

Responsabilità medica e mediazione delle controversie

Viviana Trombini

La conflittualità nel rapporto tra medico e paziente ha pesanti riflessi negativi: per i malati, rabbia, angoscia, associazionismo difensivo; e, per i medici, solitudine, chiusura e una pratica clinica “difensiva”. La mediazione trasformativa dei conflitti è in grado di riaprire il dialogo tra le parti: saprà fare altrettanto il modello di conciliazione tratteggiato dal decreto?

Si è deciso di partecipare al dibattito sulla procedura di conciliazione introdotta con il Decreto legislativo n. 28/2010¹ per sviluppare alcune riflessioni sulla possibile efficacia della sua applicazione, in particolare nelle controversie in materia sanitaria: sfera nella quale la conflittualità aumenta esponenzialmente,² specie in relazione agli errori derivanti da scambi di farmaci, fraintendimenti nella lettura delle prescrizioni, sviste nelle somministrazioni e nei dosaggi. Una ricerca condotta da Sifo, Società italiana di farmacia ospedaliera, ha evidenziato che ogni cento prescrizioni si possono verificare da 4 a 15 errori (Catino, 2006).

Per i cultori delle tecniche di gestione alternativa del conflitto (di cui all'acronimo inglese *Adr*, *Alternative dispute resolution*), l'aggettivo trasformativo è indicativo dell'esigenza, da più parti condivisa, di assicurare rilevanti spazi all'incontro tra le parti in conflitto anche alla luce della nuova procedura di conciliazione (Vaccà, Martello, 2010).

Il D.lgs. n. 28/10 fa riferimento, in verità, alla mediazione descrivendola come «*l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa*»; proprio tale definizione, però, non consente dubbi sul fatto che il legislatore abbia inteso considerare la mediazione esclusivamente quale fase procedimentale della conciliazione, quest'ultima indicata

¹ D.lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 “Attuazione dell'art. 60 della Legge 18 giugno 2009 n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali” pubblicato su *Gazzetta Ufficiale* n. 53 del 5 marzo 2010.

² Ogni anno quasi 30mila richieste di risarcimento sono indirizzate a medici o strutture ospedaliere e un

terzo di queste sfocia in azioni giudiziarie; fra aprile 2009 e settembre 2010 la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Sistema sanitario nazionale ha esaminato 242 casi rilevanti, uno ogni due giorni, con 163 pazienti deceduti; ulteriori dati in R. Bianchi, “Come ridurre gli errori dei medici”, in *Il venerdì* di Repubblica, 14 gennaio 2011, p. 59 ss.

appunto come «*la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione*» (capo I art. 1 lettere a, c).

È la stessa definizione offerta dal decreto, dunque, a segnare la distanza esistente tra la mediazione (nella conciliazione) e la mediazione trasformativa.

L'auspicio è che entrambe le procedure trovino uno spazio adeguato in cui esprimersi e possano convivere armoniosamente; infatti solo rispettando le specificità di ogni procedura sarà possibile contribuire in modo efficace al consolidarsi di una nuova cultura nella gestione dei conflitti e al superamento delle ordinarie, onerose e spesso insoddisfacenti modalità di gestione del contenzioso, sia per le controversie considerate dal D.lgs. n. 28/10 all'art. 5 sia per le altre.

È bene dar conto delle differenze esistenti tra le due procedure suddette: la mediazione³ è stata definita da alcuni come «*un processo, il più delle volte formale, attraverso il quale una terza persona neutrale cerca, attraverso l'organizzazione di scambi tra le parti, di permettere a esse di confrontare i propri punti di vista e di cercare con l'aiuto del mediatore una soluzione al conflitto che le oppone*» (Bonafé-Schmitt).

Altri ancora la descrivono come: «*a) un'azione portata a termine da un terzo neutrale; b) un'azione portata a termine liberamente da persone o gruppi; c) un processo nel quale la decisione finale compete alle parti; d) un processo dal quale devono nascere o rinascere relazioni nuove, che devono servire a risanare le vecchie relazioni conflittuali*» (Six, 1990).

