rinvenute da Bush e Folger (1994), le più diffuse, e le più interessanti ai fini del presente discorso, sono due.

Il primo filone è quello che gli autori definiscono *the satisfactory story*, un approccio che per alcuni versi si rifà al capostipite della riflessione in questo ambito, Morton Deutch. Secondo questo paradigma, la mediazione è uno strumento per soddisfare nel modo più pieno possibile le esigenze e le richieste dei confliggenti. Si tratta cioè di agevolare le parti nel costruire o riprendere dei processi di comunicazione, aiutandole a ridefinire il conflitto nei termini di un problema comune e reciproco, attraverso l'adozione di atteggiamenti collaborativi che si rifanno alle tecniche del *problem solving* e alla logica distributiva e rivendicativa della contrattazione. La prospettiva è pertanto quella di superare il *win-lose approach* per approdare a una *win-win strategy*.

Pur ricco di molti meriti, soprattutto nell'aver determinato un'importante svolta culturale, secondo Elisabetta Nigris (2002) questo approccio nasconde una velata paura del conflitto:

Le tecniche adottate si risolvono spesso nella proposta di pacificazione forzata, che riducono l'aggressività e la violenza immediata, ma che non danno risultati del tutto soddisfacenti nel lungo periodo. Si limitano spesso, infatti, a un tipo d'analisi e d'intervento che si concentra più sul sintomo - ossia sulle cause apparenti dei conflitti stessi - che sulle motivazioni recondite (p. 26).

Il modello definito da Bush e Folger *the transformation story* comprende i contributi più recenti e si sforza di impiegare al meglio le potenzialità della mediazione, sotto il profilo della sua capacità di sostenere le parti nell'affrontare le vere motivazioni della controversia. In quest'ottica la mediazione trasformativa, più di altri modelli, pone l'accento sugli aspetti relazionali e comunicativi del conflitto e sulle dinamiche ad essi legate:

il richiamo alla riorganizzazione delle relazioni sottolinea la necessità di distanziarsi dal campo in cui si svolge il conflitto stesso, per smascherare le motivazioni apparenti che vengono addotte (p. 18).

La funzione del mediatore non è quindi porre termine al conflitto, poiché

egli si pone in ogni caso quale semplice catalizzatore del conflitto per rendere possibile il dialogo alle parti. Così il mediatore dovrà incontrare i mediati senza giudicare, senza volontà di fare alcunché, senza un progetto sugli altri e ponendosi solamente quale facilitatore di un overlapping, di uno spazio di coincidenza che saranno i mediati a trovare producendo un dia-logo e trovando una distanza che permetterà loro di (ri)costruire una visione differente della situazione attuale (Ceretti, 2000, p. 797).

Il fondamento di questa impostazione risiede nel criterio fondamentale alla base dell'idea del modello di mediazione proposto nei corsi di formazione e che deve sempre essere tenuto presente dai mediatori formati, ispirandone ogni atto: il rispetto della persona. Il che equivale a dire che l'intervento dei mediatori deve essere tale da non rendere l'uomo uno strumento in vista di un fine (sia pure la risoluzione del conflitto).

Questo rispetto per la persona (cittadino o operatore) si realizza a condizione che i mediatori in tutto il percorso di ascolto e di mediazione siano sempre osservanti di due criteri ispiratori del loro agire: la libertà e il riconoscimento della persona, quali presupposti perché in termini relazionali l'individuo si senta davvero rispettato.

In tal senso l'agire dei mediatori è riconducibile alla categoria filosofica della "prassi".¹⁶

Nell'ambito del recupero di Aristotele ad opera di Hannah Arendt e Hans Georg Gadamer (anche se l'influenza delle dottrine aristoteliche è giunta fino a un pensatore quale Juergen Habermas), all'interno della cornice della riabilitazione della filosofia pratica

¹⁶ Per un approfondimento su questo punto si veda D'Alessandro, Quattrocchio (2007). Le pagine che seguono sono per lo più una sintesi dei pensieri sviluppati in tale articolo.

(*Rehabilitierung der praktischen Philosophie*) - espressione coniata da Karl-Heinz Ilting (1964) e ripresa nel titolo di un ampio lavoro a cura di Manfred Riedel (1972-1974) - si colloca infatti quanto scrisse Ruediger Bubner (1976) a proposito dei presupposti dell'agire:

Ogni operare (tun) umano è diretto a un fine e sottostà alla struttura dello "in-vista-di-cui" (Worumwillen). [...] La natura specifica degli scopi permette allora di mettere in rilievo e di distinguere uno dall'altro due tipi fondamentali di attività. L'operare infatti può perseguire risultati oggettivi nel mondo, che alla fine del processo sono presenti come prodotti autonomi. Un simile operare si chiama produrre (Herrstellen), fare (machen) o poiesis. In certi contesti per questa attività (Tätigkeit) viene introdotto anche il concetto di lavoro. Oppure l'attività raggiunge il suo fine senza creare prodotti: essa realizza il proprio scopo nell'operare stesso. La differenza tra l'orientamento ai prodotti e la realizzazione pratica degli scopi si riflette in una differenza di struttura dell'attività, che vorrei designare con i termini di esecuzione (Durchführung) e compimento (Vollzug). Azioni vengono compiute, processi produttivi vengono eseguiti (pp. 64-65).

In questo brano rivive la divisione concepita da Aristotele tra scienze teoretiche, scienze pratiche e scienze poetiche. Come è noto, mentre le prime (la teologia e la matematica) hanno per oggetto "il necessario" (*tò anankaíon*), le scienze pratiche, come l'etica e la politica, hanno per oggetto il "per lo più" (*tà hos epi poly*). Il minor grado di precisione di tali discipline non assume alcun significato di minor grado di scientificità, ma indica semplicemente l'essere conforme alla natura dell'oggetto indagato. Il sapere pratico, dunque, non può ammettere conoscenze certe (necessarie), ma solo probabili: la probabilità, che è determinata dalla natura dell'oggetto indagato.

La filosofia pratica pertanto ha a che fare con il "per lo più", con il probabile, cioè con ciò che sta a metà tra il necessario e il casuale ed è, dunque, oggetto di un particolare tipo di sapere, che è sapere pratico: non scientifico, come la matematica e la teologia, ma neppure arbitrario e soggettivo, come il dominio delle opinioni (*éndoxa*) che, in quanto tale, è inconciliabile con qualunque sapere.

L'introduzione operata da Aristotele tra la prassi e la produzione permette di distinguere i due ambiti su cui si è soffermato Bubner: il fare produttivo mira alla realizzazione di oggetti che al termine dell'azione sono presenti nel mondo come cose (*res*) e per i quali viene utilizzata una razionalità tecnica-procedurale, che è ripetibile e che può essere insegnata; l'agire propriamente detto invece ha in se stesso il proprio fine che non è limitato da oggetti, non segue una procedura ripetibile (o almeno non sempre e per ogni caso) ed è di difficile insegnamento.

Il tentativo di Aristotele (ereditato da Platone), attraverso queste distinzioni, era anche quello di limitare l'operato dei sofisti che si proponevano di insegnare dietro pagamento "l'arte del produrre discorsi convincenti": separare la prassi dalla produzione valeva in quel particolare momento storico ad arginare la tecnicizzazione di una prassi il cui fine era quello di persuadere (*peítho*) e non quello di agire per il bene collettivo.

Anche sotto tale profilo la mediazione trasformativa, che non è una procedura sebbene si avvalga di procedure e di tecniche, rientra nell'ambito della prassi: non si sforza di persuadere, ma di comprendere.

Le concezioni della mediazione che si iscrivono nel filone della *satisfactory story* possono essere invece ricondotte al fare produttivo, poiché con il loro approccio di *problem solving* in effetti pongono come fine¹⁷ la "risoluzione del conflitto", utilizzando procedure che mirano a una conciliazione o a una riappacificazione. In tali indirizzi il fine diventa il presupposto e guida l'agire del mediatore, che a sua volta guida - non "accompagna" - le persone verso un traguardo che rischia di essere in primo luogo il suo.

Tale approccio corrisponde apparentemente a criteri di efficienza, mirando a una conclusione della lite in termini di soddisfazione reciproca, ma comporta alcuni notevoli rischi: come si è già rilevato, da un lato la scarsa applicabilità di tale strumento (si vedano le precedenti considerazioni sulle resistenze di chi è coinvolto in un conflitto ad accogliere proposte di collaborazione con la controparte in vista della soluzione del problema: si pensi al cittadino che accusa un medico di avergli ucciso il figlio, il coniuge o un genitore, ma anche alla rabbia del medico accusato di essere un omicida, alla stessa stregua di un pirata della strada); dall'altro la possibilità che la soddisfazione ottenuta sia più apparente che reale.

Nell'adottare un metodo orientato al *problem solving* vi è la concreta possibilità che, al termine di una mediazione, venga meno l'oggetto esterno del conflitto (che si trovi cioè un accordo, ad esempio, sulla liquidazione di un danno), ma che l'ostilità e/o la sfiducia rimangano; e accanto ad esse, una sensazione di mancato chiarimento, e più in generale un sentimento di vuoto, per cui risulta difficile per i protagonisti di quel conflitto dirsi soddisfatti, e magari anche spiegare le ragioni della propria amarezza.

Tale insoddisfazione in ultima analisi riguarda le due dimensioni sopra citate: libertà e riconoscimento. Infatti, se il fine della mediazione è quello di ottenere un risultato predefinito, ciò provoca non soltanto un'astratta ricaduta nell'ambito del produrre, ma anche una concreta compressione dell'individualità del soggetto, poiché un'anticipazione del risultato atteso elimina alla radice il presupposto della libertà dei due contendenti (libertà di esprimersi, di dare voce a ciò che pensano e provano). Il che peraltro contrasta alquanto sia con il presupposto della mediazione quale spazio in cui il conflitto anziché essere delegato a figure terze è gestito dai suoi protagonisti con il supporto di terzi che hanno un compito di facilitazione della comunicazione, sia con la possibilità che gli attori si sentano riconosciuti come persone e non soltanto come ruoli.

Si è già chiarito che il conflitto, per struttura intrinseca, genera un meccanismo che annulla il riconoscimento dell'altro e, con il progredire dell'*escalation*, distoglie i due soggetti coinvolti dal considerare l'altro una persona: l'altro, a causa della sofferenza provata da ciascuno per non essersi sentito riconosciuto e della rabbia conseguente,

¹⁷ Ogni azione è strutturalmente volta alla realizzazione di un fine (*télos*, secondo la nozione di Aristotele).

diventa "nemico", e si crea una distribuzione dei ruoli di vittima e carnefice, che finiscono appunto col relegare gli individui a un ruolo, a una maschera.

In ragione di ciò, l'ascolto del mediatore è volto a permettere di ristabilire una comunicazione non distorta, a consentire ai soggetti di superare la bidimensionalità in cui si sono reciprocamente appiattiti, per restituirsi vicendevolmente tridimensionalità (complessità). I mediatori "permettono", non inducono: altrimenti non vi sarebbe libertà.

La libertà e il sentirsi riconosciuti come persone non si realizzano se nella gestione di quel conflitto da parte di terzi gli attori non possono esprimere i significati, i sentimenti, i valori coinvolti e attivati dal conflitto. Sta ai mediatori restituire loro tale libertà, da cui l'interazione conflittuale li ha tenuti lontani, relegandola nell'ambito dei non detti e più in generale dell'inesprimibile.

In tal senso si produce quel che Federica Brunelli, ispirandosi all'impostazione di Jacqueline Morineau (2000), definisce "il cambiamento nella percezione dell'altro" (1998, p. 274): un cambiamento e un arricchimento di quell'immagine dell'altro che il conflitto aveva fortemente condizionato e impoverito. È questa la ragione per la quale tale modello di mediazione è definito trasformativo: perché permette la trasformazione, una trasformazione profonda, che l'attività dei mediatori rende possibile senza realizzare forzature. Se no non sarebbe una trasformazione e meno che mai sarebbe profonda.

La valenza trasformativa del paradigma di mediazione appreso e applicato dai mediatori formati contribuisce a rafforzare le peculiarità del progetto formativo. Un progetto che è rivelatore di una capacità in tutti coloro che hanno concorso a realizzarlo di "guardare lontano": una tale iniziativa, declinata con questo approccio etico e metodologico, rivela cioè una propensione a non restringere l'orizzonte a un discorso di costi e di risultati immediati e prontamente quantificabili o a una politica di semplice riduzione del danno, ma ad allargarlo al tema dell'appartenenza alla comunità. In una società connotata da un crescente distacco dell'individuo dalla comunità e dalle sue istituzioni, tale progetto si caratterizza quindi per un forte obiettivo di riparazione del rapporto tra il cittadino e le istituzioni e delle relazioni tra le persone.

Inoltre, proprio nel suo distinguersi dalla logica del *tort system*, l'accoglienza data al professionista all'interno di un percorso di ascolto e di mediazione trasformativa assume una valenza di particolare portata. L'impostazione del *tort system*, oggi assolutamente prevalente, non soltanto in ambito giudiziario, si fonda essenzialmente sul trovare risposte a due interrogativi: "chi?" e "che cosa?". Il che significa focalizzare atti individuali e, nel relazionare conseguenze gravi ad eventi infrequenti (utilizzando dinamiche di tipo probabilistico), porre sotto accusa i singoli, per arrivare, nel caso del contenzioso, a risolvere le dispute in modo pubblico, generando frustrazioni e umiliazioni, ma senza che si preveda alcun tipo di *follow up*. Il *tort system* finisce quindi con il sostenere un orientamento difensivo, teso a disconoscere gli errori.

Obiettivo della mediazione trasformativa è invece anche non lasciare il professionista solo nel conflitto. Carl Rogers (1980), le cui riflessioni hanno offerto più di uno spunto per le basi concettuali del modello di mediazione descritto, ha affermato:

Trovo che l'ascoltare comporta delle conseguenze. Quando ascolto veramente una persona e i significati che sono importanti per essa in quel momento, porgendo la mia attenzione non solo alle parole, ma a tutta quanta la persona, e quando le faccio capire che ho ascoltato i suoi significati privati e personali, allora accadono delle cose. In primo luogo si nota uno sguardo di gratitudine. L'altro si sente più rilassato, e ora vuole dirmi molte più cose del suo mondo. Sente un nuovo senso di libertà. Diventa più disponibile verso il cambiamento. Consentitemi ora di passare ad una seconda acquisizione. Mi piace essere ascoltato. Un certo numero di volte nella mia vita sono trovato nel labirinto di problemi insolubili. Penso di essere stato più fortunato di molte persone, nel trovare, in queste circostanze, individui che sono stati capaci di ascoltarmi. Posso garantirvi che quando ci si trova in uno stato di abbattimento psicologico e qualcuno ci ascolta realmente, allora ci sente proprio bene!

Sono queste le ragioni per cui tali percorsi di ascolto e di mediazione - nei loro effetti di ricostruzione/rinnovamento del legame sociale tra i cittadini (cittadino-paziente e cittadino-professionista) e tra questi e le istituzioni, un legame che è fondato sulla ritrovata fiducia dentro le persone - si distinguono dai percorsi di tipo conciliativo o negoziale. Si potrebbe asserire che le attività di mediazione trasformativa sono un passo prima (potendone essere l'anticamera nei loro effetti di *de-escalation* del conflitto) ma anche uno oltre la conciliazione.

Certamente una simile attività sarebbe di rilevanza notevole anche se venisse svolta da personale esterno al Servizio sanitario, ma il fatto che siano proprio persone in rapporto di dipendenza con esso conferisce

quel valore aggiunto che costituisce la forza etica e la spinta fondamentale che soggiacciono all'ideazione di questo progetto: vale a dire l'attenzione dell'Istituzione che, in quanto Servizio sanitario, si preoccupa di curare, cioè di accogliere e ascoltare anche coloro che dall'esterno o al suo interno muovono delle critiche, da considerare una risorsa per migliorare (De Palma et al., 2007).

Riferimenti bibliografici

- Arielli E., Scotto G. *I conflitti. Introduzione a una teoria generale*. Milano, Bruno Mondadori, 1998.
- Bion W.R. *Seminari clinici*. Milano, Raffaello Cortina, 1989.
- Bonafé-Schmitt J.P. *La ou les mediations dans le domaine de la santé*. Paris, Syros Alternatives, 1992.
- Boverini S., Quattrocolo A. Abusi, conflitti e possibilità di mediazione. In Franceschetti E. (a cura di). *La tutela del minore*. Forlì, Experta Edizioni, 2005.
- Brunelli F. La tecnica di mediazione. In Ricotti L. (a cura di). *La mediazione nel sistema penale minorile*. Padova, Cedam, 1998, pp. 277-280.
- Bubner R. *Grundbegriffe praktischer Philosophie. Neuauflage mit einem Anhang*. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1976. Traduzione italiana Argenton B. (a cura di). *Azione, linguaggio e ragione. I concetti fondamentali della filosofia pratica*. Bologna, Il Mulino, 1985.
- Bush R.A.B., Folger J.P. *Promise of Mediation*. San Francisco, Jossey-Bass Publ, 1994.
- Ceretti A. Mediazione penale e giustizia. Incontrare una norma. In Ceretti A. *Studi in ricordo di Gian Domenico Pisapia*. Vol. III, Criminologia. Milano, Giuffrè, 2000, pp. 713-809.
- D'Alessandro M., Quattrocolo A. La mediazione trasformativa come "prassi". I presupposti filosofici della "mediazione trasformativa dei conflitti". *Quaderni di mediazione*. Cagliari, Puntodifuga Editore, Anno II, n. 5, 2007.
- De Palma A., Marozzi F., Quattrocolo A. Responsabilità professionale e mediazione trasformativa dei conflitti. In pubblicazione su *GYNECOAOGOI*, 2007.
- De Palma A., Quattrocolo A. Mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie: un caso concreto. *Quaderni di mediazione*. Puntodifuga Editore. Anno II, n. 4, 2006.
- Deutsch M. *The resolution of conflict*. New Haven (CT) Yale University Press, 1973.
- Gaddi D., Marozzi F., Quattrocolo A. Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica. *Riv It Med Leg*, settembre-ottobre 2003, pp. 839-856.
- Glasl F. The Process of Conflict Escalation and the Role of Third Parties. In Bomers G.R., Peterson R.B. (a cura di). *Conflict Management and Industrial Relations*. Boston, Kluwer-Nijhof, 1982.
- Ilting K-H. Hobbes und die praktische Philosophie der Neuzeit. *Philosophische Rundschau*, n. 72, 1964.
- Klein M. Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia. In Klein M. *Scritti 1921-1958*. Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- Kohut H. Introspezione, empatia, psicoanalisi: indagine sul rapporto tra modalità di osservazione e teoria. In Kohut H. *La ricerca del sé*. Torino, Bollati Boringhieri, 1982. [Versione originale 1959].

- Kohut H. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut H. *La cura psicoanalitica*. Torino, Bollati Boringhieri, 1986.
- Morineau J. *Lo spirito della mediazione*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Muldoon B. *The heart of conflict*. New York, G.P. Putnam's Sons, 1996.
- Nigris E. *I conflitti a scuola*. Milano, Bruno Mondatori, 2002.
- Quattrocolo A. La mediazione trasformativa. *Quaderni di mediazione*. Puntodifuga Editore. Anno I, n. 1, 2005.
- Quattrocolo A. Mediare i conflitti nella relazione medico-paziente. *Quaderni di mediazione*. Puntodifuga Editore. Anno I, n. 3, 2006.
- Riedel M. *Rehabilitierung der praktischen Philosophie*. Bd I, Geschichte, Probleme, Aufgaben, Freiburg, Rombach, 1972; Bd II, Rezeption Argumentation, Diskussion, Freiburg, Rombach, 1974.
- Rogers C.R. *A way of being*. Boston, Houghton Mifflin, 1980.
- Ross L., Nisbett R.E. *The Person and the Situation*. New York, McGraw-Hill, 1991.
- Tajfel H. Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology*, XXXIII: 1-39, 1982.
- Tajfel H., Wilkes A.L. Classification and quantitative judgement. *British Journal of Psychology*, 54: 101-114, 1963.

4. Il mediatore di conflitti in ambito sanitario: valutazione di impatto del corso di formazione¹⁸

Prima parte. Il progetto formativo

4.1. Introduzione

Nel capitolo verrà illustrato il lavoro di valutazione che ha accompagnato il percorso formativo del mediatore dei conflitti rivolto ad operatori sanitari della regione Emilia-Romagna. In particolare si fa riferimento alle prime due edizioni del corso che si sono svolte da aprile 2005 a giugno 2006 (la prima da aprile a settembre 2005, la seconda da dicembre 2005 a giugno 2006).

La valutazione qui presentata prende in considerazione i diversi ambiti in cui l'intervento formativo impatta, comprendendo quindi sia gli effetti prodotti dall'attività formativa sui processi di costituzione del ruolo di mediatore sia gli effetti che questa azione ha nei contesti organizzativi dove tale ruolo viene agito.

Il Capitolo è suddiviso in due parti: la prima è dedicata alla descrizione della metodologia seguita e all'approfondimento sull'attività formativa; la seconda contiene invece la descrizione dei contesti organizzativi, come si vanno definendo rispetto all'attività mediativa.

L'approccio di valutazione è di tipo sistemico comprendendo quindi i seguenti livelli.

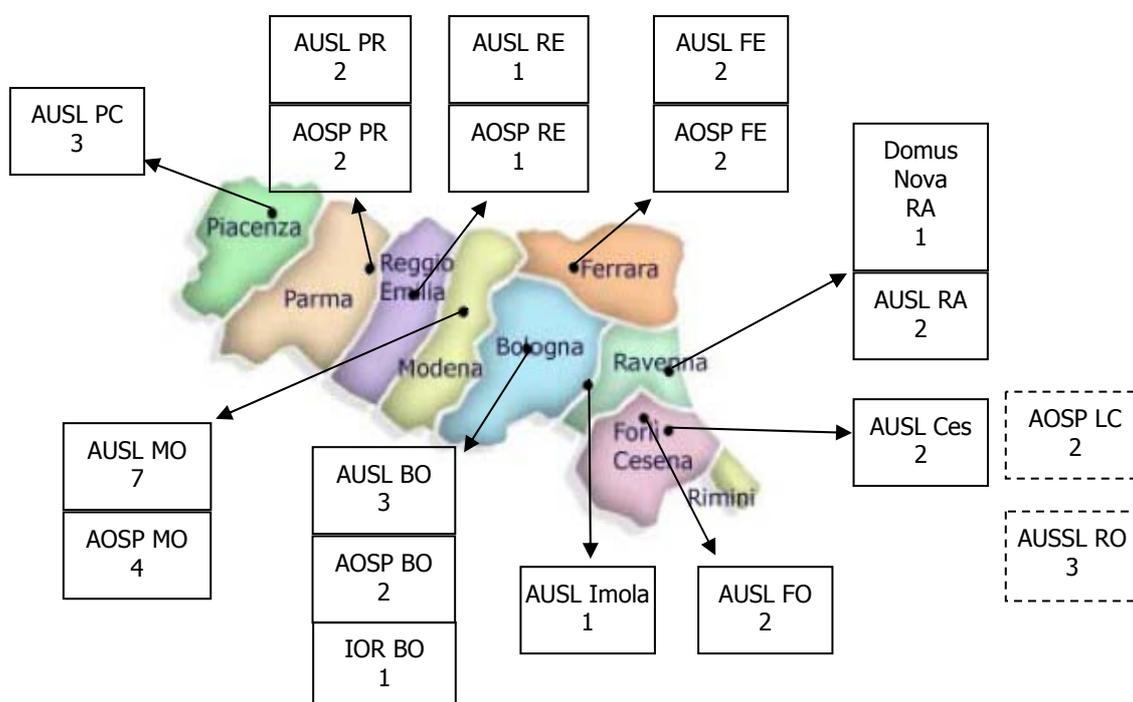
- Valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di *output*
obiettivo è verificare il grado di soddisfazione dei partecipanti al corso e compiere una autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi per ciascuno dei tre moduli. Inoltre si intende cogliere la percezione dei discenti sul clima del gruppo in classe.
- Valutazione degli apprendimenti
obiettivo è valutare l'apprendimento sui contenuti specifici inerenti al ruolo di mediatore.
- Valutazione e controllo del progetto formativo
obiettivo è verificare costantemente alcuni degli aspetti del processo formativo, quali struttura del corso, metodologia didattica e contenuti.

¹⁸ A cura di Maria Augusta Nicoli, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, e Giovanni Ragazzi, Università di Parma, Facoltà di Psicologia.

- Valutazione e controllo dei processi formativi
 obiettivo è valutare in che termini la figura professionale corrisponde alle esigenze organizzative per le quali si è sentita la necessità di costituire tale figura, e come il professionista formato si è inserito nell'organizzazione.

Come si anticipava la valutazione di impatto ha riguardato entrambe le edizioni del corso. Per ciascuna edizione il numero dei partecipanti è di 22 soggetti, per un totale di 44. I partecipanti all'iniziativa formativa provengono dalle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna e in due casi da altre regioni (Azienda ospedaliera di Lecco, Lombardia, e Azienda USSL di Rovigo, Veneto) (Figura 1).

Figura 1. Provenienza dei partecipanti



Come previsto dai criteri di selezione al corso di formazione, i partecipanti sono dipendenti delle Aziende sanitarie e sono disomogenei rispetto alle professionalità svolte (es. medici, infermieri, psicologi, amministrativi, ecc.). Non vi sono sostanziali differenze fra le due edizioni.

Ciascuna edizione del corso è articolata in tre moduli con attività in aula ed è previsto uno *stage* aziendale al termine del primo e del secondo modulo. Le ore complessive sono di 192 di aula, alle quali va sommato il tempo dedicato allo *stage* aziendale e il tempo dedicato alla realizzazione del *Project Work*.

Non ci sono state variazioni tra il primo e il secondo corso rispetto ai docenti, mentre sul piano dei contenuti didattici al termine del primo modulo nella seconda edizione del corso sono stati inseriti aspetti relativi alle tecniche di ascolto e di mediazione, anticipatori dello *stage* aziendale e materia di approfondimento teorico pratico del secondo modulo.

4.2. Metodologia

I soggetti e gli strumenti di indagine

In riferimento ai livelli considerati, diversi sono i soggetti interessati dall'intervento formativo. In particolare, i partecipanti al corso verso cui l'azione formativa è rivolta sono coloro che dovranno esercitare il ruolo di mediatori dei conflitti. Quindi, il loro punto di vista è cruciale per verificare non solo l'impatto dell'attività didattica ma anche in che misura la stessa attività è riuscita a trasmettere le competenze necessarie all'esercizio del ruolo di mediatore e se tale ruolo trova corrispondenza nella pratica aziendale.

I *tutor* aziendali - in quanto facilitatori sia in fase formativa sia nell'espletamento della funzione di mediazione dei conflitti - rappresentano un punto di osservazione rilevante poiché consente di verificare l'impatto tenendo conto sia della duttilità delle competenze acquisite da parte dei partecipanti sia della traducibilità operativa di tali competenze nel contesto aziendale.

