

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Psicologia Sociale

Ciclo XXI

MEDIATORI DEI CONFLITTI
IN AMBITO SANITARIO

Coordinatore:
Chiar.ma Prof.ssa Laura Fruggeri

Tutor:
Chiar.ma Prof.ssa Maria Augusta Nicoli

Dottorando: Giovanni Ragazzi

SOMMARIO

SOMMARIO	3
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1	
LA GESTIONE EXTRA-GIUDIZIALE DEI CONFLITTI IN AMBITO SANITARIO	8
1.1 Il fenomeno della malpractice e il risk management in ambito sanitario	8
1.2 A.D.R.: strumenti per la gestione del caso e del sinistro	12
1.3 La mediazione dei conflitti	15
1.3.1 Il conflitto	15
1.3.2 Modelli di mediazione	16
1.3.3 Fattori favorenti e ostacolanti l'adozione	19
CAPITOLO 2	
DIVENTARE MEDIATORI DEI CONFLITTI	21
2.1 Un nuovo attore nella scena del conflitto	21
2.2 Dalla teoria alla pratica: il ricercatore e la ricerca	25
2.2.1 Premessa metodologica	25
2.2.2 Articolazione della ricerca-intervento	27
2.3 Il progetto formativo per mediatori dei conflitti	29
2.3.1 Geometrie di ruoli: analisi dei bisogni e progettazione	30
2.3.2 Premessa metodologica alla fase di valutazione di impatto dell'azione formativa	35
2.3.2.1 Obiettivi	35
2.3.2.2 Partecipanti ai corsi	35
2.3.2.3 Articolazione e contenuti dei corsi	37
2.3.2.4 Strumenti	37
2.3.3 Valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di output	41
2.3.4 Valutazione degli apprendimenti	45

2.3.5 Valutazione e controllo del progetto formativo.....	49
2.4 Formare un ruolo	53
2.4.1 Un modello operativo da cui partire.....	55

CAPITOLO 3

ATTORI ORGANIZZATIVI AI CONFINI	57
3.1 Premessa metodologica alla fase di valutazione di impatto organizzativo.....	59
3.1.1 Obiettivi.....	59
3.1.2 Partecipanti	60
3.1.3 Strumenti.....	60
3.2 Il conflitto e la mediazione visti dai vertici aziendali	61
3.2.1 I diversi fronti del conflitto: le priorità	61
3.2.2 Caratteristiche e compiti del mediatore.....	62
3.2.3 L'ipotesi organizzativa delle direzioni	63
3.3 Gli 'interlocutori di ruolo' del mediatore	65
3.3.1 Il conflitto è un problema? In che termini?.....	65
3.3.2 Chi è il mediatore?.....	67
3.3.3 L'ipotesi organizzativa degli 'interlocutori di ruolo'	68
3.4 Organizzazione e conflitto: spazi per mediare	69

CAPITOLO 4

MEDIATORI E CONFLITTI: COMUNITÀ IN PRATICA.....	71
4.1 Premessa metodologica alle fasi di trasferimento, coordinamento, diffusione e monitoraggio	72
4.1.1 Obiettivi.....	72
4.1.2 Partecipanti	72
4.1.3 Strumenti.....	74
4.2 Il ruolo del mediatore nella pratica organizzativa.....	75
4.2.1 I mediatori: dalla teoria alla pratica	75
4.2.2 La tutorship: i primi passi dentro le aziende.....	77
4.2.2.1 Fare i conti con l'organizzazione	78
4.2.2.2 Fare i conti con il cittadino	79
4.2.3 Alla ricerca dell'identità di ruolo.....	80
4.2.4 Verso una comunità di pratica	82
4.3 Azioni in corso: monitorare l'attività dei mediatori.....	86

CONCLUSIONI	89
--------------------------	-----------

APPENDICE	91
------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	97
--------------------------	-----------

INTRODUZIONE

I.

Il titolo di questa tesi richiama una tematica estremamente attuale che è quella del conflitto.

Sulla natura del conflitto hanno dibattuto fin dalle origini della storia del pensiero filosofi e studiosi. È possibile individuare due correnti principali in tal senso. Da una parte coloro che considerano il conflitto una condizione patologica che provoca uno squilibrio nella naturale armonia delle cose. Dall'altra coloro che ritengono che il conflitto costituisca parte integrante della natura delle cose.

Al primo filone di pensiero - definibile come 'classico' - appartengono filosofi sulle cui basi ha poggiato per secoli la cultura europea, quali Platone (428-347 a.C.) e Aristotele (384-322 a.C.). Sui loro sistemi di conoscenza si è fondata la filosofia cristiana rappresentata da Agostino (354-430) e Tommaso (1225-1274), fino ad arrivare a Rousseau (1712-1778). Tutti questi pensatori condividono l'idea di una società organica e ordinata la cui natura è sostanzialmente armonica. Il conflitto è disarmonia e malattia, e come tale va eliminato o curato.

Al secondo filone appartengono invece Eraclito (544-483 a.C.), secondo il quale il conflitto è principio di realtà, forza positiva e motore delle cose, e i sofisti come Gorgia e Protagora (V sec. a.C.) che valorizzano, al tempo della democrazia ateniese, l'idea dell'incontro-scontro fra opinioni. In età moderna Niccolò Machiavelli (1469-1527) supporterà questa funzionalità positiva della conflittualità intesa come forza dinamica delle istituzioni e John Locke (1632-1704) ne esalterà la valenza di controllo sul potere politico. Queste posizioni apriranno la strada anche al pensiero liberale in economia basato appunto sulla concorrenza (Adam Smith, 1723-1790).

Il passaggio fondamentale che fa da ponte verso l'età contemporanea è quello compiuto dal pensiero dialettico di Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831). Attraverso le idee di questo filosofo il conflitto ritorna ad essere principio di realtà e governatore del pensiero. Nella celebre figura del *servo* e del *padrone*, Hegel dimostra come ogni cosa è tale solo in quanto si configura in relazione con qualcos'altro. Questa dipendenza sostanziale del *sé* dall'*altro da sé* introduce una prospettiva completamente nuova nella concezione del conflitto,

ossia quella identitaria. L'identità del padrone è data dal fatto che egli domina il servo. Il padrone, dunque, pur essendo dominante dipende dal dominato. La condizione di servitù reprime la consapevolezza di questa situazione da parte del servo e sarà Karl Marx (1818-1883) a proporre il passo logicamente successivo attraverso la sua teoria della lotta di classe. Con Marx l'analisi dei conflitti passa quindi dall'ambito della filosofia a quello delle scienze sociali, come la sociologia e la psicologia.

In epoca contemporanea molti sociologi fra cui, ad esempio, Simmel (1858-1918), Weber (1864-1920) e Luhmann (1927-1998), si sono occupati della tematica del conflitto e, a partire da Kurt Lewin (1890-1947), anche la psicologia sociale ha dato il proprio contributo. Morton Deutsch (2002) ha operato una distinzione fra l'approccio sociologico e l'approccio psicologico alla tematica del conflitto.

«Mentre l'approccio socio-politico-economico cerca una spiegazione in termini di livelli di armamenti, ad esempio, oppure di conflitti politici-economici oggettivi, l'approccio psicologico cerca di spiegare il fenomeno del conflitto in termini di percezioni, credenze, valori, ideologie, motivazioni, e altri stati psicologici e caratteristiche che singoli uomini e donne hanno acquisito tramite la loro esperienza e nelle modalità in cui tali caratteristiche sono attivate dalla situazione particolare e dal ruolo in cui le persone si collocano» (2002, p. 308-309)

Le caratteristiche dell'approccio psico-sociale, in particolare, possono così essere riassunte in alcuni punti di attenzione fondamentali:

- l'influenza del contesto microsociale sulle scelte di comportamento degli individui,
- l'importanza del significato attribuito dalle persone alle situazioni in cui esse agiscono,
- l'idea che gli individui e le collettività vanno considerati come sistemi in tensione, il cui comportamento è influenzato dalla totalità di fatti che compongono una data situazione, in un equilibrio quasi stazionario.

II.

Questo lavoro di ricerca tratta dell'introduzione di mediatori dei conflitti all'interno di organizzazioni che offrono servizi sanitari e della ricerca-intervento (Lewin, 2005) che ha accompagnato questo processo di cambiamento organizzativo.

L'approccio utilizzato è quello proprio della psicologia sociale con una grande attenzione posta ai processi di costruzione di senso. Weick (1997) ha utilizzato il termine *sensemaking* per definire tali processi, che consistono sostanzialmente delle capacità che gli attori sociali esprimono creando il proprio contesto.

Il cambiamento organizzativo avviene, secondo Weick, mediante un'oscillazione fra due livelli di *sensemaking*: il livello intersoggettivo e quello di soggettività generica (Wiley, 1988). Il significato intersoggettivo si distingue dal significato intrasoggettivo quando i pensieri, le intenzioni e i sentimenti individuali sono sintetizzati in conversazioni in cui il sé si trasforma da 'io' in 'noi'. L'intersoggettività emerge dunque dall'interscambio fra due o più sé comunicanti. Il livello al di sopra di questa interazione, ossia il livello delle organizzazioni, è

caratterizzato dal passaggio dall'intersoggettività alla soggettività generica. A questo livello i soggetti diventano intercambiabili in una configurazione di ruoli lavorativi, ruoli relazionali e reti sociali.

Il normale funzionamento organizzativo avviene a livello di soggettività generica, ma

«se la tecnologia cambia, come quando si introduce un apparecchio per la TAC in un'unità di radiologia, l'incertezza aumenta perché i vecchi copioni e la soggettività generica non funzionano più. L'intersoggettività diventa ancora una volta il focus del sensemaking, dato che emergono visioni diverse del significato del cambiamento in attesa di una nuova sintesi» (Weick, 1997, p. 76-77).

Nell'ambito della ricerca-intervento discussa in questo scritto verrà documentata la gestione attiva e continua di una transizione organizzativa identificabile con l'introduzione di una nuova figura e di nuove competenze in un contesto dato. L'organizzazione verrà rappresentata come un sistema in tensione fra forze di innovazione - intersoggettive - e forze di controllo - soggettività generica - nel passaggio fra le fasi che Lewin (Lewin, 2005) ha individuato come caratterizzanti i processi di cambiamento sociale: *unfreezing* (scongelamento), *moving* (spostamento) e *refreezing* (ricongelamento).

III.

Il primo capitolo di questa tesi è dedicato alla presentazione di alcuni concetti chiave necessari per comprendere la ricerca-intervento condotta. Verrà descritta la problematica della *malpractice* e il concetto di 'gestione del rischio' (*risk management*) nei servizi sanitari. Infine verranno introdotte le caratteristiche di alcuni strumenti per la gestione delle controversie fra cui, in particolare, la mediazione dei conflitti.

Il secondo capitolo tratta la costituzione di un gruppo di soggetti appartenenti ad organizzazioni sanitarie che, attraverso un processo di formazione di competenze, ha acquisito conoscenze e sviluppato capacità di gestire e mediare conflitti. Verranno presentate le azioni di monitoraggio applicate a questo processo formativo e i risultati emersi nell'ottica della costruzione del ruolo organizzativo di mediatore dei conflitti.

Nel terzo capitolo vengono esplorate le rappresentazioni di soggetti significativi rispetto al conflitto e alla figura del mediatore. Verranno quindi esposte alcune riflessioni sulle aspettative organizzative degli attori sociali che si preparano ad accogliere le nuove competenze di mediazione dei conflitti all'interno delle aziende sanitarie.

Il quarto capitolo documenta i processi di definizione del ruolo e della pratica dei mediatori formati all'interno delle aziende sanitarie. Verranno inoltre esposte le più recenti azioni di accompagnamento e di coordinamento della funzione organizzativa di mediazione dei conflitti.

CAPITOLO 1

LA GESTIONE EXTRA-GIUDIZIALE DEI CONFLITTI IN AMBITO SANITARIO

1.1 Il fenomeno della malpractice e il risk management in ambito sanitario

Per meglio circoscrivere i termini della questione alla quale questa ricerca si riferisce si rende necessaria una definizione e una contestualizzazione della problematica della *malpractice*. Con il termine *malpractice* si identifica generalmente la negligenza professionale, intesa non soltanto come la condotta di un operatore sanitario che arreca un danno ad un paziente, ma anche come quella situazione di disagio percepita dall'utente di un servizio che dipende dalla struttura organizzativa della singola unità sanitaria. La *malpractice* misura, in sintesi, lo scarto da uno standard di performance professionale e/o di servizio definibile come *l'applicazione delle stesse abilità e conoscenze - ossia della stessa qualità di cura - che ci si aspetterebbe da un altro professionista e/o servizio nelle medesime circostanze* (Studdert, Mello, & Brennan, 2004).

Il problema della prevenzione e della gestione amministrativa e organizzativa degli episodi di *malpractice* è caratterizzato da aspetti - in primo luogo economici - estremamente rilevanti

per i servizi sanitari. Nonostante l'accresciuta attenzione alla qualità con l'introduzione di metodologie ascrivibili al *Total Quality Management*, al *Continuous Quality Improvement* (Shortell, 1995) o all'*Evidence Based Medicine* (Sackett, Rosebreg, & Gray, 1996), gli errori e gli outcome sfavorevoli sono ancora frequenti nella pratica clinica (Leape, 1994). Qui di seguito viene proposto a titolo esemplificativo un prospetto riassuntivo dell'entità numerica della situazione negli Stati Uniti, in Inghilterra e in Australia ricavato dalla letteratura disponibile:

STATI UNITI
<ul style="list-style-type: none"> • Si hanno errori nel 3-4% dei pazienti ospedalizzati • Applicando le percentuali tratte dagli studi si stimano dai 44.000 (Colorado-Utah Hospitals 1997) ai 98.000 (New York Hospitals) americani morti all'anno per errori medici • Si riscontrano inoltre 7.000 morti all'anno per errori legati ai farmaci
REGNO UNITO
<ul style="list-style-type: none"> • Gli eventi avversi¹ occorrono nel 10,8% dei pazienti ospedalizzati • L'1,48% dei ricoveri è associato ad eventi avversi che hanno causato disabilità grave o morte • Sulla base dei confronti internazionali si stimano 850.000 eventi avversi all'anno
AUSTRALIA
<ul style="list-style-type: none"> • Gli eventi avversi sono stimati al 16,6% degli episodi di ricovero ed almeno il 50% è ritenuto prevenibile • Almeno il 10% delle ammissioni in reparti per acuti è associato ad eventi avversi potenzialmente prevenibili e il 2% è associato ad eventi avversi il cui esito è una seria disabilità o morte (0,3%)

(Cinotti, 2004)

Numerosi osservatori del sistema sanitario, pur muovendo da prospettive differenti, hanno concordato sull'esistenza di un singolare paradosso. Esso consiste nel fatto che, pur in presenza di un innegabile e inarrestabile progresso tecnologico della medicina, aumentano i casi di malpractice medica. I dati disponibili rispetto alla situazione italiana 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. Si è infatti calcolato che in ambito nazionale, il contenzioso si è ormai assestato su circa 10,000/12,000 nuovi casi all'anno e che, a fronte di 8,000,000 di ricoveri annui negli ospedali italiani, almeno 320,000 persone riporterebbero danni, o comunque malattie, conseguenti ad errori o difetti organizzativi nelle strutture ospedaliere (Buscemi, 2009).

In questa situazione si parla dunque di rischio sanitario e di necessità di interventi finalizzati a studiarlo, ridurlo, razionalizzarlo, gestirlo. Questo complesso di attività viene definito con una espressione anglofona: *risk management*, ovvero 'gestione del rischio'.

Il risk management è, di conseguenza, un insieme di azioni coordinate per gestire all'interno dell'organizzazione i rischi connessi alle attività che all'interno della stessa vengono svolte (ASR-RER, 2007). L'introduzione di una metodologia logica e sistematica che consenta

¹ Si parla di *evento avverso* quando un paziente, in seguito ad un trattamento, subisce un danno che non è imputabile direttamente alla sua patologia.

attraverso un processo graduale di identificare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i possibili pericoli associati a qualsiasi attività sanitaria si basa sull'assunto che l'errore non è conseguenza di una singola azione umana, ma il frutto di un'interazione di fattori tecnici, organizzativi e di processo (Reason, 1990). Questa fondamentale attività agisce sui meccanismi di generazione degli errori attraverso l'individuazione di profili di rischio e la predisposizione di piani di prevenzione e controllo.

Esistono però meccanismi che agiscono *a latere* dell'errore e che comunque rientrano all'interno delle necessità di gestione che competono alle organizzazioni sanitarie.

Essendo da escludere che l'incremento delle denunce e dei reclami (ASR-RER, 2005; ASSR-RER, 2008; ASSR-RER, 2009) sia legato al peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria offerta, il cui standard qualitativo medio è, al contrario, in progressivo miglioramento, l'origine di questo fenomeno va dunque ricercata in motivazioni diverse e più profonde. Buscemi (2009, p. 28) ne individua due in particolare:

- una diversa percezione da parte del cittadino del concetto di diritto alla salute e crescenti aspettative di risultati dalla medicina;
- il mutare, nel corso di questi ultimi anni, del modo di intendere giuridico del concetto di colpa professionale in ambito sanitario.

In riferimento a quanto esposto, è verosimile ritenere che una parte di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili a errori veri, prima non denunciati per una sorta di soggezione nei confronti della classe medica, oggi è sempre più oggetto di denuncia e/o di richiesta di risarcimento. Questa nuova situazione è anche all'origine del meccanismo perverso noto come 'medicina difensiva' (Kessler & McClellan, 1996). Tale fenomeno è costituito dalla sistematica e consapevole prescrizione di farmaci, procedure terapeutiche o accertamenti diagnostici non necessari alla salute del paziente (si parla in questo caso di tipologia positiva o commissiva), ovvero dalla tendenza ad evitare prestazioni ad alto rischio (tipologia negativa od omissiva), al solo fine di prevenire denunce giudiziarie, ma con ovvie ripercussioni negative, non solo sulla salute del paziente, ma anche sul piano dei costi.

È però anche evidente, analizzando la casistica, che in un numero non trascurabile di casi il reclamo è dovuto a cattivi rapporti di comunicazione fra paziente e/o suoi familiari e il personale sanitario (medico e/o non medico). È anche indubitabile che in molti altri casi il paziente, convinto che la medicina oggi sia in grado di risolvere qualsiasi problema sanitario, viva come fallimento del trattamento sanitario e tenda a denunciare come errori eventi che, in realtà, configurano delle semplici complicanze o addirittura si identificano soltanto in una mancata guarigione.

A questo quadro esplicativo va aggiunto che l'evoluzione giuridica degli ultimi dieci anni, sia pur con il condivisibile e meritevole obiettivo di garantire maggiori tutele per il cittadino, ha esteso il concetto di danno risarcibile da trattamento sanitario fino a ritenere presunta la colpa in quei casi in cui, a fronte di una prestazione sanitaria che non rivesta il carattere della speciale difficoltà, ossia la stragrande maggioranza dei casi, si verifichi un evento avverso che

determini un peggioramento delle condizioni di salute del paziente. Tutto ciò ha generato un altro fenomeno costituito dal crescente ricorso al giudizio penale che, diversamente dalle sue finalità proprie, ha troppo spesso la sola motivazione di forzare l'accesso all'azione risarcitoria, oltre a gravare sulla faticosa gestione della burocrazia che lo circonda.

Come si può constatare il fenomeno della malpractice in ambito sanitario presenta diversi piani interpretativi e una complessità che rende necessaria una riflessione sull'argomento da parte di tutte le figure professionali che in qualche modo vi sono coinvolte. Nell'attesa di un auspicabile regolamentazione del sistema tramite provvedimenti legislativi, come è accaduto in altri paesi europei come la Svezia o la Francia, diventa indispensabile e urgente per le organizzazioni sanitarie prevedere delle misure correttive.

In tal senso sono da segnalare alcune iniziative che sembrano essere incoraggianti (Buscemi, 2009). Si tratta di una nuova consapevolezza del fenomeno da parte della classe medica e, in particolare, della dirigenza delle strutture sanitarie pubbliche che, spesso di concerto con alcune imprese di assicurazione, stanno sperimentando una nuova gestione del rischio, assumendo direttamente, almeno in una prima fase, il controllo dei casi denunciati, partecipando con proprie risorse alla gestione del contenzioso sia civile sia penale, addirittura facendosi carico direttamente di una quota dei risarcimenti. L'esperimento è certamente interessante e non è da escludere che un tale diverso sistema di gestione possa alla fine portare risultati positivi anche su altri fronti, quale per esempio quello dell'individuazione delle aree sanitarie e dei comportamenti specifici a maggior rischio, la cui conoscenza è il solo strumento per rendere possibile ed efficace un'opera di prevenzione dei casi ancora prima che sfocino in una richiesta di risarcimento. Un tal modo di operare consente inoltre di ridurre notevolmente i tempi di istruttoria del reclamo, di accertare subito e direttamente cosa è accaduto presso la struttura sanitaria dove si è verificato l'evento incriminato, fino a un primo parere sulla fondatezza o meno del reclamo stesso, tale da consentire, laddove ne ricorrano gli estremi, di dare rapida ed equa soddisfazione alle richieste e alle esigenze degli utenti.

1.2 A.D.R.: strumenti per la gestione del caso e del sinistro

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente la gestione della problematica della malpractice non comporta unicamente un'attenzione di tipo tecnico rivolta alla pratica clinica e ai processi organizzativi che la circondano da parte delle aziende sanitarie. In tal senso la gestione del rischio si configura come un'attività che si colloca prima e dopo l'errore - o presunto tale.

Possiamo dunque parlare di una 'gestione della casistica di rischio', intesa come attività di individuazione dei rischi e di predisposizione di piani di prevenzione e di controllo. Abbiamo poi una 'gestione del caso', che si riferisce non solo al governo clinico e terapeutico conseguente ad un errore, ma anche alla gestione delle relazioni tra i soggetti coinvolti. Infine possiamo individuare una 'gestione del sinistro' legata alla problematica del diritto e delle conseguenze amministrative e assicurative (ASR-RER, 2007).

La relazione che intercorre fra il paziente e l'operatore sanitario è quindi una rilevante componente della gestione sia del rischio clinico-assistenziale, sia del rischio economico (risarcimenti ai pazienti e aumento dei premi assicurativi). In questa area di attività l'obiettivo del sistema sanitario è dunque migliorare l'approccio al paziente qualora si sia verificato un evento indesiderato. Questo si traduce nell'opportunità di attivare tutte i provvedimenti che mirino a ridurre le conseguenze dell'incidente in termini sia fisici, sia emotivi: fornire al paziente e/o al familiare informazioni sugli eventi, dare ascolto al paziente e, in casi gravi, offrire un supporto anche psicologico. Questa azione sulla componente relazionale compromessa si integra con la possibilità di usufruire di percorsi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli relativi alle sedi giudiziarie.

Rispetto a questi ultimi obiettivi si sta delineando anche in ambito sanitario il ricorso ai metodi di risoluzione alternativa delle controversie, meglio noti con l'acronimo inglese A.D.R. (Alternative Dispute Resolution). Tali strumenti rappresentano una possibile soluzione ai problemi di accesso alla giustizia legati al numero, ai costi ed alla lunghezza delle procedure e risultano peraltro utili nel ripristinare un corretto rapporto di fiducia tra utenti e strutture sanitarie. Gli A.D.R. non costituiscono infatti solo una modalità per deflazionare il contenzioso, ma rappresentano una risposta alla fondamentale esigenza di salvaguardare il rapporto fiduciario originario con il paziente, anche e soprattutto nel momento più delicato.

L'insieme delle modalità extra-giudiziali di composizione delle controversie consente di adattarsi alla diversità dei singoli casi ed è caratterizzato dal carattere volontario del ricorso a questi strumenti. La soluzione ottimale per due parti in conflitto non è sempre rappresentata dalla sentenza di un magistrato. A prescindere dall'efficienza del sistema giudiziario, anche quando questo sia veloce, sicuro, affidabile ed economico, le parti potrebbero non ottenere la

soluzione più adatta a risolvere tutti gli aspetti di un conflitto. I conflitti, di fatto, si configurano spesso come un insieme complesso di elementi sia oggettivi (inadempimenti, danneggiamenti) sia soggettivi (percezioni errate, comunicazioni inefficaci, malintesi, diffidenze, aspettative mancate) di cui il procedimento giudiziario, volto alla verifica dei fatti, all'accertamento della verità ed all'applicazione della norma legale che contempla la soluzione, non tiene adeguatamente conto.

Entrando nel merito delle specificità delle singole procedure A.D.R., se ne possono individuare due tipologie in ragione della presenza o meno di un terzo neutrale e, all'interno della prima categoria, un'ulteriore differenziazione si basa sul diverso ruolo del terzo. Nel primo gruppo rientrano arbitrato (il terzo formula una decisione), mediazione e conciliazione (il terzo cerca di fare incontrare le parti e le assiste nel trovare un'intesa di comune accordo), mentre nel secondo gruppo si collocano gli accordi consensuali di transazione (non è previsto l'intervento di un terzo). Qui di seguito verranno brevemente descritti l'arbitrato, la conciliazione e gli accordi consensuali di transazione, mentre il prossimo paragrafo sarà interamente dedicato alla mediazione dei conflitti:

- ARBITRATO,

è un metodo di risoluzione alternativo delle controversie in cui le parti presentano il loro punto di vista ad uno o più soggetti privati, indipendenti e qualificati, gli arbitri appunto, per risolvere la lite con una decisione vincolante.

Secondo il codice di procedura civile (art. 806 c.p.c.), le parti in conflitto possono scegliere degli arbitri, terzi rispetto alla controversia, per decidere e definire una lite, fintantoché questa non sia già oggetto di un giudizio pendente davanti ad un giudice ordinario. Quando una disputa sta per essere affidata ad un collegio arbitrale, ciascuna parte nomina il proprio arbitro ed assieme, entrambi gli arbitri, ne nominano un terzo in qualità di presidente del collegio. Se, invece, le parti si trovano concordi, possono decidere di affidare la risoluzione della controversia anche ad un solo arbitro.