Le definizioni citate rivelano alcune delle caratteristiche che segnano la diversità tra la procedura di mediazione e quella di conciliazione, caratteristiche che è opportuno richiamare:

- accesso libero e volontario alla procedura di mediazione; imposta addirittura come condizione di procedibilità in molte materie, nella conciliazione prevista dal decreto (art. 5);
- partecipazione consensuale e senza conseguenze in caso di mancata adesione nella mediazione; possibilità di sanzioni nella conciliazione, relativamente alla possibilità di ripetizione delle spese processuali (art. 13);
- partecipazione attiva delle parti nella mediazione. Sono loro le protagoniste del conflitto, la cui soluzione non viene delegata a un terzo; le parti stesse si assumono la responsabilità di ogni singolo momento di confronto e si mettono in gioco per giungere da sole a un accordo. Nel procedimento delineato dal decreto legislativo, invece, il terzo «*si adopera affinché le parti raggiungano un accordo amichevole di definizione della controversia*» (art. 8/3) e «*formula una proposta di conciliazione se le parti gliene fanno concorde richiesta in qualunque momento del procedimento*» (art. 11/1);
- confidenzialità: la procedura di mediazione è confidenziale, al pari di quella di conciliazione (artt. 9, 10) perché le parti devono potersi esprimere liberamente, senza temere che le loro dichiarazioni vengano utilizzate a fini giudiziari;

³ D'ora in avanti chiameremo "mediazione" *tourt court* la mediazione c.d. trasformativa, mentre con il termine

"conciliazione" faremo riferimento alla complessiva procedura (mediazione + conciliazione) prevista dal decreto.

- il concetto di responsabilità assume caratteristiche diverse: nella mediazione non vi è l'intervento di un terzo estraneo al conflitto (come un giudice o un conciliatore proponente), ma la decisione nasce all'interno della relazione tra le parti che, con l'aiuto del mediatore, si riconoscono responsabili non di qualcosa, ma verso qualcuno (Ceretti, 1997);
- l'accordo conclusivo: nella mediazione sta alla decisione delle parti raggiungere o meno un accordo, grazie al ristabilimento del dialogo e della relazione; l'accordo è invece l'obiettivo al cui raggiungimento è finalizzata tutta la procedura.

La caratteristiche che segnano la figura del mediatore meritano, però, di essere approfondite.

Il mediatore deve essere inteso come un terzo neutrale, che non porta soluzioni; si propone come un elemento in presenza del quale si modifica una relazione, in quanto egli lavora per facilitare la comunicazione e permettere alle parti di ritrovare un canale di ascolto. *«Egli si pone in ogni caso quale semplice catalizzatore del conflitto per rendere possibile il dialogo alle parti. Così il mediatore dovrà incontrare i mediati senza giudicare, senza volontà di fare alcunché, senza un progetto sugli altri e ponendosi solamente quale facilitatore di un overlapping, di uno spazio di coincidenza che saranno i mediati a trovare producendo un dialogo e trovando una distanza che permetterà loro di (ri)costruire una visione differente della situazione attuale»* (Ceretti, 2000).

La sua funzione e la sua autorevolezza si esprimono nell'esercizio di terzietà, ascolto, equidistanza, o meglio equi-prossimità quale espressione di una forma empatica di imparzialità, assenza di potere sulle parti, mancanza di direttive precostituite.

Queste peculiarità non significano passività; il mediatore accoglie, informa e osserva le parti, le prepara al confronto, le aiuta a trarre da sé gli elementi positivi e utili alla risoluzione del conflitto.

Nel momento del confronto tra le parti il mediatore è libero dalla necessità di ricostruire i fatti, di stabilire torti o ragioni o di raggiungere un accordo; egli può così dedicarsi interamente ad affrontare la crisi creata dal conflitto, a lavorare con i sentimenti e le fantasie negative, a sollecitare (o discretamente introdurre) elementi di riflessione per facilitare, se necessario, un mutamento di approccio di ogni parte verso l'altra.