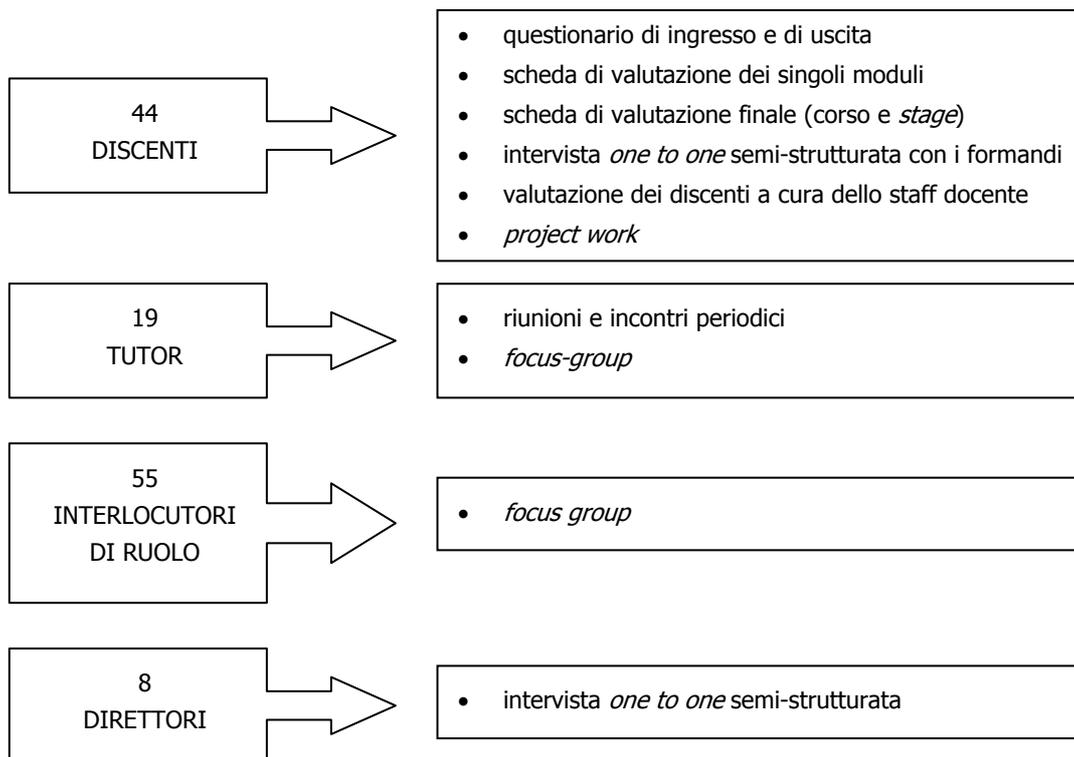
Gli interlocutori di ruolo ovvero le figure apicali dei diversi settori aziendali (Dipartimento di emergenza, cure primarie, *staff* delle Direzione aziendale, ecc.) risultano fondamentali in quanto utilizzatori del mediatore dei conflitti e primi sensori delle problematiche che tale ruolo potrebbe/dovrebbe affrontare. In pratica, il punto di vista di questi interlocutori offre la possibilità di evidenziare i nodi della rete con cui il mediatore dei conflitti si interfaccia e di verificare in che misura le competenze acquisite si integrano e concorrono alla funzione di mediazione quale attributo dell'organizzazione.

Le Direzioni aziendali, rappresentate dai Direttori sanitari e amministrativi in quanto committenti, danno un riscontro sul versante aziendale del disegno complessivo in cui l'intervento formativo si inserisce. Si ricorda che tale ruolo è stato attivato in collegamento all'implementazione della gestione del rischio e pertanto anche la competenza professionale è da considerarsi in stretta relazione ad essa. Considerando che le Aziende sanitarie presentano diversi orientamenti in merito alla gestione del rischio, è importante verificare l'impatto dell'attività formativa, ovvero delle competenze acquisite in relazione a tali orientamenti.

Quale collocazione si intende dare a tale ruolo, come si intende utilizzarlo e in relazione a quali nodi della rete aziendale?

Gli strumenti utilizzati per esplorare i diversi punti di vista sono questionari, interviste semi-strutturate e *focus group*, oltre che l'utilizzo di altre fonti informative quali i materiali prodotti durante il corso e gli incontri periodici di monitoraggio previsti durante e dopo il corso.

Figura 2. Prospetto riassuntivo dei soggetti intervistati e degli strumenti impiegati



Così in relazione ai diversi livelli in cui si articola la valutazione di impatto, i partecipanti al corso di formazione sono stati coinvolti nella:

- valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di *output*
- valutazione degli apprendimenti
- valutazione e controllo del progetto formativo

E sono stati utilizzati i seguenti strumenti di raccolta dati:

- questionario di ingresso e di uscita compilato prima dell'inizio e alla fine del corso;
- scheda di valutazione dei singoli moduli di cui il corso si compone;
- scheda di valutazione finale (corso e *stage*), in cui è stato chiesto ai partecipanti di valutare lo *stage* aziendale e l'iniziativa nel suo complesso;
- intervista *one to one* semi-strutturata condotta con i formandi a metà del percorso (tra il 2° e il 3° modulo);
- valutazione dei discenti compilata dallo *staff* docente.

Per il quarto livello - valutazione e controllo del progetto formativo - sono stati utilizzati:

- *project work* prodotti dai discenti alla fine del corso;
- incontri di supervisione e monitoraggio;
- intervista *one to one* semi-strutturata condotta con i direttori sanitari/amministrativi delle Aziende di provenienza dei discenti;
- *focus group* e riunioni periodiche con i *tutor* aziendali;
- *focus group* con gli interlocutori di ruolo per ogni Azienda.

4.3. Diventare mediatore dei conflitti

Ogni apprendimento è un processo complesso che si qualifica anche attraverso le modalità con le quali si è connotata l'esperienza formativa, secondo il parere dei partecipanti. In particolar modo per le caratteristiche del ruolo che i partecipanti assumeranno, è rilevante la loro capacità di stare in un gruppo e diventa fondamentale la loro risposta nei confronti di un percorso formativo basato sul lavoro di gruppo e sull'elaborazione dei contenuti formativi attraverso il confronto con gli altri.

A questo proposito i partecipanti riferiscono di aver sperimentato un clima di gruppo aperto, proficuo e coinvolgente - a tratti descritto "emotivamente profondo". Tale condizione ha sicuramente inciso sul piano relazionale, tanto che alcuni partecipanti hanno affermato di avere trovato degli amici nei propri compagni di corso.

È stato possibile vivere ed esprimere liberamente le forti emozioni e i sentimenti suscitati durante le esercitazioni e le simulazioni basate su episodi aziendali reali vissuti dai partecipanti. Sono stati lasciati i propri abiti di ruolo per poter vivere in prima persona i vari aspetti emotivi che entrano in gioco nelle situazioni conflittuali e dare spazio a una consapevolezza emozionale critica e intelligente.

Nel percorso formativo i partecipanti hanno riconosciuto nei docenti le competenze per essere guidati e supportati nel processo di apprendimento, descrivendoli come persone estremamente sensibili, preparate e disponibili per qualsiasi chiarimento. Il rapporto con i formatori è risultato dunque ampiamente soddisfacente ed è stata spesso evidenziata la loro abilità nell'armonizzare e gestire un ambiente adatto all'esplorazione delle emozioni e dei sentimenti. In generale, i partecipanti si sono sentiti tutelati anche nei momenti del corso in cui le emozioni e i sentimenti sono emersi con tutta la loro forza provocando l'insorgere di nervosismo e/o rabbia.

In un quadro generale dunque estremamente positivo per quanto riguarda la soddisfazione dei partecipanti e il clima di gruppo, non sono comunque mancati alcuni momenti di criticità che vanno collocati dentro la dinamica propria del percorso di apprendimento, percorso che mette a dura prova il partecipante per il coinvolgimento diretto e le verifiche che deve fare con se stesso rispetto ad aspetti delicati e destabilizzanti sul piano personale.

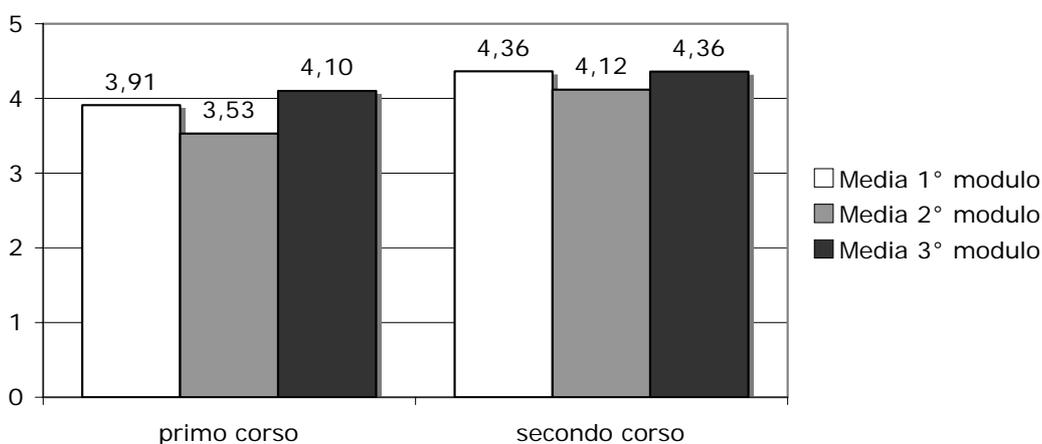
Non è un caso quindi che di fronte alla dispersività di tempo ed energie evidenziate dai partecipanti in alcuni momenti d'aula, si sarebbe preferito un atteggiamento più rigido e direttivo da parte dei docenti. Il dato mette in risalto quanto sottolineato precedentemente. L'attività formativa è stata in grado di scalzare l'attenzione sui contenuti, ponendo invece come centrali gli aspetti della relazione e i vissuti emotivi; ovviamente le reazioni personali possono variare e ogni partecipante deve fare i conti con la propria disponibilità a mettersi in gioco su un terreno che può minacciare, intimorire, e per queste ragioni si preferirebbe che altri prendessero in mano la situazione.

Così sul piano esperienziale due diverse dinamiche si sono create nelle due edizioni del corso. In particolare nel primo corso durante il modulo dedicato all'analisi delle situazioni/casi di conflitto a partire da esperienze concrete riprodotte in aula attraverso simulazioni, alcuni partecipanti hanno riferito di aver provato imbarazzo a trattare

le proprie emozioni in pubblico e di avvertire una generale chiusura e difesa. Al contrario, nel secondo corso la fiducia necessaria ad affrontare e discutere esperienze personali emotivamente coinvolgenti davanti agli altri ha contribuito a legare il gruppo e ha favorito l'integrazione di un insieme di persone caratterizzato da una certa eterogeneità professionale.

Questi elementi si riscontrano anche nella valutazione più sistematica compiuta attraverso le schede di monitoraggio del corso. In generale emerge una valutazione tendenzialmente positiva dell'attività formativa, con una leggera inflessione nel secondo modulo sia per il primo corso che per il secondo corso (*Figura 3*)

Figura 3. Soddisfazione rispetto ai singoli moduli di insegnamento (*range 0-5*)



L'atmosfera del gruppo in entrambi i corsi si caratterizza generalmente come gratificante, cooperativa e orientata al compito. In particolare nel primo corso, l'atmosfera del gruppo viene percepita meno positivamente nel secondo modulo, connotato con vissuti di pigrizia, conflittualità, sfuggente e di tensione (*Figura 4*).

È possibile spiegare queste fluttuazioni caratterizzate dall'aumento di vissuti negativi nel clima di gruppo del 2° modulo come derivanti dall'insorgere di alcune difficoltà e alcuni dubbi fra i partecipanti. Fra il 1° e il 2° modulo infatti sono state messe in pratica le prime esercitazioni sulla mediazione in Azienda sotto forma di ascolti con gli utenti. Il passaggio dalla teoria alla pratica ha inevitabilmente creato insicurezze e aperto problematiche, che verranno successivamente discusse.

Nel secondo corso per quanto riguarda gli aspetti positivi del clima di gruppo l'andamento dei valori dei giudizi è crescente dal primo al terzo modulo (*Figura 5*). Per quanto riguarda gli aspetti negativi, si rileva un andamento decrescente dal primo al terzo modulo, salvo per i giudizi riferiti al vissuto di competitività e di tensione che hanno un picco nel 2° modulo. Pur costituendo lo scoglio "critico", il gruppo riesce a mitigare la problematicità incontrata, tanto che le difficoltà non influiscono sul clima generale che rimane positivo anche nel secondo modulo come nel primo.

Figura 4. Primo corso: clima d'aula (range 0-5)

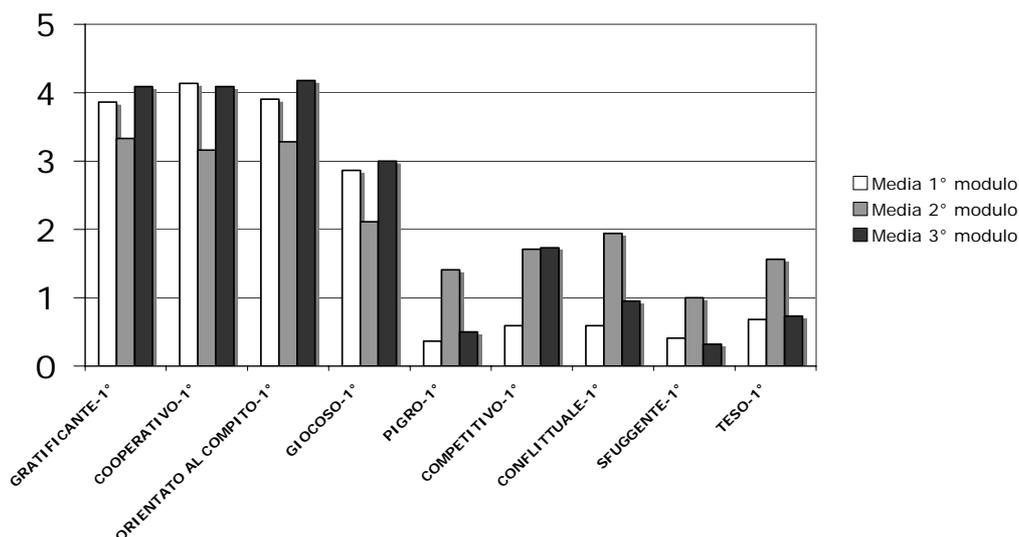
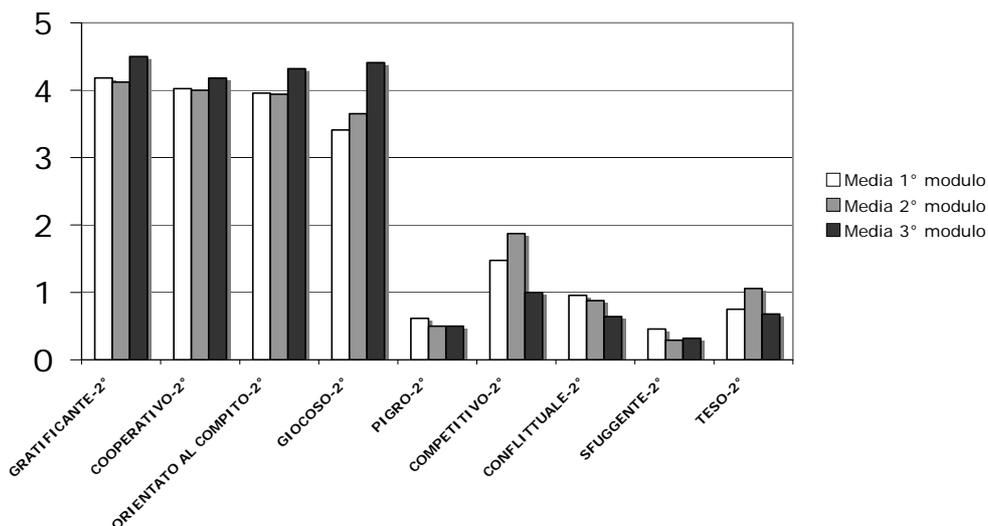
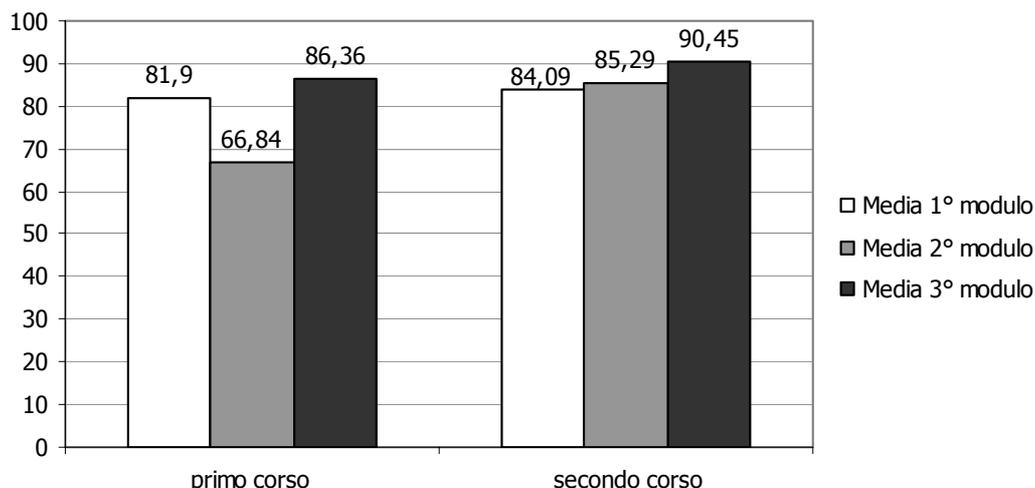


Figura 5. Secondo corso: clima d'aula (range 0-5)



L'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi (Figura 6) presenta andamenti differenti nelle due edizioni. Nella prima si ha una sorta di caduta nel secondo modulo, i partecipanti riferiscono che gli obiettivi formativi dichiarati sono stati raggiunti in minor grado rispetto agli altri due moduli. Nel secondo corso si ha invece un progressivo innalzamento dei valori, dal 1° modulo al 3°.

Il risultato suggerisce che occorre valutare con più attenzione quanto si è determinato nella prima edizione del corso per comprendere meglio le ragioni di tale andamento e non sottovalutare gli aspetti riconducibili alla progettazione del corso che come abbiamo anticipato ha avuto alcune modifiche.

Figura 6. Autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi (*range* 0-100)

4.4. I contenuti professionali

Valutare l'apprendimento significa evidenziare se c'è stato o meno un cambiamento fra un prima e un dopo. Ci si è avvalsi di due tipi di fonti: la prima consiste nell'autovalutazione da parte dei partecipanti, la seconda è rappresentata dalla valutazione dei docenti. In questa sede si prenderà in considerazione la prima, in quanto la seconda è espressa dai giudizi finali sui singoli partecipanti che hanno conseguito tutti un esito positivo, seppure con una diversa gradazione di giudizio.

L'interesse per il punto di vista dei partecipanti in merito a quanto hanno appreso e a cosa ritengono di avere acquisito in termini di competenze specifiche risiede nel fatto che la loro consapevolezza rappresenta la dote con la quale si presentano all'interno delle Aziende sanitarie.

La maggior parte dei soggetti non aveva aspettative precise a riguardo e ha sottolineato la novità dell'approccio con cui si affronta il conflitto. È stato colto con precisione che l'ottica con cui si propone la mediazione di una situazione conflittuale non è quella di arrivare a una soluzione definitiva, stabilendo una fondamentale differenza con la conciliazione che per molti costituiva il termine di confronto più immediato. Da parte dei partecipanti si è giunti dunque alla consapevolezza che il contenzioso non è quasi mai solo tecnico e che la soddisfazione dell'utente non deriva solamente da un accordo contrattuale-economico, ma è anche fortemente influenzata dal piano emotivo-relazionale.

Anche sul piano operativo viene riscontrato che gli strumenti che il corso ha consegnato nelle mani dei partecipanti sono proceduralmente ben strutturati, molto potenti ed effettivamente trasformativi. Nel riscontro pratico viene sottolineato che i concetti trattati e le esercitazioni svolte hanno fornito una tecnica dell'ascolto che nelle prime sperimentazioni aziendali si è rivelata estremamente efficace.

La strategia sottostante il modello adottato per la mediazione consente effettivamente di creare fiducia, di migliorare la comunicazione in senso lato e di facilitare i cittadini nel raccontare i propri vissuti rispetto all'evento oggetto di conflitto.

Le parole più ricorrenti nelle interviste sono state ascolto, sentito, restituzione, specchio e fare da fondo, a testimonianza di quanto la centralità dei contenuti trasmessi sia entrata a far parte di un linguaggio comune ai partecipanti e costituisca il riferimento a una pratica condivisa.

I partecipanti affermano di avere sviluppato una capacità di ascolto caratterizzata da:

- ricettività emozionale;
- capacità di aprirsi agli altri;
- capacità di lavorare sugli aspetti emotivi della relazione con l'altro;
- capacità di analizzare e gestire i sentimenti in situazioni di conflitto.

Molti partecipanti hanno vissuto l'esperienza del corso talmente intensamente che riconoscono effetti sul piano personale e si sentono arricchiti. Un partecipante riferisce che la tecnica del sentito è "uno strumento potentissimo che ti mette di fronte alla tua coscienza, liberatorio e catartico".

A conferma di quanto sopra riportato anche dai risultati ottenuti attraverso la tecnica delle associazioni libere, si evidenzia un significativo spostamento dalle condizioni di partenza al dopo corso.¹⁹ In particolare si è chiesto ai partecipanti di associare liberamente al termine "mediazione" cinque parole al fine di cogliere l'ambito semantico entro cui collocano l'oggetto della mediazione e come il significato varia fra l'inizio del corso e il termine dello stesso. Dall'analisi delle parole associate e ricondotte a categorie, si evidenziano quattro aree tematiche, comuni nei due corsi:

- ascolto/empatia
- neutralità/equilibrio
- conflitto
- relazione/comunicazione

L'analisi dei risultati mostra chiaramente che all'ingresso del corso le macrocategorie presentano una distribuzione percentuale bilanciata rispetto ai contenuti (*Figura 7*).²⁰

¹⁹ La tecnica è stata messa a punto nell'ambito delle ricerche sulle rappresentazioni sociali da parte di Le Bouedec (1979) e Di Giacomo (1985). Essa consiste nel rilevare quanto viene spontaneamente alla mente quando si pensa ad uno stimolo dato. Questa tecnica si fonda sul postulato che il significato di un concetto può essere colto solo in rapporto ad altri concetti, ai quali è più o meno vicino. In altri termini ogni concetto è inscritto in un campo semantico che gli attribuisce il suo significato e la sua coloritura emozionale.

²⁰ L'etichetta *Miss* si riferisce all'assenza dei discendenti al momento della compilazione della scheda valutativa. L'etichetta *Nessun termine* è stata applicata ai casi in cui non sono stati indicati tutti e cinque i termini richiesti.

Le categorie ricavate dalle associazioni prodotte al termine del corso mostrano invece la prevalenza di due aree tematiche quali "ascolto/empatia" e "neutralità/equilibrio", che raggiungono complessivamente il 70% (Figura 8). È interessante la riduzione dell'area tematica "conflitto" quasi a sottolineare che esso non costituisce di fatto l'oggetto principale della mediazione che si impernia invece sul consentire ai confliggenti di prendere nelle loro mani la possibilità di modificare la loro relazione.

Figura 7. Categorie dei termini associati a "mediazione" espresse nella fase di avvio del corso da parte dei partecipanti

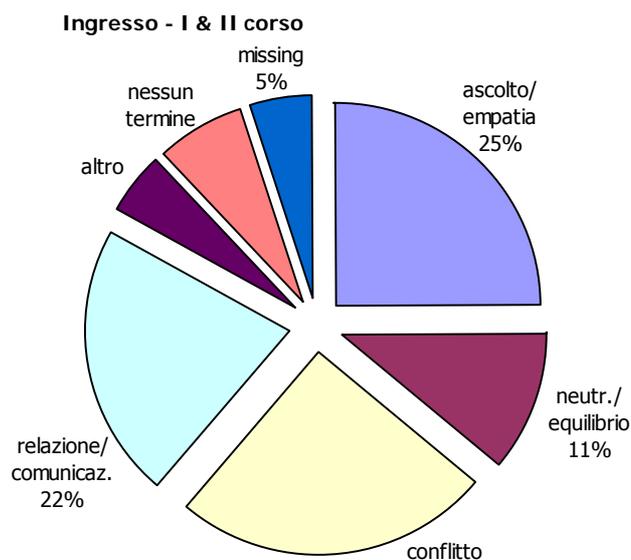
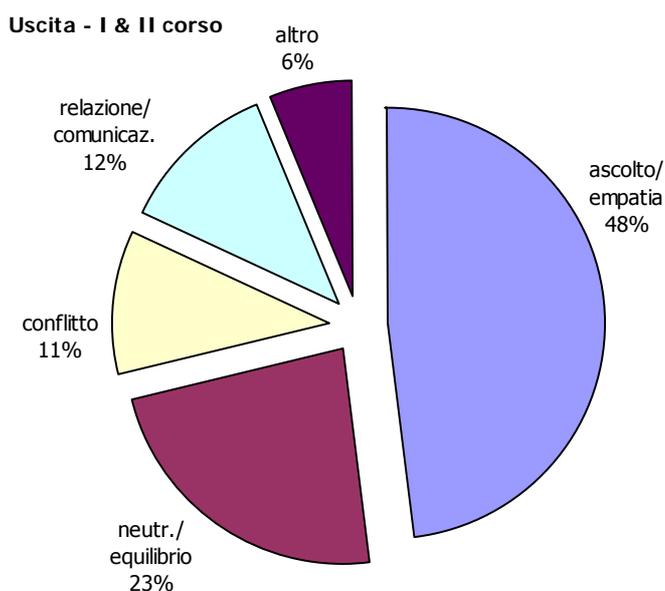


Figura 8. Categorie dei termini associati a "mediazione" espresse nella fase di conclusione del corso da parte dei partecipanti



Entrando nel merito delle categorie individuate si può apprezzare meglio il cambiamento.

- **Ascolto/empatia**
L'ascolto e l'empatia inizialmente assimilati alla tolleranza, al rispetto e alla comprensione permangono anche dopo il corso, ma con una connotazione di sensibilità umana e di altruismo. La comprensione diviene riconoscimento, ricezione degli stati d'animo altrui, restituzione-specchio e sentito. Il colloquio si ridefinisce come momento di accoglienza e di incontro in cui il confliggente ha l'opportunità di spiegarsi e raccontarsi.
- **Neutralità/equilibrio**
Neutralità ed equilibrio si specificano come equidistanza (o equi-prossimità) e posizione di sfondo dei mediatori. Nel primo corso tale macrocategoria assume una connotazione non solo funzionale, ma anche di identità professionale e di ruolo. Si evidenzia un passaggio da un atteggiamento di neutralità definito come autorevole, diplomatico e distaccato a un atteggiamento definito come professionale, rispettoso, etico.
- **Conflitto**
La categoria del conflitto evidenzia nella fase di chiusura del corso la prevalenza di termini riferiti al concetto di *de-escalation* e di trasformazione e la scomparsa dei concetti di ostilità, contenzioso e di risarcimento. Questo viraggio è sintomatico di un passaggio cruciale che costituisce l'essenza del ruolo di mediatore.
- **Relazione/comunicazione**
Questa categoria rimane sostanzialmente invariata, rilevando in definitiva che su questi aspetti c'era già una certa sensibilità da parte dei partecipanti e la consapevolezza che questo ambito costituisse uno dei principali oggetti di lavoro.

In conclusione, i partecipanti hanno dimostrato di aver introiettato ed elaborato tutti i concetti che il corso si proponeva di fornire loro. Il fatto che la didattica abbia spostato il *focus* di attenzione dei partecipanti dalla soluzione del conflitto all'ascolto dei confliggenti, dal problema alle persone, dalla razionalità all'emotività, ha permesso lo sviluppo delle competenze professionali - e umane - necessarie ad affrontare ascolti con utenti e/o professionisti che lo richiedano. All'interno di tali cornici, i mediatori sono in grado di far emergere, interpretare e gestire emozioni e sentimenti al fine di provocare una *de-escalation* del conflitto, che risulta essere un prerequisito fondamentale per il successo di una seduta di mediazione.

4.5. Valutazione e controllo del progetto formativo

In questo paragrafo vengono presi in considerazione gli elementi che costituiscono il progetto formativo.

4.5.1. Struttura del corso

Tutti i partecipanti hanno più volte sottolineato positivamente l'innovatività dell'iniziativa promossa dalla Regione Emilia-Romagna. Il rapporto con gli organizzatori del corso è stato definito molto buono e caratterizzato da disponibilità e puntualità negli avvisi e nelle comunicazioni.

In particolare, per quanto concerne la struttura del corso vanno registrate alcune considerazioni.

Nonostante nelle interviste venga riferito da alcuni discenti che il corso sarebbe dovuto durare di più e che dovrebbe essere più breve il tempo che intercorre fra un modulo e l'altro, nella valutazione complessiva sulla durata del corso rispetto agli obiettivi, i partecipanti sono soddisfatti (media: 78,41; range 0-100).

I moduli concentrati in 4-5 giornate consecutive (di 8 ore giornaliere) sono stati definiti da tutti i partecipanti molto pesanti dal punto di vista sia fisico che emotivo, considerando anche il fatto che i partecipanti provengono da ogni parte della regione e la sede del corso è a Bologna.

Alcuni hanno proposto un numero inferiore di partecipanti al corso per facilitare l'elaborazione personale dei temi trattati e avere più opportunità di esporre le proprie difficoltà ai docenti.