L'arbitrato si conclude con una decisione chiamata 'lodo arbitrale' e con il suo deposito, entro 180 giorni dall'accettazione della nomina, da parte dell'arbitro (art. 820 c.p.c.). Due sono i tipi di arbitrato conosciuti in Italia: l'arbitrato rituale, nel quale viene adottato il lodo arbitrale, comparabile con la decisione di un giudizio ordinario ed impostato in corrispondenza dei danni subiti dalle parti; l'arbitrato non rituale, caratterizzato dalla presenza di una decisione finale simile ad una vera e propria statuizione contrattuale: le parti vengono ad obbligarsi reciprocamente come in presenza di un originario e reale contratto obbligatorio;

- CONCILIAZIONE,

attualmente lo strumento più utilizzato fra le procedure A.D.R., a carattere non decisorio, è certamente la conciliazione, per la quale vi è oggi una grande attenzione sia a livello comunitario che nazionale. La conciliazione è uno strumento volontario attraverso il quale le

parti cercano, con l'aiuto di un terzo imparziale e competente (il conciliatore), la risoluzione autonoma e concordata della controversia. La conciliazione presuppone quindi l'esistenza di una controversia, ma a differenza di quanto avviene con l'arbitrato, la sua soluzione non è rimessa a terzi, ma si perfeziona con l'incontro della volontà delle parti davanti ad un terzo cui non sono attribuiti poteri decisionali. Il conciliatore è un soggetto indipendente da qualsiasi legame con le parti, neutrale e con una formazione *ad hoc* per la gestione delle procedure conciliative. Al conciliatore infatti si richiede una formazione sia teorica che pratica in tecniche negoziali, psicologiche e di comunicazione, attraverso le quali potrà far emergere emozioni, vissuti ed esigenze recondite delle parti, aspetti che raramente hanno ingresso in una controversia giudiziale. Nonostante ciò ricordi molto da vicino la mediazione, esistono differenze sostanziali tra questi due procedimenti. Nella conciliazione, il terzo esercita un ruolo più diretto nel processo di risoluzione della controversia e consiglia direttamente le parti nell'adozione di soluzioni. Il conciliatore assume una figura autoritaria responsabile nel trovare la migliore soluzione tra le parti, elaborando spesso delle proposte per la soluzione. I legali, in questo caso, danno pareri e suggerimenti in relazione alla proposta fatta dal conciliatore;

- ACCORDI CONSENSUALI DI TRANSAZIONE,

regolati dall'art. 1965 del codice civile, gli accordi di transazione sono contratti a prestazioni corrispettive a titolo oneroso con cui le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite. Con la transazione, in altri termini, le parti, portatrici di contrapposti interessi, trovano un punto di equilibrio dichiarando di rinunciare reciprocamente a determinati diritti cui corrispondono altrettante pretese. La caratteristica peculiare di questa modalità è rappresentata dal fatto che non è previsto l'intervento di un terzo: sono le parti le vere protagoniste di questo procedimento che sulla base della volontarietà sono disposte ad adoperarsi, facendosi eventualmente assistere da persona di fiducia, per trovare un accordo bonario, consapevoli che se questo non venisse raggiunto non verrebbe comunque pregiudicato un successivo ricorso al procedimento giudiziario.

1.3 La mediazione dei conflitti

1.3.1 Il conflitto

Al fine di introdurre in questo lavoro i concetti e le pratiche peculiari che contraddistinguono la mediazione dei conflitti è necessario fornire alcune definizioni riguardanti l'oggetto in causa, ossia il conflitto.

Le definizioni utilizzate in letteratura come punto di partenza per l'analisi del conflitto sono innumerevoli (Arielli & Scotto, 2003). Per lo sviluppo di una relazione conflittuale sono innanzitutto necessarie due condizioni: la possibilità di interazione, ovvero gli attori devono condividere uno stesso spazio sociale, e il riconoscimento reciproco degli attori come controparti nel conflitto. Seguendo la dicotomia proposta da Deutsch (2002) si possono distinguere *approcci strutturali al conflitto*, che pongono l'accento sulle caratteristiche del sistema sociale di cui fanno parte individui e gruppi coinvolti e *approcci orientati all'azione*, che definiscono il conflitto a partire dalla presenza di almeno due agenti con obiettivi incompatibili e da azioni osservabili. Coerentemente con l'impostazione psicosociale di questo progetto si riporta la definizione data da Glasl, che partendo da un approccio orientato all'azione definisce in questo modo il conflitto:

«conflitto sociale è una interazione fra agenti (individui, gruppi, organizzazioni, etc.), in cui almeno un attore percepisce un'incompatibilità con uno o più altri attori nella dimensione del pensiero e delle percezioni, nella dimensione emozionale e/o nella dimensione della volontà in una maniera tale che la realizzazione [dei propri pensieri, emozioni, volontà] venga ostacolata da un altro attore» (1997, p. 14).

Questa definizione prevede innanzitutto una interazione tra agenti, dove almeno un agente percepisce una incompatibilità. Affinché un conflitto esista, tale incompatibilità deve manifestarsi in un comportamento concreto e almeno un agente deve attribuire all'altra parte il motivo dell'impedimento alla propria autorealizzazione. La definizione di Glasl permette inoltre di distinguere una asimmetria di fondo dei ruoli di chi subisce l'incompatibilità e il blocco della propria autorealizzazione, e di chi invece ne è la causa.

Dal punto di vista costitutivo si parla generalmente di tre componenti essenziali all'interno di un conflitto (Galtung, 1982; Galtung, 1996; Miall, Ramsbotham, & Woodhouse, 1999):

- la *contraddizione di base*, creata dall'incompatibilità tra gli scopi degli attori, o, nell'accezione di conflitto in senso lato, dall'incompatibilità tra la necessità di soddisfare dei bisogni (autorealizzazione) e strutture sociali che lo impediscono (dimensione strutturale);

- il *comportamento*, ovvero l'insieme delle azioni osservabili con cui gli attori intendono condurre il conflitto per perseguire i propri obiettivi e/o impedire alla parte avversa di conseguire i suoi (dimensione osservabile);
- gli *atteggiamenti delle parti in conflitto*, ovvero l'insieme delle percezioni, emozioni e disposizioni degli attori originate dal conflitto o preesistenti ad esso, che determinano il comportamento e l'interpretazione della situazione (dimensione soggettiva).

La dimensione strutturale del conflitto può essere costituita da svariati elementi, definiti *issues* (Deutsch, 1973): ad esempio controllo su risorse, conflitti valoriali, sopravvivenza, etc.. Nel caso del conflitto che scaturisce in ambito sanitario la contraddizione è posta nelle differenti aspettative riguardanti la natura della relazione fra paziente e sanitario che può essere compromessa da elementi tecnico-professionali e/o umano-relazionali. Il raggiungimento di un accordo distributivo o integrativo, su cui si focalizzano sia il processo giurisdizionale sia i metodi A.D.R. descritti nel precedente paragrafo, appare dunque come secondario, e comunque non esaustivo, rispetto agli interessi dei confliggenti.

1.3.2 Modelli di mediazione

Esistono attualmente diverse scuole di mediazione e altrettante correnti teoriche di riferimento. Una definizione sufficientemente condivisa sembra essere quella fornita da Castelli:

«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» (1996, p. 5)

Bramanti (2005) descrive analiticamente sei modelli di mediazione: collaborativo, socio-clinico, sistemico-relazionale, umanistico-trasformativo, narrativo e il modello di azione comunicativa. Tali modelli sono distinguibili gli uni dagli altri per i diversi obiettivi che si pongono rispetto al conflitto (gestione della controversia, trasformazione dei legami o costruzione di nuove regole) e per le caratteristiche del ruolo del terzo, cioè del mediatore. Seppur infatti tutti i modelli non possano che indicarlo come neutro e imparziale, le differenze nella metodologia di lavoro sono spesso molto marcate. In alcuni modelli si assiste a una minuziosa e rigida definizione di fasi in cui il mediatore ha spesso anche il compito di suggerire ipotesi risolutorie. In altri modelli il mediatore ha il compito di garantire un setting strutturato e di accompagnare le parti nel processo decisionale che le riguarda, senza però entrare nel merito dei contenuti.

La mediazione si distingue comunque per l'assenza di potere cogente da parte del mediatore che non solo non emette giudizi, assegna risarcimenti o applica sanzioni, ma - in molti casi - nemmeno suggerisce possibili soluzioni ai confliggenti. Nel caso della mediazione, il terzo che viene chiamato a risolvere il conflitto si pone ovviamente in maniera neutrale, ma si va a collocare orizzontalmente (il mediatore è neutro in quanto *inter partes*) anziché verticalmente (il giudice è neutro in quanto *super partes*) rispetto alle parti. Come spiega Ferrara (2008) tale spostamento si configura come un passaggio da una modalità di intervento 'giudiziale-contenziosa' ad una modalità 'conciliativa-riparativa' (figura [1]).

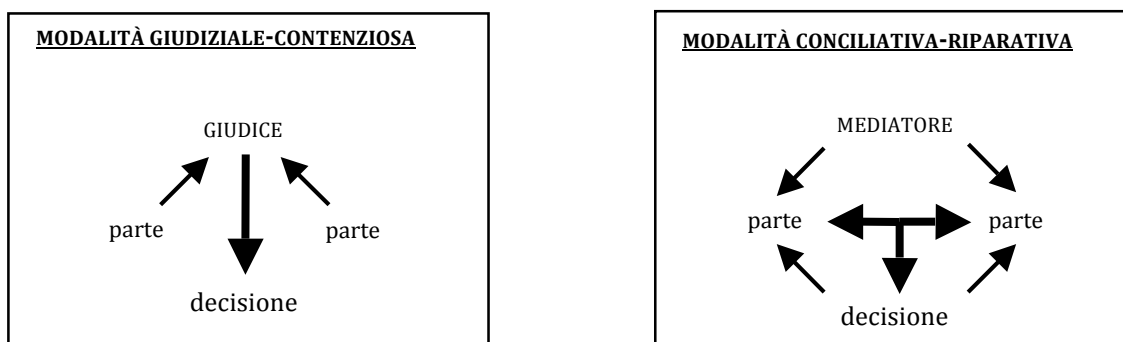


Figura 1: Modalità giudiziale-contenziosa e modalità conciliativa-riparativa a confronto.

Chiamando in causa nel processo gli stessi attori della controversia e facilitandoli nell'individuazione di una soluzione al conflitto in cui non ci siano né vincitori né vinti, la mediazione offre un modo di leggere e affrontare il tema del conflitto come una dimensione naturale nel processo di evoluzione di un sistema organizzato, che trova applicazione in vari ambiti della vita sociale. In Europa le forme di mediazione più sviluppate sono quella familiare e quella penale (cosiddetta *victim-offender mediation*). Esistono inoltre la mediazione scolastica (di cui fa parte la mediazione 'fra pari'), la mediazione linguistico-culturale e la mediazione sociale e/o di quartiere.

In questa sede vogliamo approfondire l'approccio definito *mediazione trasformativa*, in particolare quello derivante dalla scuola francese fondata da Jacqueline Morineau, in quanto costituisce la declinazione tecnico-teorica implicata nel progetto che sarà descritto nei prossimi capitoli. Il modello trasformativo nasce ad opera di Baruch Bush e Folger (1994). Si tratta di uno strumento fatto proprio da numerose scuole per le sue caratteristiche di trasformazione qualitativa dell'interazione umana, basata sull'*empowerment* e sul riconoscimento dell'altro (*recognition*).

Nell'ambito della mediazione trasformativa viene dunque privilegiato l'aspetto relazionale, la possibilità di disporre di uno spazio riservato e non giudicante in cui i due confliggenti possono comunicare reciprocamente i rispettivi punti di vista, vissuti, stati emotivi connessi agli eventi. Tale metodo prevede che una parte neutrale intervenga in un conflitto ascoltando le parti confliggenti, nell'intento di facilitarne la comunicazione, e il ripristino della relazione

umana e sociale compromessa dall'evento. La mediazione è uno spazio fisico e temporale voluto dai confliggenti, che non è sovraordinato o imposto. Il mediatore pone le regole del dialogo stando neutrale, equidistante e lungi dal proporre qualsiasi soluzione. Egli ha il compito esclusivo di facilitare la comunicazione fra le parti, senza esercitare alcun potere sulle stesse.

Lo strumento principale utilizzato dal mediatore è l'*ascolto empatico* - o *ascolto attivo* (Morineau, 1998). Definito anche come 'tecnica dello specchio', esso consiste nel restituire ai confliggenti gli stati d'animo da essi provati durante la seduta di mediazione attraverso quelli che sono veri e propri 'scatti esistenziali' che evidenziano, nella fenomenologia dell'*hic et nunc*, le emozioni empaticamente raccolte. Il contenimento e la restituzione di tali emozioni svolgono una funzione molto simile a quella che Bion ha definito *funzione alfa*, ossia di trasformazione dell'emozione grezza (*elemento beta*) in emozione elaborata e nominata (Grinberg, Sor, & Tabak de Bianchedi, 1993).

Gli effetti dell'utilizzo di tale tecnica sulla relazione conflittuale sono indirizzati a colpire il meccanismo definito *escalation* del conflitto. Tale processo è caratterizzato da un aumento parallelo di intensità - intesa come quantità di risorse impiegate nella relazione - e di violenza - declinata in senso verbale e/o fisico (Dahrendorf, 1959).

Sono state individuate diverse fasi che compongono l'*escalation* conflittuale. In figura [2] vediamo la classificazione fornita da Glasl (1997) ovviamente declinata su conflitti di tipo bellico. Ognuna costituisce una sorta di punto di non ritorno, di gradino che porta la relazione ad un livello ancor più minaccioso rispetto all'identità dei soggetti che vi sono coinvolti.

Attraverso l'attività di ascolto e di restituzione empatica, i mediatori si fanno garanti delle identità dei confliggenti innescando un processo di *de-escalation* e offrendo ai soggetti l'opportunità di gestire in modo costruttivo il proprio conflitto, riconfigurando la propria relazione attraverso la comprensione e il riconoscimento reciproci.



Figura 2: L'escalation conflittuale.

1.3.3 Fattori favorenti e ostacolanti l'adozione

La mediazione ha dunque una natura flessibile e, entro alcuni limiti, configurabile. Viene largamente intesa come una filosofia, uno strumento di regolazione e di controllo, un insieme di tecniche o strategie volte a migliorare la comunicazione, un'azione progettuale o situazionale di prevenzione e/o rivalutazione del conflitto, etc.. È inoltre stata applicata con successo nei più importanti ambiti della vita sociale e comunitaria (famiglia, scuola, quartiere, devianza minorile, relazioni).

Sebbene non sia attualmente individuabile in letteratura la definizione di 'mediazione sanitaria', a livello internazionale è però possibile reperire i primi sforzi di ricognizione di pratiche e attività di tal genere in atto nei contesti ospedalieri e sanitari. Il concetto chiave è quello di ricostruire il *dispute system design*, ossia l'insieme delle strategie e delle pratiche attraverso cui i sistemi organizzati fronteggiano il conflitto in maniera produttiva, andando incontro ai bisogni e alle necessità degli utenti e dei professionisti. Emergono, da queste prime esplorazioni (Szmania, Johnson, & Mulligan, 2008), alcuni punti chiave:

- i sistemi che utilizzano sistematicamente i metodi A.D.R. godono di una maggiore flessibilità e adattabilità rispetto alla varietà delle richieste dei propri utenti, essendo in grado di garantire risposte più personali e personalizzate;
- le difficoltà nell'implementazione derivano soprattutto dalla diffidenza da parte della componente medica;
- farsi carico della gestione della parte emozionale-relazionale dell'accaduto è cruciale tanto quanto affrontarne le implicazioni economico-legali.

Valdambrini (2008) fa notare che il ritardo del contesto professionale sanitario non è una caratteristica italiana, riconducibile a dinamiche culturali restie nell'accogliere pratiche innovative. L'introduzione della gestione costruttiva dei conflitti nei contesti sanitari è un fenomeno recente anche nei paesi anglosassoni, dove pratiche come la mediazione vantano qualche decennio di attività.

In uno dei pochi articoli che trattano di tali tematiche, Robson e Morrison (2003) provano a spiegare le resistenze delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti che vi operano rispetto agli A.D.R. e alla mediazione in particolare.

In primo luogo, gli autori definiscono la sanità come un 'sistema adattabile complesso' caratterizzato da collegamenti fluidi, regole flessibili che si affidano alla storia del sistema, cambiamento costante, un volume di dati enorme e cicli di risposte multipli, ma accesso limitato alle informazioni di altri. Questo tipo di sistema tenderebbe a essere più incline all'innovazione di altri, ma a generare più errori, rendendo difficoltosa l'individuazione delle fonti di conflittualità.

In secondo luogo, nel contesto sanitario vige un'ampia disparità di potere, di conoscenze e di controllo, non solo fra operatori e pazienti, ma anche a livello inter-professionale (es. medici / infermieri) e intra-professionale (es. medici di medicina generale / specialisti).

Inoltre, i valori e le culture di fondo dei pazienti e degli operatori sanitari possono essere estremamente differenti. I pazienti sono comprensibilmente concentrati sulle loro esigenze individuali, in termini di diritti e di benessere. Al contrario, i medici sono spesso incentrati su macro-temi come il *customer service*, gli obblighi professionali, o il management di grandi carichi di lavoro.

Da non dimenticare, infine, il fatto che i mediatori hanno il compito di offrire garanzie rispetto alla riservatezza delle informazioni relative ai casi da gestire. In una realtà professionale sempre più caratterizzata dalla cultura della paura e della 'medicina difensiva' acquisire la fiducia dei professionisti in tal senso risulta essere un passo tutt'altro che scontato.

Stando all'analisi dei suddetti autori, i mediatori devono dunque muoversi in un contesto caratterizzato da una complessa indefinitezza organizzativa e da dinamiche di potere e valoriali distanti e contrastanti, sovraccaricate dalle percezioni relative al meccanismo 'errore-colpa-punizione'.

Alcune di queste caratteristiche dovrebbero stimolare, più che limitare, il sistema sanitario ad abbracciare percorsi alternativi. Il fatto di generare molti errori dovrebbe ad esempio spingere il sistema a dotarsi di strategie di gestione delle conseguenze di tali errori. Anche le disparità di potere non sono di per sé ostacolo alla mediazione; anzi è assodato che sono normalmente le parti più forti a preferire procedimenti di giustizia informali, per loro natura meno controllabili da enti esterni, quali ad esempio la stampa. In tal senso è opportuno evidenziare il rischio di deriva manipolatoria di tali pratiche che dovrebbero essere improntate all'empowerment delle parti in conflitto e non al loro assoggettamento, mirando in ogni caso ad una risoluzione cooperativa del conflitto stesso.

D'altra parte, la possibilità di ridurre i costi non si colloca solo a livello risarcitorio o di salvaguardia dell'immagine aziendale, ma anche a livello amministrativo. Tali costi possono essere espressi in termini, ad esempio, di tempo e risorse spesi per la preparazione di una causa, che nel caso di un incontro di mediazione sarebbero drasticamente ridotti.

Implementare un'attività di mediazione può dunque integrare e migliorare gli esistenti iter di reclamo, offrendo spazi di empowerment sia per l'utenza che per i professionisti e consentendo una presa in carico globale delle conseguenze del problema legato alla malpractice, attraverso la gestione dello stesso non solo dal punto di vista legale-razionale, ma anche da quello emotivo-relazionale. Un servizio di questo tipo, se attentamente implementato, potrebbe favorire un approccio culturale all'errore come momento di apprendimento e occasione di confronto in un clima di fiducia reciproca, e al tempo stesso di tutela dell'utente e del professionista. La diffusione dei principi che sorreggono la mediazione dei conflitti a livello di cultura aziendale potrebbe infine migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti a tutto beneficio dell'immagine aziendale ed eventualmente agire anche sulle situazioni conflittuali interne all'organizzazione (cioè fra gli operatori) che sono spesso riconosciute come causa di funzionamento non appropriato del servizio.

CAPITOLO 2

DIVENTARE MEDIATORI DEI CONFLITTI

2.1 Un nuovo attore nella scena del conflitto

Se pensiamo all'esperienza di un paziente che necessita di cure, egli molto difficilmente avrà a che fare con un unico medico. Con ogni probabilità verrà a contatto con diversi soggetti caratterizzati da una grande varietà a livello professionale. Tale eterogeneità di personaggi è destinata ad aumentare se il soggetto in questione, a seguito della percezione di aver subito un danno, indirizzerà la sua azione verso il reclamo o la denuncia a carico di un operatore o di un'azienda sanitaria nel suo complesso.

Per cercare di capire cosa avviene nella pratica forse è necessario spostare il proprio punto di vista e osservare la situazione da un'angolazione che permetta una visuale più ampia, *scenica* come direbbe Goffman (1969).

Proviamo a fare alcuni esempi pratici di eventi tali da suscitare reclami e/o denunce a carico di una struttura ospedaliera.

Esempio [1]:

Un ragazzo disabile affetto da diabete si reca in ospedale per un controllo accompagnato dalla sorella. Giunti nei pressi dell'ospedale trovano il posto destinato ai disabili occupato da una macchina che non espone il tagliando di riconoscimento. Dato che non c'è nessuno a cui chiedere di intervenire e che all'appuntamento mancano solo cinque minuti decidono di parcheggiare in un posto non contrassegnato anche se si trova più lontano dall'entrata

dell'ospedale. Arrivati di corsa in sala d'attesa scoprono dagli altri pazienti che le visite sono state spostate in avanti di due ore per 'cause di forza maggiore'.

Esempio [2]:

Una donna piuttosto anziana viene ricoverata per la frattura del femore, un incidente molto comune in soggetti di quest'età. Il figlio l'assiste nel ricovero in ospedale in attesa dell'intervento chirurgico. Dopo l'operazione la donna si risveglia dall'anestesia in uno stato di incoscienza che perdura fino al decesso causato da un aggravamento di condizioni preesistenti al trauma non imputabili all'operazione.

Esempio [3]:

A un uomo di quarant'anni viene diagnosticato un tumore all'intestino. L'uomo viene ricoverato per un periodo di venti giorni, durante il quale viene sottoposto a molti esami e, soprattutto, a due operazioni molto complesse. Quando esce dall'ospedale è stomizzato, cioè costretto a portare il 'sacchetto', condizione temporanea, ma che compromette molti aspetti della sua vita quotidiana. Dopo due settimane, dagli esami anatomico-patologici, emerge che il tumore non c'era.

Questi stralci - liberamente riadattati da veri casi di reclamo/denuncia, ma semplificati a scopo illustrativo - ci ricordano casi di quotidiana maleducazione e mancanza di rispetto, di fatale e improvvisa tragicità familiare e palese malasanità magari letti sui giornali o visti alla televisione.

Proviamo dunque ad immaginare cosa potrebbe accadere per ciascuno degli esempi sopra riportati e quali sarebbero i diversi ruoli organizzativi chiamati in causa per ciascuno di essi.

Nell'esempio [1] abbiamo il concretizzarsi di un disservizio di tipo non clinico, ma relativo ad aspetti di accoglienza da parte di una struttura sanitaria nei riguardi dei propri utenti. In particolare ciò che viene disatteso è la possibilità per i disabili di avere parcheggi riservati vicini agli ingressi e il rispetto degli orari di visita prenotati. Dal punto di vista dell'utente non possiamo affermare che ci sia un danno di tipo fisico, ma sicuramente di tipo psicologico. Da una parte la propria disabilità ancora una volta rimarcata e dall'altra la sensazione di essere presi in giro di fronte ad una puntualità non rispettata da ambo le parti. In un caso di questo tipo è molto probabile che il ragazzo e/o la sorella esprimano la loro insoddisfazione ad altri utenti in sala d'attesa o magari all'infermiera o al medico di passaggio. Questi ultimi - che non si trovano a dover rispondere di proprie azioni, ma vengono chiamati in causa in quanto incarnazione dell'azienda con orecchie per sentire e bocca per rispondere - con ogni probabilità si scuseranno per l'accaduto, magari invitando l'utente a far presente la situazione sporgendo reclamo presso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Gli operatori dell'U.R.P. ascolteranno quanto riportato dagli utenti e li aiuteranno a compilare il reclamo.

Nell'esempio [2] non si configura un vero e proprio disservizio, ma ciò che accade è tragico e inaspettato dal punto di vista del figlio della donna che viene ricoverata per un trauma al femore e che muore in ospedale, incosciente, per un aggravamento di condizioni cliniche dovute sostanzialmente alla vecchiaia. È molto probabile che il figlio richiederà spiegazioni al medico primario e agli infermieri su quanto accaduto. In casi come questo la delicatezza delle relazioni da mantenere è molto spesso spezzata da quella che è la routine quotidiana in molti

reparti ospedalieri. La comunicazione può risultare così fredda e frettolosa da spingere l'utente ad un reclamo che in questo caso andrà a coinvolgere altri tipi di ruoli organizzativi. Dato che si tratta di dipanare una matassa di tipo clinico potrebbero essere coinvolti i medici legali e gli avvocati. In questo caso il medico responsabile di unità operativa dovrà compilare una relazione sull'accaduto. La Direzione Sanitaria e/o il responsabile della gestione del rischio aziendale (*Risk Manager*) saranno sicuramente informati di quanto sta avvenendo per poter monitorare l'andamento del reclamo e mettere in gioco le adeguate azioni organizzative atte a rispondere alle richieste di chiarimento del figlio, tutelando contemporaneamente la propria posizione. In situazioni di questo tipo la percezione di un utente rispetto ad un'azienda può diventare distonica. Da una parte avremo componenti dell'organizzazione che cercheranno di andare incontro ai bisogni dell'utente, dall'altra componenti che si muoveranno in un'ottica pre-difensiva al fine di stroncare sul nascere eventuali richieste di risarcimento. In questa situazione anche l'operatore - al pari dell'utente - spesso si ritrova solo, tra le pressioni dell'azienda che lo interroga sull'accaduto e dell'utente o del familiare con la sua rabbia.

Nell'esempio [3] abbiamo un palese caso di errore da parte della struttura sanitaria. L'utente è oggetto di un danno a vari livelli: fisico, in quanto ha subito interventi chirurgici non necessari; psicologico, in quanto la sua vita è cambiata a vari livelli; economico, in quanto ha perso la possibilità di lavorare come in precedenza. Un evento di questo tipo coinvolge tutti gli attori già definiti e sicuramente arriva fino ai "piani alti" dell'organizzazione, provocando una reazione a livello di gestione organizzativa, comunicativa, clinica e legale-assicurativa dell'evento.

Abbiamo dunque già individuato i principali ruoli organizzativi che possono essere implicati nelle situazioni conflittuali che scaturiscono quando un utente percepisce a vari livelli un disservizio nei suoi confronti. Ne proponiamo una breve descrizione ricordando che si tratta di elementi che possono avere, nelle differenti realtà organizzative, una diversa collocazione e che godono di una certa fluidità² per quanto riguarda le funzioni espletate.

Innanzitutto c'è l'operatore - medico o infermiere - responsabile dell'assistenza clinica all'utenza e protagonista immediato della relazione dalla quale può emergere un conflitto.

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (da ora in poi U.R.P.) ha il compito di facilitare la comunicazione fra l'azienda sanitaria e i cittadini offrendo informazioni e orientamento sui servizi e raccogliendo dagli utenti segnalazioni, reclami e suggerimenti.

La Direzione Sanitaria ha la responsabilità organizzativa delle strutture e rappresenta il punto di collegamento fra il livello strategico e quello operativo dell'Azienda.