Grazie all'intervento del mediatore, una situazione che si presenta radicata in un conflitto in modo statico e spesso rabbioso si trasforma in un processo dinamico in cui i soggetti coinvolti scoprono di potersi permettere di essere maggiormente flessibili, sia nelle proprie posizioni sia nel rapporto con l'altro, sentendosi - perché così è realmente - i veri protagonisti della mediazione.

Risulta ora maggiormente evidente come la finalità della mediazione sia quella di accogliere i vissuti emotivi dei contendenti, per consentire loro di ristabilire un dialogo ed eventualmente trovare soluzione (e veste) giuridica alle questioni intorno a cui hanno dibattuto.

È forse possibile tratteggiare in modo uguale la figura del conciliatore impegnato nella procedura prevista dal decreto citato? La domanda è evidentemente retorica.

La mediazione, dunque, è una tecnica che valorizza il piano emotivo e mira ai sentimenti⁴ ed è una procedura informale; ma è anche una procedura strutturata ed è pur vero che condivide alcune fasi con la conciliazione.

Tuttavia, tra le due tecniche prevalgono le differenze, non le somiglianze; si tratta di differenze significative che avrebbero dovuto indurre il legislatore a evitare qualsiasi occasione di confusione.

La mediazione è, infatti, una realtà preesistente all'elaborazione del decreto legislativo; le importanti esperienze di mediazione familiare, di mediazione sociale e scolastica, di mediazione penale e sanitaria⁵, che da oltre un decennio caratterizzano le realtà più avanzate, seguono modelli e teorie che non nulla hanno a che vedere con la mediazione definita dal decreto.

Le sue peculiarità avrebbero, dunque, meritato di essere maggiormente rispettate (e valorizzate), anche per favorire una migliore comprensione della nuova tecnica di gestione del conflitto da parte dei potenziali utenti.

Ma perché prendersi cura dello stato d'animo dei confliggenti prima di ogni altra cosa? Perché è esperienza comune che, quando si litiga, le emozioni prendono il sopravvento sulla razionalità di ognuno - vera o supposta - e si trasformano in una pesante coltre che impedisce la comprensione degli accadimenti, delle reali ragioni di ognuno e del punto di vista dell'altro.

La mediazione,⁶ quindi, grazie a un proficuo contatto con le proprie e altrui emozioni, si propone di aiutare i confliggenti a decifrare meglio ragioni e punti di vista, consentendo in tal modo una nuova e diversa possibilità di gestione della controversia che li oppone.

Chi scrive, infatti, proprio sulla base delle esperienze vissute come avvocato, in veste di mediatore "trasformativo" e come conciliatore, ha maturato il convincimento che una buona parte dei conflitti alla base delle controversie giudiziarie trovi origine e nutrimento in disarmonie relazionali; sono proprio queste disarmonie (che talora hanno carattere di veri e propri scontri) che devono innanzitutto essere ricomposte grazie alla presenza - autorevole e discreta - di mediatori formati dal punto di vista tecnico, umanistico e relazionale (Martello, 2008).

Esaminiamo le controversie in materia sanitaria, per le quali il decreto (art. 5, Condizione di procedibilità) impone di sperimentare la procedura di conciliazione prima di poter far ricorso all'esame di un giudice; consideriamo alcune vicende recenti (pensiamo all'aggressione subita dal personale medico a seguito della morte di un giovane in sala operatoria;⁷ alle minacce subite da altri sanitari; alla furibonda lite tra ginecologi avvenuta in sala parto).

⁴ Il "sentito" è lo strumento tipico con cui il mediatore si pone come specchio per aiutare i contendenti a riconoscere e dare un nome ai propri sentimenti ed emozioni.

