

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *“Mediazione dei conflitti in ambito sanitario”*

Daniela Negrini*,
Antonella Padovani**

* *Responsabile Ufficio Relazioni con il pubblico Istituto Ortopedico Rizzoli*

** *Responsabile Ufficio Relazioni con il pubblico AUSL Imola*

“Sosteniamo che vi è una parola inascoltata. È la quota di sofferenza che preme per trovare spazio e non lo trova. Sosteniamo che la mediazione può far fronte alla parola inascoltata. Essa grida rabbiosa e pretende riconoscimento”

Questa riflessione iniziale sintetizza quello che di seguito vogliamo farvi conoscere: la mediazione dei conflitti in ambito sanitario.

Da diverso tempo si sente parlare da più parti di “errori medici” e di “malasanità” ed i dati statistici confermano che vi è un notevole incremento delle denunce da parte dei cittadini con una crescita esponenziale di richieste di risarcimento danni.

Questi accadimenti hanno indotto molte assicurazioni ad abbandonare le polizze per la sanità e quelle che sono rimaste sul mercato propongono premi particolarmente elevati che incidono pesantemente sui bilanci delle Aziende sanitarie.

Negli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), dove lavoriamo nel ruolo di interfaccia con il cittadino e con l’Azienda, quotidianamente constatiamo l’aumento del senso di insoddisfazione dei cittadini ed una crescente delusione rispetto alle aspettative con conseguente escalation delle manifestazioni di conflittualità e di contenzioso.

Perché è accaduto questo? L’atteggia-

mento del paziente nei confronti del medico e delle figure professionali è mutato nel tempo: non esiste più l’atteggiamento reverenziale e di soggezione del cittadino nei confronti dei professionisti e di tutto il sistema sanitario. Oggi il cittadino è diventato un “cittadino consapevole”, che vuole essere adeguatamente informato e coinvolto nei suoi percorsi di cura, chiede alle strutture erogatrici delle prestazioni un ambiente idoneo ai suoi bisogni ed ai professionisti una maggiore informazione e relazione.

Ed è soprattutto nei confronti di questo aspetto che occorre puntare l’attenzione perché rispetto alle modificate richieste del cittadino non sempre corrisponde da parte nostra, cioè di coloro che operano in sanità, una presa di coscienza del mutamento con una conseguente modificazione dei nostri comportamenti.

Sempre più, infatti, ci si trova di fronte a richieste di risarcimento che evidenziano una non adeguata comunicazione fra il paziente e/o i suoi famigliari ed il personale sanitario e sempre più spesso il paziente ha delle aspettative molto alte rispetto ai risultati della medicina e non accetta o il naturale evolversi della malattia o la comparsa di semplici complicanze che vengono così classificate come “errori”.

Questi fenomeni hanno indotto le Aziende sanitarie ad individuare delle ipotesi di soluzione che, coinvolgendo molteplici professionalità, possono determinare dei cambiamenti a livello delle organizzazioni aziendali.

In questa ottica sono stati attivati i Progetti di Gestione del Rischio (Risk Management) per la costruzione di percorsi e di azioni rivolte alla gestione efficace degli eventi negativi ed avversi e con l’obiettivo di agire sulle organizzazioni per identificare e ridurre i rischi di danni per i pazienti e gli operatori (disegno organizzativo integrato).

Un ulteriore obiettivo che è stato identificato è stato quello di ricondurre la relazione tra il professionista ed il paziente ad un livello più empatico in modo da evitare l’attivazione di un conflitto giudiziale, pur soddisfacendo le eventuali legittime pretese. La mediazione dei conflitti nelle Aziende si propone, pertanto, di affrontare tutti quei casi in cui è lesa e conflittuale la relazione comunicativa con il cittadino.

Ma cosa si intende per mediazione?

“La mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono 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”.

Abbiamo sottolineato la “riorganizzazione delle relazioni” perché questo è il cardine del percorso di mediazione: un processo volontario con il consenso degli attori. All’interno di questo percorso il mediatore diventa il “terzo neutrale” (come ci ha detto un nostro docente... “come un’ombra sul muro”...) che facilita i contendenti nella loro ricerca di accordo, secondo una modalità che mira a riattivare i canali della comunicazione ed alla ricostruzione della relazione fra le parti.