La Medicina Legale fornisce consulenza alla Direzione Sanitaria e a tutti gli operatori sanitari per le problematiche con risvolti medico-legali in tutti gli ambiti, in particolare sul tema

² Tale fluidità può comportare che alcune funzioni, come ad esempio quella di consulenza legale, possano anche essere assolte da enti esterni all'organizzazione; oppure che la funzione di gestione del rischio sia affidata ad un gruppo di elementi - ad esempio Direzione Sanitaria e Medicina Legale in sinergia - e non ad un singola unità operativa deputata e guidata da un *risk manager*.

relativo all'acquisizione del consenso informato, alla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria e alla responsabilità professionale sanitaria.

Il Risk Manager aziendale costituisce la figura specificamente pensata per pianificare e attuare azioni di gestione del rischio.

Possiamo aggiungere la Direzione Amministrativa che sovrintende al governo giuridico, economico e finanziario aziendale, la Direzione Infermieristica che esercita il governo aziendale dell'assistenza infermieristica e tecnico-sanitaria e i vari servizi di supporto alle componenti fin qui elencate.

A questa affollata configurazione si è ritenuto necessario aggiungere un altro attore: il mediatore dei conflitti.

In questo capitolo viene dunque descritta la costituzione di un gruppo di soggetti appartenenti ad organizzazioni sanitarie che, attraverso un processo di formazione di competenze, ha acquisito conoscenze e sviluppato capacità di gestire e mediare conflitti con particolare riferimento alle controversie emergenti fra operatori e utenti in tale contesto.

Come spiega Quaglino (1985), per analizzare un progetto formativo occorre tener presente che la formazione è un'attività educativa, rivolta al sapere dei soggetti, che può diventare momento per il cambiamento organizzativo solo a certe condizioni e non in virtù di alcun automatismo fra apprendimento individuale e, appunto, cambiamento organizzativo. Eseguire una ricognizione per valutare se i contenuti teorici e pratici sono stati assimilati dai soggetti non sarebbe quindi sufficiente per dare conto di una realtà ben più complessa e variegata. Un processo formativo infatti non può essere ridotto al semplice passaggio di conoscenze dai docenti ai formandi in quel microcosmo che è la formazione d'aula, ma assume connotazioni spaziali e temporali con traiettorie che hanno la loro origine e il loro fine nell'organizzazione.

L'introduzione di una nuova competenza, di un nuovo servizio e potenzialmente di una nuova professione, può essere descritta ricorrendo alla metafora del granello di sabbia che inserito in un dispositivo ne ostacola il normale funzionamento, magari provocando surriscaldamento, tensioni e forse rotture.

Fortunatamente le organizzazioni, come tutti i gruppi umani, godono di una plasticità, organica appunto, sconosciuta ai congegni meccanici e sono in costante riconfigurazione. Queste proprietà fanno sì che un granello di sabbia possa trasformarsi in un ingranaggio che diventa parte integrante del meccanismo che prima impacciava. Fuor di metafora questo comporta una modificazione non solo degli elementi organizzativi che hanno direttamente a che fare con il nuovo ruolo, ma di tutto il sistema a livello operativo e a livello simbolico, quindi identitario.

Mentre in questo capitolo la trattazione è focalizzata sul momento formativo, nei prossimi capitoli si sposterà all'interno dell'organizzazione seguendo i passi compiuti dalle nuove figure professionali all'interno del loro contesto di riferimento.

2.2 Dalla teoria alla pratica: il ricercatore e la ricerca

2.2.1 Premessa metodologica

L'approccio epistemologico e metodologico adottato in questa tesi è incorniciabile all'interno del paradigma dell'*action research* di origine lewiniana (Colucci, Colombo, & Montali, 2008).

In letteratura tale espressione viene variamente tradotta come *ricerca-azione* o *ricerca-intervento*, ma in questa sede la distinzione più importante sta nella sua declinazione pratica. Cassel e Johnson (2006) distinguono cinque tipi di ricerca-azione post-lewiniana, fra cui quello descrivibile come caratterizzato da un orientamento induttivo. In un approccio induttivo la teoria è generata dai dati e mira a formulare 'descrizioni dense' (*thick descriptions*) della realtà (Geertz, 1973). La conoscenza è generata *in vivo* e produce azione (e/o teorie dell'azione) e, diversamente da quanto accade nella ricerca sperimentale, il contesto della scoperta si sovrappone al contesto di applicazione.

Tale approccio risulta essere particolarmente adatto al nostro oggetto di ricerca in quanto focalizzato sul tema del cambiamento che è strettamente legato al problema dell'apprendimento organizzativo (Schön, 1983; Argyris, 1993). L'apprendimento rappresenta la capacità di adattamento dell'organizzazione che, nella ricerca induttiva, si configura attraverso un processo iterativo di diagnosi, intervento e apprendimento. Il cambiamento dipende così dallo sviluppo di capacità critiche e autoriflessive da parte dei singoli e dei gruppi che nel processo stesso vengono sollecitate e valorizzate. La nozione di *riflessività* è fondamentale: essa si riferisce in sostanza alle considerazioni che gli attori possono sviluppare attorno alle pratiche che sono adottate in un dato contesto e alle teorie implicite che le sottendono. L'assunto è che l'esercizio della razionalità riflessiva aumenti la consapevolezza degli attori circa la propria azione, sviluppando, in ultima analisi, un processo di *empowerment* (Rappaport, 1977). Come la tecnica dello specchio descritta nel capitolo precedente consente di portare alla consapevolezza del soggetto uno stato emotivo esperito ma non nominato, così la ricerca-azione, documentando i processi e le dinamiche osservate, si offre al sistema come specchio in cui osservarsi e comprendersi, in cui essere presente a se stesso. In questo quadro il cambiamento è conseguente non soltanto a una revisione delle strategie di azione, ma anche a un'analisi retrospettiva dei significati, dei valori, degli schemi interpretativi adottati dagli attori per dare senso alla propria esperienza (Weick, 1997).

Il ruolo del ricercatore è dunque quello di accorciare il più possibile la distanza fra teoria e prassi. Egli costituisce un terzo punto di vista chiamato a far emergere le descrizioni generate

induttivamente dall'esperienza degli altri attori, favorendo la creazione di comunità di ricerca all'interno di comunità di pratiche - *communities of inquiry within communities of practice* (Friedman, 2001). Questo significa assottigliare sempre più le differenze fra il ricercatore che produce conoscenza e i soggetti che ne fanno uso, avvicinandosi ad una concezione di sapere che non deriva dall'incontro tra un soggetto e un oggetto reciprocamente indipendenti, ma piuttosto di due soggetti che insieme definiscono la natura dei problemi e delle possibili soluzioni. In tale prospettiva il ricercatore è responsabile della selezione dei dati da raccogliere effettuata attraverso la scelta degli strumenti, della loro interpretazione e della costante restituzione agli attori coinvolti come 'fotografie del sistema'. I soggetti vedono così attivate le loro capacità di essere a loro volta ricercatori e di costruire i cambiamenti desiderati all'interno delle proprie comunità.

Il processo di costruzione della conoscenza negoziato condivide molte caratteristiche con il metodo scientifico classico: la presenza di dati intersoggettivamente verificabili, l'utilizzo di inferenze esplicite, la formulazione di considerazioni che possono essere sottoposte a disconferma. La specificità di questo approccio sta nel fatto che le ipotesi non vengono stabilite a priori sulla base di teorie preesistenti e poi testate nella realtà, ma sono ricavate induttivamente dai dati stessi.

Per quanto riguarda i dati raccolti in questa ricerca essi derivano prevalentemente da strumenti di rilevazione di tipo qualitativo (interviste semi-strutturate, focus group, questionari con domande aperte, verbali di riunioni e incontri, osservazione partecipante) e mirano a rappresentare la complessità del sistema indagato e la molteplicità dei soggetti coinvolti.

«Per mutare un equilibrio sociale bisogna prendere in considerazione il campo sociale totale: i gruppi e i sottogruppi che compongono tale campo, i loro rapporti, i loro sistemi di valore, etc.» (Lewin, 2005, p. 277-278).

Al posto di una lettura etica, si proporrà in questa sede una lettura emica dei fenomeni (Zucchermaglio & Alby, 2006), che preveda quindi la presentazione di dati etnografici e discorsivi introducendo così la pluralità e la varietà delle voci degli attori organizzativi (Bachtin, 1988). In tal senso ad un approccio molare è sicuramente preferibile un approccio molecolare che, quasi chimicamente, sappia dar conto di configurazioni e rapporti di forza e attrazione reciproca fra le parti di un sistema più complesso.

I dati raccolti nei vari momenti progettuali sono stati quindi analizzati tramite strumenti concettuali conformi ad un'analisi integrata e partecipata dei processi. In particolare si farà frequente riferimento al concetto di ruolo, definito come «*l'insieme dei comportamenti richiesti in termini di attività e attesi in termini di integrazione con la cultura dell'organizzazione*» (Levati & Saraò, 2002, p. 33). In tale prospettiva è infatti possibile posizionare i soggetti all'interno della rete di relazioni che danno significato alle azioni e alle opinioni espresse dai soggetti medesimi. Utilizzando poi la nozione di comunità di pratica (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 2000; Wenger, 2006) si proporrà un'analisi delle azioni intraprese e delle difficoltà/opportunità riscontrate dagli attori in gruppo. L'espressione *comunità di pratica* sta

ad indicare un gruppo di professionisti che condividono una stessa cornice - costituita da valori, conoscenze, procedure - entro la quale i problemi sono definiti e trattati. Le comunità di pratica sono dappertutto e sono «*i mattoni costitutivi di un sistema sociale di apprendimento poiché sono i contenitori sociali delle competenze che costituiscono questi sistemi*», sostiene Wenger in uno scritto recentemente riproposto in lingua italiana (Zucchermaglio & Alby, 2006, p. 29). In termini più strettamente psicosociali si può definire comunità di pratica un gruppo di individui che si impegna in una comune attività e che ha come obiettivo finale il generare conoscenza organizzata tramite l'interazione fra i suoi membri i quali, infine, hanno libero accesso a ciò che collettivamente è stato prodotto. La rilevanza di un approccio di questo tipo sta nello spostamento di attenzione ai processi di interazione sociale come contesto specifico di apprendimento e quindi risulta essere assolutamente calzante per il nostro oggetto di ricerca.

In conclusione possiamo dunque schematizzare i principali presupposti metodologici adottati in questa ricerca derivati dalla letteratura sulla *action research* introdotta da Lewin (Montali, 2008, p. 97):

- la ricerca ha un *carattere pratico*, assume come suo oggetto i problemi di una comunità-gruppo e ha quindi anche *natura contestuale*;
- la ricerca è *finalizzata al cambiamento* e in questo quadro l'analisi dei processi e la definizione delle soluzioni/risultati sono *focalizzate sulla dimensione gruppale* più che su quella individuale;
- il disegno della ricerca ha *natura multistadiale e ciclica* nell'alternarsi di *fasi di conoscenza e azione*;
- la *partecipazione*, in termini di *cooperazione e di interdipendenza fra ricercatori e gruppo-comunità* nel cui ambito la ricerca si svolge, ha carattere centrale;
- la ricerca ha un *fondamento etico* (derivato dalla matrice partecipativa e democratica da cui il concetto di ricerca-azione scaturisce).

2.2.2 Articolazione della ricerca-intervento

Questa ricerca, coerentemente con l'impostazione teorica precedentemente esposta, si sviluppa in modo ciclico e multistadiale. Facendo riferimento al diagramma di Gantt riportato in appendice a questo lavoro come Allegato [1] e qui di seguito rappresentato in forma sintetica in figura [3], possiamo evidenziare i diversi momenti progettuali:

- formazione,
- attività di ascolto e mediazione in azienda,

e le relative fasi di raccolta dati:

- riferite all'impatto dell'azione formativa,
- e riferite all'impatto organizzativo.

Queste fasi risultano costantemente alternate nel tempo a momenti di coordinamento e trasferimento dei risultati all'interno della comunità di pratica dei mediatori e di diffusione all'esterno verso soggetti significativi appartenenti al mondo sanitario e accademico.

I soggetti, gli strumenti utilizzati e le modalità di rilevazione verranno via via descritti nei paragrafi e nei capitoli che seguono. È possibile inoltre ritrovarli articolati e periodizzati nel succitato Allegato [1].

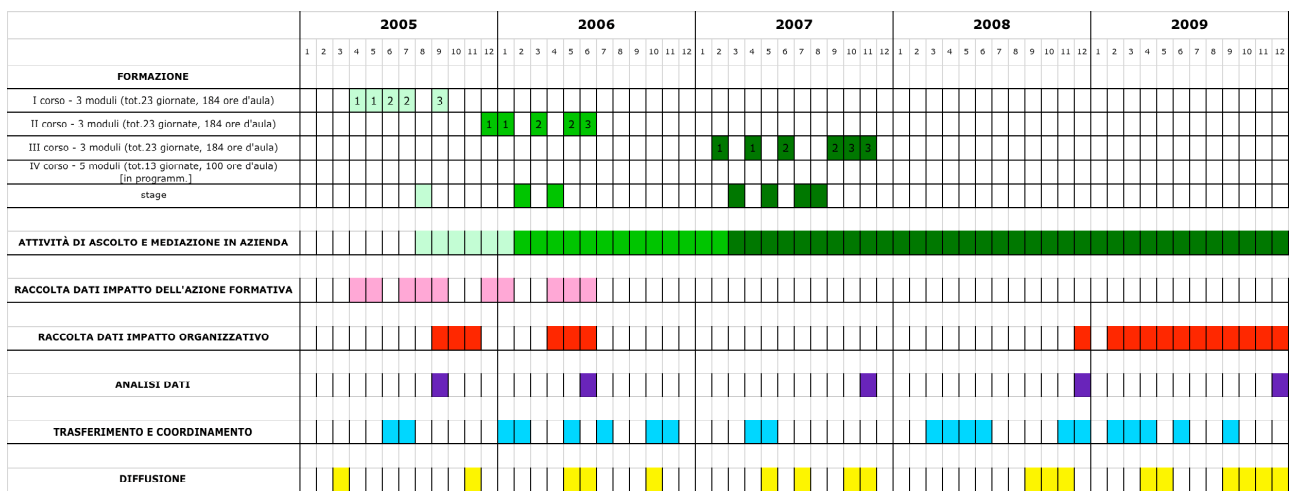


Figura 3: Fasi della ricerca-intervento.

2.3 Il progetto formativo per mediatori dei conflitti

In questo paragrafo si darà conto della fase di formazione dei mediatori dei conflitti seguendo i binari di due linee di spiegazione. Da una parte si manterrà la necessità di assicurare la presenza di tutte le voci e di tutti gli attori attivi nel disegno globale di un intervento formativo che si configura come primo passo per la costituzione di una comunità di pratica; dall'altra si strutturerà l'esposizione sulla base delle diverse fasi che compongono un processo formativo così come descritto nella letteratura.

In particolare, ogni azione formativa presenta caratteristiche di pianificazione e realizzazione che ne fanno a tutti gli effetti un processo sovraordinato a due ordini di sistemi che necessitano di essere armonizzati e sinergizzati reciprocamente (Quaglino, 1985): il sistema informativo e quello operativo. Il primo va inteso come insieme di istruzioni, regole, tecniche e linguaggi finalizzati ad alimentare la banca dati indispensabile per la guida e l'orientamento della formazione; ed è costituito da due momenti principali: l'analisi dei bisogni, che precede la progettazione, e la valutazione dei risultati, che segue l'azione formativa. Il secondo risulta invece finalizzato all'esecuzione dei momenti formativi e costituito da diversi elementi, fra cui la progettazione e le varie dimensioni formative (caratteristiche del formatore, modalità di apprendimento, dinamiche di gruppo fra i soggetti, etc.); è costituito da due momenti principali: la progettazione, che segue l'analisi dei bisogni, e l'azione formativa, che precede la valutazione dei risultati. Per maggior chiarezza si riporta lo schema originale in figura [4] (Quaglino, 1985, p. 24).

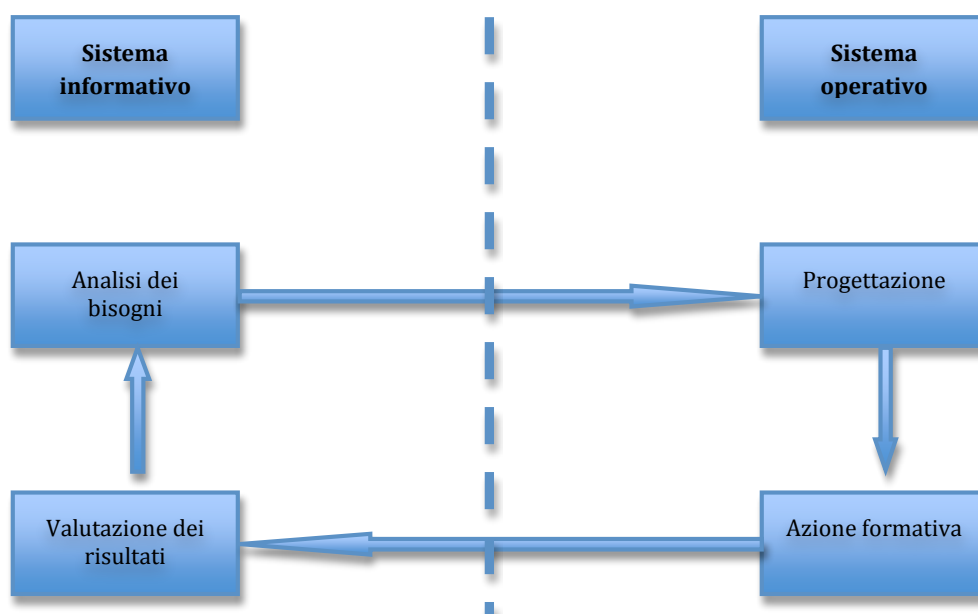


Figura 4: Schema dell'azione formativa.

2.3.1 Geometrie di ruoli: analisi dei bisogni e progettazione

Gli attori che entrano in gioco in un progetto formativo sono solitamente tre: l'organizzazione, il formatore e gli utenti. Essi sono definiti sulla base della loro funzione sociale specifica al contesto formativo in cui vengono poste le basi per nuove conoscenze professionali di una comunità di pratica. L'organizzazione è responsabile di promuovere la conoscenza condivisa dell'impresa comune (Wenger, 2006) che stabilisce gli obiettivi a lungo termine perseguiti dalla comunità. Il formatore è colui che si occupa di fornire le teorie di riferimento che guidano i membri della comunità nell'interpretazione della realtà e i modelli operativi che descrivono almeno parzialmente le procedure da seguire per affrontare diversi tipi di situazioni. Le teorie di riferimento agiscono sulla sfera delle conoscenze e i modelli operativi vengono messi in atto con esperienze finalizzate. Gli utenti sono i membri della nascente comunità di pratica e i destinatari di quanto prodotto dal formatore. Essi dovranno, una volta ritornati nell'organizzazione, tradurre in pratiche i modelli operativi appresi, attingendo a un repertorio comune di risorse. Va aggiunta infine la funzione di valutazione dell'azione formativa. Questa attività può essere espletata sia da elementi appartenenti all'organizzazione sia da elementi che fanno riferimento al formatore.

Il passo iniziale e preliminare di ogni iniziativa di formazione dovrebbe, a rigor di teoria, essere l'analisi dei bisogni (Quaglino, 1985). L'analisi dei bisogni può essere definita come *«un'attività di ricerca finalizzata all'acquisizione di dati e informazioni utili e attendibili per proseguire o meno nelle tappe successive del processo formativo: nella progettazione dell'esperienza formativa ovvero nell'individuazione degli obiettivi didattici, dei contenuti e dei metodi di insegnamento da adottare, nonché nella realizzazione di tale esperienza attraverso un corso»* (Quaglino & Carrozzini, 1981, p. 56). Molto spesso nel momento stesso in cui viene pensato un corso di formazione questo step è già stato affrontato dai vari gradi della committenza, implicitamente o esplicitamente, ma sicuramente al di là di ogni problema tecnico o concettuale. Nel caso di questo progetto formativo non è in effetti possibile rintracciare un'analisi dei bisogni metodologicamente strutturata o documentata.

La committenza di un corso di formazione costituisce, in genere, il primo soggetto da cui ricavare informazioni rispetto all'analisi dei bisogni formativi. La sensazione di essere come 'circondati' è molto chiara nelle motivazioni riportate nella progettazione del percorso formativo da parte dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) della Regione Emilia-Romagna³. Le aziende sanitarie, che l'ASSR coordina sotto vari aspetti ed in particolare per

³ L'ASSR della Regione Emilia-Romagna si configura come un organismo tecnico in forza all'Assessorato alla Sanità regionale e fra le responsabilità che le competono vi è quella di esercitare funzioni di coordinamento delle Aziende sanitarie presenti sul territorio regionale. L'ASSR concorre con le strutture ospedaliere, ambulatoriali e territoriali, allo sviluppo e al consolidamento di un approccio integrato al problema della sicurezza dei pazienti e degli operatori nei contesti assistenziali, attraverso programmi che affrontino, anche mediante iniziative di formazione degli operatori, gli aspetti clinici, organizzativi e giuridico-finanziari della gestione del rischio. In particolare il progetto "Gestione Del Rischio" persegue la promozione, il consolidamento e la diffusione degli approcci gestionali integrati e degli strumenti che mirano a rendere più sicura l'attività clinico-assistenziale nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. All'interno dei progetti di innovazione e di ricerca legati alla gestione del rischio è stato promosso nel 2005 un

quanto riguarda la gestione del rischio, si trovano ad avere a che fare con tre fronti (ASR-RER, 2007, p. 107 e seg.). In primo luogo le assicurazioni che, dato l'andamento tumultuoso e non determinabile delle richieste di risarcimento per colpa medica, mostrano atteggiamenti di abbandono del mercato oppure propongono un incremento esponenziale dei premi offrendo garanzie sempre più ridotte, con conseguente aggravio dei costi. L'utenza, dal suo canto, mostra una minore "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. Come terzo fronte su cui le Aziende sono coinvolte, oltre ad assicurazioni e utenza, non va dimenticata la delicata situazione dei professionisti interni che si trovano compressi tra la ricerca delle migliori cure per il paziente, le disposizioni spesso paralizzanti degli organi di amministrazione in un regime di tagli alla spesa sempre più invasivi, la fallibilità umana e la litigiosità proveniente dai propri assistiti in aumento. In una situazione di questo tipo è facile immaginare come il conflitto venga quotidianamente vissuto come qualcosa da evitare o da smorzare il prima possibile.

Il progetto formativo *'La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna'* promosso dall'ASSR (*ibidem*) è quindi nato per accrescere le competenze professionali all'interno delle Aziende sanitarie e a dotarle di figure professionali in grado di implementare la funzione di mediazione dei conflitti. Gli obiettivi dichiarati di questo progetto rispetto all'azione dei futuri mediatori sono stati, brevemente, i seguenti:

a breve-medio termine:

- gestire le situazioni conflittuali "esterne", con i referenti aziendali preposti e gli altri operatori aziendali coinvolti;
- promuovere e salvaguardare l'immagine aziendale attraverso la ricostruzione della relazione fiduciaria fra cittadino e operatore;
- ridurre l'avvio di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento;
- gestire le situazioni conflittuali interne alle Aziende;
- migliorare i canali comunicativi interni ed esterni.

a medio-lungo termine:

- 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 ed irreversibili;
- stimolare l'adozione da parte dei professionisti di comportamenti che riducano il rischio di conflittualità con i pazienti;
- creare una "cultura" della mediazione all'interno dell'azienda.

sotto-progetto dal titolo: 'Gestione Extragiudiziale Del Contenzioso' che ha previsto l'utilizzo della mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle Organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

La formazione è stata affidata a una associazione di professionisti mediatori, l'Associazione no profit Me.Dia.Re di Torino, composta da un gruppo di professionisti (assistenti sociali, avvocati, criminologi, educatori, medici, psicologi) formati alla mediazione dei conflitti da formatori del CMFM – Centre de Médiation et de Formation à la Médiation – di Parigi fondato nel 1984 da Jacqueline Morineau. Oltre a proporre percorsi formativi mirati a organizzazioni sanitarie, aziende private e pubbliche e scuole, l'associazione gestisce Servizi di Ascolto del Cittadino e di Mediazione dei Conflitti a Torino, Milano e Verbania. Per la Regione Emilia-Romagna Me.Dia.Re ha presentato un progetto formativo ideato appositamente per adattare le tecniche proprie della Mediazione Trasformativa all'ambito sanitario, curando la riflessione sugli aspetti peculiari delle relazioni che si instaurano tra professionisti sanitari e utenti dei servizi (Gaddi, Marozzi, & Quattrocchio, 2003).

Al fine di garantire un costante monitoraggio dei processi formativi è stata predisposta una valutazione di impatto per le prime due edizioni del corso (da aprile a settembre 2005 e da dicembre 2005 a giugno 2006). Questo lavoro è stato utilizzato per la riprogettazione e la calibratura del terzo corso (da febbraio a novembre 2007). Il corso è stato tenuto presso la sede dell'ASSR ed è stato tutorato e monitorato sia nella parte in aula affidata ai docenti, sia all'interno delle Aziende attraverso referenti organizzativi appositamente individuati. In questo capitolo verrà descritta la parte relativa all'aula formativa.

Prima di presentare i risultati della valutazione dell'azione formativa si riportano obiettivi, contenuti, metodologia della formazione e destinatari così come definiti nel progetto formativo aggiornato al 2007, anno del terzo corso formativo, che rappresenta in quanto documento ufficiale l'accordo raggiunto tra l'ASSR e l'associazione Me.Dia.Re sul percorso da seguire e sui risultati attesi (si veda la finestra [1]).

Finestra 1: Destinatari, obiettivi, contenuti e metodologia del progetto formativo.

Tratto da "La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle Organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia - Romagna. Progetto formativo anno 2005"
(ASR-RER, 2007, p. 107 e seg.).

DESTINATARI DELL'INTERVENTO FORMATIVO.

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 qui di seguito descritte.

- 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 sé 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.

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.

- 1) Epidemiologia del contenzioso tra medici e pazienti: i costi economici, sociali e umani del fenomeno.
- 2) 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.
- 3) Le possibilità di gestione extragiudiziaria del conflitto: potenzialità della mediazione (esperienze statunitensi di mediazione in ambito sanitario).
- 4) Origini della mediazione, suoi sviluppi e l'affermarsi del modello trasformativo.
- 5) Le peculiarità del modello trasformativo.
- 6) Le differenze tra l'approccio di mediazione e quello proposto da altre modalità di gestione/risoluzione delle liti (giudizio, arbitrato, negoziazione, conciliazione).
- 7) 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.
- 8) Le tecniche di gestione "a caldo" del conflitto: dall'ascolto al contenimento.
- 9) Le potenzialità risolutive dell'ascolto empatico a fronte di situazioni di conflittualità latente o manifesta.
- 10) Le caratteristiche del mediatore: neutralità, imparzialità, atteggiamento a-valutativo, "equi-prossimità".
- 11) Le fasi del percorso di mediazione: dai colloqui preliminari, agli incontri di mediazione, ai colloqui post- mediazione.
- 12) 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").
- 13) 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.
- 14) Le tecniche di formazione all'ascolto e alla mediazione.
- 15) Il contesto organizzativo: il progetto gestione del rischio nella RER; sue peculiarità aziendali. Modalità di integrazione con altri servizi/funzioni coinvolte

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 nella organizzazione sanitaria di una competenza nuova.