⁵ Per la mediazione in materia sanitaria si segnala l'attività formativa svolta dall'associazione Me.Dia. Re presso le Aziende sanitarie in Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia e all'Istituto nazionale dei tumori

di Milano e le esperienze dei sei centri in cui opera a Milano, Torino, Verbania.

⁶ Naturalmente facciamo sempre riferimento alla "mediazione trasformativa".

⁷ Ne riferisce, tra gli altri, il Corriere della Sera nell'edizione del 5 dicembre 2010.

Gli episodi sopra richiamati testimoniano come le parti abbiano perso la capacità di comunicare tra loro, di stare in relazione; non ne sono capaci anche se si trovano dinanzi alla malattia e alla morte, alla serietà e alla responsabilità che dovrebbero derivare dal fatto di trovarsi al cospetto dei grandi temi dell'esistenza. Questa incapacità corrode non solo i rapporti tra parti contrapposte, ma colpisce gravemente anche soggetti appartenenti a una stessa équipe.

D'altra parte, l'esperienza professionale di chi si occupa di vicende di cosiddetta malasanità ha messo in evidenza come le rivendicazioni del paziente per l'esito di un atto medico che non lo soddisfa spesso siano generate (e sempre sono alimentate) da carenze nel rapporto stabilito con il medico; è questa relazione, prima di ogni altro elemento, a essere stata insoddisfacente, ad avergli impedito di capire, comprendere e accettare lo sviluppo non conforme alle aspettative di una patologia.

E questo accade indipendentemente dal fatto che ci si trovi in presenza di un errore o no.

Accade sovente che i pazienti accusino il personale sanitario di mostrarsi eccessivamente distaccato e impersonale, di volersi nascondere dietro al tecnicismo per evitare gli stati emotivi del paziente o, addirittura, di lasciar trapelare un certo fastidio verso il malato e le sue aspettative, come se queste - o, più in generale, le manifestazioni del suo mondo affettivo - costituissero un intralcio all'esercizio della professione.

C'è del vero in questa accusa, oppure essa segnala altre difficoltà, ulteriori malesseri?

La questione non può essere seriamente presa in esame senza considerare le innumerevoli variabili che intervengono nella relazione tra il paziente e il suo medico. Questa relazione, infatti, come ogni relazione umana è caratterizzata da elementi emotivi e cognitivi; la rendono particolare alcuni aspetti, per esempio il fatto che il paziente (se è un malato vero) non se ne può sottrarre. Senza dimenticare neppure che il medico rappresenta, per lui, il portatore di un sapere sconosciuto e inaccessibile: è il simbolo della cura cui affida il proprio desiderio di benessere e, in ultima analisi, di vita. Per il paziente il medico è la sola persona in grado di ripristinare l'ordine interrotto dal processo della malattia; in più è costretto a esporre a medici e infermieri le proprie nudità, quelle fisiche come quelle psicologiche. Egli è solo, fragile, forzato dalla malattia a un vincolo di dipendenza che spesso mal tollera, prova rabbia per un corpo che non obbedisce, che non funziona, e paura per lo sconvolgimento dei gesti quotidiani e lo scardinamento delle certezze, prima fra tutte quella di restare vivo; il suo bisogno di comprensione e di solidarietà meritano rispetto e vicinanza.

Oltre al dolore fisico e alle preoccupazioni per la propria salute, il paziente è spesso costretto ad affrontare un'ampia gamma di circostanze che mettono seriamente alla prova la sua capacità di reggere e gestire le emozioni: si pensi, per esempio, alla difficoltà, se non all'impossibilità, di controllare direttamente ciò che gli accade, essendo obbligato a delegare ampiamente la gestione del proprio corpo; al possibile disorientamento di fronte a un luogo (l'ospedale, lo studio del

medico e così via) di cui spesso fatica a comprendere il linguaggio, le categorie, le regole e le loro ragioni; e alla corrispondente rinuncia al proprio mondo (e cioè pudori, intimità, abitudini, riti, relazioni e impegni) per confrontarsi con un ambiente poco familiare e denso di incognite.