In ambito sanitario la mediazione diventa quindi un’opportunità affinché il paziente incontri il professionista (medico, infermiere, dirigente, ecc.) in un ambiente non formale che esula dal rito giudiziario ed in condizioni che permettano a ciascuno di poter esprimere valori, emozioni e sentimenti che hanno portato alla conflittualità, nell’ottica del riconoscimento reciproco.

E sono proprio questi gli aspetti che differenziano la mediazione da altri percorsi come il processo giurisdizionale, la negoziazione, la conciliazione o l’arbitrato: queste prevedono procedure formali dove l’obiettivo è il raggiungimento di un accordo con previsione di rimborso o di persuasione di una delle due parti.

Inoltre nella mediazione non vi è la ricerca del giusto e dello sbagliato, di chi ha ragione e di chi ha torto ma vi è una ricerca dell’emotività e dell’affettività del singolo che cerca di riconquistare una sua identità personale consapevole che questa identità è stata riconosciuta anche dall’altro.

Ma tutto questo come avviene?

L’**ascolto delle parti** è il motore che attiva una trasformazione della relazione in quanto permette all’emotività di uscire senza il timore di un giudizio, facilita la consapevolezza del dolore e della sua elaborazione, in un percorso personale dove il mediatore supporta ma non interviene. Per questi motivi si parla di “mediazione trasformativa”.

Il queste righe non si vuole entrare in merito alla specificità della “metodologia della mediazione” ma quello che si vuole mettere in evidenza in questo percorso è la capacità del mediatore di mettersi in una posizione di ascolto empatico, non giudicante, distaccato dagli eventi, creando un rapporto con i confliggenti che riconduca alla personalizzazione dei rapporti, trattando le persone e non il caso.

È attraverso questa tecnica che l'ascolto rende possibile l'arte maieutica del mediatore: *“Si diventa mediatori attraverso un processo di demistificazione: si impara finalmente ad incontrare l'altro per quello che egli/ella è. Lo strumento del mediatore è lo specchio. Il mediatore si pone, infatti, quale specchio che accoglie le emozioni dei protagonisti per rifletterle”*.

Crediamo vada sottolineato come il mediatore non sia, e non debba essere, impermeabile a quanto accade nella mediazione; anche egli assorbe le emozioni e spesso i suoi vissuti emozionali vengono stimolati e riportati a galla con forza. Ecco perché il mediatore deve essere in grado di gestire anche il suo vissuto e fare in modo di controllarlo impedendogli di interferire con l'ascolto e la partecipazione alla mediazione, e questo è possibile solo formandosi con un percorso preciso.

Come si svolge il percorso di mediazione? Il percorso si articola con i colloqui preliminari dei confliggenti in modo individuale in cui si spiegano le tappe, i loro obiettivi e si ascolta la persona. Al termine dei colloqui individuali si chiede se vi è la volontà di proseguire il percorso e, se vi è tale disponibilità da parte di ambedue le parti, si giunge alla mediazione - che può prevedere anche più incontri - in cui i due confliggenti si incontrano. A distanza di circa un mese è possibile organizzare gli incontri di post-mediazione come continuazione dell'accoglienza e disponibilità all'ascolto.

Gli ascolti e la mediazione stessa prevedono la presenza di tre mediatori perché, proprio per quanto fin qui descritto, un solo mediatore non garantisce un ascolto di tipo empatico, cosa che invece accade quando sono presenti più operatori con le loro diverse sensibilità ed attenzioni che tra loro possono interagire per far emergere quel mondo emotivo che abbiamo citato prima.

Un breve accenno rispetto a quali casi vengono portati alla mediazione: si sceglie di mediare i casi in cui si rilevano

conflitti di tipo relazionale o quando si ritiene che la mediazione possa facilitare un eventuale percorso di negoziazione risarcitoria.

Per completare la descrizione del percorso occorre anche citare la figura del **tutor**, il professionista che nell'ambito dell'organizzazione aziendale ha il compito, in sintesi, di creare le condizioni perché il processo di mediazione si possa realizzare (individuazione dei percorsi interni per la “scelta dei casi”, scelta dell'ambiente, organizzazione degli incontri) e perché si diffonda la cultura della mediazione nell'Azienda.

Chi sono i mediatori in ambito sanitario? Ci sembra utile riprendere il discorso iniziale dei contenziosi e delle scelte aziendali per affrontare i nuovi problemi organizzativi ed il percorso della gestione del rischio.