2.3.2 Premessa metodologica alla fase di valutazione di impatto dell'azione formativa

2.3.2.1 Obiettivi

Questa fase della ricerca-intervento mira a fornire una valutazione dell'impatto dell'azione formativa sui discenti con il proposito di garantire un monitoraggio dei corsi e la conseguente ricalibratura delle successive esperienze. L'obiettivo è, in primo luogo, quello di fornire elementi di feedback alla committenza sulla progettazione dei corsi e ai formatori sull'azione formativa. In secondo luogo tale operazione mira a disegnare una prima traccia dei contenuti professionali che caratterizzano il ruolo del mediatore dei conflitti nelle organizzazioni sanitarie.

La presentazione dei risultati verrà articolata per tre aree specifiche di verifica e valutazione:

1. valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di output,

l'obiettivo è quello di verificare il grado di soddisfazione dei partecipanti rispetto alla parte d'aula del corso e cogliere la percezione dei discenti sul clima del gruppo; si intende inoltre raggiungere un'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi;

2. valutazione degli apprendimenti,

l'obiettivo che ci si pone è quello di valutare l'apprendimento sui contenuti specifici inerenti al ruolo di mediatore così come stabiliti in sede progettuale;

3. valutazione e controllo del progetto formativo,

l'obiettivo è quello di verificare alcuni degli aspetti del progetto formativo nella sua interezza, quali: struttura del corso, metodologia didattica e contenuti.

2.3.2.2 Partecipanti ai corsi

La valutazione di impatto, come già ricordato, ha riguardato le prime due edizioni del corso di formazione. Per ciascuna edizione il numero dei partecipanti è di 22 soggetti, per un totale di 44 soggetti. Come previsto dai criteri di selezione al corso di formazione, i discenti sono dipendenti delle Aziende sanitarie e sono disomogenei rispetto alle professionalità svolte. I partecipanti all'iniziativa formativa provengono per la maggior parte dalle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna, che nei due corsi sono rappresentate nella loro totalità⁴. Sette partecipanti su quarantaquattro sono distribuiti per appartenenza fra realtà organizzative

⁴ Azienda USL di Piacenza; Azienda USL di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda USL di Reggio Emilia; Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia – Arcispedale S. Maria Nuova; Azienda USL di Modena; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena – Policlinico; Azienda USL di Bologna; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi; Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna; Azienda USL di Ferrara; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – Arcispedale S. Anna; Azienda USL di Imola; Azienda USL di Forlì; Azienda USL di Cesena; Azienda USL di Rimini; Azienda USL di Ravenna.

private regionali (Ospedale Privato Domus Nova di Ravenna), extra-regionali (Azienda Ospedaliera – Ospedale di Lecco in Lombardia; Azienda Ulss 18 di Rovigo in Veneto) e l'ASSR.

Per quanto riguarda il genere, al primo corso hanno partecipato 4 uomini (età media=46 anni) e 18 donne (età media=41 anni); al secondo corso hanno partecipato 8 uomini (età media=47 anni) e 14 donne (età media=43). L'età media di tutti i partecipanti è di 43 anni.

Per quanto riguarda il titolo di studio abbiamo in entrambi i corsi una forte prevalenza di soggetti laureati (tabella [I]). Nella tabella [II] possiamo confrontare la distribuzione dei soggetti sulla base della loro collocazione aziendale. Più della metà dei partecipanti proviene dagli Uffici per le Relazioni con il Pubblico o dal comparto della Medicina Legale/Servizi Legali, che rappresentano in effetti le componenti organizzative deputate alla gestione delle prime conseguenze di un conflitto fra operatori e utenti.

TITOLO DI STUDIO	PRIMO CORSO	SECONDO CORSO	TOTALE
diploma scuola media superiore	3	3	6
diploma universitario (o laurea triennale)	2	6	8
laurea (o laurea specialistica)	17	13	30
Totale	22	22	44

Tabella I: titolo di studio (primo e secondo corso).

COLLOCAZIONE AZIENDALE	PRIMO CORSO	SECONDO CORSO	TOTALE
U.R.P.	5	8	13
Direzione Sanitaria	2	3	5
Medicina Legale	5	2	7
Servizi legali	3	3	6
Direzione Infermieristica	3	3	6
Servizi infermieristici	2	2	4
Direzione Amministrativa	1	0	1
Servizi amministrativi	0	1	1
ASSR	1	0	1
Totale	22	22	44

Tabella II: collocazione aziendale (primo e secondo corso).

Ricordiamo, infine, che tutti i partecipanti hanno sostenuto un colloquio motivazionale di fronte ai docenti prima dell'inizio del corso⁵.

2.3.2.3 Articolazione e contenuti dei corsi

Ciascuna edizione del corso si è articolata in tre moduli con attività progressive in aula di riconoscimento emotivo, ascolto attivo, simulazioni di situazioni conflittuali ed esercizi di contenimento dei confliggenti. È stato effettuato uno stage aziendale al termine del primo e del secondo modulo in cui i discenti hanno cominciato ad effettuare una prima attività di ascolto di utenti e/o professionisti. Dal secondo modulo di ogni corso sono state quindi integrate attività di condivisione e rielaborazione delle esperienze di gestione di situazioni conflittuali compiute dai discenti nelle aziende di appartenenza.

Le ore complessive sono state 184 di aula, alle quali va sommato il tempo dedicato allo stage aziendale e alla realizzazione di un *project work* consistente in una relazione sull'inserimento in azienda delle competenze acquisite, simile ad un'ipotetica proceduralizzazione dell'attività del mediatore dei conflitti. 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 anticipati gli aspetti pratici delle tecniche di ascolto e di mediazione, propedeutici allo stage aziendale e materia di approfondimento teorico e pratico del secondo modulo.

2.3.2.4 Strumenti

In questa fase sono stati utilizzati diversi strumenti⁶ collocati temporalmente⁷ in modo strategico e articolati al fine di soddisfare in modo integrato gli obiettivi specifici elencati in precedenza:

- *questionario di ingresso e di uscita*;
- *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 formativo).

La declinazione prettamente operativa degli strumenti utilizzati e la natura qualitativa di alcuni dei dati rilevati costituisce scelta consapevole da parte del ricercatore - in accordo con

⁵ Tale colloquio aveva l'obiettivo di aggiungere un ulteriore step alla fase di selezione dei discenti in modo da prevenirne un utilizzo improprio da parte delle aziende (es. mandare al corso soggetti selezionati non per la loro motivazione a partecipare, ma a causa della 'scomodità' della loro collocazione organizzativa in quel determinato momento storico).

⁶ Gli item che compongono i vari strumenti sono riportati in appendice (Allegato [2]).

⁷ Si rimanda al diagramma di Gantt in appendice (Allegato [1]).

la committenza - di fronte ad un progetto formativo innovativo e sperimentale per quanto riguarda gli obiettivi, i contenuti, i metodi e il peculiare ruolo organizzativo progettato.

Si propone qui una descrizione di ogni strumento riportando fra parentesi, per ciascuna dimensione misurata, un richiamo numerico alla corrispondente area specifica di verifica e valutazione. Per maggior chiarezza si faccia riferimento alla tabella [III].

Stadio formativo	Strumento	Valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di output	Valutazione degli apprendimenti	Valutazione e controllo del progetto formativo
<i>pre-corso</i>	questionario di ingresso	X	X	X
<i>post-I modulo</i>	scheda di valutazione del primo modulo	X		X
<i>post-II modulo</i>	scheda di valutazione del secondo modulo	X		X
<i>post-II modulo e pre-III modulo</i>	intervista one to one semi-strutturata	X	X	X
<i>post-III modulo</i>	scheda di valutazione del terzo modulo	X		X
<i>post-corso</i>	scheda di valutazione finale (corso e stage)			X
<i>post-corso</i>	questionario di uscita	X	X	X

Tabella III: Strumenti e aree di valutazione lungo il corso formativo.

Il *questionario di ingresso e di uscita* è stato compilato prima dell'inizio e alla fine del corso e costituisce una misurazione pre- e post- rispetto alla totalità del corso formativo. Questo strumento è composto da più parti.

In primo luogo, è stato chiesto ai soggetti di associare cinque termini alla parola stimolo 'mediazione'. La tecnica è stata messa a punto nell'ambito delle ricerche sulle rappresentazioni sociali (Di Giacomo, 1985; Le Boudec, 1986) e consiste nel rilevare quanto viene spontaneamente alla mente quando si pensa ad uno stimolo dato. 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. I dati raccolti sono stati messi in una griglia e, dopo la loro riduzione morfologica a sostantivi, sono stati concettualmente raggruppati in aree semantiche e analizzati in termini di distribuzioni di frequenza, confrontando i risultati ottenuti prima dell'ingresso al corso e alla fine dello stesso. Questa

misurazione è stata utilizzata per una lettura del passaggio dei concetti fondamentali riferiti alle tecniche di mediazione dei conflitti e della riconfigurazione semantica compiuta dai soggetti rispetto all'approccio al conflitto (*area 2*).

È stato inoltre chiesto, tramite domande aperte, di indicare in entrata le aspettative rispetto al corso e, in uscita, tre cose significative che il corso aveva lasciato ai partecipanti e tre cose che erano invece mancate (*aree 1,2,3*). Nel questionario sono state inoltre poste alcune domande aperte pensate per indagare le opinioni dei soggetti rispetto al ruolo e alla pratica del mediatore. Questi ultimi dati, tematicamente analizzati, verranno discussi nel quarto capitolo.

La *scheda di valutazione dei singoli moduli* è stata sottoposta ai discenti al termine dell'ultima giornata di ognuno dei tre moduli formativi. Questo strumento ha l'obiettivo di monitorare costantemente l'andamento dei corsi in aula rispetto ad alcune dimensioni legate all'esperienza formativa:

- valutazione della struttura didattica, riferita a simulazioni, discussioni, etc. (*area 3*);
- soddisfazione complessiva dei discenti rispetto al modulo (*area 1*);
- autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi prefissati per ogni modulo (*area 1*);
- percezione del clima di gruppo dei formandi (*area 1*), declinato su nove dimensioni (gratificante, pigro, cooperativo, competitivo, giocoso, orientato al compito, conflittuale, sfuggente, teso).

Tutti gli item sono stati misurati su scale a 6 punti ancorate agli estremi (0=per nulla; 5=moltissimo), tranne l'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi prefissati misurata su una scala a 11 punti ancorata agli estremi (0%; 100%). Tramite idonee analisi statistiche è stato possibile operare confronti tra soggetti (primo e secondo corso) ed entro soggetti (primo, secondo e terzo modulo per ciascun corso) relativamente alle dimensioni suddette.

La *scheda di valutazione finale (corso e stage)* è stata proposta alla fine del terzo modulo del corso. Con questo strumento vengono approfonditi in particolare gli aspetti strutturali del progetto formativo inteso nella sua interezza:

- valutazione sull'adeguatezza della durata del corso rispetto agli obiettivi progettuali (*area 3*);
- valutazione sul raggiungimento degli obiettivi progettuali (*area 3*);
- gradimento dell'esperienza di stage aziendale (*area 3*);
- valutazione dell'efficacia del tutor aziendale⁸ nello svolgimento dello stage aziendale (*area 3*);

⁸ La figura del tutor aziendale verrà discussa più ampiamente nel capitolo [4].

- gradimento complessivo dell'iniziativa (*area 3*).

Tutti gli item sono stati misurati su scale a 6 punti ancorate agli estremi (0=per nulla; 5=moltissimo), tranne l'adeguatezza della durata del corso e il raggiungimento degli obiettivi progettuali misurati su una scala a 11 punti ancorata agli estremi (0%; 100%). Tramite idonee analisi statistiche dei dati è stato possibile operare confronti tra soggetti (primo e secondo corso) relativamente alle dimensioni suddette.

È stato inoltre richiesto di indicare le modalità di svolgimento dello stage aziendale (*area 3*) attraverso una domanda a risposta multipla in cui i discenti potevano indicare le seguenti opzioni: 'organizzazione di momenti di ascolto con utenti', 'uso delle tecniche apprese nello svolgimento delle attività routinarie dell'ufficio', 'altro' (con spazio aperto per specificazioni).

L'*intervista one to one semi-strutturata* è stata condotta con tutti i partecipanti ai due corsi nel periodo intercorso fra il secondo ed il terzo modulo formativo. L'intervistatore ha raggiunto i discenti presso le loro aziende previo appuntamento e le interviste hanno avuto una durata approssimativa di 45 minuti, durante i quali l'intervistatore ha preso appunti cartacei. Fra i punti toccati nelle interviste figurano:

- le conoscenze teoriche apprese (*area 2*);
- le tecniche e gli strumenti pratici appresi (*area 2*);
- le opinioni sull'appropriatezza del corso formativo rispetto al ruolo da formare (*area 2,3*);
- le relazioni intercorse con gli altri formandi, con i docenti e con il personale dell'ASSR che gestisce l'organizzazione del corso (*aree 1,3*).

L'intervistatore ha inoltre raccolto la riflessione dei formandi rispetto ad alcune dimensioni chiave relative alla costruzione del ruolo professionale che saranno riprese e discusse nel capitolo quarto: i bisogni di approfondimento teorico-pratico e i possibili casi su cui applicare le tecniche apprese.

Il carattere aperto delle sollecitazioni proposte durante l'intervista ha comportato, da parte dei soggetti, una certa libertà di interpretazione dei quesiti posti e un fluido scorrere di informazioni. Alcuni spunti di riflessione sono diventati contenitori di informazioni trasversali e ridondanti, permettendo di garantire la copertura più ampia possibile dei significati prodotti dai soggetti. Il lavoro di analisi dei dati qualitativi è consistito in una codifica tematica a tutto tondo che sistematizzasse il materiale raccolto in nuclei sensati e conformi agli obiettivi dichiarati.

Infine sono stati utilizzati gli appunti derivati dall'osservazione del ricercatore durante il primo corso, i commenti annotati durante le interviste semi-strutturate e i materiali provenienti dallo staff docente (i diari di attività settimanali e la valutazione finale dei discenti).

Ricordiamo che nella raccolta dati si evidenziano le seguenti mancanze: 3 schede di valutazione del secondo modulo per il primo corso; 3 schede di valutazione del secondo modulo per il secondo corso; 1 intervista one-to-one semi-strutturata per il secondo corso.

2.3.3 Valutazione dei risultati formativi e/o certificazione di output

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 questa area di verifica è stata posta l'attenzione su alcune dimensioni di rilevazione (clima di gruppo, soddisfazione, autovalutazione sugli obiettivi prefissati) e sul loro sviluppo lungo il corso formativo.

Per le caratteristiche dello specifico ruolo che i partecipanti dovranno assumere, ossia quello di mediatori dei conflitti, è importante la rilevazione della loro capacità di stare in un gruppo e diventa fondamentale conoscere la loro risposta nei confronti di un percorso formativo basato sul lavoro in équipe e sull'elaborazione dei contenuti formativi attraverso il confronto con gli altri.

A questo proposito i partecipanti riferiscono, tramite le interviste semi-strutturate, di aver sperimentato un clima di gruppo aperto, proficuo e coinvolgente - a tratti descritto come «*emotivamente profondo*». Tale condizione ha sicuramente inciso sul piano relazionale, tanto che alcuni hanno affermato di avere sviluppato sentimenti di sincera amicizia verso i compagni di corso.

I discenti hanno riferito di aver sospeso il proprio ruolo professionale 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. È stato dunque reso possibile esprimere liberamente le forti emozioni e i sentimenti suscitati durante le esercitazioni e le simulazioni basate su episodi aziendali reali e vissuti dai partecipanti.

Durante il 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 disorientante provocando l'insorgere di nervosismo e/o rabbia.

Dall'analisi dei dati raccolti tramite le schede di valutazione, i discenti esprimono una soddisfazione complessiva rispetto ai moduli formativi piuttosto costante nei due corsi (tabella[IV]). Non sono emerse differenze statisticamente significative fra i tre moduli formativi.

		1° modulo	2° modulo	3° modulo
Primo corso	N			
	Validi	22	19	21
	Mancanti		3	1
	Mediana	4,00	3,00	4,00
	Moda	4,00	3,00	4,00
	Intervallo	4,00	3,00	2,00
	Minimo	1,00	2,00	3,00
	Massimo	5,00	5,00	5,00
Secondo corso	N			
	Validi	22	17	22
	Mancanti		5	
	Mediana	4,25	4,00	4,00
	Moda	4,00	4,00	4,00
	Intervallo	1,50	2,00	2,00
	Minimo	3,50	3,00	3,00
	Massimo	5,00	5,00	5,00

Tabella IV: Soddisfazione complessiva dei discenti rispetto ai singoli moduli formativi (range 0-5).

In un quadro generale comunque positivo per quanto riguarda la soddisfazione dei partecipanti, non sono comunque mancati alcuni momenti di criticità che vanno collocati all'interno della dinamica propria di un percorso di apprendimento che ha messo a dura prova i partecipanti per il coinvolgimento diretto in simulazioni in cui sono stati toccati aspetti delicati e talvolta destabilizzanti sul piano personale.

Per valutare il clima di gruppo è stato richiesto ai discenti di assegnare un punteggio da '0' a '5' a nove aggettivi. È stato effettuato un accorpamento semantico fra dimensioni positive (gratificante, cooperativo, giocoso, orientato al compito) e negative (pigro, competitivo, conflittuale, sfuggente, teso) calcolando la media dei punteggi per ognuno dei tre moduli relativi alle due edizioni del corso formativo (tabella [V]).

		M (gratificante, cooperativo, giocoso, orientato al compito)			M (pigro, competitivo, conflittuale, sfuggente, teso)		
		media 1° modulo	media 2° modulo	media 3° modulo	media 1° modulo	media 2° modulo	media 3° modulo
Primo corso	N						
	Validi	22	19	22	22	18	22
	Mancanti		3			4	
	Media	3,69	2,97	3,84	0,53	1,54	0,85
	Deviazione std.	0,76	0,67	0,63	0,53	0,59	0,36
Secondo corso	N						
	Validi	22	17	22	22	17	22
	Mancanti		5			5	
	Media	3,89	3,93	4,35	0,85	0,90	0,63
	Deviazione std.	0,48	0,56	0,44	0,69	0,68	0,63

Tabella V: Clima di gruppo.

Confrontando statisticamente le medie - tramite t-test per campioni dipendenti - sono emerse le seguenti differenze relativamente al primo corso:

- la percezione delle dimensioni positive del clima d'aula presenta valori significativamente più bassi nel secondo modulo rispetto al primo, $t(18) = 2.89, p < .05$, e al terzo, $t(18) = -3.86, p < .01$;
- la percezione delle dimensioni negative del clima d'aula presenta valori significativamente più alti nel secondo modulo rispetto al primo, $t(17) = -6.95, p < .001$, e al terzo, $t(17) = 4.96, p < .001$. Il terzo modulo presenta, inoltre, punteggi significativamente più alti del primo, $t(21) = -3.08, p < .01$.

Relativamente al secondo corso, sono emerse le seguenti differenze:

- la percezione delle dimensioni positive del clima d'aula presenta valori significativamente più alti nel terzo modulo rispetto al primo, $t(21) = -4.37, p < .001$, e al secondo, $t(16) = -3.29, p < .01$;
- la percezione delle dimensioni negative del clima d'aula presenta valori significativamente più bassi nel terzo modulo rispetto al primo, $t(21) = 2.67, p < .05$.

Dalle analisi emerge con chiarezza la decisa connotazione negativa del secondo modulo del primo corso che vede un significativo abbassamento dei punteggi assegnati alle dimensioni positive e, specularmente, un incremento dei punteggi assegnati a quelle negative. Si noti che nonostante la media dei punteggi relativa alle dimensioni negative ricada nel terzo modulo, il suo valore rimane significativamente più alto rispetto al primo. Per quanto riguarda il secondo corso, possiamo osservare un generale miglioramento del clima d'aula con il progredire del corso stesso. È possibile apprezzare questi due pattern di andamento nelle figure [5] e [6]. Come si può notare, il secondo corso è caratterizzato da uno sviluppo progressivamente positivo del clima di gruppo, mentre il primo corso accusa una decisa flessione durante il secondo modulo.

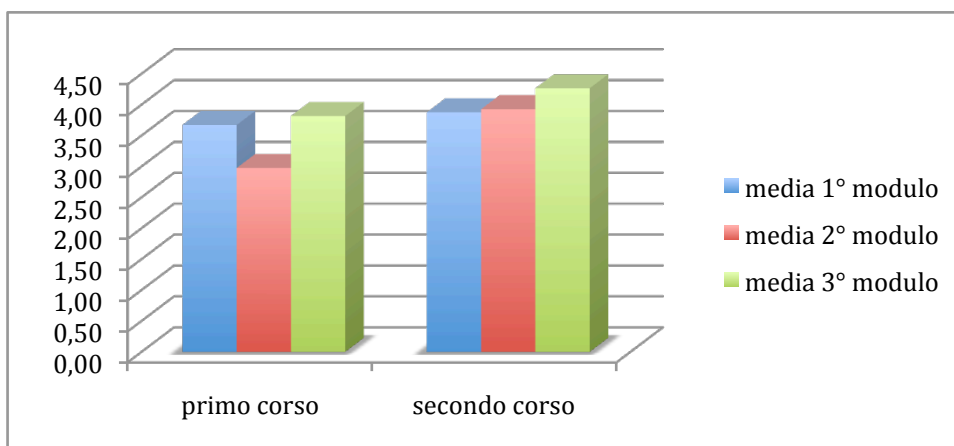


Figura 5: Percezione delle dimensioni positive del clima di gruppo (gratificante, cooperativo, giocoso, orientato al compito).

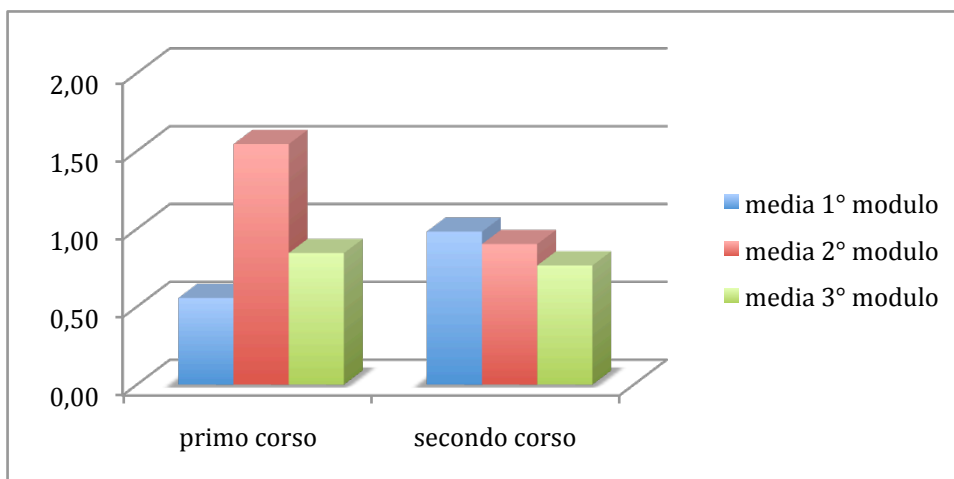


Figura 6: Percezione delle dimensioni negative del clima di gruppo (pigro, competitivo, conflittuale, sfuggente, teso).

È possibile spiegare queste fluttuazioni caratterizzate dall'aumento di vissuti negativi nel clima di gruppo del secondo modulo del primo corso come derivanti dall'insorgere di alcune difficoltà e alcuni dubbi fra i partecipanti. Fra il primo e il secondo 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.

Così, dal piano esperienziale rilevato dalle interviste, due diverse dinamiche si sono create nelle due edizioni del corso. In particolare nel primo corso, durante il modulo dedicato all'analisi delle 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 pur caratterizzato da una certa eterogeneità professionale. 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 l'attività formativa sia stata in grado di spostare l'attenzione dai contenuti delle dinamiche conflittuali agli aspetti della relazione e ai 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 e intimorire il proprio senso di identità.

Per quanto riguarda l'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi prefissati per ogni modulo vanno registrati risultati accostabili a quelli sul clima di gruppo (tabella [VI]). Dall'analisi delle medie dei ranghi dei punteggi relativi all'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi sono emersi risultati significativi.

Relativamente al primo corso, è stato effettuato un test di Wilcoxon per campioni dipendenti che ha indicato che l'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi prefissati è

stata più bassa nel secondo modulo rispetto al primo, $Z = -2.46$, $p < .05$, e rispetto al terzo, $Z = -3.19$, $p < .01$.

Relativamente al secondo corso formativo, il medesimo test ha indicato che l'autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi prefissati è stata più alta nel terzo modulo rispetto al primo, $Z = -2.34$, $p < .05$.

			1° modulo	2° modulo	3° modulo
Primo corso	N	Validi	21	19	22
		Mancanti	1	3	
		Mediana	80,00	70,00	90,00
		Moda	80,00	70,00 ^a	80,00 ^a
		Intervallo	60,00	40,00	30,00
		Minimo	40,00	40,00	70,00
		Massimo	100,00	80,00	100,00
Secondo corso	N	Validi	22	17	22
		Mancanti		5	
		Mediana	85,00	90,00	90,00
		Moda	100,00	80,00	100,00
		Intervallo	45,00	50,00	30,00
		Minimo	55,00	50,00	70,00
		Massimo	100,00	100,00	100,00

a. Esistono più mode. Viene visualizzato il valore più piccolo

Tabella VI: autovalutazione sul perseguimento degli obiettivi formativi.

Questi ulteriori risultati ci riportano alle considerazioni fatte in precedenza sull'importanza della dimensione gruppale nei processi di apprendimento. Nel momento in cui il gruppo perde consistenza nella percezione dei singoli l'elaborazione dei contenuti formativi e il loro assorbimento diventano meno proficui e più difficoltosi. Questa dinamica è stata particolarmente rilevata nella prima edizione del corso.

2.3.4 Valutazione degli apprendimenti

Valutare l'apprendimento significa, in estrema sintesi, evidenziare se c'è stato o meno un cambiamento fra un prima e un dopo e se tale cambiamento sia imputabile ad un processo formativo ben definito e non a variabili esterne non considerate. Ci si è avvalsi in tal senso di due tipi di fonti: la prima consiste nell'autovalutazione da parte dei partecipanti, la seconda è rappresentata dalla valutazione dei docenti. Si prenderà particolarmente in considerazione la prima, in quanto la seconda è espressa da giudizi finali sui singoli partecipanti che hanno conseguito tutti un esito positivo.