4.5.2. Contenuti

Dal punto di vista dei contenuti emerge un'importante differenza fra le due edizioni del corso. Per una serie di contingenze, nel primo corso non erano presenti al termine del 1° modulo alcuni contenuti sulle tecniche di ascolto e di mediazione, inserite invece nel secondo corso. Questa differenza ha inciso positivamente sui partecipanti del secondo corso nel sentirsi maggiormente preparati per lo *stage* previsto proprio al termine del 1° modulo.

È interessante rilevare che c'è una diversa valutazione dei contenuti in relazione alla professionalità dei partecipanti. Chi ha una formazione giuridica riferisce di aver sentito ripetere cose che già conosceva riguardo al contenzioso giudiziario. Chi invece opera in una posizione di *front office* aziendale - ad esempio, all'URP - ha sottolineato il fatto di condurre regolarmente esperienze di ascolto di reclami per disservizi, sebbene senza una vera e propria tecnica come quella appresa durante il corso.

Alcuni partecipanti hanno inoltre affermato di non essere riusciti ad utilizzare in pieno i contenuti appresi in quanto sono mancati approfondimenti che consentissero di collocare la tecnica nei singoli contesti di lavoro. Alcuni dei contenuti che andrebbero ripresi sono ad esempio:

- problema della riservatezza/*privacy* nella mediazione (codice deontologico del mediatore);
- specificità del contesto sanitario (rapporto con i professionisti e/o colleghi).
- collegamento tra mediazione e conciliazione.

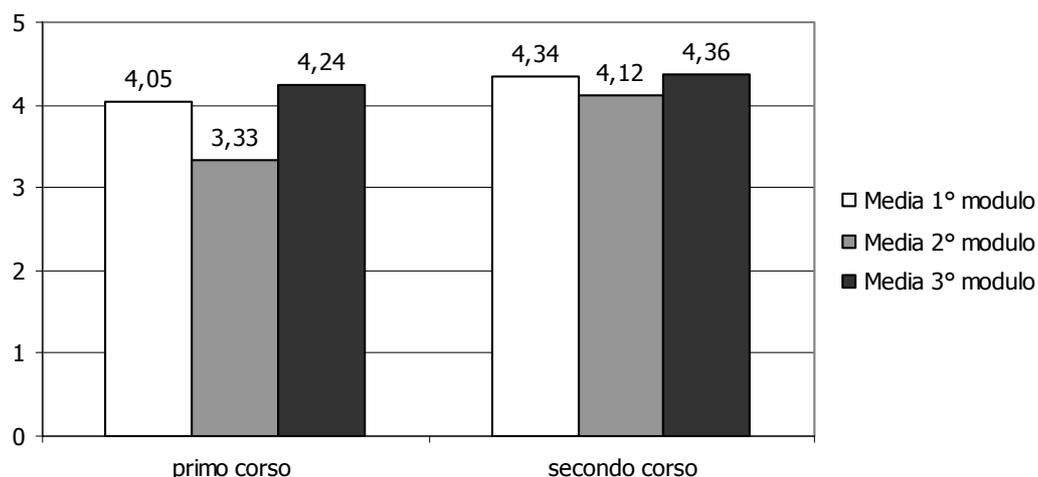
Ovviamente questi elementi fanno emergere una riflessione importante sul fatto che non è sufficiente un corso per agire un ruolo ma occorrono azioni di accompagnamento che consentano non solo di acquisire l'esperienza necessaria per esercitarlo, ma anche la possibilità di calibrare i contenuti professionali attraverso un continuo riscontro derivante dai contesti operativi.

4.5.3. Didattica

Il rapporto instaurato con i docenti è risultato, secondo il parere dei partecipanti, ottimo e soddisfacente sia dal punto di vista umano che delle competenze professionali.

Complessivamente la valutazione delle modalità didattiche nei due corsi è buona, con la consueta inflessione nel secondo modulo.

Figura 9. Valutazione della modalità didattica del modulo (lezioni, filmati, simulazioni, ...) (range 0-5)



Tra gli aspetti critici, alcuni partecipanti avrebbero preferito una didattica più accademica e metodologicamente strutturata, con riferimenti bibliografici più frequenti in modo da poter fissare basi teoriche solide a cui ancorarsi una volta finito il corso. Altri hanno apprezzato il fatto che questo corso, a differenza di altri frequentati in precedenza, abbia dato grande spazio alla pratica e alle simulazioni, e che la teoria sia emersa dall'esperienza, secondo un approccio *learning by doing*.

Questa dicotomia è interessante perché mette in rilievo l'implicito che accompagna sempre i percorsi di formazione, ovvero su come dovrebbe essere condotta la didattica. La scelta metodologica compiuta in questo percorso non è quella tradizionalmente conosciuta: privilegia infatti l'apprendimento attraverso tecniche induttive ed esperienziali.

Non è facile per chi partecipa accettare che il trasferimento dei contenuti che caratterizza questo percorso formativo non è di tipo prescrittivo e che il materiale didattico è proprio costituito da quanto producono in aula i partecipanti. L'impegno richiesto è conseguentemente rilevante sia per i docenti sia per i partecipanti e inevitabilmente possono insorgere delle difficoltà sia nei primi che nei secondi.

Il primo corso sicuramente ha presentato maggiori criticità perché le modalità didattiche prescelte vanno affinate nel tempo e calibrate sui partecipanti.

Per il carattere sperimentale che ha avuto questa attività formativa, essa può presentare intrinsecamente dei problemi di realizzazione e quindi di conduzione di aula. Nello stesso tempo, anche i partecipanti possono trovarsi in difficoltà ad accettare una modalità che li vede personalmente coinvolti. Non stupisce pertanto che soprattutto nel primo corso alcuni partecipanti avrebbero gradito maggior polso e direttività nei confronti delle derive individuali, ammettendo comunque la buona gestione dei momenti delicati che si sono venuti a creare.

Rispetto a una delle modalità didattiche più frequentemente utilizzate - la simulazione - si tende a rincorrere soluzioni o aggiustamenti che riducano il grado di introspezione e riflessività che questa tecnica sollecita. Da un lato alcuni partecipanti avrebbero preferito un'analisi più concreta e precisa sul modo di guardare i confliggenti, di prendere appunti sui sentiti, sulla durata della seduta, sul modo di concludere la mediazione, ecc., ovvero avrebbero preferito rimanere a un livello maggiore di razionalizzazione; dall'altro lato c'è chi ha criticato le simulazioni in quanto non così emotivamente intense rispetto alle situazioni reali vissute in Azienda.

Alcuni hanno poi lamentato il fatto che le simulazioni non abbiano mai riguardato un unico ipotetico caso dall'inizio alla fine, ossia una mediazione simulata con i medesimi attori che cominciasse con gli ascolti individuali dei confliggenti per arrivare al tavolo di mediazione e, infine, al congedo/conclusione della mediazione stessa.

Molti discenti hanno inoltre espresso il desiderio di assistere a una mediazione (reale o simulata) condotta dai formatori.

Un'altra componente della didattica particolarmente significativa è costituita dallo *stage* presso le Aziende. Sicuramente questo momento costituisce uno dei punti più delicati, sul quale dovrà essere posta maggiore attenzione nei corsi futuri anche se già nel passaggio dal primo corso al secondo alcune azioni di miglioramento hanno prodotto i primi risultati.

Un primo aspetto da considerare è l'effettiva possibilità di praticare la tecnica dell'ascolto. Come si può notare nelle Figure 10 e 11, poco più della metà dei mediatori del primo corso ha effettuato ascolti o ha utilizzato le tecniche apprese durante le attività abituali dell'ufficio. Per il secondo corso l'attività di ascolto in Azienda registra un sensibile aumento.

Figura 10. Primo corso: svolgimento dello *stage* aziendale

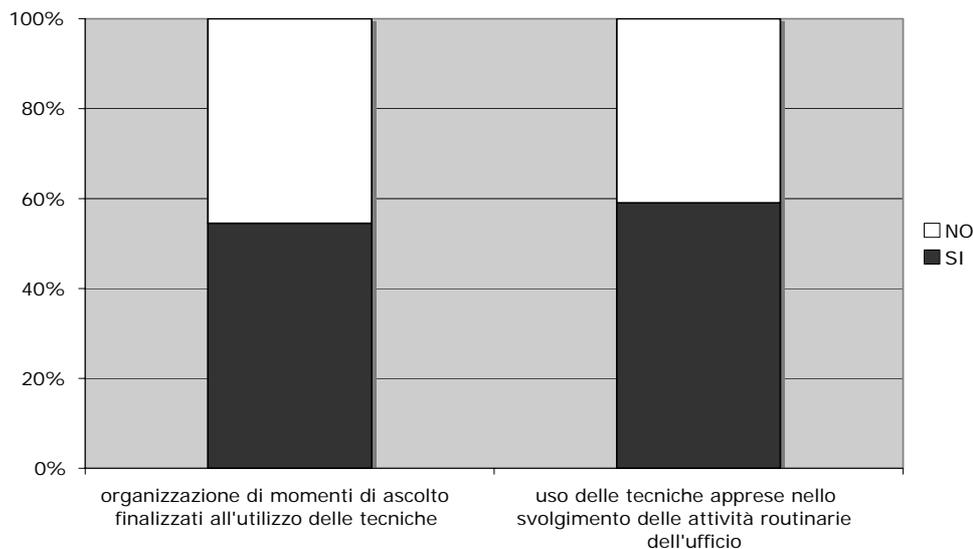
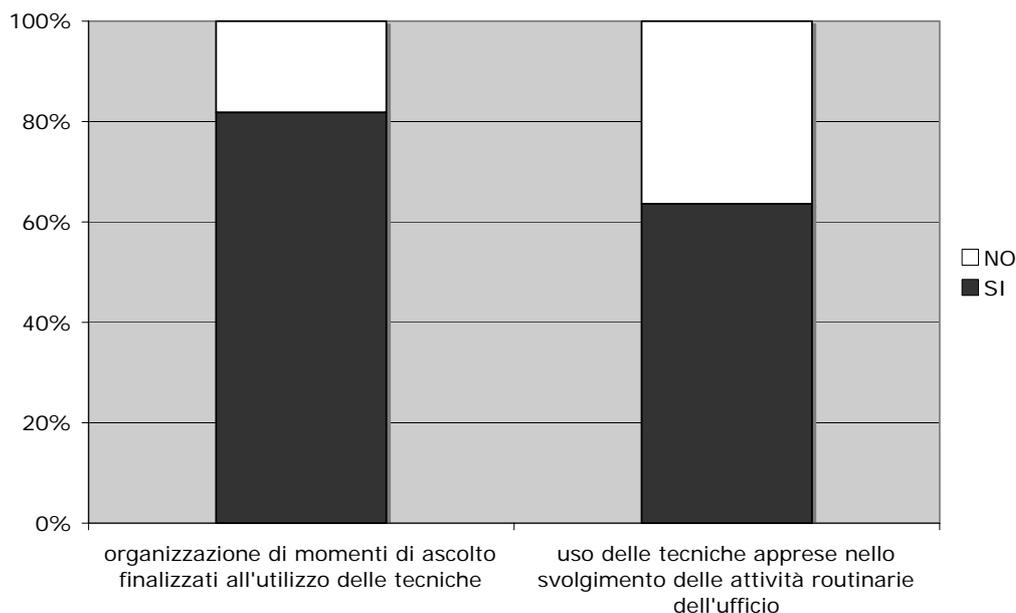


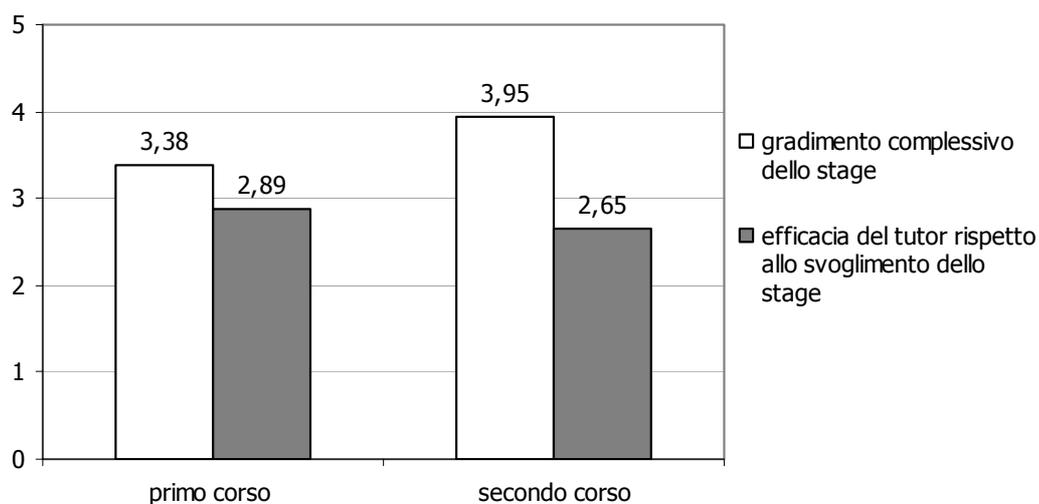
Figura 11. Secondo corso: svolgimento dello *stage* aziendale



Ad un bilancio complessivo dello *stage* (Figura 12) si rileva una differenza tra i due corsi: i partecipanti del primo sono meno soddisfatti di quelli del secondo corso. È interessante rilevare che l'andamento è ribaltato per quanto riguarda il giudizio sulla *tutorship*.

Anche nelle interviste emerge la difficoltà da parte dei partecipanti di inserirsi nel contesto operativo aziendale e di non aver trovato sufficiente supporto nei *tutor*. Questo dato apre un nuovo interrogativo che riguarda le modalità di accompagnamento nel periodo dello *stage* affidato ai *tutor* aziendali, di cui si parlerà successivamente.

Figura 12. Valutazione dello *stage* aziendale e del tutoraggio (*range* 0-5)



Riferimenti bibliografici

- Le Boudec G. Implicazioni metodologiche degli studi sulle rappresentazioni sociali. *Psicologia e società*, I: 8-16, 1986.
- Di Giacomo J.P. *Rappresentazioni sociali e movimenti collettivi*. Napoli, Liguori Editore, 1985.

Seconda parte.

La mediazione dei conflitti e l'organizzazione

4.6. La mediazione dei conflitti e l'organizzazione

In questo paragrafo verranno considerati gli aspetti che possono fornire informazioni utili per accompagnare l'inserimento del mediatore in Azienda e verificare come i diversi contesti organizzativi rispondono. È da questa dinamica infatti che si potrà trarre indicazione per le azioni da attivare per modulare al meglio le competenze necessarie a svolgere tale compito e consentire alle Aziende sanitarie di collocare queste risorse all'interno dei percorsi di implementazione della gestione del rischio.

A tale scopo sono state considerati i diversi punti di vista, tra cui i partecipanti al corso, le direzioni aziendali, gli interlocutori di ruolo, i *tutor* aziendali.

L'esposizione è strutturata per presentare inizialmente il modo in cui i partecipanti al corso hanno elaborato il proprio ruolo e gli obiettivi professionali; viene poi illustrato il contesto aziendale ovvero come le direzioni si stanno organizzando per utilizzare il mediatore; infine vengono presi in considerazione due punti di vista, quello degli interlocutori di ruolo e quello dei *tutor*, al fine di comprendere la traduzione operativa delle competenze che il mediatore può e dovrebbe mettere in campo.

L'insieme di queste informazioni permette di delineare gli orientamenti che stanno emergendo sia sulla funzione di mediazione sia in senso più lato sul progetto organizzativo dove tale funzione si colloca.

4.7. Il punto di vista dei mediatori

Sono state utilizzate due schede - di ingresso e di uscita - rivolte ai partecipanti, chiedendo di indicare quale dovrebbe essere il ruolo del mediatore in Azienda e in quali casi tale ruolo professionale può intervenire con successo.

Tra gli elementi che concorrono a delineare il ruolo figurano i compiti o attività di lavoro e gli obiettivi.

Tra i compiti/attività di lavoro, i partecipanti riconoscono i seguenti elementi:

- fornire prima accoglienza a individui in conflitto fra loro (cittadini e/o operatori);
- dare ai confliggenti uno spazio in cui essere ascoltati, riconosciuti e non giudicati;
- favorire il riconoscimento delle persone sul piano umano ed emotivo;
- mantenere una posizione autonoma, "terza", neutrale e valutativa;
- prevenire la richiesta di danni da parte di cittadini che lamentano disagi, mancanza di disponibilità, fraintendimenti, o altri casi di *mal practice* sanitaria;
- raggiungere un accordo ovvero trovare, ove possibile, un punto di incontro extragiudiziale.

Tra gli obiettivi dell'attività del mediatore figurano:

- ricostruire il legame fiduciario fra utenti/cittadini e operatori sanitari;

- gestire il rischio e prevenirlo;
- ridurre il contenzioso;
- facilitare la comunicazione attraverso la mediazione di conflitti sia interni (operatore-operatore) che esterni (operatore-utente);
- diffondere la cultura della mediazione all'interno delle Aziende allo scopo di abbassare il livello di conflittualità.

Le esperienze che i mediatori hanno condotto in Azienda e le loro opinioni sul percorso formativo hanno messo in evidenza quelle che possono essere le difficoltà di implementazione del proprio ruolo di mediatori presso le Aziende sanitarie; nel contempo hanno fornito indicazioni e suggerimenti che in parte sono già in atto.

- Per quanto riguarda il problema del doppio ruolo del mediatore (che è contemporaneamente mediatore e dipendente aziendale) rispetto agli operatori che ne potrebbero usufruire ci sono due modi per affrontare il problema:
 - promuovere dall'alto un contesto facilitante, anche allargando quantitativamente la presenza di mediatori formati all'interno dell'Azienda;
 - ricorrere a mediatori esterni provenienti da un'altra Azienda del SSN attraverso un programma di scambio reciproco.
- Rispetto alla posizione aziendale, i partecipanti hanno ipotizzato l'introduzione della mediazione nell'area del *risk management*, dove le segnalazioni possono provenire dall'URP, dalla medicina legale, dall'Ufficio legale, dalla Direzione sanitaria. Molti partecipanti auspicano che alcuni degli aspetti trattati nel corso di formazione per mediatori siano condivisi con gli operatori URP per permettere di comprendere meglio quando fare l'invio alla mediazione e siano eventualmente attivati i primi contatti "di ascolto" dei cittadini nelle situazioni che si reputano potenzialmente a rischio. È necessario inoltre definire meglio il ruolo del professionista URP e del mediatore affinché si attivi una proficua integrazione.
- È importante prendere in considerazione l'opportunità di definire un codice deontologico del mediatore in modo da delimitare i confini entro cui il mediatore si può muovere e chiarire le garanzie e i confini di ciò che può offrire ai confliggenti.
- Un altro aspetto rilevante è quello di chiarire i rapporti tra il percorso del contenzioso e la mediazione. I partecipanti al corso a questo proposito rispondono non uniformemente sull'utilità della mediazione nei casi in cui sia già attiva un'azione legale: per alcuni è inutile, per altri è considerata un'opportunità che può procedere parallelamente a quella legale, in quanto spesso dietro le richieste di risarcimento danni ci sono dei vissuti dolorosi e delle richieste emotive che possono essere accolte in mediazione.
- Sarebbe inoltre necessario prevedere e garantire una costante supervisione ai mediatori per favorire la crescita professionale che può avvenire solo praticando e riflettendo sui casi che via via vengono gestiti attraverso la mediazione. A tal proposito sono già attivi a livello regionale incontri di supervisione e si stanno progettando anche attività di *counseling* fra pari.

Da ultimo vale la pena rilevare che i mediatori si sono fatti interpreti del vissuto che è condiviso dalla maggior parte dei professionisti che operano nelle Aziende sanitarie, caratterizzato da una sorta di assedio mediatico che li colpevolizza.

4.8. La mediazione dei conflitti nell'organizzazione

Per agevolare l'inserimento aziendale dei mediatori formati si è tenuto conto del punto di vista delle Direzioni aziendali.²¹

Dalle informazioni raccolte si può tracciare la trama organizzativa che si sta delineando per l'utilizzo del mediatore dei conflitti. Si ricorda che la scelta compiuta dalla Regione è di attivare il ruolo del mediatore dei conflitti innestando queste competenze professionali in figure già operanti in Azienda. Pertanto, nella scelta di chi inviare al corso le Aziende hanno direttamente compiuto una prima valutazione sul posizionamento di questo ruolo e quindi sugli obiettivi professionali da perseguire.

Le interviste si collocano a corso concluso, quindi possono servire per fare un primo bilancio rispetto alle posizioni iniziali assunte dalle Aziende e consentire un affinamento del progetto organizzativo. Il confronto delle diverse realtà aziendali fornisce inoltre uno spaccato delle omogeneità e delle differenze con cui si stanno muovendo le Aziende sanitarie, testimonianza di vivacità e flessibilità nell'utilizzare tale competenza.

4.8.1. I diversi fronti del conflitto: le priorità

I direttori delle Aziende hanno sottolineato che il conflitto rappresenta una problematica rilevante all'interno delle varie organizzazioni e comporta significativi costi assicurativi. In particolare sono stati messi in evidenza i seguenti punti.

- La diminuzione/gestione del conflitto deve essere un obiettivo che l'Azienda si pone, anche per il ritorno di immagine dell'Azienda stessa; se lo stile di direzione gioca sulla negazione del problema, si viene a creare un'immagine negativa che tende a consolidarsi nel tempo. Un Direttore ha affermato che:

risalire la china quando si determina una fama distorta e negativa è difficilissimo, perché alla fine è sufficiente un articolo una volta ogni due anni per rinsaldare quell'idea.

- Esiste il problema delle richieste di risarcimento improprie (dove non c'è nessun danno conclamato e nessun errore da parte di professionisti), che mettono in moto un meccanismo che coinvolge gli affari giuridici e la medicina legale, e rappresentano comunque un costo per l'Azienda stessa. Tali richieste rappresentano oltretutto una perdita in termini di immagine aziendale.
- Esiste un forte carico sulle spalle dei professionisti, spesso lasciati soli a gestire le situazioni conflittuali che si vengono a creare. I professionisti coinvolti nelle questioni di risarcimento si sentono soli, lasciati a se stessi e abbandonati dall'Azienda

²¹ Sono state condotte interviste ai Direttori amministrativi/sanitari delle Aziende sanitarie che hanno partecipato al primo corso. Lo stesso vale per i *focus group* con gli interlocutori di ruolo.

ed è dunque importante sapere di poter contare su mediatori adeguatamente formati. Vi è inoltre un sistema non adeguato di risposta ai reclami dei cittadini, che molte volte non risponde alle loro esigenze, li delude e non fa altro che aumentare la conflittualità.

- Capita spesso che il professionista non si accorga di quando innesca la non comprensione e il disservizio rispetto al cittadino (può essere un danno solo percepito, e quindi non quantificabile, ma che genera la situazione conflittuale). A questo proposito sono interessanti alcune affermazioni:

(...) L'impressione è che, a volte, nel momento dove capita (parlo dell'attività sanitaria) l'incidente che determina il tutto, la prima reazione - ma è anche naturale che sia questa - è quella di nascondere.

Un primo livello su cui agire è il sistema dei professionisti, che deve in un certo qual modo capire o imparare quanto sia importante comunicare o far emergere l'esistenza di un conflitto, nel momento in cui esiste una task force esterna che possa aiutare... una sorta di, io lo chiamerei, censimento dei conflitti.

Si riconosce in definitiva la centralità della comunicazione e degli effetti che questa produce nel momento in cui si innesca l'impossibilità di comprendere i rispettivi punti di vista. Quindi, secondo alcuni la conflittualità fra operatore e utente si ripercuote anche nella relazione fra operatore e organizzazione.

4.8.2. Caratteristiche e compiti del mediatore

Per le Direzioni, la competenza di mediazione può contribuire al miglioramento del clima lavorativo ed essere anche strumento di diffusione culturale all'interno dell'Azienda finalizzato al miglioramento dei rapporti esterni, ma anche interni.

(...) Questa è una cosa [la mediazione] che può servire per recuperare anche, non vorrei dire una parola grossa, un clima lavorativo un attimo più sereno. Nel senso che tante volte capita (come mi è capitato) che parlando con i professionisti coinvolti e interessati nelle questioni di risarcimento, si sentono un po' abbandonati, lasciati un po' a se stessi. Questo può essere quindi uno strumento che può essere utilizzato anche per dimostrare che non è così, e che c'è un interessamento da parte dell'Azienda verso gli operatori. (...)

In particolare secondo il punto di vista dei direttori le caratteristiche/competenze del mediatore possono essere riassunte nei seguenti punti.

- La mediazione non corrisponde a un nuovo profilo professionale che andrebbe ad articolare e sub-strutturare un sistema già molto complesso, ma a una nuova competenza caratterizzata da qualità personali e caratteriali di predisposizione all'ascolto e competenze relazionali, comunicative e di conoscenza del funzionamento degli individui sul piano psicologico. Il mediatore deve essere una persona dotata di sensibilità e di determinate caratteristiche personali/caratteriali, a prescindere dal suo ruolo organizzativo; è importante la terzietà di questa figura rispetto all'utente e all'operatore.

- Il mediatore dovrebbe creare le condizioni per evitare e anticipare il momento dell'innalzamento del contenzioso a livello della causa risarcitoria attraverso capacità di prevenzione, gestione e progettazione degli interventi, rispetto ai rischi del conflitto. Deve contribuire a far sì che la richiesta danni possa essere il più possibile contenuta. Dovrebbe cercare di evitare il contenzioso.
- Il mediatore può contribuire alla gestione dei rapporti esterni ed interni, migliorando il clima lavorativo. Egli inoltre potrebbe essere uno strumento di diffusione di una nuova cultura all'interno delle Aziende sanitarie, aiutando a far fronte alle resistenze al cambiamento organizzativo che possono essere presenti nei professionisti. Il mediatore è quindi visto come il facilitatore di un cambiamento culturale e di un approccio nuovo alle relazioni interne ed esterne, capace di trasmettere agli altri l'attenzione alla componente relazionale-comunicativa.
- Il mediatore non dovrebbe agire sulle segnalazioni di disservizi riguardanti aspetti strutturali, organizzativi e/o burocratici, che competono all'URP

4.8.3. Ipotesi organizzativa

Sono diverse le ipotesi proposte dai direttori sulla collocazione/contesto della funzione della mediazione. Qui vengono presentate secondo una decrescente ipotetica integrazione con il *risk management*, area predefinita per l'inserimento della mediazione in sede di progetto.

- La mediazione è incardinata nel *risk management*, dove confluiscono anche la medicina legale e l'ufficio sicurezza, e risponde alla Direzione aziendale. In questa prospettiva, più che il ruolo giocato dalla mediazione, viene enfatizzata la struttura entro cui si colloca, che viene definita come forte, organizzata e stabile. È questa struttura che orienta il lavoro della mediazione e si rapporta con le strutture operative, e garantisce la circolarità delle informazioni per gestire adeguatamente le situazioni difficili. All'interno di questa impostazione c'è chi ha motivato tale scelta considerando la necessità di garantire una soluzione effettiva al conflitto, che dovrà comportare decisioni da parte dell'organizzazione e quindi da parte di chi ha potere decisionale ovvero la Direzione aziendale.
- Lo strumento mediazione deve essere connesso strategicamente con Ufficio comunicazione e URP con la legittimazione della medicina legale e sotto il controllo organizzativo della Direzione sanitaria; è opportuno iniziare con casi scelti dal responsabile URP. In mediazione può essere utile la presenza del medico legale, che rappresenti una sorta di avallo autorevole per non lasciare il mediatore da solo ad affrontare eventuali critiche da parte del professionista.
- La mediazione può essere inserita nello *staff* comunicazione insieme a Ufficio stampa, URP, mediazione culturale. È necessario però stabilire i confini con l'URP che riceve i reclami dei cittadini, li registra e conclude il percorso del reclamo predisponendo la risposta da inviare al cittadino o gestendone la relazione fintanto che questa

rimane al di fuori del canale giudiziario. È una funzione che può stare sia dentro che fuori dal *risk management*.

- La mediazione non è da considerarsi in relazione al contenzioso, ma va intesa come attività a se stante, garantendo uno sportello di ascolto.