L'esperienza della malattia, particolarmente di quella grave, è in sé spaventosa, obbliga a continue battaglie fisiche ed emotive neppure immaginabili per chi ne sta all'esterno.

Per queste ragioni il paziente è spesso confuso e disorientato, talora disperato; e non lo aiutano né la terminologia tecnica che descrive i suoi organi, le loro funzioni e le loro patologie, né l'ambiente ospedaliero, anonimo, regolato da norme sconosciute e spesso carente di servizi e ancor più di umile umanità.

Il medico, da parte sua, sperimenta ogni giorno la pesante responsabilità di avere affidate la salute e la vita dei suoi pazienti, sente tutto il carico delle loro aspettative. La stima di sé è affidata in gran parte al buon esercizio del potere che gli viene attribuito (Gaddi, Marozzi, Quatroccolo, 2003).

Il medico sa bene che per il malato egli è il demiurgo, che la fiducia depositata nella scienza medica dal malato è assoluta e, per molti versi, irrealistica. Quale incarnazione di quella scienza, spesso deformata in fede religiosa dalle angosce e dai bisogni del paziente, egli deve misurarsi con i limiti di un sapere tecnico i cui straordinari successi non bastano a dare risposte di assoluta certezza in tutti i casi. Non passa giorno che medici e infermieri non incrocino gli sguardi dubbiosi, supplichevoli e impauriti dei pazienti; costretti a manipolare corpi sofferenti, a volte a ferirli per poterli curare, sanno quanto possa rivelarsi inevitabilmente oltraggiosa la loro opera. Intervengono con mezzi "violenti" per ristabilire la fisiologia soppiantata dalla patologia, per ridare speranza dove fa capolino il rischio della morte.

Per il paziente la malattia è un'esperienza eccezionale, per il medico e l'infermiere, invece, è quotidiana. Troppo spesso, infatti, si tende a dimenticare che tutto il personale sanitario si trova a contatto quotidianamente con ciò che l'ammalato sperimenta solo eccezionalmente: il dolore, la paura, la consapevolezza della morte, per gli altri, ma anche per se stessi.

E la loro quotidianità è fatta di tempi che talvolta sono strettissimi, di infinite variabili da considerare e di decisioni da assumere rapidamente. Il loro mondo è popolato di persone che, sovente, nutrono aspettative irrealistiche e che non vogliono sentire ragioni; è popolato di malati con la fretta di guarire, come se il loro organismo fosse il motore di un'automobile e il medico un meccanico che sostituisce valvole e candele, per cui, se il motore non riparte e se non gira subito al massimo, la colpa è del medico-meccanico e non del fatto che ci sono dei tempi indispensabili per il recupero, tempi che non sempre si possono stabilire con matematica precisione.

Medici e infermieri sanno che le conoscenze e le competenze acquisite sia sul piano diagnostico sia su quello terapeutico consentono successi impossibili solo alcuni anni addietro, ma non permettono miracoli; e con questo limite si confrontano ogni volta che recano una brutta notizia.

Sanno che esiste la iatrogenia, un fenomeno scomodo, rimosso dal pubblico, taciuto dai mezzi di comunicazione di massa, e anche con tale aspetto, con i rischi che vi sono associati, devono fare i conti (anche sul piano emotivo).

Non essendo solo dei camici, però, il medico e l'infermiere devono tutelarsi da tutto questo dolore, dall'ansia dei pazienti, nonché dalla propria amarezza; sentimenti che circolano nella complessa relazione che intercorre tra medici e pazienti fatta di fiducia, paura, vissuti d'impotenza, rabbia, dolore, preoccupazione, disperazione, aspettative, speranze, delusioni e rancori.