Dai questionari di ingresso, emerge come la maggior parte dei soggetti non avesse aspettative precise riguardo al corso. Una volta terminata l'esperienza, la quasi totalità dei discenti ha sottolineato in particolare la novità dell'approccio proposto per affrontare il conflitto. È stato colto con precisione che l'ottica con cui la mediazione interviene in una situazione conflittuale

non è quella di arrivare a una soluzione definitiva, stabilendo pertanto una fondamentale differenza con la conciliazione che per molti costituiva il termine di confronto più immediato. Da parte dei formandi si è giunti dunque ad una 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 è possibile riscontrare un atteggiamento fiducioso verso gli strumenti che il corso ha consegnato nelle mani dei partecipanti, che vengono definiti «*molto potenti e 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 di stage è stata valutata come molto efficace. Dal punto di vista dei discenti, la strategia sottostante il modello adottato per la mediazione consente effettivamente di creare fiducia, migliorare la comunicazione e accompagnare i cittadini nel racconto dei propri vissuti rispetto all'evento oggetto di conflitto.

Nelle interviste con i discenti ricorrono spesso parole come *ascolto*, *sentito*, *restituzione*, *specchio* e *'fare da sfondo'*, a testimonianza di quanto i contenuti trasmessi siano entrati a far parte di un linguaggio comune ai partecipanti e costituiscano il riferimento a una pratica condivisa. In particolare 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 e capacità di analizzare e gestire i sentimenti in situazioni di conflitto.

A conferma di quanto sopra riportato sulla base delle interviste condotte, si evidenzia un significativo spostamento dalle condizioni di partenza al dopo corso anche considerando i risultati ottenuti attraverso la tecnica delle associazioni libere rilevate tramite il questionario di ingresso e uscita. In questo caso particolare è stato 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 concettualmente a categorie, si evidenziano quattro aree tematiche, comuni nei due corsi:

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

Il test del chi-quadro ha indicato differenze fra ingresso e uscita dal primo corso nelle distribuzioni dei termini che i partecipanti hanno associato alla parola stimolo 'mediazione' relativamente alle categorie individuate, $\chi^2(5, N = 220) = 34.60, p < .001$.

Come si può osservare dalla lettura dei residui standardizzati corretti in tabella [VII] e graficamente in figura [7], l'area semantica che si modifica maggiormente è quella denominata 'ascolto/empatia', più che raddoppiando la sua consistenza. L'area 'conflitto'

dimezza e scompare l'area 'nessun termine' riferita ai casi in cui non tutte le cinque parole richieste sono state indicate.

		primo corso						
		ascolto - empatia	neutralità - equilibrio	conflitto	relazione - comunicazione	altro	nessun termine	Totale
ingresso	Conteggi	26	18	25	16	8	17	110
	% entro	23,6%	16,4%	22,7%	14,5%	7,3%	15,5%	100,0%
	% entro	31,0%	46,2%	65,8%	61,5%	50,0%	100,0%	50,0%
	Residui	-4,4	-5	2,1	1,3	,0	4,3	
uscita	Conteggi	58	21	13	10	8		110
	% entro	52,7%	19,1%	11,8%	9,1%	7,3%	,0%	100,0%
	% entro	69,0%	53,8%	34,2%	38,5%	50,0%	,0%	50,0%
	Residui	4,4	,5	-2,1	-1,3	,0	-4,3	
Totale	Conteggi	84	39	38	26	16	17	220
	% entro	38,2%	17,7%	17,3%	11,8%	7,3%	7,7%	100,0%
	% entro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella VII: associazioni libere alla parola stimolo 'mediazione' (primo corso).

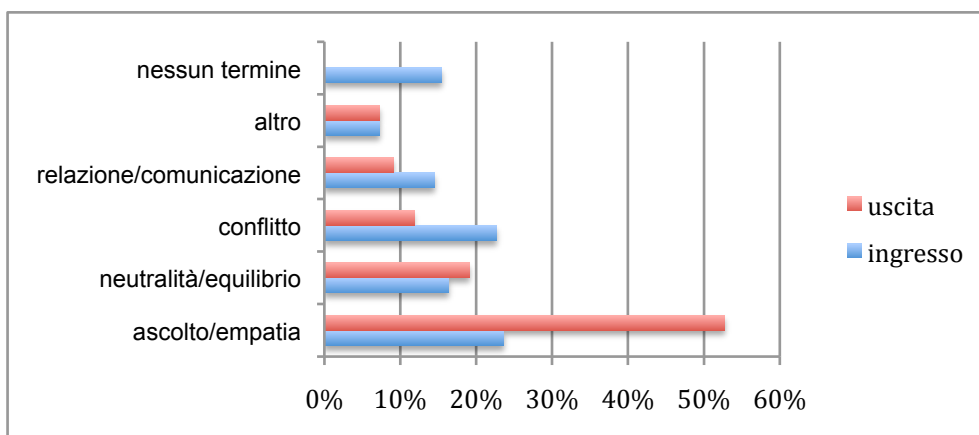


Figura 7: associazioni libere alla parola stimolo 'mediazione' (primo corso).

Nel contesto del secondo corso i cambiamenti semantici fra ingresso e uscita dal corso nelle distribuzioni dei termini che i partecipanti hanno associato alla parola stimolo 'mediazione' sono ancora significativi, $\chi^2(5, N = 220) = 42.84, p < .001$.

Dalla lettura della tabella [VIII] emergono modificazioni di distribuzione fra ingresso e uscita ancora più marcate che nel primo corso (si veda anche figura [8]). In questo caso sono sovrarappresentati in uscita i termini riconducibili non solamente all'area 'ascolto/empatia', ma ancor più decisamente all'area 'neutralità/equilibrio'. Risultano sottorappresentati i termini relativi all'area 'conflitto' e 'relazione/comunicazione' e, come nel primo corso, scompaiono quelli relativi all'area 'nessun termine'.

		secondo corso						
		ascolto - empatia	neutralità - equilibrio	conflitto	relazione - comunicazione	altro	nessun termine	Totale
ingresso	Conteggi	29	6	32	33	3	7	110
	% entro	26,4%	5,5%	29,1%	30,0%	2,7%	6,4%	100,0%
	% entro	38,7%	16,7%	72,7%	67,3%	33,3%	100,0%	50,0%
	Residui	-2,4	-4,4	3,4	2,8	-1,0	2,7	
uscita	Conteggi	46	30	12	16	6		110
	% entro	41,8%	27,3%	10,9%	14,5%	5,5%	,0%	100,0%
	% entro	61,3%	83,3%	27,3%	32,7%	66,7%	,0%	50,0%
	Residui	2,4	4,4	-3,4	-2,8	1,0	-2,7	
Totale	Conteggi	75	36	44	49	9	7	220
	% entro	34,1%	16,4%	20,0%	22,3%	4,1%	3,2%	100,0%
	% entro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella VIII: associazioni libere alla parola stimolo 'mediazione' (secondo corso).

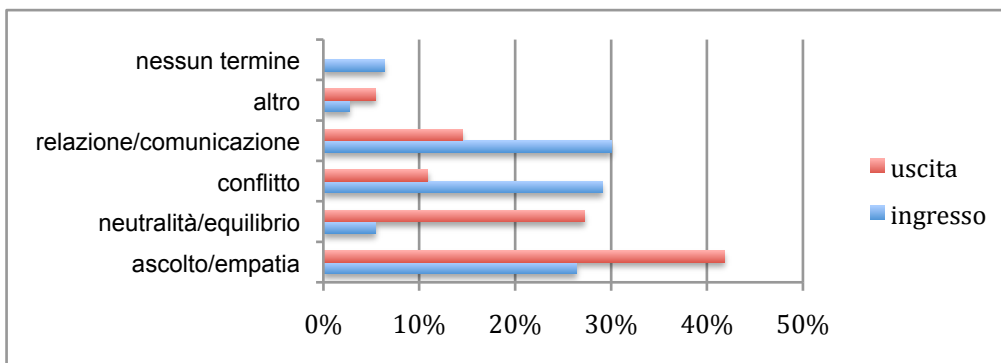


Figura 8: associazioni libere alla parola stimolo 'mediazione' (secondo corso).

È interessante la riduzione dell'area tematica 'conflitto' comune ad entrambi i corsi, quasi a sottolineare che esso non costituisce di fatto l'oggetto principale dell'intervento dei mediatori, che si impernia invece sull'offrire ai confliggenti uno sfondo empatico e neutrale in cui ricollocare e riconfigurare la loro relazione.

Entrando nel merito del lavoro concettuale che ha portato alle categorie individuate si può apprezzare meglio il cambiamento:

- **ASCOLTO/EMPATIA**
l'ascolto e l'empatia, in ingresso 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. 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 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 dell'esperienza formativa.

2.3.5 Valutazione e controllo del progetto formativo

In questo paragrafo vengono presi in considerazione gli elementi che costituiscono il progetto formativo. La valutazione di tre dimensioni fondamentali del corso formativo (struttura, contenuti e didattica) operata dai discenti ci fornisce informazioni di contesto che possono inoltre rappresentare una sorta di dialogo fra i formandi, appunto, e chi ha pianificato, organizzato e condotto il corso, ossia l'ASSR e l'associazione Me.Dia.Re.

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. Nelle interviste alcuni discenti hanno riferito che il corso sarebbe dovuto durare di più e che sarebbe dovuto essere più breve il tempo che intercorre fra un modulo e l'altro. I moduli concentrati in 4-5 giornate consecutive (di 8 ore giornaliere) sono stati unanimemente definiti molto pesanti dal punto di vista sia fisico che emotivo, considerando anche il fatto che i discenti 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.

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 primo modulo alcuni contenuti sulle tecniche di ascolto e di mediazione, inseriti invece nel secondo corso. Questo ha probabilmente inciso sui valori assegnati per valutare la struttura didattica del corso. In questo caso, sono stati creati indicatori di sintesi per ogni corso calcolando la media dei punteggi assegnati dai partecipanti ad ogni singolo modulo ed è stato effettuato un t-test per campioni indipendenti che ha indicato che il secondo corso ($M = 4.30, SD = .47$) presenta

punteggi significativamente più alti del primo ($M = 3.93$, $SD = .52$), $t(42) = -2.48$, $p < .05$, in relazione a questa dimensione (range 0-5).

È interessante inoltre rilevare che nelle interviste si evidenzia 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'U.R.P. - 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 appieno i contenuti appresi in quanto sono mancati momenti d'aula che consentissero di discutere adeguatamente la collocazione della tecnica nei vari contesti di lavoro. Fra le problematiche maggiormente segnalate in termini di necessità di ulteriori elaborazioni e approfondimenti ricordiamo:

- il problema della riservatezza/privacy nella mediazione;
- la necessità di un codice deontologico del mediatore;
- la specificità del contesto sanitario, in particolare nei termini del rapporto con i professionisti e/o colleghi nei casi da gestire;
- il collegamento tra mediazione e percorso legale-conciliativo.

Tra gli aspetti critici, alcuni partecipanti sottolineano che 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 "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 sia di tipo prescrittivo e che il materiale didattico sia costituito in effetti da quanto producono in aula i partecipanti.

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 conflitti, di prendere appunti sui sentiti, sulla durata della seduta, sul modo di concludere la mediazione, etc., 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. Un primo aspetto da considerare è l'effettiva possibilità di praticare la tecnica dell'ascolto. Come si può notare nelle figure [9] e [10], poco più della metà dei mediatori del primo corso ha effettuato ascolti o ha utilizzato le tecniche apprese durante le abituali attività d'ufficio. Per il secondo corso l'attività di ascolto in azienda registra un aumento dovuto anche al fatto che in alcune aziende i mediatori del primo corso erano già attivi. Per quanto riguarda la misurazione del gradimento dell'esperienza dello stage aziendale non sono emerse differenze significative (primo corso *Mdn* = 4.00; secondo corso *Mdn* = 4.00), così come per la valutazione dell'efficacia del tutor nello svolgimento dello stage (primo corso *Mdn* = 3.00; secondo corso *Mdn* = 3.00).

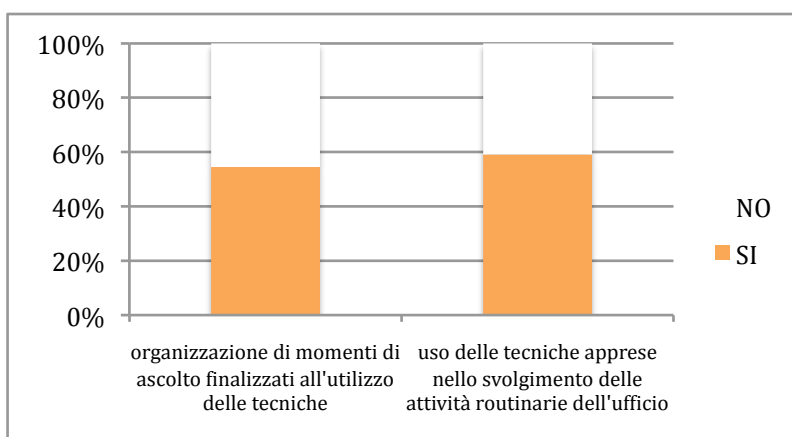


Figura 9: modalità di svolgimento dello stage aziendale (primo corso).

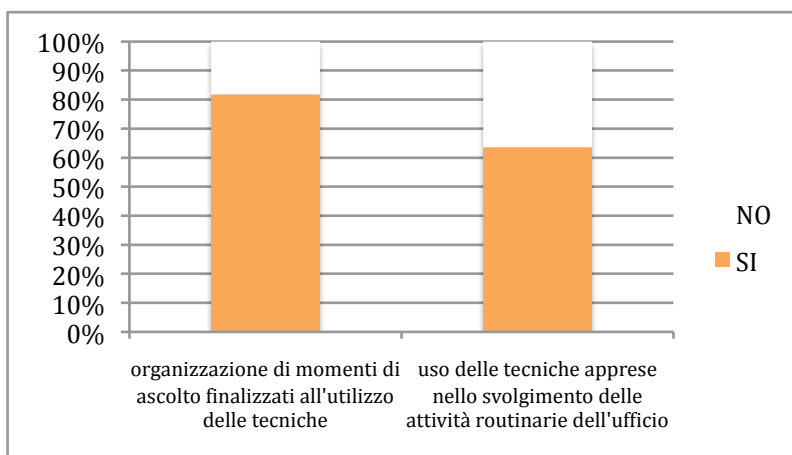


Figura 10: modalità di svolgimento dello stage aziendale (secondo corso).

Per concludere, dalle analisi condotte sulle schede di valutazione finali sono emersi ancora una volta dati che mostrano come, nonostante siano evidenti le molteplici necessità di approfondimento stimulate dalla formazione, i partecipanti al secondo corso si posizionino più favorevolmente verso l'efficacia del progetto formativo. È stato effettuato un test di Mann-Whitney che ha indicato che la valutazione dell'adeguatezza della durata del corso rispetto agli obiettivi prefissati è più alta nel secondo corso ($Mdn = 90.00$) rispetto al primo ($Mdn = 80.00$), $U = 146.0$, $p < .05$ e che la valutazione del raggiungimento degli obiettivi progettuali è più alta nel secondo corso ($Mdn = 90.00$) rispetto al primo ($Mdn = 80.00$), $U = 135.0$, $p < .01$. Non vi sono differenze significative per quanto riguarda il gradimento complessivo dell'iniziativa (primo corso $Mdn = 5.00$; secondo corso $Mdn = 5.00$) che risulta elevato in entrambi i corsi.

2.4 Formare un ruolo

I risultati emersi dalla valutazione di impatto dell'azione formativa offrono indicazioni interessanti su due fronti: il progetto formativo declinato nella sua fruizione d'aula e il suo apporto alla costruzione del ruolo del mediatore.

Per quanto riguarda il primo punto possiamo affermare che il corso formativo si è connotato in entrambe le edizioni come altamente soddisfacente. Dagli elementi raccolti emerge un quadro caratterizzato da un importante lavoro svolto dai docenti sul versante emozionale della relazione e da un intenso coinvolgimento dei discenti garantito dal clima di fiducia che i formatori hanno saputo guadagnare e mantenere.

Non sono mancati momenti di difficoltà nella gestione dell'aula e spesso queste frizioni hanno influito negativamente sui processi di apprendimento e sui contenuti affrontati. Come è stato documentato, i partecipanti al secondo corso hanno espresso punteggi più positivi rispetto a varie dimensioni: clima di gruppo, valutazione sull'efficacia del corso rispetto agli obiettivi formativi dei singoli moduli e del progetto formativo nel suo complesso. Questa maggior adeguatezza percepita dai discenti può essere ricondotta alla ricalibrazione effettuata dalla committenza e dai formatori sulla base dei risultati emersi dal primo corso, ma ciò che è interessante è la sua influenza sul passaggio dei contenuti formativi che costituiscono la base per la costruzione del ruolo di mediatore dei conflitti.

Dal punto di vista organizzativo, 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 gran parte del bagaglio con il quale essi si ripresenteranno all'interno delle aziende dalle quali provengono.

In termini psico-formativi si parla di acquisizione di competenze per definire l'obiettivo e quindi il desiderato momento finale di un processo formativo. La definizione classica definisce la competenza come una caratteristica intrinseca di un individuo causalmente collegata ad una performance eccellente in una mansione costituita da motivazioni, tratti, immagini di sé ruoli sociali, conoscenze e abilità (Spencer & Spencer, 2008). Il tipo di competenza oggetto del corso formativo può essere dunque articolata come un insieme di più elementi: le capacità, le conoscenze e le esperienze finalizzate (Levati & Saraò, 2002).

Le capacità costituiscono l'elemento di stabilità, si basano su attitudini di base che trovano poi condizioni esterne (contestuali) e interne (motivazionali) favorevoli al manifestarsi in comportamenti o prestazioni. Questa prima componente è stata selezionata nei candidati attraverso il filtro delle caratteristiche stabilite nel progetto formativo (capacità di realismo, positività, flessibilità, autorevolezza).

Le conoscenze e le esperienze finalizzate costituiscono le componenti sviluppabili ed espandibili della competenza, quelle su cui un corso formativo, per l'appunto, fa la differenza.

Questo particolare corso formativo ha sicuramente oscillato più frequentemente verso la pratica concreta fornendo a tutti i discenti molteplici momenti per esercitarsi, provare ed osservare la gestione delle emozioni attraverso le simulazioni proposte in aula. Dai dati utilizzati per la valutazione di impatto si può evincere che, in effetti, i partecipanti hanno dimostrato di aver introiettato i concetti che il corso si proponeva di fornire loro nei termini di tecniche di gestione del conflitto, caratteristiche del mediatore e fasi del processo di mediazione, mostrando di condividere un linguaggio riferito ad una pratica dotata di senso.

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 però comportato due ordini di conseguenze. Da una parte, ha consentito lo sviluppo delle competenze professionali - tramite la sensibilizzazione delle capacità umane - necessarie ad affrontare ascolti con utenti e/o professionisti in situazioni relazionali conflittuali. Dall'altra, ha portato al rischio che i mediatori si focalizzino eccessivamente sullo strumento acquisito e si convincano che l'obiettivo del loro ruolo sia l'ascolto attivo *tout court* e non la gestione del conflitto. Tutto ciò è avvenuto con alcune differenze fra le due edizioni del corso. Relativamente alla valutazione degli apprendimenti, i partecipanti al secondo corso mostrano un ventaglio semantico più articolato, e non monotematicamente orientato all'area 'ascolto/empatia'. La decisa variazione dell'area relativa ai concetti di neutralità e di equilibrio, inoltre, può essere interpretata come un ponte fra la tecnica e il ruolo, fra la competenza e la giusta problematizzazione nel contesto.

Un altro punto di attenzione è dovuto al fatto che i formatori hanno praticato una didattica basata su spiegazioni dei fenomeni in termini molto spesso metaforici⁹ o impressionistici, senza fornire in modo strutturato i loro corrispettivi teorici ha facilitato una fissazione dei contenuti appresi nell'individualità e storicità dei soggetti, e non ad una letteratura, pur di settore, ma oggettivamente consultabile in ogni momento. La carenza teorica dei contenuti discussi in aula rilevata da alcuni soggetti intervistati non deriva da un'errata programmazione o da una svista, ma da una precisa volontà di proporre che la consapevolezza degli strumenti emergesse dall'esperienza emotiva e non dalla speculazione razionale.

Gli effetti di questo approccio sono ben visibili anche nel clima d'aula esperito dai discenti. Molti di loro hanno vissuto l'esperienza del corso in modo così intenso da riconoscere effetti sul piano personale e sentirsi esistenzialmente arricchiti. Un partecipante ha riferito che la tecnica del sentito è «*uno strumento potentissimo che ti mette di fronte alla tua coscienza, liberatorio e catartico*». Questa e altre dichiarazioni della stesso tenore (in esigua quantità anche di segno opposto) testimoniano il violento impatto che questo corso formativo ha avuto rispetto a chi lo ha frequentato.

«“Violare” qualche cosa significa interrompere un flusso continuo» (Weick, 1997, p. 109).

⁹ Alcuni esempi di espressioni metaforiche utilizzate dai formatori e divenute linguaggio comune dei mediatori sono: “*sentire (le emozioni) con la pancia*”, “*il conflitto che brucia*”, “*occupare una sedia (riferito al confliggente o al mediatore) che scotta*”, etc.

In tal senso questo corso è stato percepito come una rottura con ciò che stava prima di esso e dal punto di vista della comunità di pratica ha costituito il momento fondativo e posto le basi per i successivi sviluppi. Le reazioni a questa nascita sono state differenti da parte degli stessi mediatori, ma è possibile riconoscere un repertorio condiviso di risorse comuni orientato ad alcuni elementi basilari: la tecnica dello specchio, basata sulla sospensione del giudizio, sulla neutralità, sulla riservatezza e sull'empatia del *qui e ora*; e una fondamentale attenzione all'utenza, intesa come cittadino-individuo, paziente o operatore sanitario, che si rivolge al mediatore per sottoporgli una situazione conflittuale. Come emerge infine dalle interviste, molti partecipanti rimangono comunque consapevoli del fatto che alcuni temi fondamentali per la giusta collocazione nel contesto sanitario della figura del mediatore necessitano di ulteriore sviluppo (privacy, codice deontologico, rapporto con il percorso legale-assicurativo).

Ovviamente questi elementi fanno emergere una importante riflessione finale sul fatto che non è sufficiente un corso per agire un ruolo. 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.

Chiudiamo questa sezione presentando il modello operativo scaturito dal corso formativo. Un modello operativo stabilisce ciò che può essere o non essere fatto in base ai ruoli interpretati dagli agenti nelle situazioni ipotetiche. Esso costituisce inoltre lo schema di riferimento di partenza all'interno del quale le pratiche possono essere sviluppate, apprese, comunicate, discusse criticamente e fatte evolvere (Zucchermaglio & Alby, 2006).

2.4.1 Un modello operativo da cui partire

Nonostante ogni Azienda abbia deciso in modo autonomo la selezione e quindi la conseguente collocazione dei mediatori al proprio interno, così come la successiva regolamentazione e l'eventuale formale proceduralizzazione dell'attività connessa, è possibile individuare una linea comune di prassi emersa dal corso formativo sotto forma di modello operativo qui di seguito sinteticamente adattato in finestra [2] (ASR-RER, 2007).

Finestra 2: Modello operativo di un percorso di ascolto e mediazione dei conflitti in ambito sanitario.

I casi da sottoporre al servizio di ascolto e mediazione (segnalazioni di natura relazionale "significativa", reclami di natura tecnico/professionale, denuncia di disservizio) sono gestiti in coordinazione con l'attività di risk management aziendale e forniti dalle componenti organizzative preposte all'accoglimento dei reclami o delle richieste di risarcimento (es. medicina legale, U.R.P.).

Ad un livello operativo ci sono tre fasi in un processo di mediazione dei conflitti.

La prima è costituita dai colloqui preliminari condotti da due mediatori con ciascun confliggente separatamente. Spesso il conflitto viene risolto già in questa prima fase: non è raro infatti che attraverso i colloqui individuali (che possono arrivare fino ad un massimo di tre) il confliggente rifletta sulla propria posizione e sui relativi vissuti superandoli e trovando così autonomamente un dialogo conciliativo con l'altro. Può anche accadere che il confliggente si rifiuti semplicemente di continuare il percorso, 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 un linguaggio formale e tecnico»* (ASR-RER, 2007, p. 36).

La seconda fase, stante la spontanea adesione di entrambe le parti, è costituita dall'incontro fra i confliggenti al tavolo della mediazione vera e propria (con tre mediatori).

La terza fase è costituita dai colloqui post-mediazione condotti con ciascuna parte separatamente. In quest'ultima fase si raccolgono gli esiti della mediazione compiuta al fine di valutarne gli effetti prodotti sui singoli e sulla relazione.

Il percorso di mediazione viene proposto a livello individuale, e la persona coinvolta (sia esso cittadino od operatore sanitario) è libera di aderire o meno. In ogni caso, sia che vi sia adesione o rifiuto, non viene pregiudicato nessun altro tipo di percorso già previsto. Se è stato presentato un reclamo, questo riceverà risposta secondo le procedure già vigenti; se vi è apertura di contenzioso per il risarcimento, questo proseguirà separatamente il suo iter.

CAPITOLO 3

ATTORI ORGANIZZATIVI AI CONFINI

Torniamo con la mente ai tre esempi di conflitto enunciati nel capitolo precedente. Ora, almeno potenzialmente, c'è un nuovo attore che potrebbe modificare la prosecuzione degli eventi: il mediatore. Questo nuovo personaggio non proviene da un ente esterno, ma è un dipendente dell'organizzazione sanitaria, così come i medici e gli infermieri. Egli però porta con sé uno strumento, una tecnica e una conoscenza per gestire le situazioni conflittuali che condivide con altri mediatori come lui. Le pratiche condivise per loro stessa natura creano zone liminali di relazione, confini e periferie (Wenger, 2000; Wenger, 2006). Questi sono gli spazi in cui la comunità di pratica evidenzia la propria specificità nei confronti di ciò che sta all'esterno :

«I confini - ancorchè negoziabili o taciti - evocano discontinuità, linee di separazione fra l'interno e l'esterno, appartenenza e non appartenenza, inclusione ed esclusione. Le periferie - ancorchè ristrette - evocano continuità, aree di sovrapposizione e connessione, finestre e luoghi di incontro» (Wenger, 2006, p. 138).

Pensiamo alla perifericità che caratterizza, ad esempio, la posizione del ricercatore. Ci sono stati momenti in cui la mia osservazione partecipante è stata effettivamente sbilanciata sul polo della partecipazione vera e propria, ad esempio quando ho frequentato il corso formativo per diventare mediatore. In realtà questo passaggio da uno stato di 'aggregato' a uno stato di 'integrato' non è mai avvenuto. Emergevano di quando in quando elementi di confine che mi ricordavano la mia posizione di esterno: il riferimento ad un evento o a un personaggio molto importante a me sconosciuto, le frasi a metà sulle differenze fra medici e infermieri oppure il fatto che un aneddoto ospedaliero, per me definitivamente tragico, si concludesse con una cinica (forse clinica) risata generale.