4.9. Il mediatore e la funzione di mediazione

Come anticipato, sono stati intervistati gli interlocutori di ruolo dei mediatori, ossia coloro che svolgono funzioni "a monte" e "a valle" della funzione di mediazione.

Dai *focus group* condotti con i responsabili dei dipartimenti aziendali emerge con forza che affrontare il conflitto significa rilevare che qualcosa è sfuggito di mano, rendersi consapevoli di una relazione non più come prima, di un ritmo e di una modalità di lavoro che porta a sentirsi incapaci nel gestire i rapporti.

(...) Il conflitto è qualcosa di patologico perché sia gli operatori che i familiari hanno gli stessi obiettivi, quindi è successo qualche cosa che ci ha confuso durante il percorso.

(...) Se siamo arrivati a questo livello, secondo me, c'è una colpa di tutti noi (...), in cui non si è salvaguardato questo specifico carattere della professione medica, perché si guarda ai numeri e basta, non si guarda alle persone.

4.9.1. Il conflitto è un problema? In che termini?

Non a caso, nella maggior parte degli incontri con i professionisti l'attenzione è stata posta ad esaminare le condizioni che creano conflitto, quasi a voler padroneggiare situazioni che difficilmente si riescono ad affrontare e di cui in molti casi diventa complicato comprendere pienamente il senso. La ricerca delle cause, le spiegazioni sulle modalità di comparsa del conflitto svolgono una funzione precisa, che è quella di dare significato a quanto sta accadendo, e conseguentemente offrono la possibilità di migliorare le proprie strategie di *coping*.

Gli intervistati riconoscono diverse origini delle situazioni conflittuali.

- Strutturali

la causa innescante può derivare dall'elevato volume di attività che non permette di concedere il tempo che ogni paziente richiede, oppure dal cosiddetto sistema di consulenze che fa sì che l'utente non faccia più riferimento a un unico medico perdendo così continuità terapeutica e relazionale. Ci sono inoltre conflitti legati ai livelli organizzativi, al tipo di organizzazione; spesso ad esempio, si verificano scontri con i familiari che non capiscono e non accettano orari e percorsi di cura.

(...) Il momento del conflitto più importante nasce nel momento in cui il paziente chiede qualche cosa e non trova una risposta da parte della struttura. Può essere un problema banale o può essere un problema grosso, alla fine conta poco qual è la dimensione del problema. La sensazione del paziente è quella di non essere stato seguito correttamente nel percorso fatto.

- **Professionali**
gli errori tecnici e i casi di *malpractice* riconducibili all'operato dei professionisti costituiscono una delle principali cause da cui originano situazioni conflittuali con il paziente e/o i suoi familiari
- **Errata gestione della comunicazione e della relazione**
molti operatori sottolineano la grande importanza dell'aspetto relazionale con gli utenti, riconoscendo in essa una delle principali cause di conflitto. Spesso la mancanza di comunicazione e di dialogo tra curanti e pazienti fa sorgere incomprensioni, malintesi e insoddisfazione in questi ultimi. I professionisti parlano di una microconflittualità quotidiana con il paziente e molto spesso con i familiari, legata a lacune nella relazione e nella comunicazione nei diversi momenti del percorso terapeutico (diagnosi, prognosi, cura, dimissioni). Spesso il conflitto nasce nel non essere presenti nel momento in cui accade un evento o compare un sintomo o una complicanza. In generale il personale sanitario non è preparato ad affrontare le situazioni conflittuali; per questo prevale la tendenza ad evitarle.

(...) La sensazione che ho avuto in questi anni, al di là di casi particolarmente eclatanti, è che la maggior parte dei conflitti nascono sul piano dell'informazione, ma soprattutto quando il paziente e i familiari hanno una sensazione di abbandono da parte del medico: sia del paziente presente in reparto, sia del paziente del pre-ricovero o della dimissione.

- **L'utente**
i professionisti ritengono di trovarsi di fronte ad un utente più informato, che pretende non più un rapporto asimmetrico con chi lo ha in cura, bensì un rapporto paritetico. Sotto l'influenza dei *media*, il paziente tende a non accettare più la malattia e le sue conseguenze e quindi ad incolpare comunque gli operatori della propria condizione.

(...) È una specie di cultura che avanza che intanto, fermatemi se dico troppo, c'è il concetto preciso dato dai media che non si deve morire. C'è la non accettazione della morte.

(...) Secondo i media ormai si è creata una cultura per cui tutto è guaribile, tutto è curabile e tutto è guaribile se è curato bene. Sappiamo tutti che non è così, però la gente si aspetta questo.

L'insistenza su questi aspetti causali sembra pertanto divergere dalla visione che le Direzioni hanno dei professionisti, ritenendoli non consapevoli delle conseguenze determinate dalle loro disattenzioni nei confronti dei pazienti.

È interessante sottolineare che per gli intervistati il conflitto non si manifesta solo nei confronti del paziente ma riguarda anche le relazioni intra-organizzative, in particolar modo i rapporti fra medici e infermieri, ed extra-organizzative, ossia il rapporto fra le diverse strutture dei servizi.

4.9.2. La mediazione e il mediatore

Rispetto all'identità professionale del mediatore, gli intervistati hanno affermato con forza che il professionista deve essere il primo mediatore in Azienda. Una funzione di mediazione dei conflitti si dovrebbe configurare come una struttura di supporto che non può vicariare il professionista; potrebbe essere un affiancatore dei professionisti, un aiuto-comunicatore che lavora sulla relazione "facendosi carico", cercando di abbassare l'esperienza negativa e la tensione dell'utente e recuperando il rapporto. Fondamentalmente dovrebbe permettere la prosecuzione della relazione terapeutica tra l'utente, i familiari e la struttura.

Sono stati avanzati alcuni dubbi rispetto al fatto che l'efficacia del mediatore dipenda dal fatto di svolgere molteplici professionalità (comunicatore, psicologo, medico legale, avvocato). In questo senso la funzione di mediazione viene vista come adatta a un *team* piuttosto che a un singolo. Tale figura professionale dovrebbe comunque essere in grado di percepire le istanze in modo neutro, ma dovrebbe anche essere qualcuno che conosce molto bene la realtà aziendale, perché altrimenti non potrebbe intervenire correttamente.

4.9.3. Ipotesi organizzativa

Per quanto riguarda la collocazione del mediatore all'interno dell'Azienda, sono emerse le seguenti indicazioni:

- il mediatore dovrebbe lavorare nei punti aziendali più esposti. Sarebbero utili delle strategie di prevenzione in specifici Dipartimenti e Unità operative;
- la mediazione deve intervenire nella fase iniziale di un reclamo, prima che si arrivi al contrasto o si verifichi la richiesta di risarcimento danni. L'attività di mediazione è pressoché inutile nei casi in cui il cittadino ha già avviato un percorso legale con richiesta di risarcimento;
- il problema va risolto a livello più prossimo al cittadino;
- il mediatore dovrebbe contribuire all'analisi del conflitto per poi elaborare la risposta;
- la mediazione va collocata in uno spazio che precede il contenzioso, in quella fascia intermedia in cui è presente un conflitto di una certa entità che può concretizzarsi in una richiesta di risarcimento danni. In questa fase il mediatore può intervenire per evitare che il conflitto sfoci in una causa civile e per ripristinare la fiducia nell'istituzione

4.10. La *tutorship*: i mediatori nella realtà aziendale

Il punto di vista dei *tutor* è significativo in quanto coglie il processo di implementazione del ruolo di mediatore dei conflitti nel momento in cui questo comincia i primi passi all'interno delle Aziende sanitarie. Pertanto si può verificare il grado di permeabilità esistente nei contesti di lavoro e le criticità da considerare nel processo di sviluppo di tale ruolo.

Dai *focus group* e dalle riunioni periodiche condotte con i *tutor* è emerso che i compiti loro assegnati sono piuttosto gravosi e appesantiti da varie dinamiche organizzative.

4.10.1. Fare i conti con l'organizzazione

I *tutor* hanno fatto proprio il progetto regionale assumendo la responsabilità sia nei confronti dei mediatori da accompagnare nel percorso di inserimento all'interno dell'organizzazione sia verso lo sviluppo di una cultura organizzativa complessiva orientata alla mediazione.

In questa prospettiva l'attenzione dei *tutor* è rivolta in gran parte alla continua verifica e ricerca di soluzioni organizzative che permettano un pieno utilizzo del mediatore. Si sottolinea quindi la necessità di definire il percorso di invio del caso da trattare in mediazione, che presuppone anche una chiarezza maggiore delle interrelazioni tra i vari nodi organizzativi. Quando questa manca, viene meno la possibilità di attivare la procedura di selezione dei casi e il *tutor* diventa così il *deus ex machina*, con le problematiche che questo comporta.

(...) Non posso essere io ad andare nell'ufficio dove arrivano i casi che ci possono servire e prendermeli... ci vuole collaborazione...

Il lavoro dei *tutor* nel contribuire a definire la rete in cui inserire i mediatori è spesso bloccato da resistenze o scarso interesse e da limiti e ritardi imposti da esigenze aziendali (cambio frequente di interlocutori, orari ridotti e poco flessibili per i mediatori, diffidenza da parte degli operatori, ...). Alcuni organismi di rappresentanza degli utenti, inoltre, si sono dimostrati immediatamente contrari alla mediazione temendo che fosse una sorta di pratica manipolatoria e, in ogni caso, applicata ad un ambito di propria competenza.

Si è dunque manifestata la necessità di presentare dei risultati tangibili e di strutturare un'immagine aziendale della mediazione che risultasse positiva agli occhi di tutti.

(...) Ci stiamo muovendo per capire cosa e che materiale fornire ai nostri interlocutori aziendali per fare che il progetto proceda. Dobbiamo portare dell'esperienza.

(...) Stiamo puntando sul diffondere la cultura perché senza questa diffusione [la mediazione] non viene accettata: nella mia Azienda molti confondevano la mediazione dei conflitti con la mediazione culturale...

In questo senso i *tutor* hanno forse inizialmente frenato l'entusiasmo dei mediatori per tutelarli da critiche o da insuccessi ("per non bruciarli troppo presto", come ha affermato qualcuno), prestando particolare attenzione alla selezione dei casi su cui lavorare. I *tutor* si sono anche resi conto che il lavoro del mediatore è molto delicato, in quanto

caratterizzato da un carico elevato in termini di stress emotivo, per cui necessita di essere supportato in modo costante. Tale attività risulta essere inoltre molto impegnativa a livello di tempo, dato che i mediatori svolgono contemporaneamente anche altre funzioni. È dunque necessario stabilire un tempo massimo per la durata degli ascolti e un tempo fissato con cadenza periodica da dedicare alla mediazione.

Sono state successivamente raccolte preziose informazioni sulle difficoltà incontrate finora dai mediatori in sede organizzativa. Rispetto alle componenti aziendali che potrebbero usufruire degli ascolti e della mediazione, si deve registrare una generale difficoltà nel contattare i professionisti. Questa situazione, come si è potuto osservare nei *focus group* con gli interlocutori di ruolo, deriva dal fatto che gli operatori sentono da una parte che il campo della relazione con l'utente - la relazione terapeutica - sia di loro specifica competenza, dall'altra parte temono di non essere adeguatamente tutelati nella loro professionalità all'interno del contesto della mediazione.

(...) Dopo una quindicina di ascolti con utenti siamo in grossa difficoltà con l'ascolto degli operatori. Anche se, a parole, esiste una convinzione dell'opportunità della cosa, in realtà l'informazione non è scesa bene dai primari ed esistono comunque delle barriere psicologiche verso questo strumento. Qualcuno, tutto sommato, si sente un po' espropriato della possibilità di difendersi dalla persona che lo attacca, se accetta la mediazione.

4.10.2. Fare i conti con il cittadino

Significativa è la testimonianza di uno dei *tutor* in merito alla difficoltà percepita da parte dei cittadini.

(...) Anche da parte dell'utenza si deve registrare un certo smarrimento nel rapporto con una figura nuova, forse un po' spiazzante. Alcuni cittadini non vogliono parlare con il mediatore perché ritengono che non rappresenti in modo forte l'Azienda e richiedono di rapportarsi direttamente con la direzione; altri vogliono spiegazioni tecniche che solo un professionista può dare; altri ancora chiedono di essere loro portavoce: non vogliono parlare col professionista, ma vogliono che ci parli il mediatore e che si inneschi un meccanismo di giustizia rispetto al torto subito.

Esistono infine problemi di riconoscimento reciproco tra funzioni aziendali lungo il percorso di reclamo - in particolare con l'URP, caratterizzati da una sovrapposizione di compiti e di protocolli paralleli che portano in ultima analisi a un sistema non coordinato di risposta all'utente (soprattutto rispetto alla conclusione formale del reclamo). Questa situazione ha generato perlomeno confusione e, in alcuni casi, ha anche rischiato di vanificare i risultati raggiunti dagli ascolti o dalla mediazione.

(...) Abbiamo un ottimo rapporto informale con l'URP che ci segnala i casi... Però bisogna che ci sia una sintonia culturale nella selezione dei casi, una logica di fondo comune. Se l'URP si attesta su posizioni formali e la mediazione su posizioni informali è difficile intendersi.

(...) Per ora siamo in una grande confusione: l'URP ci manda il caso a latere, però lo manda anche al capo dipartimento e poi a volte conclude con una lettera formale. Se il caso prende la via della mediazione è inutile sia la risposta formale che la relazione richiesta al capo dipartimento. Si rischia di trattare la stessa cosa con due modalità di intervento... servirebbe il triage dei reclami come a Modena.)

Il comportamento estremamente cauto dei *tutor*, spesso criticato o non compreso dai mediatori, è quindi in buona parte spiegabile dall'esigenza di affrontare tutta una serie di ostacoli provenienti da ogni parte. Questa modalità di operare dettata dal timore di rovinare con qualche iniziale insuccesso un'iniziativa importante dimostra da una parte una grande attenzione e scrupolosità e dall'altra la necessità di consegnare nelle mani dei *tutor* strumenti più consistenti per poter operare sulle singole realtà organizzative al fine di agevolare lo sviluppo del ruolo di mediatore dei conflitti all'interno delle Aziende sanitarie.

4.10.3. Ipotesi organizzative

Dagli incontri con i *tutor* sono emerse diverse ipotesi sulla collocazione della funzione della mediazione all'interno dell'Azienda.

- La mediazione va inserita nel percorso del reclamo e va integrata con le altre funzioni aziendali esistenti. Il progetto mediazione è considerato come un'occasione per coordinare e integrare tutte le parti interne alle Aziende che svolgono funzioni di gestione delle lamentele degli utenti e di gestione del contenzioso e dei sinistri. In particolare va chiarito il rapporto con l'URP soprattutto nella gestione della conclusione formale del reclamo. Sarebbe utile attivare un percorso integrato e condiviso (ad esempio, lettera URP e poi mediazione); in pratica la mediazione viene vista come un'attività afferente all'URP, non sostitutiva dell'URP stesso; che deve incrementare qualitativamente il servizio offerto ai cittadini (e ai professionisti), ed è da esercitarsi anche insieme ad altri soggetti (ad esempio la Direzione sanitaria e la medicina legale).
- L'importanza della chiarezza nelle procedure ("chi apre il caso lo chiude", "niente lettera in quanto risposta formale vista come inficiante la relazione", ecc.).
- La mediazione come secondo livello, ovvero come uno strumento che viene attivato dopo l'intervento dell'URP, nel caso in cui questo abbia fallito. I criteri di scelta delle lamentele per disservizi da sottoporre al mediatore vanno standardizzati al fine di chiarire il ruolo del mediatore stesso.
- La mediazione dovrebbe incardinarsi nella gestione del rischio e il ruolo di mediatore dovrebbe quindi trovare qui la sua collocazione

4.11. Riflessioni conclusive

In generale tutti i soggetti concordano sul fatto che lavorare in sanità oggi significa fare i conti con un clima in cui la fiducia da parte dei cittadini nei confronti dei diversi professionisti sanitari è fortemente compromessa. Non stupisce quindi che da parte degli intervistati si riconosca come endemica la presenza del conflitto, fenomeno quotidianamente presente e diffuso.

La proposta di attivare presso le Aziende sanitarie il ruolo di mediatore dei conflitti viene accolta con attenzione e come opportunità.

Da queste condivisioni di fondo emergono delle differenze riconducibili al diverso punto prospettico con cui si osserva l'azione del mediatore dei conflitti.

I mediatori considerano in primo luogo la possibilità concreta di esercitare tale ruolo rispetto alle opzioni di fondo che lo contraddistinguono. Si ricorda infatti che l'approccio scelto dalla Regione vede l'azione del mediatore come un'attività centrata sulla relazione dei confliggenti affinché questi possano ristabilire un piano di confronto che li porti a decidere la soluzione del loro conflitto, soluzione che si gioca a livello relazionale e può avere dei riverberi anche su eventuali azioni legali nel frattempo attivate, ma non specificatamente perseguite dall'azione di mediazione.

In secondo luogo sono consapevoli che non è scontato trasferire tali competenze in contesti in cui il clima culturale ancora considera il conflitto unicamente nei termini di una dinamica polarizzata: da un lato si persegue la ricerca di responsabilità e di giustizia da ristabilire; dall'altro si reagisce fino a praticare quella che in letteratura viene denominata "medicina difensiva". In ogni caso si trascura di prendere in considerazione le radici "vere" che portano alla situazione di rottura.

In terzo luogo proprio perché il contesto non può prescindere anche da una ricerca di soluzioni di tipo giuridico/normativo qualora ci siano i presupposti di una negligenza professionale, oppure semplicemente non si può non ricercare soluzioni organizzative nei casi in cui l'origine sia dovuta a questi aspetti, il mediatore ha necessità di modulare la propria attività in stretta relazione alle diverse soluzioni agite dai vari nodi della rete aziendale.

In questa prospettiva è fondamentale cominciare a definire le ipotesi organizzative che le Direzioni aziendali stanno prospettando in relazione al ruolo che assegnano alla mediazione. Da quanto riferito dai direttori, si possono riconoscere due dimensioni in cui collocare la mediazione: la prima dimensione è centrata sugli aspetti legati al rischio, la seconda privilegia una lettura in chiave di gestione delle relazioni/comunicazione con i pazienti/cittadini.

Se si collocano le due dimensioni in uno schema, è possibile apprezzare le polarità che le caratterizzano e che contribuiscono a definire le priorità verso cui la funzione di mediazione dovrebbe tendere. Ovviamente gli orientamenti che vengono tratteggiati sono presenti in ciascuna Azienda ma con rilievi e prevalenze diversi.

La prima dimensione rappresenta l'orientamento delle Direzioni a identificare la collocazione della mediazione come uno strumento della gestione del rischio oppure come uno degli strumenti non ancora inclusi in modo strutturato all'interno della struttura del *risk management*. La seconda dimensione è rappresentata dalla comunicazione/rapporto con il paziente. Le polarità sono costituite dal considerare la mediazione come strumento con cui l'Azienda intende garantirsi una relazione attraverso le strutture deputate quali il Servizio comunicazione/URP oppure dedicando uno sportello di ascolto.

Figura 13. Collocazione della mediazione dei conflitti e priorità di funzione



Dall'incrocio di tali dimensioni si evidenziano nei quadranti le priorità che vengono assegnate alla mediazione dei conflitti e che nell'insieme rappresentano i diversi modi di utilizzare tale competenza:

- come cultura diffusa
- come competenza che predispone all'ascolto
- come prevenzione e riduzione dei casi di contenzioso
- come intervento specialistico sul conflitto/relazioni problematiche.

Su questa visione di insieme delineata dalle Direzioni aziendali si integra il punto di vista dei professionisti, i quali vedono il mediatore dei conflitti collocato all'interno di una filiera preposta a gestire la funzione della mediazione. In questa filiera il professionista è uno dei primi attori da coinvolgere in quanto è nel contesto relazionale tra operatore e utente che si verifica l'insorgere del conflitto.

È rilevante che i professionisti riconoscano un loro possibile coinvolgimento nel contribuire a svolgere un ruolo nella mediazione quasi sempre in chiave preventiva e quindi diretta a migliorare la comunicazione con i propri pazienti. Inoltre in questa accezione viene fornito un contributo per identificare meglio l'intervento del mediatore e il *network* di competenze entro cui si interfaccia in relazione alle priorità sopra elencate. Da ultimo, lo sguardo dei *tutor* evidenzia l'attenzione che deve essere posta alle azioni di accompagnamento, in quanto l'inserimento di tali competenze genera reazioni a volte di difesa per il timore di perdere spazi organizzativi ritenuti esclusivi. Pertanto a seconda della collocazione aziendale dello strumento "mediazione dei conflitti", è opportuno accogliere la raccomandazione dei *tutor* di rendere visibile il lavoro di rete, promuovendo complementarietà attraverso la conoscenza della mediazione dei conflitti e stimolandone l'utilizzo.

Inoltre vi sono aspetti di chiarezza procedurale che vanno affrontati per rendere praticabile la mediazione dei conflitti e a questo proposito è opportuno il mantenimento di un raccordo regionale per analizzare in concreto i percorsi in relazione alle diverse scelte aziendali.

A conclusione di queste riflessioni, si sottolinea che nel lavoro svolto sono emersi temi trasversali ai diversi attori sociali, che andrebbero approfonditi come tali in quanto spesso costituiscono un apparente terreno di contrasto. In realtà una posizione non esclude l'altra, semplicemente trattano livelli diversi dello stesso problema/tema. In particolare le principali linee di approfondimento evidenziate sono: la soluzione del conflitto e la terzietà.

5. Esperienze

5.1. Il servizio di ascolto e mediazione dei conflitti nell'Azienda USL di Modena²²

5.1.1. Premessa

La gestione del rischio nell'ambito delle organizzazioni sanitarie sta assumendo una dimensione significativa all'interno della vasta gamma dei problemi da affrontare.

Gli errori derivanti da comportamenti o situazioni rischiose sono alla base di contenziosi che per le Aziende sanitarie, come recentemente supportato dalla letteratura su questi temi e purtroppo anche dalla campagna massmediatica, sono particolarmente onerosi relativamente alle conseguenze sui cittadini-pazienti, in relazione ai risvolti di tipo etico, sociale ed economico.

Al fine di prevenire tali evenienze, risulta di fondamentale importanza diffondere un approccio più nuovo alla problematica, nell'ottica di una gestione integrata del rischio che tenga presenti tutti gli attori coinvolti in una prestazione sanitaria:

- sul versante dei cittadini che fruiscono del Servizio sanitario regionale (SSR): sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, collegabile direttamente e indirettamente all'attività assistenziale e clinica;
- sicurezza degli ambienti del SSR e delle attrezzature;
- sicurezza del personale che lavora nelle strutture del SSR.

Un simile approccio richiede:

- la creazione di un riferimento comune per la definizione di rischio nelle strutture sanitarie, che comprenda i differenti versanti (organizzativo, clinico e per i cittadini);
- il trattamento delle informazioni (esistenti e acquisite *ex novo*);
- l'utilizzo delle stesse per il monitoraggio delle attività e per l'individuazione di processi di miglioramento, nel rispetto dell'autonomia e delle responsabilità delle molte aree aziendali coinvolte;
- l'uso di un linguaggio comune (con un glossario condiviso);
- la definizione e la validazione di strumenti per l'individuazione e la gestione del rischio clinico;
- l'implementazione di strumenti per la gestione del rischio ambientale e per i lavoratori;
- lo sviluppo di strumenti per la gestione delle controversie e del contenzioso.

²² A cura di Alessandra De Palma (direttore dell'UO di medicina legale e gestione del rischio, tutor del *team* aziendale di mediazione dei conflitti), Nicoletta Poppi (Dipartimento di *staff* della Direzione generale) e Claudia Benzi (dell'UO di medicina legale e gestione del rischio) Azienda USL di Modena.

L'Azienda USL di Modena ha costituito una struttura per la gestione del rischio, che sta lavorando sui diversi fronti in ottica sistemica, sviluppando un contesto che ha permesso di diffondere la cultura dell'imparare dagli errori, perché dopo anni di lavoro sia sul versante della proattività, sia su quello della gestione del contenzioso, è riuscita a ottenere la stipula di un contratto con una Compagnia assicuratrice nazionale, con la quale dalla fine del 2004 come da capitolato - ma già dal 2003 in via sperimentale - co-gestisce il contenzioso.

Si è inoltre scelto di sperimentare diffusamente l'applicazione delle tecniche di mediazione dei conflitti all'ambito sanitario (Gaddi *et al.*, 2003), in maniera strutturata, nella considerazione che il risarcimento economico del danno non è più sufficiente alla riparazione che il cittadino richiede: la persona desidera anche una sorta di risarcimento virtuale, come equo ristoro dell'ingiustizia subita.

Infatti né il danneggiato né l'operatore sanitario hanno modo, all'interno degli schemi consueti, delle logiche e delle regole del procedimento giudiziario - sia esso penale o civile -, di dire le proprie ragioni e di chiarire le numerose istanze di cui sono portatori, finendo per restare ambedue insoddisfatti dell'esito, sia che al cittadino venga riconosciuto il diritto a un ingente risarcimento del danno in denaro, sia in caso contrario.

L'Azienda USL di Modena ha pertanto focalizzato l'attenzione al ripristino della relazione di fiducia fra le persone che fruiscono dei servizi sanitari, questi ultimi e i professionisti della salute, perché è spesso l'esperienza umana che i cittadini sperimentano nel sistema sanitario quella che più facilmente ricordano.

In base a tale convincimento, supportato dai dati raccolti in esito a un'attenta disamina dei reclami, legata a un sistema di *triage* degli stessi secondo il codice colore e a un ascolto diffuso dei cosiddetti codici gialli e rossi (cioè dei reclami più rilevanti), si è appurato che la maggioranza delle segnalazioni e delle richieste di risarcimento danni, nonché degli esposti-denuncia e delle querele in sede penale, traggono principalmente origine da un difetto di comunicazione fra i professionisti e i pazienti, da una scadente relazione interpersonale, tanto da sfociare sul versante tecnico-professionale, ma esclusivamente per dare corpo a un insormontabile ostacolo comunicativo-relazionale che ha fatto soffrire le persone in un momento di vulnerabilità.

L'Azienda USL ha quindi promosso la co-gestione amministrativa, medico-legale e assicurativa del contenzioso e la creazione di un osservatorio aziendale dei sinistri, con lo scopo di raccogliere *report* tempestivi sull'accaduto, analizzare approfonditamente le cause degli accadimenti, formulare una valutazione medico-legale e una composizione equa e tempestiva della vertenza garantendo onestà verso i cittadini, promuovendo iniziative di prevenzione dei conflitti anche attraverso la modifica dei percorsi assistenziali e la formazione del personale, e diffondendo la cultura della sicurezza.

Nel cammino sopra descritto un ruolo fondamentale lo rivestono i cittadini e i professionisti della salute; questi ultimi vivono assai negativamente ogni richiesta di risarcimento avanzata in esito a una prestazione da loro fornita, per non parlare di un eventuale coinvolgimento in ambito penale.

L'assenza di somme in franchigia nel contratto di assicurazione consente una buona collaborazione da parte dei professionisti ai fini della gestione del rischio, di quello clinico in particolare: il coinvolgimento e l'attiva partecipazione dei sanitari sono indispensabili per la reale conoscenza del fenomeno "rischio".

I professionisti collaborano anche in qualità di consulenti, posto che la responsabilità professionale sanitaria, vera o presunta, deve essere necessariamente vagliata in forma interdisciplinare e spesso anche multiprofessionale, clinica e medico-legale: ciò contribuisce ulteriormente alla crescita professionale e permette una migliore condivisione delle problematiche.

La consuetudine al lavoro di squadra consente la reciproca conoscenza e l'arricchimento culturale che facilitano l'interazione interprofessionale ogniqualvolta sia necessario, anche nella gestione dei casi che devono ancora diventare contenziosi.

L'esercizio dell'attività sanitaria comporta che le persone entrino in contatto anche attraverso una dimensione affettiva ed emotiva, oltre alla motivazione clinica che ha portato a richiedere la prestazione, per cui la relazione fra professionisti della salute e cittadini è spesso molto complessa, proprio per le aspettative messe in campo da entrambe le parti.