Se e quando compare l'errore, lo pseudo-errore e, in generale, l'evento avverso, esso impronta di sé l'intera relazione: dal punto di vista del paziente, la relazione è spezzata dalla delusione per la propria insoddisfacente condizione fisica dopo la cura, e resta solo un senso di tradimento. Sovente s'instaura, allora, il contenzioso giudiziario, ma l'eventuale risarcimento non copre anche quella quota di "tradimento" emotivo che il paziente non ha risolto, perché il giudizio non se ne fa carico; mentre medici e infermieri messi sotto accusa sono lasciati soli a difendere, di fronte a se stessi non meno che agli altri, il loro operato, la loro immagine, la loro dignità di professionisti e le loro qualità umane. E scarso rilievo ha, sotto questo profilo, una pronuncia favorevole che attesti la correttezza della condotta.

L'avvio di tali procedimenti, peraltro, rappresenta spesso un'occasione per il paziente, per i parenti e, indirettamente, anche per il pubblico di esorcizzare la precarietà della vita, identificando un soggetto da utilizzare come capro espiatorio e attribuendogli le origini delle proprie disgrazie. Costituisce una potente rassicurazione immaginare, più o meno consapevolmente, che la malattia, il dolore e la morte derivino, anziché dall'ineluttabile fragilità dell'uomo, dal medico. Certo, l'illusione di fondo è quella che i mali dell'uomo possano essere dominati dall'uomo stesso, il che appunto è un'illusione. Tuttavia, da sempre l'uomo aspira fantasticamente al controllo sulla propria sorte e non si vede perché il malato debba essere meno umano o più obiettivo degli altri individui, provvisoriamente sani.

Tutto questo dovrebbe trovare spazio adeguato per esprimersi e per essere accolto nel procedimento di conciliazione tratteggiato dal decreto; ma noi temiamo che non vi sarà né uno spazio né un tempo adeguati e che le sessioni di conciliazione finiranno ben presto per caratterizzarsi come una trattativa finalizzata al riconoscimento o meno di un diritto al risarcimento e, in caso di risposta affermativa, alla sua quantificazione.

D'altra parte è difficile pensare che uno strumento nato innanzitutto con finalità deflative, che prevede un tavolo intorno a cui siederanno un conciliatore, la parte reclamante, avvocati e i responsabili civili per l'eventuale risarcimento, possa contemplare spazi per l'espressione del "sentire"; probabilmente non ci sarà neppure l'autore del fatto, il vero o presunto responsabile del danno che si va a reclamare.

La dimensione emotiva del conflitto corre, dunque, il rischio concreto di essere trascurata anche in questa sede, così come accade da sempre in sede giudiziaria, luogo dove tradizionalmente approda il conflitto per essere risolto.

Ancora sulla mediazione in ambito sanitario

La lunga esperienza maturata dall'autrice nella materia di responsabilità professionale del medico e delle strutture sanitarie ha rivelato con quanta frequenza lo sviluppo e l'esito dell'azione giurisdizionale generino delusione e frustrazione in entrambe le parti (anche in quella vittoriosa, sì); se ne trae l'impressione che il contesto giurisdizionale, invece di configurarsi come il luogo in cui il conflitto trova soluzione e le ragioni ricevono soddisfazione, si riveli incapace di dare le risposte cercate, diventando anzi la sede in cui il conflitto si acutizza ed esaspera.

Non bastano, infatti, le decisioni dell'autorità giudiziaria a riportare serenità nel rapporto tra il medico e il paziente, diventati parti contrapposte di un processo e tali rimaste anche dopo la sua conclusione, come non deriva un miglioramento nei rapporti tra la struttura cui il professionista appartiene e la collettività neppure dalla rilevazione di quanto siano rare, rispetto alla mole delle citazioni in giudizio, le pronunce dei tribunali che attribuiscono ai medici una responsabilità per colpa.

La soluzione giudiziaria alle controversie tra medici e pazienti, anche in caso di condanna del professionista non vale a ripristinare nella pubblica opinione la fiducia verso l'ente o il medico; mentre in caso di sentenze favorevoli al medico restano sospetti di difese corporative e di decisioni ingiuste.

