

Esperienze di mediazione in sanità

Alberto Quattrocolo e Viviana Trombini

L'articolo presenta un'esperienza di mediazione trasformativa dei conflitti in relazione alla responsabilità medica, mettendo in luce come questo strumento di gestione alternativa consenta ai contendenti la comprensione e il riconoscimento reciproco, presupposti imprescindibili per una composizione della controversia realmente condivisa.

Nel 2010 la direzione generale della Sanità della Regione Lombardia ha affidato all'associazione Me.Dia.Re l'incarico di sviluppare il progetto formativo su "Ascolto e mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso nelle aziende sanitarie della Regione Lombardia".¹ Già nel 2008, l'Agenzia regionale servizi sanitari della Regione Piemonte aveva affidato a Me.Dia.Re. un analogo progetto² e, ancor prima, precisamente nel 2005, l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna era stata una vera e propria apripista di un'iniziativa formativa dal medesimo contenuto, dando poi vita a centri di ascolto e mediazione presso le proprie aziende sanitarie.

Alcune grandi regioni italiane hanno così mostrato di considerare la mediazione dei conflitti, in particolare il modello di mediazione trasformativa proposto da Me.Dia.Re., come una risorsa da portare all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Si tratta di progetti e di esperienze che non hanno eguali né in Italia né in altri Paesi; progetti che non hanno la pretesa di colmare le lacune di una sanità sofferente³, ma che offrono la concreta possibilità di gestire i conflitti in ambito sanitario con strumenti diversi da quelli tradizionali, non soltanto in situazioni di difficoltà di bilancio o di crescita dei costi derivanti dal contenzioso, ma nella prospettiva di un deciso miglioramento nelle relazioni all'interno di un servizio che già conosce livelli elevati di efficienza tecnica.

¹ La formazione svolta e organizzata presso l'I.Re.F. - Scuola di direzione in sanità - ha portato, mediante due corsi, a formare team di ascolto e mediazione in tutte le 33 aziende ospedaliere e fondazioni Irccs della Lombardia. Un terzo corso si svolge da marzo a giugno 2011 per costituire équipe di ascolto e mediazione in tutte le Asl della regione. Ancora prima, tra il 2009 e il 2010, un progetto formativo di 192 ore aveva portato alla costituzione di un gruppo di ascolto e mediazione assai corposo presso l'azienda ospedaliera di Lecco e un'analoga formazione, nello stesso periodo, aveva consentito la composizione di un team di

ascolto e mediazione presso la fondazione Irccs-Istituto nazionale dei tumori di Milano.

² Attraverso tre corsi di 192 ore (uno nel 2009, uno nel 2010 e il terzo da completarsi nel 2011) sono state formate équipe di ascolto e mediazione, operative presso tutte le aziende sanitarie e ospedaliere del Piemonte, composte da non meno di tre dipendenti delle strutture stesse.

³ Sofferente per mancanza di fondi? Per cattiva gestione delle risorse? Per crescenti, inarrestabili e talora irrealistiche aspettative dell'utenza? Per un "diritto alla salute" che nessuno potrà mai garantirci?

Conflitto e contenzioso

Brian Muldoon, avvocato e mediatore, afferma che le relazioni umane in generale sono processi caotici, sensibili anche alle più piccole variazioni; il che significa che, anche in presenza di una variazione apparentemente insignificante, il sistema intero - nel nostro caso, la relazione tra un medico e un paziente - può girare repentinamente in una direzione totalmente inaspettata (Muldoon, 1996). Muldoon cita al riguardo come classico esempio dell'interdipendenza il cosiddetto "effetto farfalla": una farfalla che batte le ali a Pechino può dare inizio a una catena di variazioni che finisce con il produrre una tempesta di neve in Central Park.

In un sistema caotico esisterebbero in potenza un infinito numero di farfalle.