Da un lato c'è il paziente, che chiede al medico

portatore di un sapere sconosciuto ed inaccessibile, al quale rimettere il proprio desiderio di benessere e, in ultima analisi quello di vita. Soltanto il medico è, per il paziente, in grado di ripristinare l'ordine interrotto dal processo della malattia, ed è perciò che accetta di esporgli le proprie nudità, sia fisiche che psicologiche... Dall'altro lato il medico, che sperimenta la pesante responsabilità di avere affidata la salute e la vita di altre persone. Sente il carico delle aspettative del paziente e dei familiari. Riconduce in gran parte la stima di sé al buon esercizio del potere/dovere che gli viene attribuito e quando, a torto o a ragione, viene accusato di un errore, il sentimento della propria identità professionale e personale viene messo a dura prova (tratto da Gaddi et al., 2003).

Spesso le segnalazioni dei cittadini che giungono agli Uffici relazioni con il pubblico dell'Azienda USL e alle Direzioni sanitarie degli stabilimenti ospedalieri hanno come sfondo una percezione di mancato ascolto, di omesso riconoscimento, in altre parole di una relazione che non è stata avvertita come soddisfacente, anche quando il motivo addotto è di natura tecnico-professionale e riferisce un presunto danno alla persona.

Dal canto loro, i professionisti lamentano la propria difficoltà a relazionarsi con tante persone diverse, con varie aspettative e un carico emotivo da accogliere, anche quando non si è in grado di farlo.

La problematica è condivisa dal sistema sanitario italiano (e anche nel resto d'Europa, pur con diverse sfumature) e, schematicamente, si può dire che sia caratterizzata da:

- maggiore complessità nel rapporto tra società civile e sistema sanitario, con diverse consapevolezza; aumento e diversificazione delle aspettative; personalizzazione delle richieste da parte dei cittadini: ciò rende più articolato e flessibile il sistema di risposte da parte del Servizio sanitario. Sono gli stessi professionisti che ritengono

ormai superato il modello classico di relazione medico-paziente, in cui il paziente si affidava completamente al medico (cosiddetto modello paternalistico). Oggi è richiesta una quantità crescente di tempo e di energia a

*spiegare, riorientare, contenere ansie, arginare attese, negoziare opportunità, coordinarsi con gli altri attori del sistema, ecc.;*²³

- aumento delle richieste di risarcimento danni da parte dei cittadini, la cui percezione del diritto alla salute e dei bisogni sanitari è profondamente cambiata negli ultimi anni, anche per un'esasperata attenzione mediatica rispetto ai casi cosiddetti di *malpractice* e progressivo abbandono del mercato da parte delle Compagnie assicurative, in particolare di quelle di bandiera;
- crescente richiesta da parte dei cittadini di attenzione e ascolto, che innesca quasi inevitabilmente azioni di rivalsa altamente conflittuali, se disattesa. Spesso la decisione di attivare richieste di risarcimento e/o di presentare querele o denunce-esposti all'Autorità giudiziaria in ambito penale proviene da una percezione di scarsa considerazione e di poca attenzione del/dei professionista/i della salute nei confronti dei cittadini utenti del Servizio sanitario, con una sensazione di "tradimento derivante dal non essersi presi cura della persona, più che della malattia";
- pressione da parte di alcuni attori estranei al Servizio sanitario (studi legali, associazioni di tutela dei cittadini, ecc.), con attivazione di azioni a sfondo legale che rischiano di introdurre e di esasperare i conflitti.

5.1.2. La mediazione dei conflitti nell'Azienda USL di Modena

Dopo diversi anni di attività medico-legale volta alla gestione del contenzioso, realizzata l'importanza di una corretta comunicazione interna (fra operatori sanitari) ed esterna (fra operatori e cittadini), si è cercata una soluzione che fosse soddisfacente e che aiutasse a ripristinare il rapporto di fiducia, riaprendo il dialogo fra coloro che, a causa di uno scarso riconoscimento reciproco, erano diventate le parti di un conflitto, manifestato nelle più svariate forme: dal reclamo alla denuncia penale, alla richiesta di risarcimento danni, alla citazione in Tribunale.

In un simile contesto, la mediazione tende alla ricerca di una dimensione comunicativa comune per le parti (i cosiddetti confliggenti), nella quale esse possono finalmente riconoscersi e che può aiutarle a trovare una soluzione soddisfacente per entrambe con l'intervento di persone imparziali, professionalmente preparate ed esperte in tale ambito, appunto i mediatori. Essi facilitano il dialogo, agevolano la discussione costruttiva e cercano di far detendere il conflitto fra le persone, favorendo l'accettazione del fatto che l'opinione dell'altro è legittima quanto la propria.

L'attività di ascolto e mediazione assume le connotazioni di uno spazio non giudicante, nel quale si possono esprimere emozioni, sentimenti e vissuti; è un luogo di restituzione virtuale di "tempo e ascolto" al cittadino e al professionista coinvolti nel conflitto,

²³ Indagine citata in Cinotti *et al.*, 2005.

che permette loro di riallacciare il filo della relazione interrotta, o comunque di aprire un canale per una nuova relazione, in cui sia possibile riconoscersi ed eventualmente ridefinire le responsabilità reciproche.

Il tipo di mediazione adottata è denominata mediazione trasformativa: l'obiettivo che ci si pone non è risolvere il conflitto o riappacificare le parti, ma semplicemente permettere ai confliggenti di riconoscersi reciprocamente in una dimensione umana, consentendo l'emergere di vissuti e di punti di vista propri connessi all'accaduto. Attraverso l'attività dei mediatori è possibile arrivare alla comprensione e al rispetto delle posizioni e dei punti di vista dell'altro, a prescindere dall'evento che ha scatenato il conflitto, sia per il cittadino che segnala l'evento, sia per il professionista chiamato in causa.

Soprattutto nelle relazioni di tipo sanitario, questo può facilitare l'instaurarsi di una nuova relazione basata sulla fiducia e sul rispetto reciproco fra le persone, nonché tra le organizzazioni sanitarie e la società civile.

Per tale motivo nell'Azienda USL di Modena la funzione di mediazione è svolta da professionisti appartenenti a diverse discipline e con qualifiche e profili professionali differenti, inseriti in diverse realtà aziendali, che hanno frequentato l'apposito corso di formazione organizzato dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.²⁴

Il *team* di mediazione agisce sulle segnalazioni di una certa gravità (cosiddetti codici rossi e gialli), oppure direttamente su richiesta di cittadini e professionisti.

Nell'Azienda già da quattro anni era stato attivato il *triage* dei reclami, prevedendo una classificazione degli stessi in codici rossi, gialli e verdi²⁵ a seconda della gravità dei casi segnalati.

I codici verdi rimangono per lo più a gestione esclusiva degli URP, ma in qualche caso particolare si procede anche con l'ascolto e la mediazione.

Nei casi di codici gialli le Direzioni dei Distretti, fatte le opportune valutazioni, inviano la segnalazione al *team* di mediazione, che insieme al *tutor* valuta l'opportunità di attivare il percorso di mediazione. In tal caso si prendono contatti con il cittadino, lo si ascolta e si propone l'incontro con l'operatore sanitario. Contestualmente si offre l'ascolto al professionista coinvolto e, se anche quest'ultimo è disponibile, si procede alla mediazione.

²⁴ L'*équipe* di ascolto e mediazione, coordinata da Alessandra De Palma (direttore dell'Unità operativa di medicina legale e gestione del rischio) è composta da: Maria Claudia Benzi (UO di medicina legale e gestione del rischio), Mariangela Cecere (referente URP Distretto Pavullo), Anna Ferraresi (responsabile Servizio infermieristico, Ospedale Mirandola e Finale Emilia), Paola Fratti (referente URP Distretto Sassuolo), Donato Massimo Martella (Direzione sanitaria NOCSA Baggiovara), Nicoletta Poppi (Servizio sviluppo organizzativo, Dipartimento *staff* Direzione generale).

²⁵ I codici rossi contraddistinguono i reclami con richiesta di risarcimento danni, le denunce di gravi disservizi e le lettere provenienti da studi legali; i codici gialli indicano i reclami di natura tecnico-professionale con richiesta di chiarimenti o con riserva di azioni legali; i codici verdi comprendono i reclami e le segnalazioni rientranti nelle altre tipologie, riguardanti disservizi di lieve entità.

Al termine del percorso, i mediatori stilano la relazione e ne inviano una sintesi (segnalando solo l'incontro e l'eventuale soddisfazione o meno del cittadino) al Direttore del Distretto per la successiva stesura della lettera di risposta al cittadino, oppure per la chiusura della procedura segnalando nel *software* per la gestione dei reclami che è stata ritenuta soddisfacente la risposta legata all'attività di mediazione. Trascorso un mese circa, il *team* di mediazione definisce incontri separati con i confliggenti, al fine di valutare le rispettive posizioni rispetto al percorso fatto in mediazione.

Riguardo ai codici rossi, il Direttore sanitario dell'Azienda USL, ricevuta la richiesta di risarcimento, la trasmette al Servizio attività legali e assicurative per l'apertura del sinistro e all'Unità operativa di medicina legale per gli adempimenti relativi (poiché il *tutor* aziendale è il Direttore di quest'ultima, si attiva anche il percorso di mediazione dei conflitti in casi selezionati). Il Direttore sanitario trasmette anche al Distretto la segnalazione per la registrazione e la comunicazione al cittadino dell'avvio dell'istruttoria (a cura dell'URP, a firma del Direttore del Distretto). Al termine, i mediatori inviano una relazione al *tutor* per la valutazione complessiva del caso (Figure 14 e 15).

Gli ascolti sono generalmente condotti da due mediatori; le mediazioni da tre persone, di cui almeno due hanno partecipato agli ascolti preliminari. Ogni segnalazione viene accolta e presa in carico da un mediatore, che effettua il primo contatto telefonico con il cittadino e il professionista e diviene referente della situazione, intervenendo nei diversi ascolti e nell'eventuale mediazione.

In Tabella 1 è presentata una sintesi riepilogativa dei casi seguiti dal *team* di ascolto e mediazione dalla sua istituzione, nel settembre 2005, a oggi.

Figura 14. Schema di gestione dei casi classificati in codice giallo

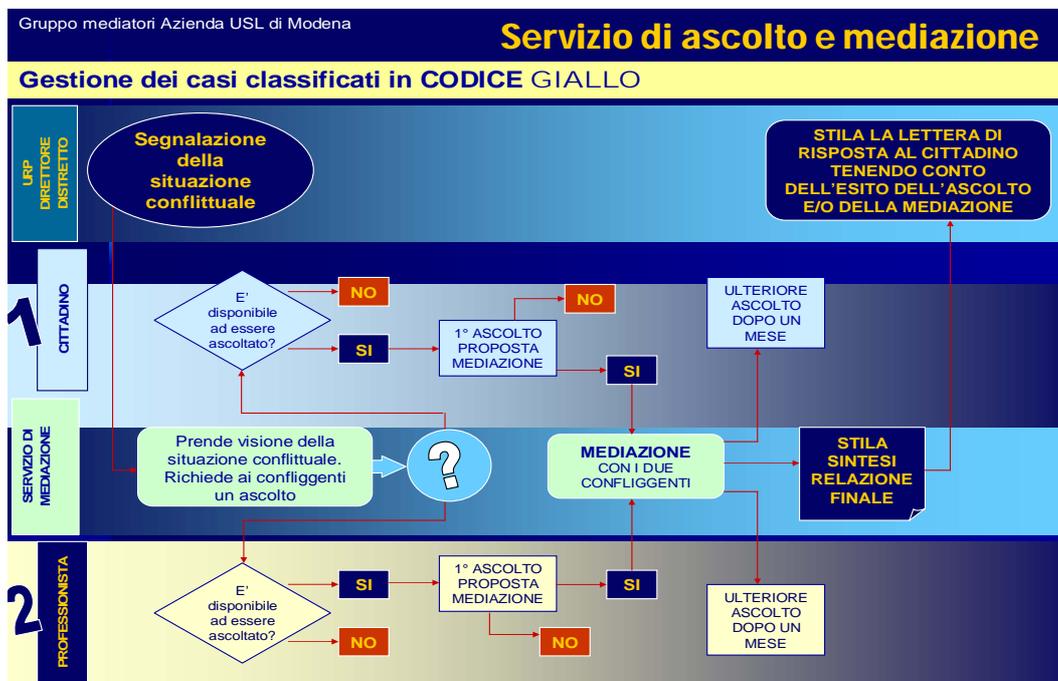


Figura 15. Schema di gestione dei casi classificati in codice rosso

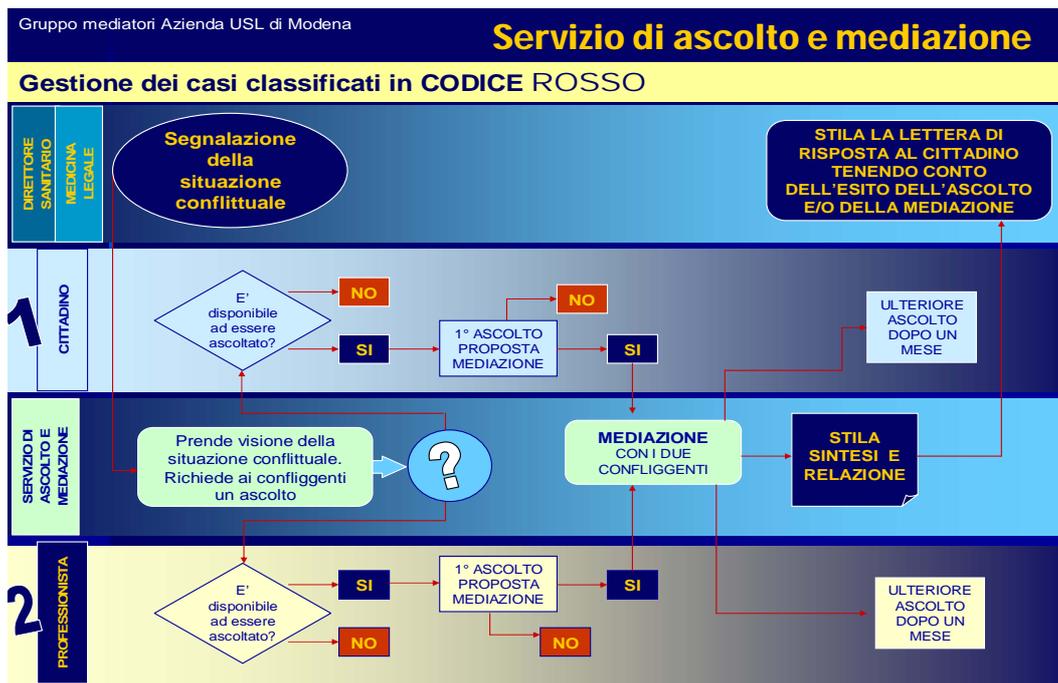


Tabella 1. Colloqui di ascolto e mediazione. Anni 2005-2007

Anno 2005: colloqui di ascolto e mediazione su 21 casi

totali	professionisti	cittadini	mediazioni	colloqui post-mediazione
29	6	21	1	1

Il colloquio post-mediazione ha interessato solo il cittadino; il professionista non ha manifestato la necessità di essere nuovamente ascoltato.

Anno 2006: colloqui di ascolto e mediazione su 58 casi

totali	professionisti	cittadini	mediazioni	colloqui post-mediazione
120	30	58	14	18

Sia alcuni cittadini sia alcuni professionisti non hanno sentito l'esigenza del colloquio post-mediazione.

Anno 2007: colloqui di ascolto e mediazione su 13 casi (dati a marzo 2007)

totali	professionisti	cittadini	mediazioni	colloqui post-mediazione
20	7	13	1	2

5.1.3. Cosa significa fare il mediatore

Circa due anni fa è stato intrapreso il percorso formativo e sono stati coinvolti sette mediatori; attualmente nell'Azienda USL di Modena ce ne sono altri due in formazione (3° corso regionale).

L'iniziativa si iscrive nella cornice più ampia del progetto regionale co-finanziato dal Ministero della salute nell'ambito della ricerca finalizzata ex art. 12 bis del DLgs. 229/1999 "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie", del quale l'Azienda USL di Modena è l'Unità operativa capofila.

Si è partiti dal presupposto che il conflitto in sanità è possibile, come in qualsiasi relazione tra le persone; come già anticipato, in ambito sanitario esso assume connotazioni peculiari per il tipo di rapporto che si instaura fra tutti i professionisti della salute e i cittadini/pazienti/utenti, anche per l'intrinseca disparità che esiste in tale relazione.

Il corso di formazione sulla mediazione dei conflitti è stato molto impegnativo, ma ha aperto uno scenario nuovo, insegnando ad affrontare il conflitto da un altro punto di vista, sotto una nuova angolazione.

Fino a qualche anno fa si era considerata solo la parte esplicitamente segnalata sulla carta, cioè ci si accontentava di conoscere quanto emergeva dalla lettura dei reclami, e si è sempre cercato di fornire una risposta tecnica ai vari quesiti, alle diverse obiezioni. L'Azienda USL di Modena - come le altre del resto - in passato tentava una difesa formulando risposte diplomatiche, che in molti casi si traducevano in una esplicitazione della lettera di dimissione o della cartella clinica, oppure chiedeva semplicemente l'apertura di una posizione all'assicurazione nei casi di richiesta di risarcimento danni. Quando si è cercato di incontrare il cittadino e di parlargli, l'intento era quello di giustificare e chiarire l'accaduto, preoccupandosi e occupandosi del fatto, prestando un'insufficiente attenzione alla persona non perché considerata poco importante, bensì nella convinzione che rispondendo precisamente ai vari interrogativi si sarebbe recato conforto e assicurata tranquillità.

Il corso sulla mediazione dei conflitti ha invece insegnato quanto sia fondamentale andare oltre il fatto, cercare di ascoltare il non detto, sentire cosa è veramente accaduto in quel contesto, cosa davvero sorregge quel conflitto, quali radici profonde ha nel vissuto delle parti.

Il lavoro che è stato sperimentato e che si risperimenta tutte le volte che si incontra un confliggente per un colloquio di ascolto, impone di uscire dalla razionalità, di non giudicare né parteggiare, ma di sentire empaticamente, di accogliere e riconoscere le persone. Il processo di mediazione consente alle persone di riconoscersi reciprocamente in un'altra dimensione, quella umana, svincolata dal rapporto medico operatore sanitario e paziente/utente.

La prima e grande trasformazione in verità si è verificata sugli stessi mediatori, persone molto inquadrature all'interno dell'organizzazione e scarsamente abituate a mettersi in gioco sul piano umano, e che si sono trovate a farlo anche con i colleghi, talvolta di professionalità diversa e con disparità di ruolo e di qualifica.

Nell'Azienda USL nell'arco di quasi due anni sono state incontrate circa 150 persone, tra cittadini e professionisti; in alcuni casi c'è stato anche il colloquio di mediazione e tutte le volte il riscontro è stato positivo: il cittadino è stato soddisfatto di potersi rapportare con rappresentanti dell'organizzazione, che lo ascoltavano e si preoccupavano di lei/lui come persona e non solo di una parte del suo corpo (forse danneggiata da un operatore sanitario della stessa Azienda); il professionista, una volta compreso che l'intenzione non è di fare il processo, si è dimostrato sollevato per il fatto di poterne parlare per la prima volta con qualcuno neutrale ma edotto sull'argomento perché inserito nella sua stessa organizzazione, soprattutto relativamente alla "fatica" della quotidianità, della professione sanitaria, dei ritmi serrati che non concedono respiro, ecc. Anche il professionista si è sempre rivelato molto contento di potersi presentare come un essere umano che può esternare i propri timori, le proprie sconfitte; spesso ha accettato di incontrare il cittadino sullo stesso piano per arrivare al reciproco riconoscimento attraverso la mediazione.

Questa diversa modalità di gestione del conflitto ha permesso al cittadino di confrontarsi e di trovare le spiegazioni richieste direttamente con la controparte, percepita non più come tale ma come persona ugualmente interessata e partecipe dell'evento, tanto da avere soddisfazione e da ritenere di non dover intraprendere altre strade per avere ulteriori risposte.

La mediazione governata da operatori dell'Azienda USL ha quindi il significato di un valore aggiunto e non deve essere considerata come una tecnica manipolatoria nei confronti del reclamante.

Inizialmente anche nel *team* si nutrivano alcune perplessità circa l'evenienza che la mediazione potesse essere accettata sia dai cittadini, sia dai professionisti, ma i fatti hanno dimostrato la bontà dello strumento, straordinariamente efficace nella sua semplicità.

Nello svolgimento dell'attività di ascolto e mediazione si è deciso di fare riferimento a norme etico-comportamentali, tratte e modificate dal Codice deontologico del *Centre National de la Médiation* di Parigi. Si è anche ipotizzato di consegnare ai cittadini una *brochure* informativa in cui è descritta sinteticamente l'attività di ascolto e mediazione, sono indicati gli obiettivi, le modalità di intervento e le norme etiche e comportamentali seguenti:

- **indipendenza:** il mediatore dei conflitti ha il dovere di salvaguardare l'indipendenza inerente alla sua funzione, deve mantenersi neutrale non lasciandosi condizionare dal rapporto di dipendenza con l'Azienda USL, e deve svolgere liberamente l'attività di mediazione dei conflitti, mantenendo il segreto professionale;
- **neutralità:** la funzione di mediatore dei conflitti determina un dovere generale di riserbo e, in particolare, di neutralità nei confronti delle parti. Qualunque sia la sua opinione in coscienza, il mediatore dei conflitti rispetta questo dovere. Se per ragioni personali il mediatore dei conflitti ritiene di non essere in grado di rispettare tale dovere, deve invocare la clausola di coscienza e astenersi;

- segreto professionale: il mediatore dei conflitti è tenuto, nei confronti dei terzi, al segreto professionale, alle condizioni previste dal Codice penale all'art. 622 e dal DLgs 196/2003 (cosiddetto codice sulla *privacy*). Il segreto riguarda l'identità e ogni elemento della vita delle persone portato a conoscenza del mediatore dei conflitti, oltre alle informazioni e ai documenti confidenziali ricevuti. L'obbligo di rispettare il segreto professionale si estende a tutto ciò che il mediatore dei conflitti ha visto, ascoltato e compreso nell'esercizio della sua funzione. Il mediatore dei conflitti non può tenere conto, nella conduzione della mediazione, delle informazioni confidenziali comunicate da una delle parti, se non espressamente autorizzato dall'interessato/a;
- incompatibilità: il mediatore dei conflitti deve astenersi dall'intervenire quando per propri interessi potrebbe non assolvere alla propria funzione in conformità alle presenti regole deontologiche;
- obblighi nei confronti delle parti: i mediatori dei conflitti si impegnano ad esercitare l'attività di mediazione con la massima cura e il massimo impegno e chiarezza nei confronti delle parti. Il mediatore dei conflitti rispetta in ogni circostanza l'autonomia delle persone, la loro libertà di giudizio e di decisione; evita inoltre ogni utilizzazione a fini personali delle informazioni ricevute durante il suo intervento, così come ogni ingerenza nella vita professionale delle persone che hanno chiesto il suo intervento;
- diritto al rifiuto: il mediatore dei conflitti ha sempre il diritto di rifiutare di prestare la propria opera facendo appello a una clausola di coscienza, cioè per ogni motivo che dipenda esclusivamente dal proprio giudizio. Può anche ritirarsi da una mediazione dei conflitti in corso, a condizione di motivare il proprio disimpegno e di dare alle parti la possibilità di continuare l'azione intrapresa, in particolare attraverso la ricerca di un altro mediatore dei conflitti.

Acquisire conoscenze relative alla mediazione dei conflitti sarebbe assai utile come bagaglio culturale per tutti gli operatori, anche se non lavorano prevalentemente a contatto con il pubblico, tenuto conto che esiste una buona dose di conflittualità anche tra i colleghi, conflittualità che è di per sé una fonte di rischio e che può incidere pesantemente sull'andamento complessivo di un'Unità operativa.

Cosa significa fare il mediatore?

Significa essere periodicamente disposti a "spersonalizzarsi" per accompagnare la persona che rivive un accadimento sgradevole, vuole dire accoglierla e rispettare il suo spazio, i suoi tempi, il suo stato d'animo, senza cadere nella tentazione di proporre soluzioni o di dare spiegazioni. Questo sul piano emotivo è un processo assai faticoso ma entusiasmante, perché si vede la persona cambiare emotivamente e pervenire a una diversa accettazione e considerazione dell'accaduto, finalmente disponibile a rivedere e a riconsiderare anche l'altra parte.

Sul piano pratico significa rapportarsi continuamente con vari interlocutori: i Direttori di Distretto, i referenti degli URP, il Servizio legale e assicurativo, l'Unità operativa di medicina legale, i rappresentanti dell'associazionismo cittadino (TDM, CCM, ecc.), i colleghi che operano la mediazione, e naturalmente con i principali attori del conflitto - il cittadino e il professionista.

Significa mettere in essere una serie di azioni per garantire la corretta e tempestiva informazione a tutti coloro che sono coinvolti, per le parti di competenza, proprio per dare la possibilità ai confliggenti di rapportarsi tra di loro e con l'Azienda USL in modo chiaro e sereno.

L'attività complessivamente ha dato risultati positivi in termini di soddisfazione sia per i cittadini, sia per i professionisti, sia per l'Azienda USL, in particolare per quanto attiene alla ricostruzione del rapporto di fiducia.

Bibliografia

- Bauman Z. *Voglia di comunità*. Roma, Editori Laterza, 2001.
- Besemer C. *Gestione dei conflitti e mediazione*. Torino, EGA, 1999.
- Castelli S. *La mediazione. Teorie e tecniche*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Cinotti R., Nicoli M.A., Sturlese V., Capizzi S. Sapere Ascoltare. *Il valore del dialogo con il cittadino*. Dossier n. 105. Bologna, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2005.
- Gaddi D., Marozzi F., Quattrocolo A. Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica. *Riv It Med Leg*, n. XXV, 2003.
- Martello M. *Oltre il conflitto. Dalla mediazione alla relazione costruttiva*. Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Morineau J. *Lo spirito della mediazione*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Pisapia G., Antonucci D. (a cura di). *La sfida della mediazione*. Padova, CEDAM, 1997.
- Scaparro F. (a cura di). *Il coraggio di mediare*. Milano, Guerini e Associati, 2001.
- Watzlawick P. *Il linguaggio del cambiamento*. Milano, Feltrinelli, 1999.

Siti web consultabili

- Associazione Me.Dia.Re. Mediazione Dialogo Relazione
<http://www.me-dia-re.it/index.htm>
- MediazioneOnLine. Uno strumento per creare alleanze
<http://www.mediazioneonline.it/>
- GEA Consulenti associati di gestione aziendale - <http://www.gea.it/>

5.2. Il ruolo della mediazione nel programma di gestione del rischio dell'Azienda USL di Piacenza²⁶

5.2.1. Introduzione

La mediazione si è inserita nelle azioni di gestione del rischio dell'Azienda USL di Piacenza che vedevano in corso attività di formazione del personale e di sperimentazione - peraltro con alterne fortune - dell'*incident reporting* nell'attività anestesiologicala e in sala parto, e attività di analisi e gestione del reclamo e del contenzioso, attività quest'ultima che si stava strutturando con il coinvolgimento e l'integrazione di professionalità sanitarie e organizzative.

Soprattutto quest'ultima attività evidenziava ed evidenzia le problematiche legate alla struttura fortemente funzionale e i noti problemi di comunicazione tra gli operatori da una parte e i pazienti e i loro familiari dall'altra, che spesso finiscono per rendere più difficoltoso affrontare la situazione.

La partecipazione dei primi due operatori al corso promosso dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna nel 2005 e l'inizio della attività di ascolto è coincisa anche con l'accresciuta consapevolezza da parte della Direzione aziendale della necessità di contrastare la tendenza all'incremento dei contenziosi e dei costi economici relativi, esplosi al punto da portare a incrinare il rapporto con il mondo assicurativo.

Fin dai primi ascolti è apparso evidente come questa attività fosse gradita dai pazienti, che l'hanno vissuta come possibilità di esporre meglio le loro posizioni all'Azienda e hanno accolto molto favorevolmente l'offerta dell'Azienda di un momento di colloquio.

Più difficoltoso è stato il coinvolgimento degli operatori che inizialmente hanno forse percepito la proposta di ascolto e di mediazione come una messa in discussione della loro capacità di rapportarsi con gli utenti, una intromissione in questo rapporto.