D'altra parte, i tempi dilatati del processo incidono negativamente nei rapporti tra la struttura e il pubblico, e i meccanismi lenti della giustizia ordinaria infliggono sofferenze ai pazienti, ma anche ai medici accusati, costretti a sopportare per lunghi periodi il peso di quell'ombra oscura costituita dal sospetto e l'ansia circa la decisione giudiziaria, dalla quale dipende, tra le altre cose, la (parziale) eliminazione di quella nube gravante sul proprio nome.

Chiunque si occupi professionalmente di questo tipo di vicende o abbia la sventura di esserne protagonista, tuttavia, rileva spesso come, sebbene il paziente che si rivolge all'autorità giudiziaria lamenti un danno di cui attribuisce la causa a imperizia o a negligenza del medico, il contenzioso non sia riconducibile esclusivamente a elementi oggettivi e obiettivamente valutabili, ricollegandosi piuttosto, come si asseriva più sopra, a un insieme di vissuti soggettivi - la fiducia delusa, la percezione di un tradimento - che attengono alla relazione tra i due protagonisti della vicenda processuale.

Naturalmente nella gestione giurisdizionale del conflitto, per imprescindibili ragioni di garanzia e di obiettività, la grande assente è proprio la relazione tra il paziente e il medico. In quella sede, infatti, si discute del danno, in tutte

le sue componenti (compreso quello all'esistenza e alle relazioni del danneggiato), si esplorano perizia, prudenza e diligenza nella conduzione dell'intervento, s'indaga sull'esistenza di nessi causali, ma non si affronta il rapporto tra i due soggetti, anche quando il cuore della lite attiene alle problematiche del consenso informato (Vaccà, 1997).

Posto, dunque, che lo strumento giudiziario non si è rivelato essere la risposta più idonea alla complessità della situazione dovremmo confidare nel fatto che la conciliazione imposta dal decreto possa consentire di superare le difficoltà rilevate, ma non è facile essere fiduciosi.

Sembra poco probabile che la tecnica della conciliazione possa essere impiegata in campo sanitario, scolastico e sociale anche con scopi preventivi e/o sostitutivi, come già avvenuto con la mediazione trasformativa; risulta difficile riconoscerle le caratteristiche di una tecnica in grado di superare, anche integrandola con altri tipi di intervento, le legittime preoccupazioni dei pazienti attuali e potenziali, e quelle, altrettanto legittime, della categoria medica, sempre più esposta ad accuse e complessivamente minacciata dall'ombra di ingenerosi pregiudizi.

Riferimenti bibliografici

- Bonafé-Schmitt J.P., "Una, tante mediazioni dei conflitti", *La sfida della mediazione*, a cura di Pisapia, G.V., Antonucci, D., cit., pp. 21-49, p. 36, Padova, 1997.
- Catino, M., "L'errore in medicina", *Consumatori, Diritti e Mercato*, n. 1/2006, p. 71 ss.
- Ceretti A., "Progetto per un ufficio di mediazione penale presso il Tribunale per i Minorenni di Milano", *La sfida della mediazione*, a cura di Pisapia, G.V., Antonucci, D., pp. 85-109, Padova, 1997.
- Ceretti A., "Mediazione penale e giustizia. In-contrare una norma", *Studi in ricordo di Gian Domenico Pisapia*, Giuffrè, cit., pp. 713-809, p. 797, Milano, 2000.
- Gaddi D., Marozzi F., Quattrocolo A., "Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica", *Riv. It. Med. Leg.*, pp. 839-856, settembre-ottobre 2003.
- Martello, M., *L'arte del mediatore dei conflitti*, Milano, 2008.
- Six J.F., *Le temps des médiateurs*, Ed. Seuil, Parigi, 1990.
- Vaccà, C., Martello, M., *La mediazione delle controversie*, Ipsosa, Milano, 2010.
- Vaccà, C., "La formazione del consenso al trattamento medico", *I contratti*, pp. 339-348, 1997.