In riferimento ai conflitti in ambito sanitario, queste "farfalle" sono gli aspetti intrinsecamente critici della relazione terapeutica, capaci di farla evolvere in una relazione conflittuale: dal punto di vista di medici e pazienti, questa conflittualità potrebbe essere individuata nelle situazioni in cui la soddisfazione di un bisogno di un soggetto è negata dall'azione o dall'omissione dell'altro soggetto. Quando il paziente sente di non essere riconosciuto come persona, sente che gli viene negato un suo bisogno fondamentale. Quando un medico incontra atteggiamenti non collaborativi od oppositivi del paziente o viene accusato (a ragione o no) di negligenza, imperizia o imprudenza, viene negato, tra gli altri, anche il suo bisogno di essere riconosciuto nella sua identità professionale.

Esaminiamo un caso concreto, giunto all'attenzione dei servizi istituiti presso una struttura sanitaria:⁴ la figlia di un paziente deceduto - chiamiamola Signora Viola - è persuasa che il decesso sia conseguenza di una negligenza commessa dal medico, mentre il professionista ritiene che la donna, incapace di accettare la morte del padre, sia alla ricerca di un capro espiatorio e immagini errori inesistenti. Il medico sostiene di averle già dato le necessarie spiegazioni e ora non vuole più rivolgerle la parola. La donna, dal canto suo, è dell'idea che gli accertamenti medico-legali eseguiti, che escludono ogni responsabilità, siano stati poco accurati o, peggio, viziati da una volontà di coprire precise responsabilità: *«Non si fanno le scarpe tra di loro. In fondo sono colleghi»*, sostiene disperata e livida di rabbia. E aggiunge: *«Se non avesse nulla da nascondere non si sarebbe rifiutato di parlararmi»*. Racconta di averlo cercato ripetutamente e, in un'occasione, di essere stata addirittura spinta in malo modo fuori dal reparto da una caposala che minacciava di far intervenire un agente di polizia. Legge esasperata la risposta dell'Urp al reclamo da lei inoltrato e commenta: *«Inconcepibile, ma vi rendete conto di che linguaggio usano. Anche se io ho torto - e non ce l'ho, ma poniamo che... - non possono esprimersi così. Poi la spiegazione che ha scritto lui è una cosa inaudita. Non soltanto è reticente e quindi falso, ma usa un linguaggio quasi strafottente; è offensivo. Come possono chiudere la loro lettera, dicendo che per loro la faccenda è chiusa? Chiusa?! A dare retta a loro, parrebbe che mio padre sia morto di noia!»*.

⁴ Non ci è possibile, per le note ragioni di riservatezza, fare riferimento al servizio presso cui si sono svolti il colloquio e la mediazione di cui si dà conto; va da

sé che è riconducibile a una delle esperienze svolte a seguito della formazione e della supervisione da parte della associazione Me.Dia.Re.

Frustrazione, amarezza, dolore, pena e rabbia, associate a una sensazione di abbandono, hanno trasformato il dubbio in sospetto. Non solo suo padre sarebbe stato ucciso, ma sarebbe stato vittima anche della imperdonabile mancanza di quel minimo di rispetto dovuto a ogni essere umano. Quando vide il corpo restò di sasso, perché nessuno si era preoccupato di chiudergli gli occhi. Dovette farlo lei. Era appena tornata a casa dall'ospedale. Gli era stata accanto fino a un'ora prima e aveva dovuto farsi sentire più volte perché gli infermieri di turno prestassero un po' di attenzione a suo padre. Ma non è arrabbiata con loro. «*Perché*» afferma «*sono così pochi e lavorano come schiavi. Sempre a saltare da un letto all'altro. E poi ci sono quelli che fanno i capricci, che si lamentano... Ci sono i rompiballe... Ma mio padre non era così. Ha sempre avuto paura di disturbare, lui. Non ti chiedeva di allungargli un goccio d'acqua neppure se stava morendo di sete, per non essere di disturbo*». Era andata a casa a riposarsi. Il mattino dopo sarebbe tornata lì. Pareva in condizioni stabili. Ma cos'è successo nel frattempo? Perché questo peggioramento improvviso? Nella cartella clinica c'erano dei "vuoti" che non la convincevano. E poi la chiamata sul cellulare da parte del medico che le diceva: guardi, suo padre non ce l'ha fatta. «*Vi immaginate come mi sono sentita? Mi sono precipitata. E l'ho trovato lì che parlava con un'infermiera formosa. Faceva lo scemo, mentre mio papà era di là, abbandonato da tutti. [...] Dovrebbero strappargli la laurea e costringerlo a stare in corsia, ma non come medico! Come un malato qualunque! Così capirebbe cosa vuol dire stare dall'altra parte e avere a che fare con medici come lui*». È fermamente decisa «*a fargliela pagare*». Con gli occhi gonfi di lacrime dice: «*Non gli darò tregua*».