Ai confini e nelle periferie l'identità viene messa in gioco, difesa e continuamente negoziata, ma soprattutto fragorosamente ribadita: ogni individuo rispetto ai propri limiti è protettivo e definitorio. Per iniziare a delineare l'identità dei mediatori dei conflitti il primo passo è dunque provocare l'emersione dei confini di questa comunità di pratica attraverso una ricognizione degli attori organizzativi che attorno alla funzione di mediazione si collocano per attività svolte, interessi e obiettivi, ossia per il loro essere portatori di differenti rappresentazioni sensate della realtà organizzativa (Weick, 1997).

Potremo in questo modo osservare alcuni frammenti delle culture organizzative delle aziende sanitarie a confronto con la tematica del conflitto e offrire ai mediatori i risultati di quanto emerso in modo da favorirne la crescita di ruolo :

«L'aspetto specifico del contesto, che impatta sulla nascita e sviluppo della competenza, è la cultura organizzativa. (...) L'azione combinata di motivazione e contesto fa assumere alla competenza il suo carattere soggettivo di consapevolezza di possibilità di controllo sull'ambiente esterno» (Levati & Saraò, 2002, p. 40).

L'esposizione di questo capitolo è articolata in tre parti. Inizialmente verrà illustrato il contesto aziendale a livello delle direzioni che si stanno organizzando per utilizzare il mediatore. Successivamente verrà preso in considerazione il punto di vista degli interlocutori di ruolo, cercando di approfondire le possibili traduzioni operative delle competenze del mediatore. Verranno infine proposte alcune riflessioni sulle aspettative organizzative delle aziende che stanno accogliendo le nuove competenze di mediazione dei conflitti.

3.1 Premessa metodologica alla fase di valutazione di impatto organizzativo

3.1.1 Obiettivi

L'obiettivo di questa fase della ricerca-intervento, cominciata al termine del primo corso formativo e continuata durante lo svolgimento del secondo¹⁰, è quello di fornire una valutazione dell'impatto organizzativo del progetto formativo per mediatori dei conflitti.

A livello progettuale, questo passaggio si traduce nel fornire agli attori coinvolti conoscenze che possano costituire un ponte fra la figura creata in sede formativa e le aziende in cui tale figura si configurerà come un ruolo organizzativo a tutti gli effetti.

A livello di ricerca, verranno rilevati i principali nodi concettuali che caratterizzano la rete di reciproca interdipendenza fra il mediatore dei conflitti e due tipologie di attori organizzativi: le direzioni, sanitarie e amministrative, e i responsabili dei dipartimenti aziendali (definiti progettualmente 'interlocutori di ruolo'). Verranno rilevate opinioni e punti di attenzione riferiti a tre dimensioni chiave:

- definizione di conflitto;
- definizione di caratteristiche e compiti del mediatore;
- ipotesi di collocazione organizzativa del mediatore dei conflitti.

Rispetto ai direttori aziendali in quanto committenti della figura professionale formata, questa operazione fornisce dati per una valutazione della sua adattabilità rispetto alle esigenze organizzative. Relativamente agli 'interlocutori di ruolo' essa costituisce un'occasione di attivazione dell'attenzione e di elaborazione delle rappresentazioni e dei modi di pensare in un processo di comunicazione ragionata finalizzato alla preparazione all'accoglimento della nuova funzione organizzativa.

¹⁰ Si rimanda al diagramma di Gantt in appendice (Allegato [1]).

3.1.2 Partecipanti

Per questa fase sono stati coinvolti due gruppi di soggetti appartenenti alle aziende sanitarie che hanno partecipato alla prima edizione del corso formativo.

Un primo gruppo di soggetti coinvolti in questa fase è costituito da 8 fra direttori sanitari e amministrativi appartenenti alle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna che hanno partecipato alla prima edizione del corso formativo: Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena – Policlinico, Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – Arcispedale S. Anna, Azienda USL di Cesena e Azienda USL di Ravenna.

Il secondo gruppo di soggetti è costituito da 55 ‘interlocutori di ruolo’, ovvero le figure apicali dei diversi settori aziendali, rappresentati da direttori di dipartimento, direttori di presidio e primari, appartenenti alle seguenti aziende sanitarie partecipanti al primo corso: Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Modena, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – Arcispedale S. Anna, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Ravenna e Azienda Ulss 18 di Rovigo (Veneto).

3.1.3 Strumenti

Sono state condotte 8 interviste one-to-one semi-strutturate con le direzioni aziendali, rappresentate dai direttori sanitari e amministrativi. Le interviste hanno avuto una durata media di 60 minuti.

I 55 “interlocutori di ruolo” sono stati coinvolti in 7 focus group. Ogni sessione di focus group è stata condotta da due facilitatori con la partecipazione di un massimo di 9 soggetti ed ha avuto una durata media di 100-120 minuti.

I dati provenienti dai focus group e dalle interviste semi-strutturate sono stati raccolti tramite audioregistrazione e successivamente tradotti su supporto informatico. In seguito, i dati sono stati inseriti in una griglia operando una suddivisione concettuale dettata dalle aree-stimolo che hanno guidato le rilevazioni: definizione di conflitto, caratteristiche e compiti del mediatore, ipotesi di collocazione organizzativa del mediatore.

3.2 Il conflitto e la mediazione visti dai vertici aziendali

Dalle informazioni raccolte dalle direzioni aziendali è possibile tracciare la trama organizzativa che si sta delineando per l'utilizzo del mediatore dei conflitti.

Si ricorda che la scelta compiuta dalla Regione Emilia-Romagna 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 effettivamente già compiuto una prima valutazione sul posizionamento di questo ruolo e quindi sugli obiettivi da perseguire.

Il confronto delle diverse realtà aziendali ci fornisce inoltre uno spaccato delle omogeneità e delle differenze con cui si stanno muovendo le Aziende sanitarie.

3.2.1 I diversi fronti del conflitto: le priorità

I direttori delle aziende hanno sottolineato che il conflitto rappresenta una problematica rilevante all'interno delle organizzazioni e comporta significativi costi assicurativi. In particolare sono stati messi in evidenza i seguenti punti che testimoniano una forte attenzione puntata su due ambiti: la difesa dell'immagine aziendale nel suo complesso e la gestione del sistema dei professionisti.

Secondo i direttori la diminuzione e la 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:

«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 inoltre il problema delle richieste di risarcimento improprie, dove non c'è nessun danno conclamato e nessun errore da parte di professionisti. In questi casi si mette in moto un meccanismo che coinvolge gli uffici preposti agli affari giuridici e la medicina legale, e ciò costituisce comunque un costo per l'Azienda stessa. Qualunque sia il loro esito, tali richieste non possono che essere considerate, in termini di immagine aziendale, una perdita.

I direttori esprimono con chiarezza la consapevolezza che esiste un forte carico sulle spalle dei professionisti, spesso lasciati soli a gestire le situazioni conflittuali che si vengono a creare.

Diventa dunque importante sapere di poter contare su mediatori adeguatamente formati. Capita spesso che il professionista non sia pienamente consapevole di quando innesca la non comprensione e il disservizio rispetto al cittadino: può essere un danno anche solo percepito, e quindi non quantificabile, ma in grado di generare 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».

Va aggiunto infine che dagli intervistati emerge la preoccupazione per il sistema di risposta ai reclami dei cittadini, giudicato come non sempre adeguato rispetto alle esigenze. Spesso una risposta non calibrata può deludere l'utente e per di più aumentare la conflittualità.

3.2.2 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 sia esterni, che 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.

In termini di ruolo, la mediazione non corrisponde a un nuovo profilo professionale che andrebbe ad ingarbugliare ancora di più un sistema già di per sé 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 e caratteriali, a prescindere dalla sua collocazione organizzativa; è importante la terzietà di questa figura rispetto all'utente e all'operatore.

In termini di compiti, 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 insomma cercare di evitare il contenzioso.

Il mediatore può inoltre 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.

Così definito, il mediatore non dovrebbe sovrapporsi all'U.R.P. nella gestione di segnalazioni di disservizi riguardanti aspetti strutturali, organizzativi e/o burocratici, ma concentrare la propria azione su problematiche strettamente umano-relazionali.

3.2.3 L'ipotesi organizzativa delle direzioni

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

1. 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 garantendo 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 assicurare 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;
2. lo strumento mediazione deve essere connesso strategicamente con ufficio comunicazione e U.R.P., con la legittimazione della medicina legale e sotto il controllo organizzativo della direzione sanitaria; è opportuno iniziare con casi scelti dal responsabile U.R.P.. In mediazione può essere utile la presenza del medico legale, che rappresenti una sorta di avallo autorevole, al fine di non lasciare il mediatore senza supporto ad affrontare eventuali critiche da parte del professionista;

3. la mediazione può essere inserita nello staff comunicazione insieme all'ufficio stampa, l'U.R.P. e la mediazione culturale. È necessario però stabilire i confini con l'U.R.P. 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*;
4. la mediazione non è da considerarsi in relazione al contenzioso, ma va intesa come attività a se stante, garantendo uno sportello di ascolto per utenti e/o professionisti.

3.3 Gli 'interlocutori di ruolo' del mediatore

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. Tali figure organizzative risultano fondamentali in quanto utilizzatori del mediatore dei conflitti e primi sensori delle problematiche che tale ruolo può e deve affrontare. In pratica, il punto di vista di questi soggetti offre la possibilità di evidenziare i nodi della rete operativa 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.

3.3.1 Il conflitto è un problema? In che termini?

Dai focus group condotti con i responsabili dei dipartimenti aziendali emerge con forza che affrontare il conflitto significa rilevare qualcosa che è sfuggito di mano, rendersi consapevoli di una relazione con l'utente forse irrimediabilmente mutata, 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».

Non a caso, nella maggior parte degli incontri con i professionisti, l'attenzione si è focalizzata sulla disamina delle 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. I soggetti si sono dunque esercitati in una 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:

«il momento più importante del conflitto 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».

Un altro fattore determinante è il 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 al tipo di organizzazione ospedaliera: spesso, ad esempio, si verificano scontri con i familiari che non capiscono e non accettano orari e percorsi di cura.

«Credo che molta parte del conflitto sia dovuta anche al nostro atteggiamento di medici e infermieri, che è un atteggiamento consolidato nel tempo ed è un atteggiamento di padronanza e di possesso. Il paziente quando va in ospedale, per le strutture stesse o per atteggiamento, non è più una persona con dei legami familiari, ma è un qualche cosa che dipende da orari e da quelle cose completamente diverse dalla sua vita che sono i ritmi dell'ospedale. Questa è una cosa che non ci favorisce assolutamente. Se noi riuscissimo ad essere più aderenti alle esigenze della gente, al fatto che non deve essere staccato dalla famiglia, al fatto che deve continuare nei limiti del possibile ad avere dei legami con continuità, a non essere staccato... questo favorirebbe moltissimo»;

- 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. La discussione di questa tematica, dal sapore prettamente tecnico-clinico, esula parzialmente dalle aree indagate e poggia su aspetti procedurali e processi organizzativi collocabili in un'area di intervento precedente a quella in cui opera il mediatore. Non è stato quindi stimolato un ulteriore approfondimento di questo punto che viene comunque riportato in quanto evidenziato dai soggetti;

- COMUNICATIVE,

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 dal 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 paritetico. Sotto l'influenza dei media, il paziente tende a non accettare più la malattia e le sue conseguenze, anche estreme, 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».

È interessante infine sottolineare che all'interno dei focus group sono emersi, ma senza essere sviscerati dai soggetti, elementi di conflittualità non solo nei confronti del paziente ma anche rispetto alle relazioni intra-organizzative, in particolar modo relativamente ai rapporti fra medici e infermieri, ed extra-organizzative, ossia nel rapporto fra le diverse strutture dei servizi.

3.3.2 Chi è il mediatore?

Rispetto all'identità professionale del mediatore, gli intervistati hanno mostrato un atteggiamento difensivo, affermando con forza che il professionista deve essere il primo mediatore in Azienda:

«c'è una microconflittualità quotidiana, tanti problemi che il cittadino pone (...) generalmente l'operatore sanitario è il primo mediatore, nel senso che andrebbe formato ad assumere un atteggiamento non di accentuazione del conflitto ma di comprensione del conflitto e di risoluzione in qualche modo. Moltissime situazioni si risolvono già a questo livello, perché c'è una microconflittualità più o meno motivata, per cui c'è una necessità di formazione dell'operatore».

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 smorzare 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 - che rimane l'obiettivo fondamentale da perseguire.

Sono stati inoltre avanzati alcuni dubbi rispetto al fatto che l'efficacia del mediatore dipenda dal fatto di svolgere molteplici professionalità e padroneggiare diverse competenze (comunicatore, psicologo, medico legale, avvocato):

«io vorrei tornare un momento a questa figura del mediatore. Mi riesce difficile capire quale capacità di sintesi di diverse competenze debba avere questa figura per operare in maniera efficace, perché deve essere un comunicatore, uno psicologo, un medico e possibilmente un medico specialista della specialità chiamata in causa, deve essere anche un medico legale che va alla valutazione delle ricadute legali della cosa, deve essere avvocato...».

In questo senso la funzione di mediazione viene vista come adatta a un team piuttosto che a un singolo. Inoltre tale figura professionale dovrebbe comunque essere in grado di percepire le istanze in modo neutro, rimanendo qualcuno che conosce molto bene la realtà aziendale, perché altrimenti non potrebbe intervenire correttamente.

3.3.3 L'ipotesi organizzativa degli 'interlocutori di ruolo'

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

- il mediatore dovrebbe lavorare nei punti aziendali più esposti. Sarebbero utili delle strategie di prevenzione in specifici dipartimenti e unità operative. Il problema va risolto a livello più prossimo al cittadino;
- la mediazione dovrebbe intervenire nella fase iniziale di un reclamo, prima che si arrivi al contrasto o si verifichi la richiesta di risarcimento danni. 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. L'attività di mediazione è pressoché inutile nei casi in cui il cittadino ha già avviato un percorso legale con richiesta di risarcimento.

3.4 Organizzazione e conflitto: spazi per mediare

Abbiamo visto come sollecitati su alcuni stimoli tematici i nostri soggetti hanno costruito rappresentazioni sensate relativamente all'oggetto (il conflitto), alle azioni (compiti e competenze) e alla funzione (collocazione organizzativa) del mediatore.

In generale tutti i soggetti concordano sul fatto che lavorare oggi in sanità significa fare i conti con una realtà in cui la fiducia da parte dei cittadini è fortemente compromessa. Non stupisce quindi che da parte degli intervistati si riconosca come endemica la presenza del conflitto, fenomeno percepito come quotidianamente presente e diffuso. La proposta di attivare presso le aziende sanitarie il ruolo di mediatore dei conflitti viene quindi accolta con attenzione e come opportunità. Da queste condivisioni di fondo emergono, a vari livelli, divergenze d'opinione riconducibili al diverso punto prospettico da cui si osserva l'azione del mediatore dei conflitti: più focalizzati sulle conseguenze i direttori, più attenti alle cause scatenanti i professionisti.

Innanzitutto abbiamo la definizione del problema, ossia la natura del conflitto. I direttori ne offrono un'interpretazione solidamente economico-manageriale. L'equazione è del tipo CONFLITTO=COSTO. Le perdite sono calcolate in termini di tempo, immagine, risarcimenti monetari e controllo, in particolare declinato sul sistema dei professionisti che viene identificato come il punto debole su cui indirizzare l'azione. Il conflitto appare dunque come qualcosa che intralcia il buon funzionamento di un macchinario, per cui è necessario individuare il meccanismo coinvolto e lubrificarlo o aggiustarlo, in modo che tutto funzioni.

Per i professionisti la questione non è gestibile, ma urgente, sostanziale, deontologica. Il conflitto è un concetto in cui rappresentare il proprio sentirsi fra l'incudine degli obblighi organizzativi e il martello dei doveri professionali. Questa condizione è molto chiara nel momento in cui denunciano di non avere abbastanza risorse per seguire adeguatamente ogni paziente, ma rivendicano la responsabilità professionale della relazione con i propri assistiti.

La figura del mediatore è così vissuta con differente intensità: da una parte come un nuovo strumento da poter utilizzare per la gestione dell'organizzazione e dall'altra come la personificazione del proprio fallimento a livello relazionale.

Il vissuto degli operatori testimonia la pesantezza di dover essere contemporaneamente responsabili sia rispetto alle carenze organizzative che ai percorsi terapeutici degli utenti:

«il farsi carico...Quando le cose vanno bene, vanno bene. Anche se la struttura è brutta. Tutti sono contenti. La problematica nasce quando le cose non vanno bene. Questo fa scattare anche tutti gli altri meccanismi: il cibo, la puzza, il carrello, etc.. In quel caso lì l'unica cosa da fare è quella di presentarsi di persona, dire: "sono io il tuo referente, non ci sono altri intermediari, sono a tua disposizione in qualsiasi momento, se ci sono dei deficit me lo dici perché ci possono essere, li risolviamo momento per momento fino alla fine del problema"».

Con l'attenzione rivolta ai carichi di lavoro, le direzioni hanno espresso una visione dei professionisti forse troppo paternalistica, ritenendoli non consapevoli delle conseguenze determinate dalle loro disattenzioni nei confronti dei pazienti. Ciononostante dimostrano di comprendere la difficile posizione di chi opera nei dipartimenti e pensano al mediatore come un professionista trasversale capace di agire sulla componente relazionale facilitando l'emersione - e quindi una maggior trasparenza e leggibilità - della dimensione conflittuale al fine di poterla meglio conoscere e gestire.

In questo senso si apre il complicato tema della terzietà del mediatore toccato dalla quasi totalità dei soggetti interpellati. Si noti il paradosso insito nell'espressione di un'idea di neutralità legata alla fiducia che deriva dal fatto che il mediatore conosca il contesto di lavoro. È ovvio che chi conosce un certo ambito in qualche modo vi appartiene e questo rende perlomeno arduo mantenere una posizione terza. Senza contare il fatto che già in partenza il mediatore è di fatto dipendente di un'azienda sanitaria. La necessità di essere tutelato, non da un procedimento teoricamente equo ma da qualcuno di cui potersi fidare, può essere variamente interpretata. In questa sede ci sembra adeguato ricondurla ad un localismo - che sembra irrinunciabile nel nostro paese - che garantisca rispetto a una realtà organizzativa che, pur essendo relativa ad uno specifico settore (la sanità), risulta declinata regionalmente in modo talmente vario da risultare ambigua e quindi minacciosa.

Lo spazio operativo disponibile al mediatore diventa così strettissimo lungo un margine in cui, più che la competenza, può forse l'autorevolezza e la 'personalità', se non la spregiudicatezza o l'incoscienza con tutti i rischi connessi. 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 individuare quattro modalità in cui collocare l'azione dei mediatori:

- 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.

Gli attori coinvolti in questa fase di ricerca hanno sicuramente fornito un contributo per identificare meglio l'intervento del mediatore e il network di competenze entro cui si interfaccia in relazione alle tematiche sopra elencate. Nel prossimo capitolo vedremo dunque come i mediatori formati si sono mossi all'interno dei contesti fin qui descritti.

CAPITOLO 4

MEDIATORI E CONFLITTI: COMUNITÀ IN PRATICA

Negli scorsi capitoli abbiamo assistito alla formazione di competenze per mediare i conflitti in ambito sanitario e abbiamo esplorato il contesto organizzativo in cui tali competenze andranno ad espletarsi in comportamenti e performance di gestione delle relazioni critiche fra operatori e utenti. Nel cercare di evidenziare le caratteristiche del progetto regionale e del contesto organizzativo in cui i mediatori andranno ad operare si è potuta così constatare l'esistenza di diversi attori che si posizionano con ruoli, pratiche, interessi e obiettivi differenti nelle varie circostanze.

Nel corso di questo capitolo verranno esposti i processi di definizione del ruolo e della pratica dei mediatori all'interno delle aziende sanitarie. In chiusura verrà introdotta la più recente azione di monitoraggio dell'impatto aziendale della mediazione - tuttora in corso - che coinvolge un ulteriore attore organizzativo: l'utente.

4.1 Premessa metodologica alle fasi di trasferimento, coordinamento, diffusione e monitoraggio

4.1.1 Obiettivi

L'obiettivo di questa fase della ricerca-intervento è quello di attivare un osservatorio da cui programmare costantemente azioni di organizzazione, trasferimento e diffusione relativi alla nuova funzione di mediazione dei conflitti.

A livello progettuale, l'obiettivo è di garantire un monitoraggio a livello regionale dell'attività dei mediatori che funga da supporto, con azioni pianificate di coordinamento, all'evoluzione del gruppo verso la configurazione di una comunità di pratica.

A livello della ricerca, gli obiettivi specifici sono:

- individuare le principali criticità operative connesse al ruolo di mediatore dei conflitti;
- integrare quanto emerso dal corso formativo in relazione alla figura del mediatore al fine di offrirne una definizione di ruolo ancor più precisa;
- valutare l'attività di ascolto e mediazione attraverso la rilevazione di dati riferiti agli utenti che ne usufruiscono.

4.1.2 Partecipanti

Questo passaggio di ricerca vede la partecipazione di diverse tipologie di soggetti.

Innanzitutto abbiamo i 19 tutor. I tutor sono figure di provenienza aziendale che hanno il compito di essere facilitatori, sia in fase formativa sia nell'espletamento della funzione di mediazione dei conflitti, attraverso l'esercizio di un governo delle relazioni organizzative interne per tutto il periodo dell'addestramento. I tutor appartengono alle 17 aziende regionali e alle due aziende extra-regione coinvolte (Azienda Ospedaliera – Ospedale di Lecco in Lombardia; Azienda Ulss 18 di Rovigo in Veneto) e come collocazione organizzativa si suddividono fra Medicina Legale (7), U.R.P. (3), Direzione Sanitaria (5), Direzione Infermieristica (2) e Direzione Amministrativa (2).

La seconda tipologia di soggetti coinvolti in questa fase è costituita dai mediatori dei conflitti formati che, con l'implementazione del terzo corso, raggiungono la quota di 67¹¹. Il gruppo dei mediatori risulta ora costituito da 50 donne (età media 43 anni) e 17 uomini (età media 46 anni). L'età media di tutti i partecipanti è di 43 anni.

Per quanto riguarda il titolo di studio abbiamo una forte prevalenza di soggetti laureati (tabella [IX]). Nella tabella [X] possiamo confrontare la distribuzione dei soggetti sulla base della loro collocazione aziendale. Più della metà dei partecipanti proviene dagli Uffici per le Relazioni con il Pubblico o dal comparto della Medicina Legale/Servizi Legali, seguiti dalla Direzione Sanitaria.

TITOLO DI STUDIO	PRIMO CORSO	SECONDO CORSO	TERZO CORSO	TOTALE
diploma scuola media superiore	3	3	3	9
diploma universitario (o laurea triennale)	2	6	7	15
laurea (o laurea specialistica)	17	13	13	43
Totale	22	22	23	67

Tabella IX: titolo di studio (primo, secondo e terzo corso).

COLLOCAZIONE AZIENDALE	PRIMO CORSO	SECONDO CORSO	TERZO CORSO	TOTALE
U.R.P.	5	8	10	23
Direzione Sanitaria	2	3	3	8
Medicina Legale	5	2	3	10
Servizi legali	3	3	0	6
Direzione Infermieristica	3	3	3	9
Servizi infermieristici	2	2	0	4
Direzione Amministrativa	1	0	0	1
Servizi amministrativi	0	1	0	1
Servizi tecnici	0	0	3	3
ASSR	1	0	1	2
Totale	22	22	23	67

Tabella X: collocazione aziendale (primo, secondo e terzo corso).

¹¹ Si aggiungono alle aziende già coinvolte il Montecatone Rehabilitation Institute di Imola e l'Ospedale Privato Nigrisoli di Bologna.

4.1.3 Strumenti

I dati presentati in questo capitolo sono stati raccolti in diverse fasi del progetto ed è quindi necessario riepilgarli tenendo presente la loro collocazione cronologica¹².

Per i 19 tutor aziendali è stato condotto un unico focus group alla conclusione del secondo corso formativo e sono stati utilizzati i verbali delle riunioni periodiche tenute almeno una volta all'anno fin dall'inizio del progetto.

Per i mediatori sono stati impiegati alcuni dati derivati dalle interviste semi-strutturate condotte con i partecipanti al primo e secondo corso, in particolar modo riferiti alla definizione del ruolo e della pratica del mediatore. In tal senso sono stati utilizzati anche i project work prodotti alla fine dei corsi formativi.

Nella trattazione verranno inoltre discussi i dati derivanti dalle rilevazioni annuali della casistica affrontata dai mediatori in ogni azienda e i materiali prodotti per il coordinamento dei mediatori (verbali di incontri, riunioni, supervisioni, intervizioni) e per la diffusione del progetto (eventi formativi e seminari, pubblicazioni e presentazioni a convegni).

¹² Si rimanda al diagramma di Gantt in appendice (Allegato [1]).

4.2 Il ruolo del mediatore nella pratica organizzativa

4.2.1 I mediatori: dalla teoria alla pratica

Attraverso le interviste è stato chiesto ai mediatori ancora in formazione di indicare quale dovrebbe essere il proprio ruolo in azienda e in quali casi tale figura professionale può intervenire con successo mediante l'utilizzo delle tecniche apprese.

I compiti e le competenze propri del ruolo di mediatore individuati dai discenti sono stati:

- 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;
- comprendere le ragioni del conflitto;
- 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 malpractice sanitaria;
- raggiungere un accordo ovvero trovare, ove possibile, un punto d'incontro extragiudiziale.

Gli obiettivi dell'attività del mediatore in azienda sono stati sostanzialmente identificati con:

- 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.