L'Agenzia Sanitaria Regionale nell'ambito del Progetto Gestione del Rischio ha identificato un Sottoprogetto con il titolo “Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle strutture sanitarie” all'interno del quale ha ricondotto “La Mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle Organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna”. È stato previsto ed organizzato dalla stessa Agenzia Sanitaria un percorso formativo (attualmente è in corso la terza edizione) che prevede la partecipazione ed il contributo anche di Aziende extra-regionali.

La formazione, affidata ad una Agenzia di mediazione, ha come obiettivo la formazione di competenze interne alle Aziende sanitarie al fine di ridurre le conflittualità, stimolare l'adozione da parte delle figure sanitarie di comportamenti che possano ridurre le possibilità di conflitti con gli utenti, prevenire situazioni conflittuali che possano trasformarsi in richieste di risarcimento danni.

È stato pertanto richiesto alle Aziende di individuare operatori con rapporti di dipendenza con il Servizio sanitario regionale scegliendo fra tutte le professioni - medici, medici legali, capisala, infermieri, amministrativi, operatori e responsabili URP, ecc. - con impegno, sempre per le Aziende, di prevedere le modalità di inserimento del mediatore nei percorsi del Risk Management e della Gestione dei Sinistri in modo sistemico. Quindi il percorso può prevedere che il gruppo di mediatori sia composto da diverse professionalità.

La scelta dei partecipanti al corso di formazione si basa sulla valutazione, da

parte dei docenti, del curriculum professionale e di un colloquio di valutazione motivazionale ed attitudinale. Infatti deve essere scelta la persona che provenga dall'interno dell'Azienda e che in essa abbia maturato una consistente esperienza lavorativa, che abbia sviluppato un'attenzione alle relazioni umane e con le seguenti doti personali: capacità di realismo, distacco e neutralità, flessibile e con forte capacità di adattarsi a situazioni imprevedibili, capacità di cogliere negli altri aspetti importanti per la “soluzione” e capacità di sapere quando suggerirli.

L'obiettivo generale della formazione è di consentire a coloro che vi hanno partecipato di svolgere l'attività di ascolto e mediazione e di gestire le conflittualità, con capacità di un inserimento nel contesto organizzativo aziendale.

Il corso si svolge in aula dove non vengono fornite nozioni ma è continua la sperimentazione e la simulazione di casi, con analisi approfondita degli stessi e dei comportamenti degli attori coinvolti. Viene poi effettuata una sperimentazione a livello aziendale e, cosa molto importante, l'Agenzia sanitaria organizza periodicamente degli incontri con i mediatori per l'approfondimento della formazione e per momenti di supervisione dei casi trattati e delle esperienze vissute.

Al termine del corso è previsto un momento di valutazione da parte dei docenti che non è un momento di “superamento di un esame” ma un momento di confronto in cui viene riconosciuta l'idoneità della persona a svolgere il ruolo di mediatore.

Chi ha scritto queste righe è consapevole di non avere descritto in modo particolarmente approfondito tutti gli aspetti che questa nuova figura si trova a svolgere in sanità ed è anche cosciente che tanti aspetti inerenti l'inserimento della figura del mediatore nell'organizzazione sono rimasti sospesi. Ma tutto quello che vi abbiamo descritto è nuovo e si sta inserendo nelle Aziende in modo diverso da una realtà all'altra, per cui riteniamo sia presto anche per “tirare delle somme”.

Noi, inoltre abbiamo fatto un'esperienza di servizio di mediazione interaziendale: le Aziende AUSL di Imola e IOR di Bologna hanno messo in comune le risorse e noi, responsabili dei due URP, abbiamo lavorato insieme come unico team di mediazione. Questo team composto da mediatori di Aziende diverse ha come

valore aggiunto una maggiore neutralità e un arricchimento di esperienze. Ad oggi abbiamo svolto diversi colloqui ed alcune mediazioni: sono state delle bellissime esperienze che ci hanno molto impegnato a livello personale ed emotivo (gli ascolti lasciano sempre un segno!). La sensazione che si prova quando una persona, al termine dei colloqui vi dice "sono stato bene, mi sono sentito ascoltato e riconosciuto" come a noi è successo, è un qualcosa che non si riesce a descrivere anche se come operatori dell'URP, in teoria, dovremmo essere abituati a sentircelo dire. Ma l'ascolto è altro, è un qualcosa che ti entra dentro... è la vera e propria empatia.