Il progetto è stato presentato internamente al Collegio di Direzione ma la pubblicità della scelta organizzativa è stata ampliata dall'invio di una lettera a tutti i responsabili di Unità operativa; è stato inoltre pubblicato un articolo sul giornale dell'Ordine dei medici di Piacenza.

Nonostante gli sforzi di comunicazione, l'impatto di queste iniziative è stato evidentemente insufficiente: l'analisi a valle di questo riscontro è certamente da ricondurre a un canale di dialogo da tenere aperto tra Direzione e personale medico ma anche a una certa resistenza all'innovazione presente nella realtà.

Bisogna peraltro ammettere che con il passare del tempo però l'attività si è andata consolidando e anche il coinvolgimento degli operatori è diventato più proattivo.

Attualmente, oltre all'invio di altri operatori al corso di formazione, si sta cercando di estendere le modalità di collaborazione con l'URP e di allargare l'area di competenza dello stesso verso una più estesa azione derivante anche da attività di *feedback*.

²⁶ A cura di Gabriella Di Girolamo, Sonia Gandolfi, Guglielmo Delfanti, Azienda USL di Piacenza.

5.2.2. La mediazione tra le attività di risk management

Negli ultimi anni si osserva una spiccata tendenza al peggioramento della sinistrosità delle Aziende sanitarie così come della qualità percepita delle prestazioni, fenomeni che conducono ad una voglia di lite nel sistema ma che inducono a una riflessione sull'approccio manageriale al problema; le Direzioni si vedono quindi nella condizione di non potersi permettere di sottostimare il problema sia a livello sanitario che amministrativo. Si tratta di un problema gestionale che impone scelte rapide.

Non si sottrae a questo fenomeno l'Azienda USL di Piacenza, che ha assistito negli ultimi due anni a un incremento esponenziale delle richieste di risarcimento danni, fino ad arrivare ai numeri record del II semestre 2006 (*Tabella 2*).

Tabella 2. Suddivisione per fonte delle richieste / segnalazioni pervenute dal 1° luglio al 31 dicembre 2006

Richieste risarcimento e segnalazioni pervenute	50
URP	11
Tribunale diritti del malato danneggiato	4
Ufficio legale	5
	30

Un siffatto incremento di attività è stato fronteggiato grazie alla costituzione di un'unità operativa *ad hoc*, la UO organizzazione e *risk management*, posta in *staff* alla Direzione generale in modo da consentirle la possibilità di muoversi ed effettuare interventi trasversalmente rispetto alle realtà amministrative e sanitarie presenti in Azienda.

Un ulteriore passo è stata la costituzione del gruppo di valutazione del rischio, composto dal *risk manager* aziendale, dal responsabile del rischio clinico e dal direttore dell'UO di medicina legale, che si preoccupa dell'analisi e trattazione delle richieste di risarcimento danni e delle segnalazioni sia a monte che a valle di un'eventuale denuncia.

Lo sforzo organizzativo profuso conduce alla costituzione e formalizzazione di due unità virtuali più un coordinatore, intese come utilizzo di risorse umane e strumentali aggregate senza alcuna modifica della pianta organizzativa, con i compiti di *risk management* clinico (in letteratura *clinical risk management*) e di *management* delle assicurazioni (*insurance risk management*) con i seguenti compiti:

- *risk management clinico*: il gruppo di lavoro, costituito da membri della Direzione sanitaria, gruppo di valutazione del rischio, Medicina legale e Affari generali e legali, è incaricato di:
 - reperire la documentazione clinica e le relazioni dei sanitari coinvolti
 - costituire e monitorare l'attività degli URP e dei mediatori del rischio
 - generare un flusso continuo di informazioni gestionali volte al miglioramento dell'efficienza interna
 - verificare l'efficacia esterna
 - creare occasioni di incontro e di apprendimento dall'errore

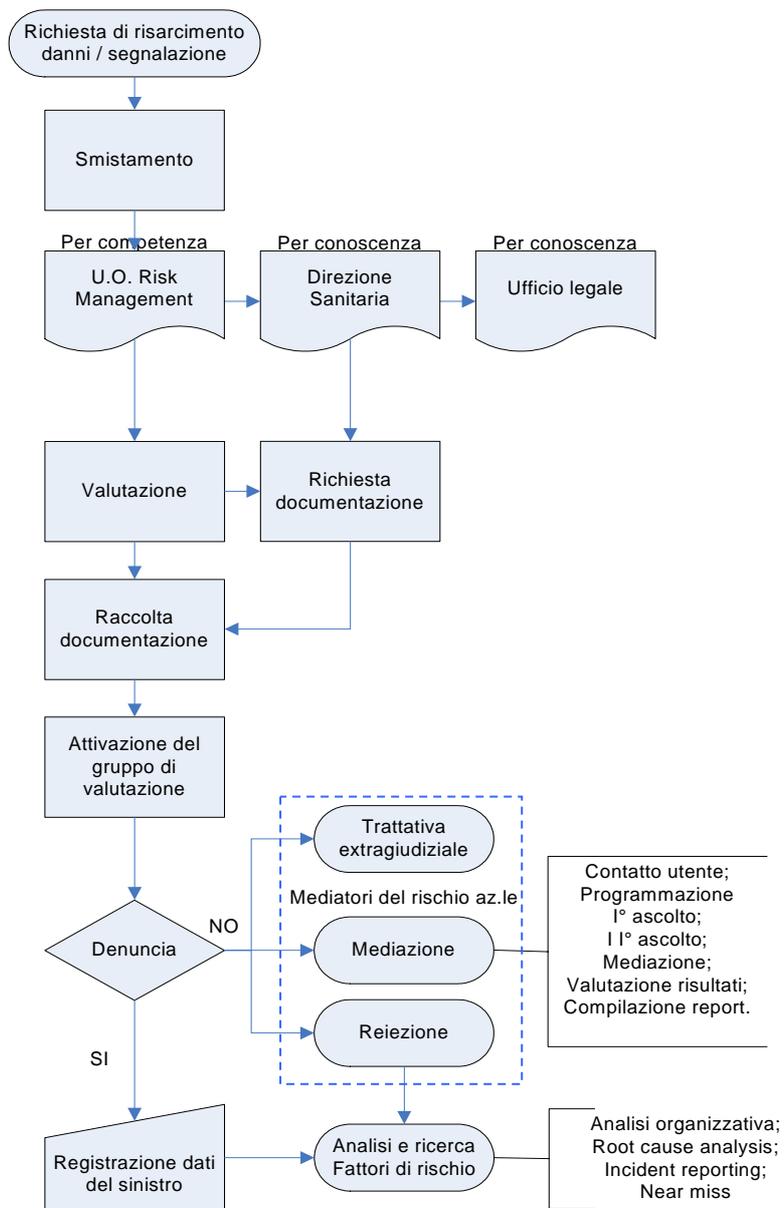
- *management* delle assicurazioni: il gruppo di lavoro, da membri della Direzione amministrativa, gruppo di valutazione del rischio, studio legale e Ufficio assicurazioni, si occupa di:
 - attivare il gruppo di gestione del rischio contestualmente al ricevimento della richiesta di risarcimento
 - rendere completa la documentazione ai fini dell'apertura della pratica
 - mantenere in linea con gli eventi il *database* aziendale
 - creare quanto funzionale ai fini informativi esterni
 - consolidare i rapporti verso il *loss adjuster* e l'ufficio sinistri del *broker*

La mediazione trova il suo incipit nel percorso legato alle segnalazioni e alle richieste di risarcimento danni, e scorre parallelamente ad esso, senza escluderlo.

Infatti, come si vede nel *flowchart* (Figura 16), la richiesta di risarcimento / segnalazione arriva ai mediatori del rischio dopo che il gruppo di valutazione del rischio (o almeno una sua parte) ne ha preso visione e ha ravvisato l'opportunità di dare inizio al percorso di mediazione.

L'attività dei mediatori procede poi in autonomia, con obbligo di *report* nei confronti delle altre parti interessate, in modo da poter garantire azioni sinergiche; nello specifico, è stato costruito un *database* condiviso che raccoglie le informazioni relative ai casi trattati e che consentirà anche di discutere dei risultati e di eventuali migliorie con il personale sanitario, dando il via a un processo di cambiamento organizzativo basato sull'apprendimento (*learning organization*).

Figura 16. Percorso richieste di risarcimento danni / segnalazioni e sua intersezione con la mediazione



5.2.3. Mediazione stragiudiziale dei conflitti: il punto di vista dei mediatori, l'esperienza nell'Azienda USL di Piacenza²⁷

L'evoluzione che il concetto di mediazione dei conflitti ha avuto, dal momento in cui l'Azienda ci ha proposto la possibilità di una formazione in merito ad oggi, può testimoniare il cambiamento/trasformazione del punto di vista differente rispetto a un fenomeno.

In questo caso il fenomeno è il conflitto, nella fattispecie il conflitto in ambito sanitario che riguarda prevalentemente da una parte gli operatori/professionisti e dall'altra il cittadino utente.

Oggi siamo ben lontani da quella offuscata e incerta idea che avevamo della mediazione stragiudiziale. Quasi all'unanimità tale termine veniva associato ai processi tipici di risoluzione delle dispute: arbitrati, conciliazione ..., quasi a significare che non potesse esserci altro modo o altro spazio dove i conflitti potessero trovare una risposta o meglio un'evoluzione.

Con queste idee ci siamo avvicinate alla selezione e alla presentazione del corso, che ha avuto il merito di confonderci ulteriormente i pensieri, soprattutto perché ha messo in crisi quelle poche certezze che ognuno di noi aveva in proposito.

Ma pioniere e curiose della novità, siamo rimaste incollate ad ascoltare la proposta che ci veniva illustrata a piccole dosi (questo ovviamente faceva aumentare l'appetito) e con un linguaggio e un approccio molto "umanistico". Ci chiedevamo dove e come avremmo potuto essere di utilità all'Azienda attraverso questo percorso.

Il corso di formazione non è stato facile; lasciare i propri ruoli, quelli per i quali ognuno di noi era ed è identificato nelle proprie Aziende - il ruolo di professionista -, per entrare in quello neutro del mediatore non è stato un processo indolore.

La qualità del corso nella sua progettazione, oltre che l'abilità e la competenza dei formatori che ci hanno accompagnato in questa trasformazione con un solido caldo abbraccio, ci ha permesso di togliere/abbassare la maschera del ruolo per provare quella delle emozioni e riscoprire dietro ad ogni vissuto valori, esperienza, emozioni, dolori, risorse, uniche e irripetibili.

Riuscire a vedere al di là del ruolo ci ha permesso di vedere di più e soprattutto di vedere altro, con aspetti concettuali e teorici, ma con grandi sorprese dei professionisti con cui abbiamo condiviso questa avventura. Sì, perché di avventura si è trattata con aspetti concettuali e teorici, ma con grandi sorprese fatte da racconti, vissuti, *strip tease* dell'anima... Ognuno l'ha fatto, quando ha voluto, quando si è sentito: si è "fidato" perché accettato, in un clima di non giudizio e di accoglienza, per fare spazio a una dimensione diversa e arricchita di elementi rispetto al ruolo già conosciuto.

²⁷ Il racconto dei mediatori piacentini rende possibile capire il cammino formativo, l'evoluzione della loro esperienza e il loro mettere in pratica le tecniche di ascolto e mediazione.

Una dimensione fatta anche della fragilità umana, delle emozioni e del coraggio di riconoscerle e offrirle alla condivisione degli altri: una dimensione per uno spazio mentale per poter pensare se stessi e gli altri in un "altro modo", dando altri significati alle parole, ai fatti, ai contesti, alle persone.

Ma perché tutto questo? perché non passare solo attraverso la lezione teorica e la spiegazione del *setting*?

Quanto conta l'esperienza nei ruoli all'interno del *setting* della mediazione del conflitto?

Cosa si "sente" da confliggente?

Cosa si "sente" da mediatore?

Cosa si "vede" da osservatore?

Provare a calarsi nei vari ruoli fa sperimentare e riflettere su "cosa si muove" in termini di emozioni, di sentimenti, di pensieri ogni volta che entriamo in relazione con qualcun altro. Sicuramente si muove tanto, se il motivo della relazione è un bene prezioso come la salute.

Paradossalmente in questo contesto l'oggetto del contendere/conflitto è il medesimo che entrambi i confliggenti per motivi diversi tendono a proteggere/tutelare.

C'è da chiedersi dove finisce il diritto ad essere tutelato dell'uno e il dovere di tutelare dell'altro!

Quali sono le aspettative delle parti?

Qual è l'idea del limite delle parti?

Qual è il valore e il significato della salute nella cultura delle parti?

Cosa ha rappresentato un dato evento per le parti?

E potremmo continuare a citare aspetti che si collocano in un'area di confine a cui ognuno attribuisce colori e sfumature differenti.

È proprio nei significati di questa tavolozza dei colori di emozioni e sentimenti che secondo la nostra esperienza può collocarsi la neutralità del mediatore: uno spazio neutro, sia temporale che fisico, dove possano trovare domicilio tutte le cromie di ognuno; uno spazio mentale in cui ognuno possa essere se stesso, possa esprimersi anche nel dolore, nella rabbia, nella paura, nella solitudine, nella soddisfazione, piuttosto che nella fiducia, o nella gioia: con il "rispecchiamento", i mediatori aiutano i confliggenti a riconoscere i propri sentimenti, a chiamarli per nome; il riconoscimento delle proprie emozioni mette in moto una pensabilità.

Pensare a cosa? Forse alla possibilità di guardare in faccia, riconoscere anche le emozioni dell'altro; pensare l'altro, il nemico, anche in altro modo; pensare che il nemico può essere anche altro: forse un po' meno nemico, e altro ancora.

Come è nata e cresciuta la nostra esperienza

La nostra esperienza rispetto agli ascolti è datata 18 maggio 2005, quando abbiamo ricevuto il primo "no" da un utente chiamato a seguito di un reclamo e al quale veniva offerta la possibilità di avere un colloquio/ascolto con noi mediatori.

Primo trauma da sconfitta: non ce la faremo mai!

Il rinforzo a questa sensazione di assoluta inadeguatezza è arrivata con il secondo caso: ascolto avvenuto, ma con grande difficoltà di governo della relazione.

Secondo trauma: è la conferma che non ce la faremo mai !!!

I primi approcci, ovviamente svolti in concomitanza con il percorso di formazione, sono stati sottoposti all'analisi metodologica dei formatori; il loro contributo, la conoscenza sempre più approfondita delle proprie risorse e di quelle del collega mediatore, l'abitudine ad una autoanalisi e a una critica tecnica del colloquio fatta subito dopo e a distanza con l'altro mediatore ci hanno piano piano abituati a cercare di lavorare e affinare sempre più un metodo, uno stile, un approccio all'ascolto che è sempre in divenire: pensare sempre se qualcosa è sfuggito, se si poteva fare qualcosa di più, cosa non ha funzionato, insomma essere sempre critici rispetto al proprio e altrui operato, pur nella consapevolezza del limite e della funzione della mediazione nelle Aziende sanitarie.

La consapevolezza del limite e dello spazio in cui si colloca l'ascolto e la mediazione sono aspetti assolutamente rilevanti e da non sottovalutare.

La delicatezza dei casi che affrontiamo, la molteplicità di approccio che vediamo, la fragilità delle persone di cui siamo testimoni devono sempre tenerci all'erta per non correre il rischio di essere scambiati per altri professionisti, con competenze specifiche e con altri ruoli.

Questo significa che durante gli ascolti può presentarsi la situazione in cui ci si accorga che la persona può avere bisogno o chieda di essere rivisto più volte; ci si deve domandare se sia il caso di favorire un invio ad altri professionisti, o comunque essere in grado di non innescare rapporti di dipendenza.

Qual è la strategia per non rischiare di scivolare su lamine della relazione così sottili? La neutralità affettiva. In questo contesto non è solo l'aspetto di neutralità inteso tra parte aziendale e parte cittadino. È la neutralità etica, la neutralità della competenza, la neutralità della consapevolezza del limite, la neutralità della trasparenza, la neutralità della non improvvisazione ma dell'adozione di una specifica modalità di comunicazione, la neutralità della supervisione, la neutralità del conoscersi, la neutralità del dire "Questo caso non posso seguirlo!".

Da quel maggio 2005 di ascolti ne abbiamo effettuati circa 50. Di questi la maggioranza rivolti ai cittadini rispetto al numero di professionisti ascoltati.

In alcuni casi l'ascolto ha avuto più incontri; a volte ha avuto come esito la mediazione, nella maggior parte dei casi gli ascolti hanno dato esito a richieste di chiarimenti o di miglioramenti organizzativi. Rare volte alla mediazione hanno fatto seguito percorsi di conciliazione con ascolti post-mediazione a distanza di qualche mese.

Nel corso del tempo, probabilmente per la diffusione della conoscenza del servizio, abbiamo sempre meno difficoltà ad ascoltare le persone singolarmente. Nei primi tempi, all'invito a un incontro con noi rispondeva quasi sempre la famiglia: vale a dire che l'utente si presentava spesso accompagnato da un parente (figlio, coniuge) o addirittura da un legale. Forse questo era un segnale di atteggiamento difensivo nei confronti della sanità!

Oggi queste situazioni sono molto rare e legate prevalentemente a situazioni in cui la persona è molto anziana oppure non italiana (in entrambi i casi dichiarano il timore a non comprendere).

È sempre più basso il numero di persone che dopo la segnalazione scritta, invitate a un colloquio, rispondono di non essere disponibili. Quasi sempre le persone accettano di venire all'incontro, arrivano corredate da cartelle e cartelline piene di referti, date, e poi comunque si raccontano, ci regalano un pezzo del loro vissuto rispetto all'esperienza che hanno citato o che le ha portate a segnalare un conflitto, e ci ringraziano per averle ascoltate.

Come mettiamo in pratica l'intervento di ascolto e mediazione

Il modello concettuale della mediazione stragiudiziale dei conflitti in area sanitaria che è alla base della nostra formazione, fa riferimento alla mediazione trasformativa, quindi non persegue un obiettivo di *problem solving* ma è orientata a porre l'attenzione al processo, a ciò che accade durante tutto il percorso di ascolto e mediazione.

Questo significa che i mediatori non si pongono un obiettivo specifico, ma offrono la propria competenza per garantire ai confliggenti uno spazio neutrale, non giudicante e individuale, dove si possano far rivivere i sentimenti e dare spazio alla rabbia e al dolore. In questo spazio i mediatori favoriscono la trasformazione delle emozioni attraverso le abilità di rispecchiamento, di ascolto, di accettazione e non giudizio, di riconoscimento di libertà e di autonomia e di *empowerment*, oltre che attraverso la garanzia di uno spazio individuale in cui poter esprimere anche il silenzio.

Il percorso della mediazione è quindi un'evoluzione di un processo che passa molto attraverso il rapporto di fiducia che si crea tra le parti e i mediatori, una fiducia che fonda le sue basi su aspetti di forte professionalità.

Il processo inizia con la comunicazione al *team* di mediazione dei nuovi casi da parte dell'URP, Medicina legale, Direzione sanitaria, Tribunale diritti del malato, *Risk management*.

Successivamente, il contatto degli interlocutori - cittadini e professionisti - viene attuato da uno dei mediatori: è importante secondo noi che la telefonata non sia fatta da terzi (es. segreteria), perché il rapporto di fiducia inizia già dal colloquio telefonico. Già nel corso della telefonata viene spiegato nell'ottica della trasparenza di che colloquio si tratta, e soprattutto qualora ci fosse una richiesta di risarcimento, si specifica che i percorsi sono paralleli e non si escludono a vicenda.

Ricordiamoci che l'interesse della mediazione è offrire uno spazio diverso da quelli già esistenti, che mira unicamente dove è possibile a restituire un'integrità emotiva laddove ci sia stata o si ritiene ci sia stata una lacerazione a causa di qualcuno per situazioni di carattere sanitario.

Le tipologie dei reclami che la mediazione prende in considerazione sono quelli dove l'aspetto relazionale ha una valenza molto forte, come quelli di natura tecnico-professionale con richiesta di chiarimenti e/o con riserva di azioni legali, ma anche quelli in cui l'utente intende solo segnalare una sua esperienza al fine di offrire all'organizzazione un elemento di miglioramento, fino ai casi in cui vi sia la denuncia di grave disservizio.

È importante che il *setting* degli ascolti e della mediazione vengano rispettati, quindi negli ascolti devono essere presenti 2 mediatori e nella mediazione 3. Questo perché non si rischi di essere identificati con altri tipi di *setting* e perché ognuno al suo interno possa esplicitare il suo ruolo al meglio.

Non è frequentissimo che venga condotto più di un ascolto per ogni interlocutore, soprattutto quando si intravede la possibilità o il desiderio delle parti di arrivare alla mediazione.

A questo proposito, è d'obbligo una riflessione rispetto alla nostra probabile timida ritrosia ad effettuare più incontri, soprattutto con i professionisti. Forse dobbiamo ancora legittimarci e autorizzarci questo passaggio! D'altronde questo percorso in area sanitaria è del tutto innovativo, quindi le "caratterizzazioni", gli aggiustamenti li stiamo scoprendo man mano con l'osservazione attenta di ciò che accade ogni volta.

Cosa chiedono principalmente i cittadini: più attenzione, maggiore sicurezza, cortesia, presa in carico, maggiore precisione nella comunicazione, di essere trattati come persone uniche, di essere assicurati e di avere chiarimenti rispetto alle loro paure per gli esiti e/o per la non comprensione del linguaggio sanitario.

I professionisti ci raccontano di essersi sentiti traditi nel rapporto di fiducia con l'utente (questo sentimento è comune spesso alle parti), ci raccontano anche di un forte senso di responsabilità professionale e della sofferenza per il rapporto con il paziente, che con il tempo è sempre più ridotto per le sempre maggiori richieste di prestazioni. Ci raccontano anche della difficoltà a gestire la relazione con i pazienti e con i familiari, soprattutto nelle situazioni emotivamente molto forti; si sentono spesso da soli, non ascoltati e soprattutto con il timore di essere considerati poco professionali se danno spazio alle parole.

Anche i cittadini ci raccontano di sentirsi spesso soli, di non sapersi orientare e di sentirsi traditi da quei professionisti ai quali avevano affidato la loro salute. Ci dicono anche della paura di non conoscere cosa sarà di loro, e della rabbia che sopravviene quando qualcosa non funziona (che può essere umano) ma non viene riconosciuto. Ci raccontano anche di quanto sia difficile a volte parlare con lo stesso linguaggio. Ci dicono quanto sarebbe importante che qualcuno nelle situazioni di difficoltà chiedesse "come si sente? vuole avvisare qualcuno? ha paura?", e che lo facesse con gentilezza, con il cuore, perché quando si sta male si è spesso confusi, non sempre si sa quello che si dice e non sempre si capisce quello che ti dicono.

Dalla nostra esperienza abbiamo osservato che i punti di vista rispetto al problema sono spesso molto diversi; a volte ascoltando le parti confliggenti sembra di ascoltare storie completamente diverse, diverse perfino da quella raccontata nel reclamo scritto.

Cosa vuol dire? che le persone sono folli o false? Crediamo proprio di no; crediamo invece che le persone innanzitutto hanno vissuto l'esperienza da punti di vista diversi e quindi hanno visto la propria storia e raccontano la propria esperienza; vuol dire anche che malgrado le resistenze, le persone cambiano rispetto alle situazioni, nel tempo si ricordano cose diverse della medesima esperienza, i vissuti si evolvono, e a volte anche le relazioni e la comunicazione all'interno dei conflitti.

5.3. Il disegno organizzativo dell'Azienda ospedaliera di Lecco: ruolo e risultati della mediazione²⁸

5.3.1. Il contesto

Il risk management in Lombardia: la Circolare 46/SAN

La Regione Lombardia ha promosso lo sviluppo di un'attività di gestione del rischio e dei programmi di *risk management* interna alle strutture ospedaliere del proprio territorio, emanando la Circolare regionale 46/SAN del 27 dicembre 2004. L'obiettivo di questo programma di implementazione sugli indirizzi per la gestione del rischio è stato quello di ampliarne il contesto applicativo fino al punto di rendere gli organismi interni - costituiti all'uopo - delle vere e proprie unità operative a se stanti, in grado di coordinare la gestione del rischio a livello aziendale da tutti i punti di vista (assistenziale, amministrativo e organizzativo); allo stesso tempo, si sono anche voluti indirizzare gli sforzi verso obiettivi ritenuti significativi dal mercato assicurativo.

I tre obiettivi fissati dalla Circolare 46/SAN sono i seguenti.

- Creazione di un flusso informativo, per conoscere il fenomeno e favorire una maggiore consapevolezza negoziale con le Compagnie assicurative; a questo fine è stato avviato il progetto di mappatura dei rischi RCT/O, per avere una panoramica sui dati relativi agli accadimenti verificatisi dal 1999 in poi e per conoscere le aree di sinistrosità per aree aziendali, la durata media del contenzioso e il suo dimensionamento economico.

Mappatura di:

- richieste di risarcimento danni inviate alla struttura ospedaliera o sanitaria;
- denunce cautelative dell'Azienda ospedaliera o sanitaria per eventi che potrebbero dar luogo in futuro a richieste risarcimenti danni;

²⁸ A cura di Lidia Zambelli (mediatore), Luisa Madaschi (mediatore), Marco Bosio (direttore Struttura qualità, accreditamento e controllo strategico), Alberto Zoli (Direttore sanitario), Pietro Caltagirone (Direttore generale)
Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco, Regione Lombardia.

- procedimenti penali (solo se la polizza RCT/O prevede una sezione tutela legale);
- polizze di RCT/O.

Risultati ottenuti:

- 8 anni di dati raccolti (dal 1999 in poi);
 - aggiornamento semestrale del *database* regionale;
 - reportistica periodica regionale e aziendale inviata ai *risk manager* e ai Direttori generali delle Aziende lombarde: *report* contenzioso regionale, *report* contenzioso aziendale, *report* indicatori di *benchmarking*.
- Creazione della funzione di *risk management*, ossia:
 - individuazione della figura del *risk manager*, quale coordinatore del Gruppo di coordinamento per la gestione del rischio (GCGR);
 - costituzione del GCGR con funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica della effettiva realizzazione di quanto pianificato a livello aziendale;
 - costituzione del Comitato valutazione sinistri (CVS), un organismo indipendente che opera in stretta integrazione e collaborazione con il Gruppo di coordinamento, nel quale confluiscono diverse professionalità presenti in Azienda (sanitarie, tecniche, amministrative e legali) e non (rappresentanti delle Compagnie di assicurazione, medico legale, ove non presente in Azienda), al fine di vagliare le richieste di risarcimento, fare proposte di transazione sulle stesse e curare la sollecita definizione delle pratiche:
 - pronta raccolta e analisi dei dati;
 - pronto accertamento di responsabilità;
 - analisi interna ed esterna del sinistro;
 - stima del danno potenziale (medico legale);
 - gestione dei rapporti con i danneggiati e/o loro studi legali per una composizione extragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire a un accordo diretto Azienda-danneggiati, ove la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata alla compagnia;
 - allocazione di adeguate riserve.

Risultati ottenuti:

- i tre sopraccitati organi sono presenti in tutte le Aziende ospedaliere della Regione Lombardia;
 - istituzione di un'attività formativa regionale;
 - creazione di un *network* con i *risk manager*.
- Obiettivo attinente la sfera del rapporto struttura / paziente:
 - sviluppare il rispetto dell'altro, valorizzare i pareri degli utenti e degli operatori (questionario di soddisfazione), umanizzare i tempi e i servizi offerti;
 - porre l'attenzione sul consenso informato quale documento contenente informazioni in merito ai rischi, ai benefici e alle possibili alternative di cura;

- una più corretta gestione e archiviazione della cartella clinica, in modo da definirne le regole per la corretta compilazione, gestione e archiviazione da parte delle Unità operative affinché tutte le attività sanitarie connesse al paziente siano correttamente pianificate e registrate e sia quindi possibile garantire la rintracciabilità di ogni atto sanitario;
- utilizzo di un sistema di valutazione delle Aziende sanitarie in collaborazione con Joint Commission International.

Risultati ottenuti:

- le tematiche emerse sono state esaminate dai *risk manager* lombardi in appositi seminari.