Di nuovo, si potrebbe dire: mi arrabbio così finalmente ti accorgi che esisto. Avere la percezione di un rifiuto così insopportabile fa sorgere la prepotente necessità di dimostrare all'altro che esisto, ed è anche per fargli toccare la solidità del mio esistere che mi adopero per costringerlo a rispondermi. Per questa donna era di vitale importanza - era una questione di principio irrinunciabile - sia avere soddisfazione del tradimento, di cui sarebbe stato autore il medico che l'aveva delusa venendo meno alla fiducia che aveva in lui, sia avere giustizia per l'abbandono che si è manifestato, a suo dire, quando l'ha cercato per chiedergli spiegazioni sull'accaduto. «*Me ne avevano parlato bene. [...] Chi diceva che era un bravo specialista e una persona perbene, chi diceva che era molto umano. Accidenti, pensate un po' se fosse stato disumano! [...] L'avevo già visto intervistato in Tv (una rete locale). Sembrava proprio parlare con il cuore in mano. Poi l'ho rivisto in un dibattito l'altra settimana... Che schifo! Ma come si fa a essere così ipocriti? Diceva che bisogna parlare, parlare tanto e ancora di più con i pazienti. Beh, e con i figli dei pazienti che hai ammazzato...? Brutto bastardo! Guardate, bisogna che imparino, questi dottoroni, che hanno a che fare con degli esseri umani. Non si tratta soltanto di un fatto personale. Lo faccio perché non voglio che queste cose succedano più*».

Alla luce di tanta rabbia, dolore e amarezza, è davvero incomprensibile il comportamento dello specialista che si sarebbe rifiutato di parlare con la figlia del suo paziente?

Se ci muoviamo sul piano delle congetture tutto è possibile: forse quest'uomo - che chiamiamo dottor Bianco - ha già spiegato molte volte alla donna quanto scarse

fossero le possibilità di una guarigione o che al termine dell'intervento sarebbero probabilmente insorte delle complicanze; è possibile che in più occasioni abbia informato la signora che la guarigione era un traguardo irraggiungibile. È anche possibile che sia accaduto qualcosa che non aveva previsto, qualcosa d'imprevedibile date le attuali conoscenze mediche, ma anche è possibile che abbia commesso un errore in qualche fase del suo operato. In ogni caso, che abbia "sbagliato" oppure che abbia agito al meglio delle sue possibilità e con impegno rigoroso, rispettando i dettami della deontologia professionale (o che sia convinto di averli osservati), ascoltiamo il dottor Bianco che si sta misurando con il fatto che c'è una persona che lo ha accusato, che "lo mette in imbarazzo", che gli ha procurato la seccatura di procedure che lo hanno visto "sotto indagine", generandogli tra le altre una sensazione di vergogna.