Sono emerse quattro possibili situazioni in cui poter utilizzare le tecniche apprese:

- ASCOLTO CON UTENTI,

l'ascolto è visto come una tecnica che potenzialmente può essere utilizzata in tutti i casi in cui si è verificato un conflitto di origine relazionale, dove c'è stato un difetto di comunicazione o un malinteso che ha generato insoddisfazione nell'utente. È una forma di personificazione

dell'azienda che offre agli utenti uno spazio non giudicante in cui poter esprimere liberamente le proprie emozioni e lamentele, e in cui poter essere riconosciuti nella propria totalità. Attraverso l'ascolto empatico può essere riguadagnata la fiducia nel professionista e nell'istituzione, permettendo all'azienda di recuperare credibilità e trasparenza rispetto al lavoro degli operatori. È vista come una pratica che può essere utilizzata anche nei casi in cui si è verificato un decesso o un danno fisico conclamato a causa di un operatore, perché aiuta a tranquillizzare l'utente e/o i familiari e a preparare il campo per un'eventuale negoziazione risarcitoria. Nei casi in cui è già stato avviato un percorso legale, l'ascolto può essere utile se c'è una componente relazionale che può essere recuperata, mentre può risultare inutile - o peggio fuorviante - se l'utente danneggiato è mosso solamente da un intento economico puro. Tutti i discenti concordano nell'affermare che l'ascolto sia inutile nei casi in cui l'utente presenti problematiche psichiatriche;

- ASCOLTO CON OPERATORI,

l'ascolto con operatori è un prerequisito indispensabile per poter avviare il percorso completo di mediazione, e può avvenire in due casi: a seguito di un reclamo di un paziente o per una lamentela propria o proveniente da un altro operatore. Nel primo caso, l'operatore può erigere delle difese in quanto sente di essere immediatamente accusato. Spesso i professionisti sono vittime di attacchi mediatici, si sentono giudicati, sotto controllo, sentono il peso dei pregiudizi e delle aspettative che i cittadini nutrono nei loro confronti. Per questo motivo tutti i partecipanti hanno evidenziato più volte la necessità di diffondere all'interno delle aziende la conoscenza dello strumento mediazione, per far capire agli operatori che viene data loro la possibilità di essere ascoltati senza essere giudicati, senza essere abbandonati.

I discenti hanno poi espresso il timore che la loro identità professionale all'interno dell'azienda e i rapporti con i colleghi possano costituire un ostacolo per il mantenimento della neutralità e per la disponibilità dei colleghi ad aprirsi. Risulta difficile vestire contemporaneamente i panni del dipendente aziendale, che magari conosce personalmente il professionista, e del mediatore, che deve garantire neutralità e privacy. Per questo motivo, alcuni ritengono che i mediatori dovrebbero essere colleghi appartenenti ad altre aziende. Ciononostante molti discenti sono convinti che se ci fosse un contesto adatto gli operatori accetterebbero il ruolo del mediatore e usufruirebbero di uno spazio tutelato in cui potersi esprimere. La mediazione, secondo i partecipanti, può anche aiutare a risolvere i problemi comunicativi che si verificano spesso tra gli operatori, e che si ripercuotono sulla qualità dei servizi offerti agli utenti;

- MEDIAZIONE FRA UTENTE E OPERATORE,

la mediazione si realizza dopo che sono stati effettuati gli ascolti individuali con il professionista e con l'utente. Le opinioni dei discenti si dividono rispetto ai casi in cui è già stata avviata un'azione legale: alcuni ritengono che la mediazione sia inutile, altri la vedono come una via che può procedere parallelamente a quella legale, in quanto spesso dietro le richieste di risarcimento danni ci sono dei vissuti dolorosi che possono essere accolti in

mediazione. Altri ancora avanzano il problema della privacy della seduta di mediazione in rapporto al meccanismo del contenzioso. Se un operatore ha commesso un errore è difficile che ammetta di avere sbagliato quando c'è una domanda risarcitoria in corso, soprattutto in una sede che non gode di legittimazione e garanzia di tutela. Nei casi invece in cui c'è stato un problema relazionale/comunicativo la mediazione può diventare un luogo di riconoscimento reciproco, dove entrambi i confliggenti diventano consapevoli della condizione e dei vissuti dell'altro. Questo può permettere un riavvicinamento e il ristabilirsi della comunicazione precedentemente interrotta. Alcuni discenti hanno affermato che il professionista potrebbe non accettare il confronto sul piano emotivo nascondendosi dietro letture e interpretazioni tecnico-cliniche del caso. Per questo è stata ipotizzata da alcuni l'opportunità di introdurre un medico nel pool di mediatori, per poter rispondere prontamente a tali esigenze;

- MEDIAZIONE FRA OPERATORE E OPERATORE,

gli intervistati sostengono che i conflitti tra operatori all'interno dell'azienda sono piuttosto frequenti. Alla base di tali situazioni di ostilità ci sono molte volte difficoltà di comunicazione che si riflettono poi sulla qualità del servizio offerto ai cittadini. I discenti vedono la mediazione, in questi casi, come uno strumento efficace.

Alcuni hanno però sottolineato che i rapporti gerarchici presenti all'interno dell'azienda possono costituire un ostacolo: nel caso, ad esempio, in cui si verifichi un conflitto tra medico e infermiere, quest'ultimo tenderebbe a sentirsi meno tutelato davanti all'azienda ed esistono comunque componenti sindacali che già si occupano di tali questioni. Visti inoltre i rapporti di conoscenza che ci possono essere tra i mediatori e i confliggenti/colleghi, molti hanno ipotizzato anche in questo caso la necessità di utilizzare mediatori esterni all'azienda, in grado di garantire la neutralità dell'intervento.

Secondo gli intervistati la promozione della mediazione e della figura professionale del mediatore all'interno dell'azienda può favorire, in ultima analisi, lo svilupparsi di un ambiente lavorativo più sereno e collaborativo.

4.2.2 La tutorship: i primi passi dentro le aziende

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 muove i primi passi all'interno delle aziende sanitarie. Pertanto da quest'ottica si può verificare il grado di permeabilità esistente nei contesti di lavoro e le criticità da considerare nel processo di sviluppo di tale ruolo.

4.2.2.1 Fare i conti con l'organizzazione

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.

I tutor hanno assunto la responsabilità di ricercare soluzioni organizzative che permettano un pieno utilizzo del mediatore, ma hanno incontrato alcune difficoltà nel definire il percorso di invio dei casi da trattare in mediazione. Questo passaggio, che presuppone una chiarezza delle interrelazioni tra i vari nodi organizzativi, si è spesso mostrato problematico.

«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 (ad esempio il Tribunale dei Diritti del Malato¹³) si sono inoltre 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 inizialmente frenato l'entusiasmo dei mediatori per tutelarli da critiche o da insuccessi, prestando particolare attenzione alla selezione dei casi su cui lavorare. Questa scelta è anche stata determinata dalla consapevolezza 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 inoltre molto impegnativa a livello di tempo, dato che i mediatori svolgono contemporaneamente anche altre funzioni. Emerge dunque la necessità di stabilire una durata massima per gli ascolti con gli utenti e un tempo fissato con cadenza periodica da dedicare alla mediazione.

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

¹³ Si tratta di associazioni no profit che si propongono di aiutare le persone ammalate e i loro familiari in seguito ad un evento tragico provocato da cure errate fornendo supporto a vari livelli (informativo, legale, etc.).

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».

4.2.2.2 Fare i conti con il cittadino

Significativa è la testimonianza di uno dei tutor in merito alla diffidenza 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'U.R.P., caratterizzati da una sovrapposizione di compiti e di protocolli paralleli che portano in ultima battuta a un sistema non coordinato di risposta all'utente (soprattutto rispetto alla conclusione formale del reclamo). Questa situazione ha generato perlomeno confusione e, talvolta, ha anche rischiato di vanificare i risultati raggiunti dagli ascolti o dalla mediazione:

«abbiamo un ottimo rapporto informale con l'U.R.P. che ci segnala i casi... Però bisogna che ci sia una sintonia culturale nella selezione dei casi, una logica di fondo comune. Se l'U.R.P. si attesta su posizioni formali e la mediazione su posizioni informali è difficile intendersi»;

«per ora siamo in una grande confusione: l'U.R.P. 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».

4.2.3 Alla ricerca dell'identità di ruolo

Le esperienze che i mediatori hanno condotto in azienda emerse nei primi incontri di supervisione e coordinamento hanno messo in evidenza quelle che possono essere le caratteristiche e le difficoltà di implementazione del proprio ruolo presso le aziende sanitarie. Le affermazioni dei soggetti rispetto ai compiti, agli obiettivi e alla pratica riflettono variegate posizioni non sempre reciprocamente conciliabili.

I mediatori hanno spesso dato vita, durante gli incontri di supervisione, a scontri di carattere valoriale ed emozionale sul significato della mediazione dei conflitti nei termini della traduzione operativa delle tecniche e dei concetti appresi. Alcuni elementi di frizione, peraltro già evidenziati dai direttori e dai professionisti, riguardano, ad esempio, il requisito di terzietà del mediatore. Dal punto di vista di alcuni mediatori risulta difficile immaginare come si possa conciliare il mantenimento di una posizione neutrale e un'azione di prevenzione di una possibile richiesta di risarcimento. Questo tipo di contraddizione è già stata esposta nel secondo capitolo e anche qui proviamo a darne un'interpretazione nei termini del rapporto fra tecnica e richieste del proprio ruolo.

Secondo il modello proposto dai formatori, la terzietà che caratterizza la posizione del mediatore è un prerequisito dell'efficacia dell'ascolto empatico che egli sta mettendo in atto: l'applicazione di questa tecnica offre un ristoro emotivo-relazionale al soggetto. Secondo gli obiettivi dell'azienda committente, il mediatore utilizza questa tecnica al fine di soddisfare le richieste che il proprio ruolo comporta, fra le quali c'è anche l'azione preventiva rispetto alle domande di risarcimento. Come termine di paragone si può portare un altro esempio preso dal campo dei servizi sanitari: l'ortopedico che cura la rottura del legamento crociato del ginocchio. Egli interviene anatomicamente con la tecnica che gli è propria - tagliando, inchiodando e ricucendo - al fine di soddisfare le richieste che il proprio ruolo comporta, ossia garantire una ripresa funzionale dell'articolazione compromessa e, in ultima analisi, ripristinare lo stato di salute del paziente. Facendo questo l'ortopedico assolve inoltre i suoi compiti rispetto all'organizzazione sanitaria che costituisce il suo datore di lavoro che gli corrisponde un salario - non perché taglia e cuce gli arti delle persone - ma perché migliora lo stato di salute degli individui che all'organizzazione si rivolgono. È plausibile dunque che alcuni mediatori percepiscano come accettabile la condizione di chi, come l'ortopedico, "fa del male a fin di bene", ma faticino a sopportare che il proprio intervento abbia dei fini che rischiano di trasformare la tecnica in qualcosa di nocivo all'utente, ad esempio con l'indiretta conseguenza di evitare una richiesta di risarcimento, come dire un "fare del bene a fin di male".

Questo tipo di sillogismo ha portato a frequenti incomprensioni fra tutor e mediatori. Questi ultimi si sono per un certo periodo opposti a condividere qualunque tipo di rendicontazione sulla loro attività, ponendo la riservatezza totale sugli ascolti effettuati con gli utenti e ostacolando così il fondamentale processo di legittimazione interna all'azienda e di integrazione con la rete di attori che si posizionano nei percorsi di reclamo.

Questa percezione di ambiguità e indeterminazione sul proprio ruolo, che si è spesso manifestata in aspri confronti nel gruppo dei mediatori, può essere ricondotta ad un'inevitabilità propria dei processi sociali di costruzione di senso. Per spiegare queste dinamiche richiamiamo la nozione di ambiguità e la distinzione tra senso e significato proposte da Weick (1993, p. 367):

«Quando ci troviamo entrambi in una situazione ambigua, io posso vederla e descriverla in un modo, tu puoi vederla altrimenti, e possiamo avere l'impressione di essere d'accordo su come percepire tale situazione perché vi è spazio per usare una varietà di interpretazioni e per consentire l'uno con l'altro, o avere un sentimento di consenso reciproco. Così andiamo avanti con quello che stiamo facendo. Dal punto di vista dell'evoluzione e dell'adattamento, ciò è molto funzionale, poiché se vediamo il mondo diversamente, se abbiamo diverse capacità e se pensiamo di essere d'accordo senza dover cambiare molto di noi stessi, allora per un certo periodo di tempo siamo in grado di tenere un elevato grado di diversità».

La condizione descritta è riscontrabile nei momenti formativi in cui i discenti si sono confrontati con la tecnica dell'ascolto attivo. In questo caso ci si è riferiti all'esperienza diretta, alla realtà dei vissuti, all'immediatezza della relazione. Siamo nella dimensione del *senso* che rimanda alla propensione preriflessiva, all'oscillazione emozionale che consente l'ambiguità e quindi la convivenza con la diversità. Il mondo del *significato* pone invece di fronte all'intenzionalità dichiarata e alla simbolizzazione dei vissuti collettivi, in questo caso esemplificati dalle varie posizioni relative alla più opportuna collocazione organigrammatico-funzionale della figura del mediatore all'interno dell'organizzazione.

Oltre ad un inevitabile quanto ovviamente auspicabile dibattito sulla natura del mediatore dei conflitti, dai project work prodotti alla fine dei corsi formativi e dalle prime attività aziendali sono emerse con chiarezza le principali difficoltà operative di implementazione del proprio ruolo. Presentiamo quanto segnalato in sintesi, rilevando una buona sovrapposibilità con quanto emerso dai dati raccolti dai tutor aziendali:

- PROBLEMA DELLA LEGITTIMAZIONE,

il cittadino vuole parlare con qualcuno che rappresenti in modo forte l'azienda, alcuni si vogliono rapportare direttamente con il direttore; l'operatore percepisce una doppiatura nel mediatore che si definisce neutrale, ma appartiene alla medesima organizzazione;

- PROBLEMA DELLE COMPETENZE,

spesso il cittadino vuole spiegazioni tecniche che non sempre il mediatore è in grado di fornire;

- PROBLEMA DEL TEMPO,

il percorso di ascolto e mediazione è molto impegnativo a livello di tempo e i mediatori svolgono anche altre funzioni;

- PROBLEMA DEL CARICO,

se il mediatore non è supportato deve sobbarcarsi un carico molto alto in termini di stress emotivo;

- PROBLEMA DEI PERCORSI,

necessità di integrazione con le altre componenti aziendali preposte alla gestione dei reclami (U.R.P.) e del contenzioso (Medicina Legale);

- PROBLEMA DEGLI OUTPUT,

necessità di presentare risultati tangibili e spendibili internamente ed esternamente all'organizzazione.

Gli elementi presentati portano ad alcune considerazioni dal punto di vista progettuale. 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.

4.2.4 Verso una comunità di pratica

Verranno ora presentate alcune azioni progettuali messe in campo al fine di sostenere il processo di costituzione di un'identità di ruolo dei mediatori dei conflitti. Molte di queste azioni sono tuttora in corso ed è quindi impossibile approntarne una lettura analitica e critica approfondita. Coerentemente con quanto esposto finora si farà riferimento alla nozione di comunità di pratica per capire fino a che punto questo concetto si adatti al gruppo di mediatori dei conflitti che operano nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna (Wenger, 2006; Zucchermaglio & Alby, 2006).

Una volta terminato il terzo corso formativo, l'ASSR ha promosso la costituzione di un gruppo di coordinamento al fine di garantire un soggetto di riferimento per il network regionale dei mediatori. Circa una decina di mediatori e due componenti appartenenti all'ASSR hanno così messo a disposizione tempo e risorse per lavorare ai nuclei problematici descritti in precedenza e per organizzare azioni di continuazione, mantenimento e diffusione di quanto prodotto.

Innanzitutto il gruppo di coordinamento ha individuato gli aspetti su cui focalizzare la propria azione.

In primo luogo, si è rilevata la necessità di adeguare il modello operativo proposto in sede formativa alla specifica realtà delle aziende sanitarie attraverso un'analisi delle pratiche esistenti e della loro eventuale documentazione formale con lo scopo di definire un processo generale caratterizzante il servizio di ascolto e mediazione in ambito sanitario che possa aspirare alla condivisione da parte di tutti i mediatori operanti in RER (PROBLEMA DEI PERCORSI E DELLE COMPETENZE). Questo punto riguarda in specifico le interazioni di confine e il possibile trasferimento delle pratiche aziendali dei mediatori.

Secondo Wenger (2000) i processi di confine possono essere valutati su tre dimensioni: coordinamento, trasparenza e negoziabilità. Agendo su tali componenti è possibile rendere coerente il funzionamento delle comunità di pratica. L'azione si è dunque orientata verso lo sviluppo della comprensione delle rispettive pratiche attraverso una prima proceduralizzazione tramite modelli di documenti. Ogni azienda gode in effetti della massima libertà rispetto alla collocazione organizzativa e funzionale dei mediatori, ma come abbiamo visto le esigenze e gli attori organizzativi con cui interfacciarsi sono comparabili. Questo lavoro ha portato ad un primo risultato, ossia la condivisione di una Istruzione Operativa¹⁴, formalizzata presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna. Tale documento definisce scopi, campo di applicazione, responsabilità e flusso operativo di un intervento di ascolto e mediazione dei conflitti ed è a disposizione per essere adattato nelle aziende sanitarie che lo richiedano. Un secondo prodotto è stato un accordo interaziendale siglato da quattro aziende (Azienda Usl di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Ospedale Privato Domus Nova di Ravenna e Montecatone Rehabilitation Institute di Imola) al fine di porre rimedio alla carenza di mediatori (PROBLEMA DEL TEMPO E DEL CARICO). Tale documento stabilisce le modalità di spostamento e di cooperazione delle équipes di mediatori da una realtà all'altra mettendo fra l'altro in pratica una possibile soluzione alla problematica della terzietà percepita dagli operatori.

In secondo luogo, il gruppo di coordinamento ha pianificato un'azione strutturata di promozione rivolta agli attori organizzativi che ruotano attorno ai servizi di ascolto e mediazione (PROBLEMA DELLA LEGITTIMAZIONE). Questa azione di diffusione si concretizza ancora una volta ai confini della comunità di pratica, cercando di creare connessioni, esplorare zone di permeabilità e di opportunità di crescita e scambio.

I primi eventi sono stati dedicati agli operatori U.R.P. tramite corsi orientati alla sensibilizzazione e alla informazione sulla mediazione dei conflitti, l'ascolto attivo e i processi di empatia. Successivamente, dato il permanere di difficoltà nella collaborazione reciproca, l'attenzione è stata focalizzata su tutti gli attori potenzialmente implicati, in particolar modo i tutor aziendali.

Fra le principali problematiche di comunicazione e interazione fra i tutor e i mediatori ne sono state individuate di carattere teorico e di carattere pratico. Da un lato esiste un'effettiva

¹⁴ L'Istruzione Operativa, spesso correlata ad una Procedura che contiene altresì parametri di controllo, è un documento formale in uso nelle Unità Operative delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna che descrive in dettaglio le modalità operative relative delle attività svolte all'interno di un processo.

difficoltà dei tutor nel comprendere le tecniche utilizzate dai mediatori nello svolgimento della loro attività avendo esse uno specifico fondamento teorico basato sulla fenomenologia emotiva che si esplica nell'*hic et nunc* dell'interazione fra confligente/i e mediatore. La situazione descritta fa sentire i suoi effetti anche sul lato pratico, dove emerge una scarsa integrazione informazionale che rende l'operato dei mediatori difficilmente comunicabile ai tutor stessi e ad altre interfacce organizzative, in particolare rispetto all'U.R.P. la cui attività risulta posta in molte aziende a monte (selezione dei casi) e valle (chiusura dei casi) dell'attività dei mediatori. La diversa collocazione organizzativa nelle aziende di tutor, mediatori, *risk manager* e responsabili U.R.P., rende quindi opportuna la promozione di azioni di interazione e di conoscenza tra tutti questi attori.

È stato organizzato un evento formativo dedicato ai soggetti sopra descritti orientato da una parte a fornire contributi in grado di chiarificare ulteriormente le basi teorico-pratiche che guidano l'attività dei mediatori, dall'altra a proporre all'approfondimento ed alla discussione le tematiche organizzative connesse alla mediazione. Oltre ai confini applicativi, è importante infatti garantire una funzionalità reciproca degli attori in gioco nei percorsi di ascolto e mediazione attraverso meccanismi di doppia interazione:

«Quando nelle organizzazioni il comportamento delle persone è tale da costituire un reciproco sistema di mezzi-fini, per cui il mio comportamento è per te un mezzo per un tuo scopo e viceversa (prima condizione), prevedibile in circostanze date (seconda condizione) ed altri comportamenti successivi possono essere probabilisticamente collegati ai primi (terza condizione), si crea un pattern di interdipendenza che si mantiene semplicemente appoggiandosi sulla possibilità di mutua previsione dei comportamenti. Non c'è bisogno di condivisione dei fini (e neppure di adottare le medesime spiegazioni del processo, che possono persino essere diverse fra i partner, se il requisito della mutua prevedibilità è soddisfatto). Condividere i medesimi obiettivi può aumentare la coesione, ma la condivisione degli obiettivi non costituisce la ragione dell'esistenza e nemmeno il collante principale delle organizzazioni» (Depolo, 1998, p. 119).

In questo senso è stato prodotto e proposto dal gruppo di coordinamento un modulo di rendicontazione per l'attività dei mediatori in tre versioni diversificate per informazioni contenute: una destinata al tutor, una all'U.R.P. e una all'équipe di mediazione. In tal modo si è creata la possibilità di coordinare azioni integrate salvaguardando allo stesso tempo il requisito di riservatezza e di privacy garantito ai confliggenti.

Alle azioni di diffusione e trasferimento vanno aggiunte le presentazioni effettuate in varie occasioni seminariali e convegni, nonché le pubblicazioni rivolte a chi opera nelle aziende sanitarie (ASR-RER, 2007; ASSR-RER, 2007) e, infine, la realizzazione di alcuni progetti formativi allo scopo di sensibilizzare personale medico, infermieristico e di *front-office* operante quotidianamente a stretto contatto con l'utenza sulle tematiche di gestione di situazioni relazionali critiche.

Un ulteriore punto attenzionato dal gruppo di coordinamento riguarda la necessità di supportare un sentimento di appartenenza al progetto regionale tramite il rafforzamento di una trama di connettività fra i mediatori, e lo sviluppo di una comune consapevolezza prodromica alla formazione di una vera e propria comunità di pratica. In tal senso è stata

stabilita l'opportunità di mantenere una calendarizzazione di incontri periodici definiti non più di supervisione, ma di intervizione, in cui monitorare pratiche e modelli di azione organizzativa (disegno del setting di mediazione, modelli di coordinamento con altri attori organizzativi, etc.). È stata inoltre colta l'occasione di un nuovo progetto formativo - tuttora in fase di progettazione¹⁵ - come momento in cui promuovere lo sviluppo di una consapevolezza meta-teorica degli strumenti appresi al fine di favorire da un lato la crescita professionale dei singoli mediatori, dall'altro il reciproco riconoscimento con i nuovi formandi.

Si è inoltre proceduto alla creazione di uno *sharepoint*¹⁶ telematico che risponda a due funzioni principali:

- funzione diffusiva, ossia la possibilità per i mediatori e per gli appartenenti al gruppo di coordinamento di rendere condivisi i materiali utilizzati o prodotti localmente (inviti ad eventi, presentazioni, articoli pubblicati, bibliografie, link di interesse, etc.);
- funzione costruttiva, ossia la fruizione costante di spazi di discussione comuni fra i quali si propone la definizione di una carta etica condivisa a livello di pratica regionale (codice deontologico del mediatore dei conflitti in ambito sanitario) 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.

Questo spazio virtuale nasce anche per cercare di porre rimedio alla fluidità di partecipazione agli incontri organizzati dovuta alla difficoltà di gestione di un gruppo piuttosto esteso a livello numerico.

Un ultimo punto riguarda la necessità di offrire ad interlocutori aziendali ed extra-aziendali una valutazione dell'efficacia di un intervento di ascolto e/o mediazione dei conflitti (PROBLEMA DEGLI OUTPUT). Data la natura delle tecniche utilizzate e il requisito della riservatezza, è piuttosto complicato fornire una lettura analitica degli output prodotti da un percorso di ascolto e mediazione. A questa esigenza si è cercato di dare una risposta tramite lo strumento che sarà introdotto nella prossima sezione di questo capitolo.

¹⁵ Questo progetto formativo si appoggerà a soggetti provenienti dal Dipartimento di Sociologia della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

¹⁶ Lo *sharepoint* è stato intitolato COAM, acronimo di "COMMunity Ascolto e Mediazione".

4.3 Azioni in corso: monitorare l'attività dei mediatori

Durante lo scorso biennio (2008-2009) è stata rilevata in modo sistematico l'attività dei servizi di ascolto e mediazione aziendali. Per poter avere una prospettiva sulla casistica regionale è stato richiesto alle équipes aziendali di mediatori di segnalare all'ASSR:

- i casi affrontati, intesi come identificabili dal singolo evento o dalla serie di eventi scatenanti la relazione conflittuale;
- il numero di cittadini coinvolti;
- il numero di professionisti coinvolti.

Durante il 2008 sono stati affrontati dai mediatori a livello regionale 174 casi, in cui sono stati coinvolti 154 cittadini e 103 operatori. Nel 2009 i casi affrontati scendono a 137 con 138 cittadini coinvolti e 71 operatori. A titolo puramente indicativo è possibile utilizzare come parametro di confronto la casistica derivata dagli U.R.P. regionali sui reclami aventi come oggetto elementi 'tecnico-professionali' o 'umano-relazionali'¹⁷. Questo dato ci offre un'indicazione quantitativa, certo non definitiva, sulla conflittualità regionale in ambito sanitario riferita alle tipologie di casi di cui si occupano anche i mediatori. Nel 2008 i reclami rientranti in tali categorie a livello regionale sono stati 2386 e nel 2009 ammontano a 2419. In proporzione possiamo affermare che l'operato dei mediatori oscillerebbe fra il 5% e l'8% del parametro preso in considerazione. Tale percentuale sarebbe ovviamente destinata a scendere se si prendessero in considerazione anche i dati sul contenzioso legale-assicurativo.

Assodata comunque una certa consistenza nella casistica rendicontata dai mediatori è stata messa in campo un'ulteriore azione di monitoraggio che rispondesse ad alcune problematiche progettuali emerse, quali la mancanza di indicatori intersoggettivamente verificabili anche al di fuori delle équipes di mediazione sugli esiti degli interventi effettuati e la necessità di fornire output di processo che favoriscano un meccanismo di legittimazione della figura del mediatore all'interno delle aziende. In primo luogo l'obiettivo di questa fase di ricerca è dunque il raggiungimento di una comprensione più accurata di ciò che accade a livello psicologico e sociale a chi partecipa ad un percorso di ascolto e mediazione dei conflitti in qualità di utente-cittadino. Il modello teorico elaborato è basato sulla letteratura che ha come oggetto la percezione di giustizia, ma prende spunto dal modello socio-legale di Felstiner *e al.* (Felstiner, Sarat, & Abel, 1980-1981). Tale modello postula che un individuo passa attraverso diverse fasi nel processo di reclamo:

¹⁷ Tali categorie derivano dalla classificazione delle segnalazioni condivisa a livello regionale da tutti gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico aziendali.

1. identificazione di una particolare esperienza come ingiusta o dannosa nei propri riguardi (*naming*);
2. attribuzione ad un altro individuo o organizzazione del danno che si percepisce di aver subito (*blaming*);
3. ricerca di risarcimento tramite reclamo verso chi si ritiene responsabile dell'accaduto (*claiming*);
4. rigetto della lamentela e quindi azione legale (*disputing*).