Per quanto riguarda le attività future, la Regione Lombardia prevede:

- continuità dell'attività di monitoraggio dei sinistri RCT/O;
- continuità nella redazione dei 3 *report* di mappatura dei sinistri: *report* contenzioso regionale, *report* contenzioso aziendale, *report* indicatori di *benchmarking*;
- continuità dell'attività formativa regionale;
- continuità del *network* con i *risk manager*;
- definizione della procedura per la gestione dei sinistri;
- stesura di progetti aziendali e interaziendali su specifiche aree critiche;
- prosecuzione del dialogo con il mercato assicurativo attraverso le iniziative già in essere:
 - tavola rotonda periodica;
 - gruppo tecnico finalizzato alla condivisione di linee guida sui principi essenziali per bandi e capitolati di gara.

Il risk management nell'Azienda ospedaliera Ospedale di Lecco

Per quanto riguarda l'AO Ospedale di Lecco, il progetto *risk management* viene attivato nel 2003 su diretta indicazione della Direzione aziendale, che ne affida il coordinamento alla Struttura qualità, accreditamento e controllo strategico: questa scelta delinea una forte impostazione al miglioramento della qualità dei servizi, ma anche alla necessità di coordinamento in un'ottica multidisciplinare dei diversi progetti attivati e coordinati all'interno dell'Azienda ospedaliera, con un particolare riguardo al profilo di rischio collegato anche alle altre attività.

A capo del progetto, per la definizione delle azioni da eseguire e delle attività da programmare, è stata posta l'Unità di gestione del rischio (UGR), un gruppo di lavoro multidisciplinare in cui si è voluta rispecchiare la complessa realtà dell'organizzazione, coinvolgendo sia figure tecniche in grado di percepire gli aspetti del rischio da una prospettiva analitica di tipo organizzativo, sia figure che lavorano quotidianamente a diretto contatto col paziente.

Tale Unità ha definito alcuni obiettivi a lungo termine del progetto:

- introduzione di un sistema di individuazione, monitoraggio e controllo delle aree a rischio;
- individuazione delle fasi critiche del processo e di possibili azioni correttive;
- riduzione dei danni al paziente a causa di un errore umano o per processi inadeguati;
- riduzione del contenzioso legale;
- miglioramento dei rapporti con l'utenza e dell'immagine aziendale;
- contenimento dei costi assicurativi;
- sostegno dell'attività professionale di operatori sanitari e tecnici.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi si sono intraprese attività di:

- monitoraggio, tramite scheda di segnalazione dei possibili eventi avversi;
- analisi dei rischi/errori rilevati, con diversi metodi e strumenti;
- formazione e sensibilizzazione alla cultura del rischio, grazie a corsi accreditati ECM e riunioni di diffusione in tutte le Unità operative.

Nella strategia di *risk management* adottata dall'Azienda ospedaliera di Lecco, è risultato fondamentale il ruolo degli operatori sanitari: il loro coinvolgimento e la loro collaborazione sono stati un punto imprescindibile per una efficace ed effettiva gestione del rischio. È stato quindi posto l'accento sulla formazione degli operatori sui temi della *safety*, ma anche sul riconoscimento delle buone pratiche già in uso all'interno delle diverse strutture, sul loro potenziamento e sul coinvolgimento operativo di tutti nelle diverse attività di *patient safety*.

L'approccio adottato, soprattutto dopo un primo anno più prettamente didattico e introduttivo, è stato strutturato a più livelli: dall'alto, con la definizione delle linee guida e delle macro aree di intervento, dal basso, per quanto riguarda l'attivazione di azioni volte a ridurre il livello di rischio nell'attività sanitaria.

Il secondo organismo costituito in ottemperanza al dettato della 46/SAN è stato il Comitato valutazione sinistri (CVS), creato allo scopo di ridurre il contenzioso legale e di contenere i costi assicurativi, aree di prioritario interesse nella gestione del rischio clinico.

Obiettivo primario di questo comitato è quindi la minimizzazione dell'impatto economico del sinistro, attraverso:

- organizzazione della raccolta della documentazione clinica e di tutte le informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che potrebbero portare a un contenzioso giudiziario;
- valutazione delle tipologie e delle entità dei danni arrecati ai pazienti, con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri;
- verifica dei *database* esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo;
- contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

Alla luce di questi obiettivi, si è ritenuto indispensabile istituire un gruppo di lavoro dove fossero rappresentate in maniera permanente le seguenti aree:

- Direzione sanitaria;
- medicina legale;
- affari generali e legali;
- qualità;
- rappresentate della compagnia assicurativa;
- rappresentante del *broker*;
- mediatore aziendale.

Responsabilità primaria del CVS è l'analisi esperta del caso e la valutazione delle criticità emerse da fornire alla compagnia assicuratrice, per uno svolgimento più agile delle relative pratiche. Il Comitato valutazione sinistri opera in stretta integrazione e collaborazione con l'Unità di gestione del rischio (UGR), lavorando in coordinamento e comunicazione continua con essa in modo da affrontare le problematiche rilevate utilizzando le specifiche competenze richieste per l'analisi. Più in generale, il CVS fornisce un'analisi di tipo reattivo delle richieste di risarcimento pervenute, che si andrà ad integrare con altre analisi di tipo proattivo svolte dall'Azienda ospedaliera.

L'Azienda Ospedale di Lecco è inoltre l'unica azienda ospedaliera della Lombardia ad aver introdotto l'innovativa figura del mediatore aziendale, professionista particolarmente dedito all'aspetto dell'umanizzazione del sistema sanitario, che focalizza l'attenzione sull'individuo (da intendersi sia come cittadino sia come operatore sanitario dell'Azienda) insoddisfatto di una particolare prestazione o di uno specifico accadimento.

Il mediatore aziendale è direttamente coinvolto nelle attività di *risk management* e membro attivo sia dell'UGR che del CVS. I casi oggetto di mediazione possono diventare momento di confronto e rilevazione dei rischi presenti all'interno dell'Azienda ospedaliera ed essere quindi approfonditi con tecniche di analisi dei processi e delle *root cause*.

Altre attività in corso:

- *incident reporting* con scheda di segnalazione volontaria dei possibili eventi avversi;
- rilevazione eventi sentinella;
- *root cause analysis*;
- *audit* clinici di *risk management*;
- gestione dei dati delle richieste di risarcimento e analisi critica;
- progetti sperimentali specifici (riconoscimento del paziente tramite braccialetto).

Il piano 2007 per la gestione del rischio aziendale prevede le seguenti attività:

- indicatori di *patient safety* (da dati amministrativi);
- indicatori di sicurezza e rischio;
- analisi FMEA di un processo di erogazione del servizio nell'area dell'emergenza/urgenza;
- definizione/modifica di almeno due procedure in grado di alimentare i livelli di sicurezza del paziente;

- sensibilizzazione/formazione operatori sulle attività di gestione del rischio attivate nell'Azienda ospedaliera;
- estensione dell'utilizzo del braccialetto di riconoscimento del paziente a tutta l'Azienda ospedaliera.

5.3.2. L'attività di mediazione

La mediazione rappresenta un processo del più ampio quadro di *risk management* implementato a livello aziendale. A completamento del percorso di gestione extragiudiziale dei contenziosi si sta affiancando un nuovo servizio di conciliazione aziendale al servizio di ascolto e mediazione dei conflitti.

L'Azienda ospedaliera di Lecco ha scelto di formare due professionisti all'attività di mediazione, di cui uno non esclusivamente ma maggiormente dedicato alla mediazione, che partecipa alle riunioni sia dell'Unità di gestione del rischio sia del Comitato valutazione sinistri.

Al fine di diffondere in Azienda la conoscenza sull'attività di mediazione si è provveduto ad inviare lettere informative ai direttori e coordinatori di strutture complesse; sono disponibili pubblicazioni in intranet e sul notiziario aziendale allegato alla busta paga di ogni dipendente; si sono tenute presentazioni alle riunioni del Comitato consultivo misto, del Collegio dei primari e a due edizioni del corso accreditato ECM sulla gestione del rischio clinico.

Il reperimento dei casi

I casi da trattare in mediazione vengono reperiti secondo più modalità.

Presso l'Ufficio relazioni con il pubblico è costantemente presente un mediatore, e quindi il cittadino ha già un primo approccio con il professionista nel momento in cui si presenta per sporgere un reclamo. La valutazione rispetto all'opportunità di avviare un percorso mediativo in questo caso viene fatta immediatamente in base alle peculiarità del reclamo presentato. Caratteristiche importanti a tal fine sono la rilevanza del caso e la necessità di chiarimenti, che non verrebbe soddisfatta da una semplice risposta scritta al reclamo.

Talvolta i cittadini inoltrano le loro rimostranze direttamente al Direttore generale o sanitario; anche in questo caso vengono contattati dal mediatore e invitati ad esporre il problema segnalato per iscritto.

Altri casi giungono all'Ufficio affari generali e legali come richieste di risarcimento danni; vengono poi discussi nelle riunioni del Comitato valutazione sinistri e, se ritenuto opportuno, proposti ad un percorso mediativo.

Più raramente i casi vengono portati all'attenzione dell'Azienda dalla stampa locale con articoli che chiamano in causa responsabilità della struttura ospedaliera. In accordo con la Direzione aziendale, il mediatore contatta i cittadini interessati per offrire loro uno spazio di ascolto rispetto all'accaduto.

Infine, alcuni operatori sanitari hanno chiesto spontaneamente di poter usufruire della stessa possibilità offerta ai cittadini di esprimere il proprio disappunto rispetto a disagi inerenti il loro lavoro e i rapporti con i superiori o con gli utenti esterni.

Gli incontri e il loro esito

Gli incontri tra i mediatori e le persone (pazienti o operatori sanitari) che desiderano esporre un problema avvengono in una sala riunioni dedicata.

Caratteristica importante di questi incontri è il tempo messo a disposizione del confliggente: la durata è stabilita da quest'ultimo, i mediatori si pongono in ascolto in una condizione di massima apertura, disponibilità e neutralità. Il loro compito, sia negli incontri preliminari che in quelli di mediazione, è di rispecchiare le emozioni della persona affinché si senta compresa e aiutata a rielaborare l'evento.

Negli incontri di mediazione vera e propria dove, per ragioni tecniche, è necessaria la presenza contemporanea di tre mediatori, ci si avvale della collaborazione di un terzo mediatore esterno all'Azienda. In un caso è stata tuttavia messa in atto una tecnica modificata in cui è risultata sufficiente la presenza di due mediatori; modalità, quest'ultima, che verrà ulteriormente sperimentata in casi ritenuti di minore complessità.

Rispetto ai casi trattati, un mediatore si incarica di redigere una breve relazione che rimane a disposizione, su richiesta, della direzione della Struttura qualità e della Direzione sanitaria. È in fase di studio la possibilità di strutturare un registro informatico che consenta anche un'elaborazione statistica dei dati.

Spesso gli incontri preliminari non necessitano di un successivo incontro di mediazione perché i cittadini e gli operatori sono sufficientemente soddisfatti di aver potuto segnalare e sviscerare un problema e incaricano i mediatori di informare i direttori delle Strutture complesse coinvolti o la Direzione aziendale. In alcune situazioni al primo incontro se ne aggiungono altri, si organizza un incontro di mediazione seguito talvolta da un colloquio di post-mediazione quando si rende necessario verificare a distanza di tempo l'esito dell'incontro.

In altre circostanze maggiormente complesse oppure dove risulta probabile una responsabilità dei professionisti dell'Azienda in un percorso diagnostico-curativo non lineare, viene avviato un *audit* clinico. Su indicazione, la Struttura qualità si incarica di organizzare un confronto tra le varie figure professionali coinvolte nel caso al fine di rivedere i percorsi compiuti, individuarne lacune ed errori e apportare i correttivi necessari.

I casi oggetto di ascolto e mediazione possono quindi aprire un successivo dibattito ed essere approfonditi con tecniche opportune.

Dal settembre 2005, data di inizio dell'attività di mediazione, ad oggi in Azienda si sono svolti 59 incontri preliminari, di cui 38 ascolti a pazienti (o parenti degli stessi); 6 a operatori (impiegati, tecnici di laboratorio) e 15 ai direttori chiamati in causa da pazienti e operatori. Gli incontri di mediazione sono stati 3, quelli di post-mediazione 2.

Il bilancio dell'attività appare francamente positivo: già dal primo contatto le persone rimangono piacevolmente sorprese di scoprire che l'Azienda impegna del personale per dedicare attenzione a ciò che sentono il bisogno di esternare, perciò gradiscono molto l'invito a parlarne.

La soddisfazione cresce in sede di ascolto, quando i mediatori si pongono a disposizione delle persone dedicando attenzione alle problematiche esposte, accogliendo con empatia i disagi e facendosi carico con serietà professionale sia di evidenziare il problema in Azienda, sia di utilizzare le informazioni raccolte al fine di un miglioramento. La forte richiesta è quella che eventi avversi o semplicemente sgradevoli non abbiano a ripetersi e questo, naturalmente, risponde all'interesse del segnalante e anche a quello dell'Azienda.

Durante l'incontro le persone hanno modo di riflettere sull'accaduto, cogliendone anche le varie sfaccettature. Riconsiderare l'evento da prospettive diverse permette spesso un ridimensionamento dell'impatto dello stesso, fino alla considerazione anche del punto di vista della controparte.

Le mediazioni, ma spesso semplicemente gli ascolti, hanno permesso di ricostruire i rapporti tra i cittadini e il personale sanitario grazie al fatto di poter cogliere l'aspetto umano dietro il sistema. Ciò ha significato anche recuperare la fiducia nell'istituzione e nei suoi operatori nonché ridurre i contenziosi che impegnano l'Azienda non solo in termini economici, ma anche di risorse umane e organizzative.

In alcune situazioni il cittadino ha espresso chiaramente l'intenzione di adire le vie legali avendone titolo, poi però non c'è stato seguito. Evidentemente l'esigenza prevalente era di un ristoro - di tipo non economico ma morale - del danno.

Naturalmente, il paziente che ha subito un danno reale ha diritto a un risarcimento; anche in questo caso l'ascolto o la mediazione hanno un senso sia perché un utente risarcito non è automaticamente un utente soddisfatto, sia perché riaprire i canali della comunicazione può rappresentare il primo passo per giungere a un accordo in sede di conciliazione, sia perché anche in sede giudiziaria possa essere chiesta giustizia priva di sentimenti di rancore e intenti di vendetta.

L'ascolto agli operatori sanitari ha permesso loro di cogliere l'interesse della Direzione aziendale per le loro opinioni, di sentirsi riconosciuti e sostenuti trovando dei colleghi che si sono fatti portavoce delle loro difficoltà contribuendo a rimuoverne alcune. Le proposte avanzate, infatti, sono state recepite e accondiscese dai responsabili delle strutture complesse dove i segnalanti operano.

Se lo spazio di ascolto offerto a cittadini e operatori sanitari è stato accolto con entusiasmo da parte di entrambi, il procedere non è stato sempre così lineare con i direttori delle strutture complesse coinvolte a vario titolo in un conflitto. Ciò è del resto comprensibile, considerando che l'esigenza è nata sempre dalla controparte e ai direttori veniva richiesto solo successivamente in risposta, di aderire al percorso mediativo.

I mediatori hanno investito molto in un lavoro di presentazione del significato della mediazione e del suo modo di operare, compiendo un'opera di sensibilizzazione individuale. Il risultato, con i direttori contattati fino ad oggi, è stato soddisfacente; la proposta è stata accolta mediamente con interesse e favore. L'opportunità di spiegare

le difficoltà connesse al proprio operato, gravato dal peso del carico emotivo e delle responsabilità, e la possibilità di tutelare la propria immagine professionale e personale, recuperando la fiducia del paziente o la collaborazione dell'operatore, sono stati aspetti particolarmente apprezzati.

5.3.3. Considerazioni

La mediazione è uno strumento estremamente orientato a un'umanizzazione del sistema sanitario e il suo valore sta proprio nella particolare attenzione che pone alla persona, sia essa un cittadino o un professionista dell'Azienda.

I vissuti del paziente, con il suo carico di sofferenza e spesso di rabbia e con le sue percezioni a volte di totale smarrimento, trovano accoglimento. Lo stesso vale per l'operatore sanitario, che ha l'opportunità di esprimere il proprio punto di vista sull'accaduto, di raccontare anche eventuali responsabilità e il disagio emotivo inevitabilmente connesso.

L'ascolto interessato e partecipe e la totale assenza di giudizio rappresentano certamente i punti di forza di questa metodologia.

La necessità del ricorso all'attività di mediazione ha posto ulteriormente in evidenza l'esistenza di una difficoltà di comunicazione all'interno dell'Azienda che merita attenzione (problematica che peraltro si sta già affrontando con corsi di formazione alla comunicazione, ma il percorso appare ancora lungo). Anche quando il reclamo verte su aspetti di natura tecnico-professionale, in realtà molto spesso quello che ha fallito è la relazione e la comunicazione con l'interessato e i suoi familiari.

Alcuni pazienti incontrati necessitavano di spiegazioni rispetto a procedure verso le quali avevano convinzioni e conseguenti aspettative non aderenti alla realtà sanitaria. A volte le proteste sono scaturite da un senso di disorientamento e percezione di abbandono e la risposta più adeguata è stato l'appuntamento con lo specialista appropriato in grado di affrontare i problemi clinici presentati.

In altri casi, obiettivamente ben più gravi, ad esempio in presenza di errore in un atto sanitario, è mancata comunque alla base la comunicazione, quasi una sorta di sfiducia nel paziente ritenuto incapace di accettare spiegazioni rispetto ad esiti sfavorevoli.

L'esperienza suggerisce invece che i pazienti, se posti da un punto di vista umano su un piano paritetico, sono in grado di comprendere e accettare l'errore medico, chirurgico o assistenziale anche se gli ha arrecato un danno. Diventa allora importante non esimersi da questo compito difficile, impegnativo, ma necessario, di dialogare con i pazienti e con i loro familiari sempre e comunque.

Deve diffondersi nella cultura sanitaria il concetto che non basta impostare una cura per un paziente, occorre spiegargliela, ma non solo, occorre anche ascoltare i suoi timori, indagare il suo mondo fantasmatico associato alla malattia e occorre essere espliciti sui limiti sia della medicina che degli esseri umani che la praticano. Se un professionista non si occupa di tutto questo, il suo lavoro è maggiormente esposto a possibili rischi futuri.

Da questo punto di vista, il confronto tra operatori sanitari e cittadini che si attua in mediazione è risultato un'esperienza arricchente per entrambi e, non ultimo, per i mediatori stessi, che hanno affinato la sensibilità verso le problematiche di entrambe le parti in conflitto.

In sintesi si può affermare che l'attività di mediazione diventa uno strumento importante per gestire il rischio dal punto di vista comunicativo e, affiancando questa metodologia con le altre più classicamente utilizzate, si è stati in grado di analizzare meglio un punto di vista che molto spesso sfugge, quello della persona assistita.

Allegato

La mediazione dei conflitti per la prevenzione/ riduzione del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna Progetto formativo (anno 2005)

Agenzia sanitaria regionale - Regione Emilia-Romagna

Progetto Gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, anno 2005

Sottoprogetto Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle strutture sanitarie

Hanno contribuito alla stesura di questo documento:

- Renata Cinotti, responsabile Area Accreditamento, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Vania Basini Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Patrizio Di Denia, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
- Alessandra De Palma, responsabile Servizio di medicina legale Azienda USL di Modena e collaboratore Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Aziende proponenti:

- Azienda USL di Modena
- Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
- Azienda USL di Piacenza
- Azienda USL di Ferrara
- Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
- Azienda USL di Ravenna
- Azienda USL di Bologna
- Azienda USL di Cesena
- Agenzia sanitaria regionale

Febbraio 2005

INDICE

Note organizzative in breve

Le motivazioni della proposta di un progetto formativo

Perché acquisire da parte delle Aziende sanitarie competenze per mediare il conflitto fra professionisti e cittadini?

La mediazione: opportunità e limiti

I benefici attesi dall'attivazione della funzione di mediazione

Il Progetto formativo

Il profilo del mediatore per la risoluzione dei conflitti

Caratteri del mediatore¹¹³

Requisiti (caratteristiche) del mediatore

Destinatari della formazione

Modalità di individuazione dei discenti

Obiettivi formativi

Contenuti della formazione

Articolazione del percorso formativo

Metodologia

Programma dettagliato della formazione

I docenti

La valutazione

Crediti formativi relativi all'Educazione continua in medicina (ECM)

Allegato

Note organizzative in breve

- La realizzazione del percorso formativo viene affidato dall'Agenzia sanitaria regionale all'Agenzia per la formazione dell'Azienda USL di Modena (AGEFOR)
- Tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna sono invitate ad aderire al progetto formativo.
- Il progetto sarà presentato in un momento seminariale aperto a tutte le Aziende, in cui saranno illustrati gli obiettivi e le metodologie della mediazione.
- Il progetto formativo sarà realizzato in una prima fase presso le Aziende proponenti il progetto, se valutato valido ed eventualmente perfezionato, sarà proposto a tutte le altre Aziende interessate.
- Il progetto formativo richiede la condivisione delle motivazioni per cui la formazione viene realizzata (→ fornire competenze alle Aziende per la gestione dei conflitti fra professionisti e cittadini); occorre perciò che vi siano le condizioni organizzative aziendali che rendano possibili l'esercizio delle competenze. Le Aziende aderenti devono esercitare attività propria di gestione del contenzioso, conoscerne le fasi e le parti già coinvolte, e garantire l'inserimento del mediatore in modo adeguato nel processo esistente, attraverso la disponibilità di un "tutoraggio" aziendale di governo delle relazioni organizzative interne per tutto il periodo dell'addestramento.
- Alla prima edizione del corso potranno partecipare due persone per ognuna delle Aziende proponenti; se valutato valido, ne verrà realizzata una seconda edizione cui potranno partecipare due persone per ognuna delle rimanenti Aziende sanitarie della regione. È richiesta un'adesione formale in modo da ridistribuire gli eventuali posti vacanti alle Aziende maggiormente interessate.
- A ogni Azienda è richiesto un contributo di partecipazione di 1.000 (mille) Euro per persona da versarsi ad AGEFOR dopo l'acquisizione da parte dei candidati del giudizio di idoneità alla partecipazione.
- La formazione è affidata ai soci dell'Associazione Me.Dia.Re, via Bragadino 3, 20144 Milano, tel 02/48102532.

Le motivazioni della proposta di un progetto formativo

Perché acquisire da parte delle Aziende sanitarie competenze per mediare il conflitto fra professionisti e cittadini?

I dati sulla "responsabilità professionale medica" indicano un costante incremento delle denunce da parte dei cittadini, con aumento del numero e dell'entità dei risarcimenti corrisposti sia in via giudiziale, sia extragiudiziale. Inoltre le Assicurazioni abbandonano il mercato e ciò testimonia che l'andamento delle richieste di risarcimento per colpa medica è così tumultuoso da rappresentare un rischio non determinabile e quindi non assumibile; le (poche) Compagnie ancora disponibili propongono un incremento esponenziale dei premi offrendo garanzie sempre più ridotte, con aggravio dei costi per le Aziende sanitarie.

L'incremento delle denunce non è legato al peggioramento dell'assistenza sanitaria, bensì a cause da ricercarsi in motivazioni più profonde, di cui le due principali sono:

- una diversa percezione del concetto di diritto alla salute da parte dei cittadini, con crescenti aspettative di risultati dalla medicina;
- il mutare del modo di intendere giuridico del concetto di colpa professionale medica.

Esiste infatti una riduzione della "soggezione" nei confronti dei professionisti e del sistema sanitario tale da generare un aumento oggettivo rispetto al passato della propensione dei cittadini a richiedere risarcimenti in caso di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili a presunti errori.

Una quota di lagnanze è oggetto di richiesta di risarcimento a causa di una inadeguata comunicazione fra il paziente e/o i suoi familiari e il personale sanitario; in molti altri casi l'interessato, convinto dell'onnipotenza della Medicina, vive come fallimento eventi che configurano semplici complicità o che si identificano con una mancata guarigione - denunciandoli come errori di trattamento.

L'evoluzione giuridica, a tutela dei cittadini, ha esteso il concetto di danno risarcibile fino alla "presunzione di colpa" in tutti quei casi in cui, a fronte di una prestazione sanitaria di non speciale difficoltà, si verifichi un evento avverso che comporti "... peggioramento delle condizioni del paziente". Infine vi è un crescente ricorso al giudizio penale che ha spesso la sola finalità di "forzare" l'accesso al risarcimento.

In parlamento sono attualmente in discussione due disegni di legge che propongono nuove modalità di rapporto fra Assicurazioni, Aziende sanitarie e cittadini.

Data la complessità del fenomeno e la sua rilevanza - non solo economica - attuale e futura, le ipotesi di soluzione coinvolgono necessariamente molteplici professionalità e mettono in gioco l'intero sistema organizzativo interno delle Aziende sanitarie e le sue interfacce con le Assicurazioni e i cittadini. Affrontare la questione non è procrastinabile, se si vuole controllare il rischio che prevalga la conflittualità e la reciproca diffidenza nei rapporti con i cittadini.

Alcune iniziative sembrano indicare risultati incoraggianti, rispetto al controllo sia numerico, sia del costo dei sinistri: la dirigenza delle strutture sanitarie pubbliche, unitamente ad alcune imprese di assicurazione, sperimenta una gestione del rischio

basata sulla assunzione diretta del controllo dei casi denunciati, partecipando con proprie risorse al contenzioso civile e penale, facendosi eventualmente carico di una quota dei risarcimenti.

Tale orientamento, diverso rispetto al passato, implica all'interno delle Aziende sanitarie la definizione di ruoli preventivi: la conoscenza delle aree sanitarie a maggior rischio; l'accertamento dell'accaduto presso la struttura sanitaria, fino ad un primo parere sulla fondatezza del reclamo; una interlocuzione più empatica con il cittadino che tenda ad evitare il conflitto giudiziario, e a dare comunque rapida ed equa soddisfazione ad eventuali legittime pretese.

Fra i diversi provvedimenti che le Aziende sanitarie dovranno adottare vi è anche l'affronto di quei casi (la maggioranza) in cui la relazione fra l'organizzazione e il cittadino ha caratteristiche di conflittualità che impediscono un ragionevole approccio al problema, ci sia o no una richiesta di risarcimento in atto.

Un percorso di mediazione potrebbe ridurre le difficoltà comunicative e consentire alle parti di individuare soluzioni che, ritenute da entrambe accettabili e soddisfacenti, terrebbero conto dei dubbi non risolti, proponendo risarcimenti "modulati" in funzione del prevalere degli elementi a sostegno dell'una o dell'altra tesi.

È però necessario, non sussistendo la competenza della mediazione nelle disponibilità di risorse delle Aziende sanitarie della regione, effettuare percorsi di formazione che rapidamente le mettano in condizione di esercitare tale funzione in maniera autonoma.

La mediazione: opportunità e limiti

La mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un grave conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un progetto di riorganizzazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti. L'obiettivo finale della mediazione si realizza una volta che le parti si siano creativamente riappropriate nell'interesse proprio e di tutti i soggetti coinvolti, della propria attiva e responsabile capacità decisionale (Castelli S. La mediazione: teorie e tecniche. Milano, R. Cortina, 1996.

Il percorso di mediazione è un processo volontario e informale anche se strutturato; il mediatore è un terzo neutrale che agevola i contendenti nella ricerca di un accordo secondo un iter che punta a riattivare i canali di comunicazione e a ricostruire la relazione tra le parti su basi nuove.

La mediazione tra medico e paziente costituisce, quindi, l'occasione per entrambi di incontrarsi senza le formalità del rito giudiziario e di confrontarsi secondo modalità che permettono di esprimere i valori, i punti di vista ed i sentimenti che sottendono al conflitto. Sotto questo profilo, la mediazione non soltanto si propone come una modalità di gestione del conflitto alternativa rispetto al processo giurisdizionale, ma si distingue anche dalla conciliazione, dalla negoziazione o dall'arbitrato. Queste ultime, infatti,

costituiscono procedure più o meno formali, in cui la prevalenza viene data al raggiungimento di un accordo distributivo o integrativo, mentre la mediazione tende a ristabilire la comunicazione, a ricreare una relazione, a giungere a un riconoscimento reciproco. L'abilità di chi gestisce una mediazione non si fonda, quindi, sul potere di ricompensare o di persuadere, ma su altre capacità, eminentemente relazionali.