Nel parlare della Signora Viola, il medico quasi grida la propria rabbia. Parla di diffamazione, di calunnia, di ingiurie di cui è stato fatto bersaglio. Parla del dolore e della rabbia provata per il fatto di avere letto sul più diffuso quotidiano locale il suo caso: *«Mi avevano già fatto il processo e condannato. [...] Un articolo bello lungo con tanto di fotografie dell'ospedale! [...] V'immaginate che spasso per mio figlio che va a scuola dovere spiegare che suo padre non è Joseph Mengele? O che cosa simpatica per mia moglie... al lavoro? E v'immaginate cosa ho vissuto io anche in ospedale? Perché lì la presunzione è sempre di colpevolezza. L'atteggiamento dominante è: il cliente ha sempre ragione, quindi spiegaci che cavolata hai combinato! Capito? Anche lì, sei già giudicato colpevole. Poi quando si sono accorti - non che ci sia voluto molto - che non era successo nulla di così misterioso, l'hanno chiusa senza neppure un commento. Ma... Ecco, sui giornali, voi avete visto uscire la notizia che mi scagionava? No? Be', neanche io! E questo proprio non è giusto. Mi ha sputtanato gratuitamente quella lì. [...] Io prima la pensavo diversamente, ma sapete che adesso quasi quasi mi iscrivo anche io all'Amami».*⁵

Il livello di indignazione, l'intensità del sentimento d'ingiustizia è tale che, racconta, è diventato insofferente verso chi lo consiglia di recuperare il dialogo con la signora Viola. Ha già avuto un battibecco con il direttore che lo invitava a mostrarsi comprensivo nei riguardi della donna. *«Io invece ho voglia di farle causa. Guarda un po'! Perciò, non parlatemi di mediazione e sappiate che sono venuto da voi solo per fare contento il mio direttore [...]. Quindi vi dico chiaro e tondo che comprensione per lei non ne ho e non voglio averne. E, Cristo, quando è troppo è troppo!».*

Questa indisponibilità alla "comprensione" parrebbe pregiudicare ogni chance di incontro mediativo. Ma il medico ascoltato stava dicendo anche qualcosa di più. Stava provando qualcosa di più forte e di più doloroso di quanto le sue parole, qui riportate, non esprimessero. Ancora una volta, facciamo ricorso alla letteratura. A un altro medico accusato di un fatto ingiusto: il dottor Aziz, uno dei protagonisti di *Passaggio in India* di Edward M. Forster. Nell'India degli anni 20, ancora colonia britannica, il dottor Aziz - medico musulmano che scrive delicate poesie sulle rose e sulla sconfitta dell'Islam - insieme all'amico Henry Fielding - professore inglese, disapprovato dai compatrioti per i suoi rap-

⁵ Associazione di tutela per i medici accusati di mal pratica ingiustamente, recita l'acronimo.

porti schiettamente amichevoli con gli indiani - si sforza di essere il ponte di comunicazione per risolvere le diffidenze della loro gente: da un lato gli indiani schiacciati dall'amara consapevolezza del pregiudizio razziale, dall'altro gli inglesi prigionieri di un'ideale di efficienza burocratica che spegne ogni calore umano. All'arrivo dell'anziana, sensibile e schietta Mrs Moore e della giovane e anticonformista Adela Quested pare più vicina ad avverarsi la speranza che le barriere tra i due mondi siano superate. Ma un "misterioso" incidente avvenuto durante una gita ai monti Marabar infrange ogni speranza. Adela Quested accusa Aziz di averla molestata durante la visita di una grotta. Nel processo che segue, la stessa Adela "scopre" e ammette che il dottor Aziz è innocente, ma l'alleanza o meglio la fiducia che andava costruendosi ormai è frantumata. Come lo è la relazione terapeutica quando sorge il sospetto di un errore clinico.

Consideriamo alcuni passaggi di un dialogo tra Fielding e Aziz.