Lo schema in figura [11] mostra l'adattamento operato per la nostra ricerca tramite la raffigurazione del percorso che l'utente di un servizio compie dal momento in cui percepisce di aver subito un danno fino alla risoluzione del suo reclamo. Accanto a ogni passaggio c'è il corrispondente meccanismo psicologico che agisce indirizzando gli *step* successivi:



Figura 11: Fasi del processo di reclamo.

Nel passaggio da *esperienza di danno* a *naming*, l'individuo prova emozioni negative, guarda alla propria esperienza passata operando confronti e categorizza l'esperienza vissuta come "danno". Nel passaggio da *naming* a *blaming* si verifica una caratterizzazione morale dell'evento dannoso che porta sovente al reclamo. Per arrivare a questo l'individuo attribuisce a qualcuno la responsabilità dell'accaduto. Da *blaming* a *claiming e disputing* si verifica la decisione e l'attuazione del reclamo che può risentire di variabili individuali (come la motivazione alla cittadinanza attiva) e ambientali (es. socioanagrafiche). Da *claiming e disputing* agli *atteggiamenti finali* si sviluppa l'opinione dell'individuo rispetto al modo in cui l'organizzazione ha risposto al danno che egli percepisce di aver subito. L'individuo parteciperà ad un percorso di risoluzione del suo reclamo che passerà attraverso vari servizi di un'organizzazione e, anche se intermediato da un terzo (es. avvocato, enti di tutela, etc.), svilupperà atteggiamenti rispetto al processo al quale ha comunque partecipato come parte in causa.

Gli studi classici di psicologia della giustizia distinguono sommariamente fra due tipologie di giustizia percepita, procedurale e distributiva, che rispondono a due tipi di bisogni: essere trattati con rispetto in relazione ad un procedimento e godere degli esiti favorevoli di tale procedimento (Thibaut & Walker, 1975; Lind & Tyler, 1988; Tyler & Lind, 1992; Lind, 1994; Tyler T. , 2000). In teoria un intervento di mediazione garantisce un maggiore controllo sul processo da parte dei confliggenti che possono partecipare in prima persona al procedimento stesso. Tipicamente i soggetti accusati giudicano la mediazione come un metodo che offre maggiori opportunità di partecipazione rispetto ai processi formali e lo valutano dunque come più equo (McEwen & Maiman, 1984). D'altra parte chi accusa tende più spesso a scegliere altri metodi con l'idea che la mediazione non sia il modo migliore di fare i propri interessi (Tyler, Huo, & Lind, 1999). È ciò che viene definito *voice*, ossia la possibilità di essere ascoltati durante un processo di ristabilimento della giustizia. Seguendo la dicotomia fra giustizia procedurale e distributiva la *voice* può avere dunque un significato strumentale (influenzare il procedimento) o non strumentale (essere socialmente riconosciuti e considerati), ma viene comunque identificata con la possibilità di essere ascoltati durante il procedimento di risoluzione del conflitto e di ristabilimento della giustizia.

Impostato sulla base teorica qui brevemente accennata, è stato costruito e distribuito un questionario che misurasse dunque le dimensioni descritte. Oltre alla valutazione specifica di ciò che accade durante i colloqui, si intende ponderare l'apporto esplicativo delle variabili antecedenti (percezione di gravità dell'evento scatenante il conflitto, attribuzione di responsabilità) e l'influenza esercitata sulle variabili di output (atteggiamenti post-conflittuali verso l'azienda e volontà di proseguire un'azione legale).

Per questa fase della ricerca è attualmente in corso la raccolta dei dati e non è quindi possibile fornire ulteriori informazioni in merito. È opportuno però sottolineare che in alcune realtà aziendali le équipes di mediatori hanno apertamente osteggiato la distribuzione del questionario nonostante questa avvenga attraverso un protocollo metodologico volto a tutelare i mediatori stessi, i delicati casi affrontati e le prerogative del loro intervento a livello di riservatezza e privacy.

Il questionario di valutazione del servizio di ascolto e mediazione costituisce uno strumento pensato per fornire importanti feedback ai mediatori, alle aziende e all'ASSR sul funzionamento e sugli output dello strumento mediazione con riferimento specifico all'esperienza del servizio vissuta dall'utenza esterna all'organizzazione (pazienti e/o parenti che abbiano presentato reclamo) e per consentire di ricalibrare eventualmente funzioni e procedure. Esso si pone dunque come obiettivo l'espressione della voce dell'utenza anche rispetto al livello progettuale di questa ricerca-intervento.

CONCLUSIONI

La prima reazione che hanno avuto diversi soggetti accademici e alcuni addetti ai lavori dell'ambito sanitario rispetto al progetto relativo ai mediatori dei conflitti è stata l'immediata associazione con Benjamin Malaussène, celebre personaggio di un ciclo di romanzi di Daniel Pennac, di professione capro espiatorio. Il contesto sanitario può in effetti rivelarsi capace di trasformare un ruolo di questo tipo in un potenziale e privilegiato catalizzatore dell'esplosivo contenuto emotivo sprigionato dalle relazioni conflittuali che in tale ambito possono scaturire. Ma la situazione che è emersa nel corso di questa tesi è forse più complessa.

Allo stato attuale delle cose non è possibile ribattere a tali questioni fornendo una risposta definitiva. I processi organizzativi di integrazione dei mediatori fra di essi e con le rispettive realtà aziendali sono tuttora in corso. Utilizzando la terminologia lewiniana ci troviamo nella fase di spostamento (*moving*) in cui non è ancora chiaro quali saranno le caratteristiche del prossimo stadio di equilibrio. Richiamando ancora una volta il concetto di *sensemaking* possiamo offrire una lettura di percorso basata su alcuni punti che la ricerca-intervento condotta ha più volte evidenziato. Secondo Weick (1997), il processo di ricerca e costruzione di senso può essere innescato dal fatto che gli attori organizzativi percepiscano ambiguità in una determinata situazione. Esistono molteplici punti di indeterminatezza riferiti a vari aspetti del progetto e diffusi fra i soggetti che abbiamo incontrato lungo questa tesi (McCaskey, 1982).

Per i direttori e i professionisti, ad esempio, la natura stessa del problema è in questione. La definizione di conflitto da loro offerta non risulta univoca. Il tema del conflitto è parso intrecciarsi e confondersi spesso con altri problemi e comunque si è decisamente focalizzato su aspetti differentemente collocati all'interno dei processi organizzativi. Infatti i professionisti sono comprensibilmente attenti alle cause, mentre i direttori si concentrano sulle conseguenze. Come rilevato dalla letteratura, la componente medica si rivela in effetti quella più intensamente toccata dalla problematica relativa alla gestione del fallimento dell'alleanza terapeutica. In questo senso sarebbe forse opportuno pensare ad una nuova azione capace di coinvolgerla rendendola ancor più protagonista dell'evoluzione del progetto.

All'interno dello stesso gruppo dei mediatori convivono molteplici interpretazioni rispetto all'oggetto 'mediazione', talvolta conflittuali. I fatti e i loro significati vengono letti in molti modi diversi e spesso i soggetti si basano maggiormente sui valori personali e/o professionali

per dar senso alla situazione. Lo scontro valoriale spesso carica la situazione a livello emotivo. In tal senso l'azione della ricerca-intervento e della stessa committenza è stata spesso indirizzata a 'mediare i mediatori'. Alcuni punti di incertezza derivano da mancanze strutturali, di tempo e risorse. Non dimentichiamo che il percorso di ascolto e mediazione è molto impegnativo a livello di tempo e i mediatori svolgono anche altre funzioni. Data l'estensione del gruppo dei mediatori non è quindi sempre chiaro chi siano i detentori delle micro-decisioni che indirizzano la nascente comunità di pratica, considerata anche la fluidità con cui i soggetti entrano ed escono dall'arena decisionale. Rispetto al delicato e centrale tema della terzietà del mediatore la situazione presenta, ancora una volta, caratteristiche, relazioni e richieste apparentemente incoerenti, quasi paradossali, anche se la condivisione di un codice etico potrebbe forse mettere ordine a questo tipo di problematica.

Lo strumento del questionario per gli utenti, recentemente introdotto, mira a restituire al progetto e a chi vi partecipa alcuni punti fermi: indicazioni per misurare gli esiti della mediazione e miglior comprensione delle relazioni di causa-effetto connesse alla pratica. Alcune reazioni negative a cui si è già accennato relativamente al questionario confermano la necessità di porre una costante attenzione ai rapporti e alle relazioni - anche a livello interpersonale - che circondano uno strumento che ha mostrato elementi di instabilità.

Fino a quando la situazione rimarrà in questa configurazione ci sarà spazio per la discussione e per l'avanzamento del processo di costruzione di senso. Ciò non significa che non siano stati prodotti risultati tangibili di cui è lecita la condivisione.

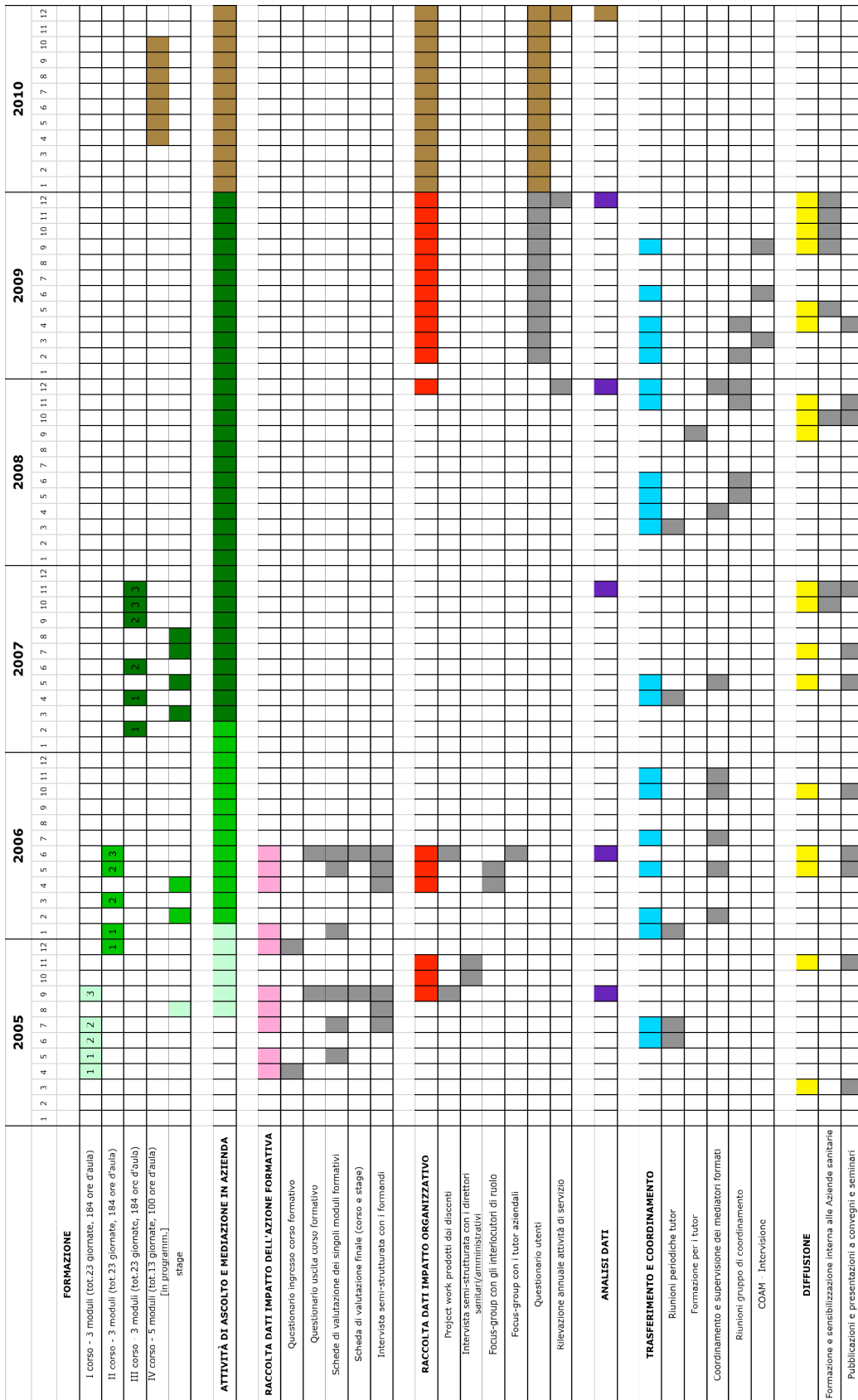
Finora possiamo ritenere di aver prodotto alcune fondamentali indicazioni operative sui punti nevralgici toccati da un sistema di gestione dei conflitti che utilizzi strumenti relazionali quali la mediazione dei conflitti in organizzazioni complesse:

- la necessità di dover importare uno strumento sofisticato di tipo "umanistico" in contesti orientati alla definizione di obiettivi e risultati in modo più meccanico e razionale richiede molta attività di promozione e sostegno;
- è uno strumento di utilizzo individuale e basato sulla libera scelta da parte degli eventuali usufruttori, quindi non in grado di dare risultati evidenti dal punto di vista della comunità e delle organizzazioni se non in tempi medio-lunghi;
- interviene ad un livello molto specifico (la relazione) e perciò deve essere integrato in processi di respiro organizzativo più ampio, altrimenti corre il rischio di dare soddisfazione nell'immediato, ma di non risolvere i problemi complessivi, di cui la parte relazionale è solo una componente.

Alla luce del percorso fatto finora, giocato su più livelli di ricerca e di intervento, e considerando nel loro apporto complessivo le posizioni e le azioni dei soggetti coinvolti, non possiamo che rimarcare la crucialità e l'insopprimibilità della tematica conflitto nell'ambito dei servizi sanitari quale motore di cambiamento che costringe l'organizzazione a riflettere su sé stessa e ad interrogarsi sulla propria capacità di adattamento e flessibilità.

APPENDICE

Allegato [1] Diagramma di Gantt



Allegato [2] Strumenti di raccolta dati relativi al corso formativo

QUESTIONARIO DI INGRESSO

- Quali sono i primi 5 termini che associa alla parola mediazione?
(5 caselle a disposizione)
- Secondo lei quale dovrebbe essere il ruolo/compito del mediatore all'interno dell'azienda sanitaria in cui lavora?
(domanda aperta)
- Quali sono le sue aspettative nei confronti del corso?
(domanda aperta)
- Riporti un esempio concreto in cui a suo parere può essere utile l'intervento del mediatore
(domanda aperta)

QUESTIONARIO DI USCITA

- Quali sono i primi 5 termini che associa alla parola mediazione?
(5 caselle a disposizione)
- Secondo lei quale dovrebbe essere il ruolo/compito del mediatore all'interno dell'azienda sanitaria in cui lavora?
(domanda aperta)
- Le tre cose che porto a casa rispetto alle mie aspettative.
(3 caselle a disposizione, domanda aperta)
- Le tre cose che non porto a casa rispetto alle mie aspettative.
(3 caselle a disposizione, domanda aperta)
- Riporti un esempio concreto in cui a suo parere può essere utile l'intervento del mediatore.
(domanda aperta)

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI SINGOLI MODULI

- Se dovessi fare un bilancio complessivo del primo/secondo/terzo modulo quanto ti senti soddisfatto?
- Qui di seguito devi valutare l'atmosfera del gruppo, indicando con una crocetta il tuo giudizio per ciascun aggettivo (gratificante, pigra, cooperativa, competitiva, giocosa, orientata al compito, conflittuale, sfuggente, tesa).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0					5
per nulla					moltissimo

- Come valuti la struttura del modulo (simulazioni, discussioni, etc.) ai fini dell'apprendimento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0					5
per nulla efficace					moltissimo

- ❖ In che misura ritieni che il modulo abbia perseguito gli obiettivi prefissati?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0%										100%

SCHEDA DI VALUTAZIONE FINALE (CORSO E STAGE)

▪ Modalità di svolgimento dello stage:

- organizzazione di momenti d'ascolto finalizzati all'utilizzo delle tecniche
- uso delle tecniche apprese nello svolgimento delle attività routinarie dell'ufficio
- altro (specificare_____)

○ Gradimento complessivo dello stage.

○ Come valuta l'efficacia del tutor per lo svolgimento dello stage?

○ Gradimento complessivo dell'iniziativa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0					5
per nulla					moltissimo

❖ Come valuta l'adeguatezza della durata del corso rispetto agli obiettivi?

❖ In quale misura gli obiettivi del corso sono stati raggiunti?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0%										100%

INTERVISTA ONE-TO-ONE SEMI-STRUTTURATA

- Ritiene che il corso le abbia fornito nuove conoscenze nel campo della mediazione (teoriche)? Se sì, quali? Se no, cosa si aspettava?
- Il corso le ha fornito nuovi strumenti di lavoro (pratici) per operare nel campo della mediazione? Se sì, quali? Se no, cosa si aspettava?
- A questo punto del percorso formativo ritiene di dover approfondire alcuni dei temi proposti? Se sì, perché e con chi vorrebbe farlo?
- Rispetto all'idea che si è fatta del mediatore, pensa che il percorso formativo fatto sino ad ora sia rispondente? Se no, perché e quali modifiche apporterebbe?
- Come si è trovato con gli altri corsisti, con i docenti, con chi gestisce l'organizzazione del corso?
- Secondo la sua esperienza di lavoro, quali sono i casi su cui è possibile utilizzare tecniche di mediazione (es. empatia, ascolto attivo)?
- Quali sono i casi su cui attivare il percorso completo di mediazione?
- Osservazioni da parte dell'intervistatore.

BIBLIOGRAFIA

- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arielli, E., & Scotto, G. (2003). *Conflitti e mediazione: introduzione a una teoria generale*. Milano: Bruno Mondadori.
- ASR-RER. (2007). *Gestione del rischio in Emilia-Romagna. 1999-2007* (Vol. 146). Bologna: ASR-RER.
- ASR-RER. (2005). *Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004* (Vol. 114). Bologna: ASSR-RER.
- ASR-RER. (2007). *Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Dossier 158*. Bologna: ASR-RER.
- ASSR-RER. (2007, Novembre 1). La gestione del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie. Una proposta regionale. Bologna, BO, Italia.
- ASSR-RER. (2008). *Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007* (Vol. 171). Bologna: ASSR-RER.
- ASSR-RER. (2009). *Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008* (Vol. 181). Bologna: ASSR-RER.
- Bachtin, M. (1988). *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*. Torino: Einaudi.
- Baruch Bush, R. A., & Folger, J. P. (1994). *The promise of mediation: responding to conflict through empowerment and recognition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berti, C. (2005). Giustizia, processi di categorizzazione e identità sociale. In G. Sarchielli, & B. Zani, *Persone, gruppi e comunità. Scritti di psicologia sociale in onore di Augusto Palmonari* (p. 23-52). Bologna: il Mulino.
- Berti, C. (2002). *Psicologia sociale della giustizia*. Bologna: il Mulino.
- Besemer, C. (1999). *Gestione dei conflitti e mediazione*. Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele.
- Bramanti, D. (2005). *Sociologia della mediazione. Teorie e pratiche della mediazione di comunità*. Milano: Franco Angeli.

- Brunod, M., & Olivetti Manoukian, F. (2008). La ricerca-azione nelle organizzazioni in una prospettiva psicosociologica. In F. P. Colucci, M. Colombo, & L. Montali, *La ricerca-intervento* (p. 147-172). Bologna: il Mulino.
- Buscemi, A. (2009). *Il risk management in sanità. Gestione del rischio, errori, responsabilità professionale e aspetti psicologici*. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., & Panizza, R. M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: explaining the diversity. *Human relations* , 59, 783-814.
- Castelli, S. (1996). *La mediazione: teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cinotti, R. (2004). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Colucci, F. P., Colombo, M., & Montali, L. (2008). *La ricerca-intervento*. Bologna: il Mulino.
- Dahrendorf, R. (1959). *Class and class conflict in industrial society*. Stanford: Stanford University Press.
- Depolo, M. (1998). *Psicologia delle organizzazioni*. Bologna: il Mulino.
- Deutsch, M. (2002, October). Social Psychology's Contributions to the Study of Conflict Resolution. *Negotiation Journal* , 307-320.
- Deutsch, M. (1973). *The resolution of conflict*. New Haven: Yale University Press.
- Di Giacomo, J. P. (1985). *Rappresentazioni sociali e movimenti collettivi*. Napoli: Liguori.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: University Press.
- Felstiner, W. L., Sarat, S., & Abel, R. L. (1980-1981). The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming. *Law & Society Review* , 15 (3/4), 631-654.
- Ferrara, M. (2008). *Derive e prospettive della mediazione sociale*. Cagliari: Punto di Fuga.
- Fortuna, F., & Tiberio, A. (1999). *Il mondo dell'empatia: campi d'applicazione*. Milano: Franco Angeli.
- French, K. (2003). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *International Journal of Nursing Studies* , 40, 525-541.
- Friedman, V. J. (2001). Action science: creating communities of inquiry in community of practice. In P. Reason, & H. Bradbury, *The handbook of action research: participative inquiry and practice* (p. 159-170). London: Sage.
- Gaddi, D., Marozzi, F., & Quattrocchio, A. (2003). Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica. *Rivista Italiana di Medicina Legale* , 25 (2), 839-856.
- Galtung, J. (1982). *Gandhi Oggi*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Galtung, J. (1996). *Pace con mezzi pacifici*. Milano: Esperia.

- Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture*. New York: Basic Books.
- Glasl, F. (1997). *Konfliktmanagement. Ein handbuch für führungskräfte, beraterinnen und berater*. Bern-Stuttgart: Paul Haupt-Freies Geistesleben.
- Gobo, G. (2000). *Le risposte e il loro contesto. Processi cognitivi e comunicativi nelle interviste standardizzate*. Milano: Franco Angeli.
- Goffman, E. (1969). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: il Mulino.
- Good, B. J. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di comunità.
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *The Academy of Management Review*, 12 (1), 9-22.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: yesterday, today and tomorrow. *Journal of Management*, 16 (2), 399-432.
- Grinberg, L., Sor, D., & Tabak de Bianchedi, E. (1993). *Introduzione al pensiero di Bion*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hampshire, S. (2001). *Non c'è giustizia senza conflitto. Democrazia come confronto di idee*. Milano: Feltrinelli.
- Hill, T., & Westbrook, R. (1997). SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall. *Long Range Planning*, 30 (1), 46-52.
- Kessler, D., & McClellan, M. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, 111 (2), 353-390.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Le Boudec, G. (1986). Implicazioni metodologiche degli studi sulle rappresentazioni sociali. *Psicologia e società*, 8-19.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA* (272), 1851-18.
- Levati, W., & Saraò, M. V. (2002). *Psicologia e sviluppo delle risorse umane nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
- Lewin, K. (2005). *La teoria, la ricerca, l'intervento*. (F. P. Colucci, A cura di) Bologna: il Mulino.
- Lind, E. A. (1994). *Procedural justice, disputing and reactions to legal authorities*. Chicago: American Bar Foundation.
- Lind, E. A., & Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York: Springer.
- McCaskey, M. B. (1982). *The executive challenge: managing change and ambiguity*. CA: Pitman Marshfield.

- McEwen, C. A., & Maiman, R. J. (1984). Mediation in Small Claims Court: Achieving Compliance through Consent. *Law & Society Review* , 18 (1), 11-50.
- Miall, H., Ramsbotham, O., & Woodhouse, T. (1999). *Contemporary conflict resolution*. Cambridge: Polity Press.
- Montali, L. (2008). La ricerca-azione: questioni epistemologiche di metodo. In F. P. Colucci, M. Colombo, & L. Montali, *La ricerca-intervento* (p. 95-118). Bologna: il Mulino.
- Morineau, J. (1998). *L'esprit de la médiation*. Parigi: ERES Trajets.
- Morrison, G., & Robson, R. (2003). The Final ADR Frontier: Conflict Resolution in Health Care. *ACResolution* , 20-21.
- Olivetti Manoukian, F. (1998). *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Bologna: il Mulino.
- Piccardo, C., & Benozzo, A. (1996). *Etnografia organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Quaglino, G. (1985). *Fare formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Quaglino, G., & Carrozzi, G. (1981). *Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*. Milano: Franco Angeli.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: values, research and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robert, M. (A cura di). (1984). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. St-Hyacinthe, Quebec: Edisem.
- Robson, R., & Morrison, G. (2003). ADR in health care: the last big ADR frontier? *ACResolution. The Quarterly Magazine of ACR* , 1-1.
- Sackett, D. L., Rosebreg, W. M., & Gray, J. A. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* (312), 71-72.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Shortell, S. M. (1995). Assessing the evidence on CQI: is the glass half empty or half full? *Hospital and Health Service Administration* , 40 (1), 4-24.
- Spaltro, E. (2005). *Conduttori. Manuale per l'uso dei piccoli gruppi*. Milano: Franco Angeli.
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (2008). *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore*. Roma: Franco Angeli.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2004). Medical malpractice. *New england Journal of Medecine* (350), 283-292.

- Szmania, S. J., Johnson, A. M., & Mulligan, M. (2008). Alternative dispute resolution in medical malpractice: a survey of emerging trends and practices. *Conflict Resolution Quarterly*, 26 (1), 71-96.
- Thibaut, J. W., & Walker, L. (1975). *Procedural Justice: A Psychological Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tyler, T. R., Huo, Y. J., & Lind, A. E. (1999). The two psychologies of conflict resolution: Differing antecedents of pre-experience choices and post-experience evaluations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 2 (2), 99-118.
- Tyler, T. (2000). Social justice: outcome and procedure. *International Journal of Psychology*, 35 (2), 117-125.
- Tyler, T., & Lind, E. A. (1992). A relational model of authority in groups. In M. P. Zanna, *Advances in Experimental Social Psychology* (p. 115-191). San Diego, CA: Academic Press.
- Valdambri, A. (2008). *La gestione dei conflitti in ambito sanitario*. Roma: il Pensiero Scientifico.
- Vecchia, M. (2003). *Hapù - Manuale di tecnica della comunicazione pubblicitaria*. Milano: Lupetti.
- Weick, K. (1993). *Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi*. Torino: Isedi.
- Weick, K. (1997). *Senso e significato nell'organizzazione. Alla ricerca delle ambiguità e delle contraddizioni nei processi organizzativi*. Raffaello Cortina: Milano.
- Wenger, E. (2000). Communities of practices and learning systems. *Organization*, 7 (2), 225-246.
- Wenger, E. (2006). *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wiley, N. (1988). The micro-macro problem in social theory. *Sociological Theory*, 6 (254-261).
- Zammuner, V. L. (1998). *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Bologna: il Mulino.
- Zani, B., Selleri, P., & David, D. (1994). *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Roma: la Nuova Italia Scientifica.
- Zucchermaglio, C., & Alby, F. (2006). *Psicologia culturale delle organizzazioni*. (C. Zucchermaglio, & F. Alby, A cura di) Roma: Carocci.