L'esperienza insegna, però, che non sempre il felice esito di una mediazione garantisce dalla riproposta del conflitto in altre sedi. Ci si riferisce, in particolare, a quelle ipotesi in cui al termine di una mediazione soddisfacente per le parti, gli avvocati o i familiari, specie del paziente - ovviamente assenti al tavolo della mediazione - tentano di demolire l'accordo raggiunto a quel tavolo, sostenendo con il proprio cliente (o parente) che egli in realtà "ci ha rimesso", che "si è lasciato commuovere" e che "i colpevoli l'hanno fatta franca". Per prevenire, quindi, una rinascita del conflitto - che vanificherebbe tanto le fatiche affrontate dalle parti in mediazione quanto le finalità di risparmio e contenimento dei costi legati al contenzioso giudiziario realizzate attraverso tale strumento - è opportuno prevedere la transizione da una situazione di mediazione a una di conciliazione, tesa a dare concretezza e carattere di accordo formale alle decisioni congiuntamente raggiunte in sede di mediazione.

Anche qui non si tratta dell'intervento di terzi al di sopra delle parti che svolgono funzioni di giudizio o di arbitro, ma di mediatori che aiutano gli ormai ex-confliggenti a dare veste giuridica alla soluzione del conflitto da essi trovata.

I benefici attesi dall'attivazione della funzione di mediazione

- Favorire la creazione di un clima empatico di ascolto e attenzione tra professionisti del sistema sanitario e pazienti prima che le situazioni conflittuali degenerino in forme pesanti e irreversibili.
- Gestire le situazioni conflittuali eventualmente insorte, con i referenti aziendali preposti e gli altri operatori aziendali coinvolti.
- Stimolare l'adozione da parte dei professionisti di comportamenti che riducano il rischio di conflittualità con i pazienti.
- Ridurre l'avvio di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento.

Il progetto formativo

Il sottoprogetto "Gestione stragiudiziale del contenzioso" prevede dunque al suo interno un percorso formativo specifico affinché persone in rapporto di dipendenza con il SSR acquisiscano competenze nel campo della mediazione.

Si descrivono di seguito il profilo di competenze, le caratteristiche e i requisiti che debbono essere possedute dai mediatori, nonché gli obiettivi formativi e l'articolazione del percorso di formazione.

Il profilo del mediatore per la risoluzione dei conflitti

- È un terzo neutrale che non giudica né impone delle interpretazioni, ma agevola le parti nella autonoma ricerca di soluzioni, attraverso un percorso teso a far emergere i loro reali bisogni.
- La sua attività si connota come ascolto e stimolo alle parti a considerare non esaustiva la logica stretta della "causa-effetto" o del "se io ho ragione, tu hai torto", ma a vedere la situazione nell'insieme e in un modo più ampio. Comprende il modo di pensare altrui e lo traduce in modo comprensibile per la controparte, tenendo presente che al termine della mediazione si dovrà raggiungere un accordo pratico di conclusione del contendere.
- Non è un terapeuta, ma piuttosto un curatore degli aspetti comunicativi e relazionali che porta le parti a riconsiderare il conflitto, riconoscendo e comprendendo le ragioni e le motivazioni dell'altra.
- Gestisce un processo che punta a riattivare i canali di comunicazione e a ricostruire la relazione tra le parti su basi nuove.

Caratteri del mediatore

Professionista con capacità di realismo e "distacco"

Il realismo è inteso come capacità di vedere le situazioni concrete, così come sono e non come si vorrebbero, evitando sia il coinvolgimento con una delle parti, sia l'imposizione, più o meno mascherata, delle proprie convinzioni personali.

Professionista positivo e "umile"

È capace di una visione positiva verso se stesso (il fallimento di una mediazione non è il fallimento del mediatore) e verso i protagonisti (ogni problema può trovare una soluzione, e si può uscire "vantaggiosamente" dalle difficoltà senza perdere la faccia); è capace di una visione globale della situazione e sa vestirsi dei panni altrui pur restando al proprio posto.

Professionista flessibile e agile

Sa adattarsi senza sforzo a variazioni impreviste e ad interlocutori incoerenti o incostanti, sa analizzare rapidamente le situazioni, cogliendo nelle parole e nei gesti dei protagonisti elementi di soluzione, sapendo inoltre aspettare il momento giusto per suggerirli.

Professionista "autorevole"

Il mediatore non ha autorità o potere in nome del quale esercitare un arbitrato o un giudizio, si pone piuttosto come un'autorità morale, un garante imparziale e neutrale che si propone di aiutare le parti a raggiungere i propri obiettivi.

Requisiti (caratteristiche) del mediatore

La persona che si ritiene più adatta a svolgere la funzione di mediatore per i conflitti tra professionisti della salute e pazienti in ambito sanitario è una persona che proviene dall'interno del sistema stesso, dove ha maturato una consistente esperienza lavorativa, sviluppando attenzione alle componenti di relazione umana, cui aggiunge le doti personali sopra descritte.

I requisiti che debbono essere posseduti per l'accesso al percorso di formazione, in termini di istruzione di base, titoli di esperienza, conoscenza del sistema sono le seguenti:

- Istruzione: laurea, diploma universitario (altri titoli equipollenti).
- Esperienza: esperienza lavorativa nel settore sanitario di almeno 7 anni (tempo pieno o equivalente).
- Esperienza specifica: oltre alle attività del profilo posseduto ha svolto attività con forte componente di relazione (es. partecipazione a gruppi di lavoro, coordinamento organizzativo di gruppi, tra cui gestione organizzativa del personale, responsabile di programmi aziendali, attività con alto rapporto contatti paziente/prestazioni UO).
- Conoscenze utili: partecipazione a corsi formativi aventi ad oggetto tematiche quali comunicazione, mediazione, facilitazione, relazioni con il paziente.
- Caratteristiche personali: motivazione, capacità di realismo, di imparzialità e neutralità, attitudine alla osservazione e comprensione di situazioni complesse, comportamento collaborativo, capacità di gestione dello stress e orientamento alla realizzazione del compito assegnato.

Destinatari della formazione

I partecipanti sono individuati fra operatori con rapporto di dipendenza con il Servizio sanitario regionale al fine di garantire il mantenimento delle competenze acquisite all'interno del sistema medesimo per un ragionevole lasso di tempo.

Le Aziende sanitarie potranno proporre i nominativi degli interessati, tenendo conto dei requisiti già descritti e del profilo che si verrà ad assumere, nonché dell'opportunità di consolidare le relazioni fra il Sistema di ascolto e comunicazione aziendale, che comprende gli URP, e i servizi clinico-assistenziali, quelli che si occupano di contenzioso, e il servizio medico legale. Occorre ricordare che la funzione proposta prescinde dallo specifico professionale delle provenienze di ciascuno e che i mediatori dovranno interfacciarsi con tutte questi servizi/funzioni, nonché con i pazienti, gli operatori ed eventualmente anche altri servizi tecnici.

Modalità di individuazione dei discenti

L'individuazione di due partecipanti per Azienda tra quelli proposti sarà basata sull'esame del curriculum inviato dagli interessati e su colloqui indirizzati alla verifica motivazionale e attitudinale.

Il curriculum dovrà essere presentato secondo lo schema allegato.

I nominativi degli interessati, unitamente ai relativi *curricula*, saranno trasmessi all'Agenzia sanitaria dalle rispettive Aziende di appartenenza; i candidati saranno invitati a una presentazione del percorso formativo e al colloquio motivazionale.

Obiettivi formativi

Obiettivo generale del progetto è rendere i discenti in grado di effettuare prevenzione dell'insorgere di eventi conflittuali tra operatori e pazienti o loro familiari e di gestire situazioni attuali di conflitto, rapportandosi efficacemente al contesto organizzativo di appartenenza. Questa attività dovrebbe contribuire alla riduzione del ricorso a procedure giudiziarie e delle richieste di risarcimento, nonché al miglioramento delle relazioni complessive fra il sistema sanitario regionale e i cittadini.

Obiettivo specifico della formazione è che al termine del percorso i discenti devono essere in grado di:

- utilizzare un linguaggio comune sui temi della mediazione del conflitto;
- identificare i significati organizzativi, gli oggetti, i campi di interesse e i percorsi della mediazione del conflitto in una organizzazione sanitaria;
- riconoscere i significati e il valore degli elementi costitutivi il più ampio "sistema di gestione del rischio" nell'ordine delle logiche, dei metodi e degli strumenti;
- riconoscere potenzialità e limiti delle tecnologie di mediazione, individuando nel contempo le interazioni e le sinergie possibili;
- condurre esperienze partecipate di costruzione di percorsi aziendali finalizzati alla gestione extragiudiziale del contenzioso.
- guidare percorsi di sensibilizzazione e formazione per operatori aziendali impegnati nelle relazioni con il paziente e/o nell'ascolto dei cittadini.

Contenuti della formazione

- Epidemiologia del contenzioso tra medici e pazienti: i costi economici, sociali e umani del fenomeno.
- Le radici del conflitto tra operatori e pazienti/loro familiari dal punto di vista relazionale: i vissuti del paziente (e delle persone affettivamente legate a questi) e quelli dell'operatore.
- Le possibilità di gestione extragiudiziaria del conflitto: potenzialità della mediazione (esperienze statunitensi di mediazione in ambito sanitario).
- Origini della mediazione, suoi sviluppi e l'affermarsi del modello trasformativo.
- Le peculiarità del modello trasformativo.

- Le differenze tra l'approccio di mediazione e quello proposto da altre modalità di gestione/risoluzione delle liti (giudizio, arbitrato, negoziazione, conciliazione).
- Le caratteristiche dell'ascolto empatico. Le ragioni dell'ascolto empatico: aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali delle interazioni conflittuali; l'escalation del conflitto; le difficoltà di gestione con strumenti puramente cognitivi.
- Le tecniche di gestione "a caldo" del conflitto: dall'ascolto al contenimento.
- Le potenzialità risolutive dell'ascolto empatico a fronte di situazioni di conflittualità latente o manifesta.
- Le caratteristiche del mediatore: neutralità, imparzialità, atteggiamento a-valutativo, "equi-prossimità".
- Le fasi del percorso di mediazione: dai colloqui preliminari, agli incontri di mediazione, ai colloqui post-mediazione.
- I colloqui preliminari: come far emergere nel fruitore del servizio l'insieme dei vissuti che gli consentano di sentirsi e porsi non soltanto come "vittima" di un fatto ingiusto, ma come essere umano ("andare al di là del ruolo").
- Le tecniche cognitive e gli strumenti empatici dell'intervento di mediazione: le regole della mediazione, i tempi degli interventi, le modalità di approccio, la gestione degli stati d'animo, il raggiungimento e la formalizzazione dell'accordo.
- Le tecniche di formazione all'ascolto e alla mediazione.
- Il contesto organizzativo: il progetto gestione del rischio nella RER; sue peculiarità aziendali. Modalità di integrazione con altri servizi/funzioni coinvolte.

Articolazione del percorso formativo

Il corso si svilupperà secondo un programma che prevede cinque fasi articolate in tre moduli di aula, accompagnati da una sperimentazione in situazione e da alcune occasioni di supervisione.

Inoltre l'attività sul campo che verrà attivata sarà oggetto di una successiva riflessione e verifica anche organizzativa (criticità, opportunità, impatto), condotta dal gruppo regionale di regia costituito dalle Aziende proponenti il progetto.

1. Prima fase

Formazione alla funzione di ascolto, di prevenzione e de-escalation della conflittualità (Modulo formativo A)

Obiettivi specifici:

conoscere e saper praticare percorsi di ascolto, volti alla prevenzione della conflittualità.

Articolazione:

presentazione del percorso formativo (2 ore) e colloqui motivazionali; percorso di aula di 72 ore articolato in 9 giornate.

2. Seconda fase

Sperimentazione in situazione delle tecniche apprese e di percorsi di ascolto, volto alla prevenzione e alla riduzione della conflittualità

Obiettivi specifici:

esercitare le competenze apprese e sperimentare modalità operative che mettano in relazione il personale formato con i servizi coinvolti nella gestione del rischio nonché gli operatori e i cittadini.

Articolazione:

attività che si sviluppa a livello aziendale per la durata di sei settimane a partire dalla conclusione del modulo formativo A.

NB Tale fase è particolarmente delicata: deve essere governata localmente affinché si inserisca in maniera razionale e armoniosa fra le attività aziendali già gestite: governo clinico e gestione del rischio, qualità, comunicazione con il pubblico, gestione del contenzioso.

È necessario che in ciascuna Azienda siano definite le modalità di inserimento e sia individuato un *tutor* aziendale che si faccia carico del governo delle relazioni.

3. Terza fase

Formazione alla mediazione (Modulo formativo B)

Obiettivi specifici:

padroneggiare le tecniche necessarie alla realizzazione di interventi di mediazione per i conflitti tra operatori sanitari e pazienti.

Articolazione: percorso d'aula di 72 ore articolato in 9 giornate.

Nel corso della formazione si svolgerà anche una supervisione sulle esperienze di ascolto svolte contemporaneamente dai partecipanti.

4. Quarta fase

Attivazione di percorsi di mediazione

Obiettivi specifici:

sperimentare e integrare percorsi di ascolto, svolgimento di attività di mediazione per quelle situazioni che sono valutate idonee per questo tipo d'intervento.

Articolazione:

attività che si sviluppa a livello aziendale per la durata di 9 settimane a partire dalla conclusione del modulo formativo B.

NB Anche questa fase deve essere sostenuta a livello aziendale, con le medesime modalità previste per la seconda fase.

5. Quinta fase

Approfondimento della formazione e supervisione (Modulo formativo C)

Obiettivi specifici:

- a) consolidare le competenze apprese anche tramite la supervisione delle esperienze effettuate
- b) conoscere tecniche e modalità di sensibilizzazione utilizzabili per diffondere la conoscenza delle potenzialità della mediazione presso altri operatori del servizio sanitario
- c) valutare le competenze apprese.

Articolazione: percorso d'aula della durata di 40 ore articolato in 5 giornate

Metodologia

I cicli di aula prepareranno i partecipanti a sperimentarsi nel confronto con le dinamiche conflittuali, facendo riconoscere a ciascuno il proprio peculiare modo di "stare nel conflitto" e affinare le capacità di prevenirlo, gestirlo e risolverlo, attraverso strumenti diversi, ma fondati sull'ascolto e sul riconoscimento dei vissuti. In tale ottica, saranno ampiamente utilizzate attività di natura esperienziale e interattiva, quali, per esempio:

- presentazione e discussione di casi di conflitto;
- simulazioni di sfoghi di rabbia da parte dei formatori;
- esercitazioni sull'ascolto empatico;
- simulazioni di interazioni tra operatore e utente;
- simulazioni di interazioni conflittuali;
- riflessioni e rielaborazioni a partire dall'esperienza quotidiana dei partecipanti;
- simulazioni di colloqui preliminari;
- simulazioni di incontri di mediazione.

Sarà data inoltre attenzione alle problematiche poste dall'inserimento nell'organizzazione sanitaria di una competenza nuova.

Programma dettagliato della formazione

Individuazione dei discenti

Sede: Agenzia sanitaria regionale - Sala 417/C

Data: 4 aprile 2005

ore 11.30 - 13.30	Presentazione del percorso formativo	Docenti Me.Dia.Re
ore 14.30 - 17.00	Selezione attraverso colloqui motivazionali	Docenti Me.Di.Are

Modulo A

Sede: Agenzia sanitaria regionale - Sala 315/B

Date: 11-14 aprile 2005 - 2-6 maggio 2005

Giornata	Contenuti	Obiettivi
11 aprile	Il contenzioso giudiziario tra medico e paziente	Riflessione sulle origini anche relazionali e culturali del fenomeno, nonché sui suoi costi economici, sociali e umani.
12 aprile	La prevenzione/riduzione del contenzioso attraverso la mediazione Il contesto organizzativo	Riflessione sulle potenzialità della mediazione quale strumento extragiudiziario.
13 aprile	Il conflitto e i modi tradizionali e alternativi di gestione; la mediazione; la mediazione trasformativi	Riflessione sugli aspetti cognitivi, comportamentali ed emotivi delle interazioni conflittuali. I vissuti delle parti quali fattori alla base della proposta della mediazione trasformativi.
14 aprile	Il conflitto come processo e la sua escalation; conflitti latenti e manifesti	Riflessione su: ruolo degli stereotipi, delle aspettative e dei bisogni relazionali nella genesi del conflitto; il riconoscimento di tali aspetti nella gestione del conflitto; valutazione della settimana formativa.
2 maggio	La gestione "a caldo" del conflitto	Attraverso simulazioni sperimentare le possibilità di ascolto, accoglienza, riconoscimento e contenimento, volte a detenere le situazioni segnalate.
3 maggio	La neutralità e l'atteggiamento a-valutativo e non interpretativo del mediatore	Sperimentare le potenzialità e le difficoltà di un atteggiamento equi-distante (equi-prossimo).
4 maggio	Le fasi del processo di mediazione	Sperimentare e valutare la rilevanza dei colloqui preliminari, come fasi potenzialmente risolutivi.
5 maggio	Tecniche e atteggiamenti del mediatore che facilitano la riapertura del dialogo	Sperimentare la gestione degli interventi dell' <i>équipe</i> nell'incontro di mediazione.

6 maggio	L'ascolto e le tecniche di comunicazione adottabili nella de-escalation delle situazioni conflittuali	Sperimentare le tecniche di comunicazione che consentono l'elaborazione delle motivazioni alla radice dell'atteggiamento conflittuale; valutazione della settimana formativa.
----------	---	---

Modulo B

Sede: Agenzia sanitaria regionale - Sala 315/B

Date: 20-24 giugno 2005 - 18-21 luglio 2005

Giornata	Contenuti	Obiettivi
20 giugno	Supervisione sulle esperienze e discussione sulle riflessioni maturate dopo l'ultimo incontro	Condivisione e rielaborazione delle esperienze di gestione di situazioni conflittuali.
21 giugno	Il contesto organizzativo; il superamento dei ruoli di "vittima e carnefice"	Sperimentare le possibilità di "de-vittimizzare" il paziente e di accogliere il professionista.
22 giugno	L'elaborazione del conflitto attraverso il superamento dei ruoli all'interno del processo di mediazione	Acquisire le tecniche specifiche che caratterizzano le diverse fasi del processo.
23 giugno	La gestione dell'incontro di mediazione	Acquisire le tecniche specifiche che caratterizzano le diverse fasi del processo.
24 giugno	La gestione dell'incontro di mediazione	Acquisire le tecniche specifiche che caratterizzano le diverse fasi del processo; valutazione della settimana formativa.
18 luglio	Supervisione sui casi affrontati durante l'attività di ascolto svolta dai corsisti nell'Azienda	Valutazione e riflessione sull'efficacia operativa degli strumenti della mediazione.
19 luglio	Ragione e funzioni delle regole e delle tecniche di raccolta, restituzione, riformulazione e sintesi nell'intero processo di mediazione	Sperimentare le tecniche di conduzione di colloqui preliminari su casi affrontati dai corsisti nella loro attività di ascolto.
20 luglio	Ragione e funzioni delle regole e delle tecniche di raccolta, restituzione, riformulazione e sintesi nell'intero processo di mediazione	Sperimentare le tecniche di mediazione all'interno della simulazione del primo incontro con entrambe le parti rispetto al caso affrontato nei colloqui preliminari di cui al giorno precedente.
21 luglio	Ragione e funzioni delle regole e delle tecniche di raccolta, restituzione, riformulazione e sintesi nell'intero processo di mediazione	Sperimentare le tecniche di conduzione del secondo incontro di mediazione; valutazione della settimana formativa.

Modulo C

Sede: Agenzia sanitaria regionale - Sala 315/B

Date: 19-23 settembre 2005

Giornata	Contenuti	Obiettivi
19 settembre	Supervisione sui casi gestiti dai corsisti	Riflessioni e valutazioni sulle potenzialità e sui limiti della mediazione tra operatori e pazienti.
20 settembre	Riproduzione, attraverso simulazioni di conflitti gestiti; presentazione (attività di sensibilizzazione) della mediazione	Valutazione sulle esperienze di mediazione realizzate e sperimentazione del ruolo di formatore.
21 settembre	Formazione alla mediazione	Formare i corsisti alla diffusione e formazione alla mediazione.
22 settembre	Formazione alla mediazione	Formare i corsisti alla diffusione e formazione alla mediazione.
23 settembre	Formazione alla mediazione; valutazione finale	Formare i corsisti alla diffusione e formazione alla mediazione; valutazione e auto-valutazione del percorso compiuto da ciascun iscritto.

I docenti

Le giornate d'aula, per ciascuna delle quali è prevista la presenza di due formatori, sono affidate ai soci dell'Associazione Me.Dia.Re.

Franco Marozzi

medico, specialista in medicina legale, dottore di ricerca in Scienze medico-legali, ricercatore universitario in Medicina legale (Facoltà di medicina Università di Milano), esperto di problemi nel campo della responsabilità professionale medica, membro del Servizio violenza sessuale della Clinica Mangiagalli di Milano (SVS); è consulente di numerose imprese assicuratrici e Consulente di Direzione di RAS Service.

Alberto Quattrocolo

laureato in giurisprudenza e laureando in psicologia. Ha conseguito il Master europeo in mediazione presso l'Istituto universitario IUKB di Sion (Svizzera), con tesi di ricerca sulla mediazione nei conflitti tra medici e pazienti sorti nei casi di responsabilità professionale. Collabora con l'Istituto universitario Suor Orsola Benincasa di Napoli come docente sul tema "mediazione familiare: teorie e pratiche a confronto", nell'ambito del Corso di mediazione familiare (Corso di perfezionamento *post lauream* presso la Facoltà di scienze della formazione). Ha svolto una docenza di ottanta ore sulla mediazione all'interno del Corso di laurea in scienze sociali della Facoltà di lettere di Palermo.

Viviana Trombini

avvocato, da oltre quindici anni fa parte del movimento di impegno civico Cittadinanzattiva, al cui interno operano, in ambito sanitario, la Rete del Tribunale per i diritti del malato e, in ambito giudiziario, quella di giustizia per i diritti, di cui è stata coordinatore cittadino. Si occupa prevalentemente di responsabilità professionale dei medici e dei sanitari ponendo attenzione sia ai riflessi giuridici, in ambito civile e penale, sia agli atteggiamenti culturali sottesi alla delicata relazione tra medico e paziente.

Alcuni momenti di approfondimento delle problematiche connesse al contesto organizzativo delle Aziende sanitarie in Emilia-Romagna e alla gestione del rischio saranno sviluppati da collaboratori dell'Area Accreditamento dell'Agenzia sanitaria regionale.

Vania Basini

laureata in economia e commercio nel 1986, ha continuato la formazione sui temi del diritto amministrativo (Master CEIDA), sanitario (corso di perfezionamento Università di Bologna) e in ambito della qualità (valutatore qualificato CEPAS).

Funzionario regionale dal 1986, attualmente cura la realizzazione del progetto "gestione del rischio in strutture sanitarie" dell'Agenzia sanitaria. In precedenza si era occupata dell'avvio dei percorsi introduttivi della LR 34/1998 (autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie), nonché, in fase istitutiva dell'ASR, del disegno e approntamento dei servizi interni

Ha svolto attività di docenza e interventi a momenti di studio, seminari, convegni, e pubblicato articoli e brevi saggi sui temi organizzativi, di gestione del rischio e di legislazione sanitaria.

Renata Cinotti

medico pediatra, ha conseguito il Master in amministrazione e gestione dei Servizi Sanitari RER (1993). Ha maturato esperienze lavorative cliniche, in ospedale e sul territorio, e gestionali. Dal 1996 responsabile del Settore qualità e accreditamento dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, dal 2001 dell'Area Accreditamento della medesima Agenzia sanitaria regionale, ha avuto responsabilità gestionale di Programmi speciali ex 502/92 art 12 comma 2 lettera b): Verso accreditamento; Qualificazione di terza parte di valutatori; I cittadini e i servizi sanitari; Osservatori interregionali qualità percepita; La gestione del rischio nelle Aziende sanitarie; Collaborazione interregionale per lo sviluppo di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento. Ha al suo attivo numerose pubblicazioni nei campi specifici di attività.

Alessandra De Palma

medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni, perfezionata in bioetica, è responsabile dell'Unità operativa di medicina legale dell'Azienda Unità sanitaria locale di Modena, dove è anche referente per il *risk management* aziendale. Collaboratore in convenzione della Regione Emilia-Romagna dal 1996 per le tematiche di medicina legale è coordinatore del Gruppo tecnico regionale di medicina legale e necroscopica.

Professore a contratto dell'Università degli studi di Modena per le Scuole di specializzazione di medicina legale e medicina del lavoro, è stata relatore in molteplici corsi, seminari e convegni ed ha pubblicato numerosi saggi ed articoli in materie medico-legali e di gestione del rischio clinico.

Patrizio Di Denia

infermiere dal 1983, dirigente e docente di scienze infermieristiche dal 2003.

Valutatore responsabile ISO 9001:2000 Settore sanità, BVQI Italia.

Dal 1984 al 2002 ha lavorato nelle sale operatorie degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna partecipando a numerosi progetti di miglioramento.

A tutt'oggi collabora con l'Area Accreditamento dell'Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna, quale referente per il progetto "Gestione del rischio nelle strutture sanitarie" e con il modulo Qualità ed accreditamento degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna, occupandosi di *risk management*.

La valutazione

Si intende completare la formazione finalizzata alla costruzione del profilo di competenza del mediatore con una valutazione tendente a:

- certificare la condizione che si viene a determinare a seguito dell'evento formativo rispetto alle modalità di svolgimento dello stesso e all'apprendimento dei singoli sia sul versante delle conoscenze, sia delle abilità, sia dei comportamenti;
- conoscere i partecipanti per valorizzarne l'apporto in possibili azioni di sviluppo sia a livello personale, sia collettivo, sia sul processo di diffusione della mediazione.

La valutazione che si intende perseguire deve tendere ad evidenziare tutti gli elementi della professionalità acquisita, cioè le conoscenze, le abilità e i comportamenti (in termini sia di atteggiamenti, sia di relazioni interprofessionali, sia organizzative).

Vi è alla base una precisa idea di professionalità e quindi di profilo di competenza che abbraccia la dimensione del sapere agito in contesti organizzativi (seppure almeno in parte potenziali) con altri professionisti. Il percorso valutativo discende direttamente dal profilo di competenza che per la figura del "mediatore" si è tracciato in precedenza.

La valutazione si basa pertanto su

- un registro delle frequenze contenente gli aspetti connessi alla partecipazione (frequenza, contributi, ...) e le situazioni di particolare importanza (eccellenze particolari o criticità; conflitti, distanza cognitiva evidenziate dai formatori ed esperti, clima di aula, ecc.);

- la valutazione (certificazione) delle conoscenze apprese attraverso questionari di fine modulo e una valutazione finale a conclusione del Modulo C.

A tali strumenti di valutazione sui singoli si associa il questionario per la valutazione di gradimento del percorso formativo, utile al miglioramento dello stesso nonché dovuta al fine del conseguimento dei crediti ECM.

La valutazione finale conclude il percorso e genera un profilo personale di idoneità alla funzione utile come base per percorsi di sviluppo individuale e collettivo. Non sono previste "soglie" di superamento, in quanto la soglia viene superata nel momento della valutazione iniziale di idoneità.

Il percorso formativo ha frequenza obbligatoria e non si considera utilmente superato se le assenze sono superiori al 10% della durata complessiva o concentrate in due o più giornate di seguito.

Crediti formativi relativi all'Educazione continua in medicina (ECM)

Sono stati richiesti alla Commissione RER per la formazione continua in medicina i crediti formativi per il personale sanitario sull'intero percorso complessivo.

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con utenti esterni sì no
.....
.....
- nella sua attività regolare, ha contatto con utenza interna sì no
(interfacce con i servizi)
.....
.....
- nella sua attività regolare, svolge attività di coordinamento di personale sì no
.....
.....
- nella sua attività regolare, coordina gruppi di lavoro sì no
.....
.....
- ha svolto attività di formatore all'interno dell'Azienda sì no
se sì, indicare il titolo dell'evento formativo, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage
intensivo, ...), la durata, l'anno
.....
.....
.....
.....

Formazione

Partecipazione a corsi/seminari su: comunicazione, mediazione,
facilitazione, relazioni con il paziente, sì no
se sì, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage
intensivo, ...), la durata, l'anno
.....
.....
.....
.....

Data

FIRMA DEL DISCENTE

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)