BIBLIOGRAFIA

- S. Castelli, "La mediazione. Teorie e Tecniche" - Cortina - Milano, 1996
- J. Morineau, "Lo spirito della mediazione" - Angeli F - Milano, 1996
- D. Gaddi, F. Marozzi, A. Quattrococo. "Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica" - Rivista italiana Medicina Legale, anno 25, fascicolo 5/2003

• "Assistenza infermieristica alla persona affetta da embolia polmonare"

Patrizia Fabbri*,
Silvia Sandri**

* **Coordinatrice personale infermieristico e tecnico Terapia Intensiva Cardiologica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna**

** **Infermiera Terapia Intensiva Cardiologica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna**

PREMESSA

La professione infermieristica è oggi contraddistinta da alcuni elementi chiave, rappresentati dai concetti di autonomia, responsabilità, competenza e integrazione. In particolare il termine responsabilità significa: "l'essere responsabile. Assumersi, addossarsi, prendersi la responsabilità di una azione". In riferimento all'ambito professionale infermieristico, nel DM n. 739/94 la responsabilità dell'assistenza generale infermieristica è direttamente attribuita all'infermiere.

Il concetto di responsabilità con la legge n. 42/1999 è passato da un'ottica di tipo mansionariale, ad una a favore di una professione sanitaria autonoma. L'agire professionale infermieristico fa riferimento a tre elementi: il profilo professionale, l'ordinamento didattico, il codice deontologico. L'attuale quadro normativo ha permesso di consolidare l'identità professionale e sviluppare una pianificazione finalizzata a garantire risposte efficaci ai bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita. Ogni intervento assistenziale a sua volta dovrà essere basato sulle migliori evidenze possibili e ciò permetterà di realizzare strumenti di responsabilità propria o condivisa in grado di governare il nuovo esercizio della professione.

Considerata la criticità e complessità assistenziale della persona affetta da embolia polmonare e l'esigenza di garantire interventi efficaci, abbiamo cercato di descrivere al meglio la gestione di questo tipo di paziente in Terapia intensiva cardiologica. Per spiegare il percorso pensiamo sia corretto iniziare con la descrizione della patologia, dei sintomi più frequenti, come può essere diagnosticata e la terapia usata più frequentemente. L'embolia polmonare (EP) è un problema rilevante di sanità pubblica a livello

internazionale, con un'incidenza annuale stimata di oltre 100.000 casi in Francia, di 65.000 casi tra i pazienti ospedalizzati in Inghilterra e Galles, e di **almeno 65.000 nuovi casi all'anno in Italia**. In altre parole l'incidenza annuale di EP è stimata nei paesi occidentali rispettivamente 1 e 0,5 per 1000 abitanti. La diagnosi medica è spesso difficile da formulare e con un'alta probabilità/possibilità di errore. A ciò si aggiunga che la mortalità per EP non trattata si aggira attorno al 30%, mentre può essere ridotta con terapia appropriata al 2-8%¹.

Per embolia polmonare si intende l'ostruzione di una o più arterie polmonari a opera di un trombo (o più trombi) che si origina in qualche parte del sistema venoso o nella parte destra del cuore, si stacca e viene trasportato al polmone. L'EP è una condizione frequente, spesso associata all'età avanzata, al decorso post-operatorio e a immobilità prolungata. Può verificarsi anche in una persona apparentemente sana. Gli eventi e condizioni che predispongono alla tromboflebite e all'EP sono:

- stasi venosa (prolungata immobilità, prolungati periodi in posizione seduta/in viaggio, vene varicose)
- ipercoagulabilità (lesione, tumore, aumentata conta delle piastrine)
- malattia endoteliale venosa (tromboflebite, vasculopatie, corpi estranei come cateteri venosi centrali)
- alcuni stati patologici (cardiopatia, trauma, decorso post-operatorio e post-parto, diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva, precedente EP)
- altre condizioni predisponenti (età avanzata, obesità, gravidanza, uso di contraccettivi orali).

Secondo le linee-guida l'EP può essere distinta in due gruppi:

- **embolia massiva** - è caratterizzata da shock e/o ipotensione (definita come pressione sistolica < 90 mmHg o calo di pressione di 40 mmHg per più di 15 minuti non secondario ad aritmia di nuova comparsa, ipovolemia o sepsi)
- **embolia non massiva** - riguarda soggetti in condizioni relativamente più stabili. Tra loro può essere identificato un sottogruppo caratterizzato da segni ecocardiografici di ipocinesia del ventricolo destro. Quest'ultimo gruppo viene individuato come pazienti **affetti da embolia polmonare submassiva**.