«Avete avuto una grande vittoria...», cominciò Fielding. «Lo so, amico caro, lo so; non occorre che facciate quella voce solenne e preoccupata. So quello che state per dirmi: astenetevi, oh, astenetevi dal chiedere i danni alla signorina Quested, così gli inglesi potranno dire: ecco un indigeno che si è comportato proprio come un gentiluomo non fosse per la sua faccia nera, quasi quasi gli permetteremmo di iscriversi al nostro circolo. L'approvazione dei vostri compatrioti non m'interessa più, sono diventato antibritannico, e avrei dovuto decidermi prima, mi sarei evitate parecchie disgrazie». Fielding si sentì imbarazzato quando disse: «Sì, dovrete proprio transigere sui danni. Le spese deve pagarvele, questo è più che giusto, ma non trattatela come un nemico vinto. [...] Voi credete che transigendo sui danni renderò un servizio alla mia reputazione e a quella degli indiani in generale. No, no. Lo attribuiranno a debolezza e al tentativo di ottenere una promozione in carriera. [...] Non cercate di dissuadermi. [...] Nel corso di un lungo colloquio con la signora Quested ho cominciato a capire il suo carattere. Non è un carattere facile, è una saccentona. Ma è assolutamente sincera e molto coraggiosa. Quando ha capito di aver sbagliato si è fermata bruscamente e l'ha ammesso. Voglio che capiate cosa significa. C'erano a spingerla tutti i suoi amici, l'intero Raj britannico. Lei si ferma, manda tutto a catafascio. Al suo posto io avrei avuto fifa. [...] Trattatela con una certa considerazione. Non è giusto che abbia la peggio con tutti e due i mondi. [...] Abbiate compassione. Comportatevi come uno dei vostri sei imperatori Mogol, o come tutti e sei concentrati in uno».

Sia il medico sia la figlia del paziente deceduto hanno avuto intorno a sé i loro Henry Fielding: come il dottor Aziz di *Passaggio in India* sono stati entrambi sollecitati a dialogare e ad avere comprensione per l'altra parte.

Nei confronti del dottor Bianco, alcune persone "terze" hanno fatto appello al dovere del medico di parlare con pazienti e familiari; a loro ha replicato di essere sempre stato disponibile, nei confronti di tutti, a fornire spiegazioni su ogni passaggio del percorso clinico. *«Ci ho parlato non una volta, ma tante volte con la signora. Le ho dato io la notizia del decesso del padre. L'ho chiamata sul cellulare e glielo ho detto io. Poi quando è arrivata in ospedale sono andato a riceverla. Le ho offerto una sedia... Mi pareva quasi tranquilla... Cioè, come si può esserlo in quelle circostanze. Chiaramente era sotto shock. È normale. [...] Fa parte del nostro lavoro*

stare vicino ai familiari in queste situazioni. Non ho nulla da rimproverarmi. [...] E non è colpa mia se non si sono preoccupati di chiudere gli occhi di suo padre. Anzi, in un certo senso mi sono poi anche scusato con lei per questo fatto. Anche se io non c'entravo nulla. [...] Ma quando si passa alle accuse o agli insulti, allora non c'è più niente da dire. [...] E poi mi viene da pensare che quella, forse, cerca i quattrini.

Come il dottor Aziz, anche colui che abbiamo chiamato dottor Bianco ha deciso di non avere più nulla a che fare con chi è pronto a ledere il suo «vero, profondo onore». La controparte britannica, per questo medico, è rappresentata da un lato, dalla massa dei pazienti e dei loro congiunti, da lui ultimamente vissuti come potenziali nemici, pronti a infangare il suo nome e la nobiltà della sua professione perché incapaci di tollerare la crudeltà della morte; dall'altro, dall'azienda, appiattita, a suo parere, su una politica di supina sottomissione e «a dispetto di ogni esame di realtà», pronta a dare comunque ragione «a chiunque alzi la voce».

La Signora Viola è stata invitata a sua volta a desistere dai suoi propositi di ottenere chiarimenti e d'indagare ulteriormente sulla sussistenza di responsabilità da far valere in giudizio. «Mi hanno offerto dei soldi... Potevano sputarmi in faccia. L'avrei preferito. [...] Il mio avvocato diceva di accettarli, perché se fosse scesa in campo l'assicurazione non avrei visto il becco di un quattrino. Insomma dovevo accettare la transazione e mettermi il cuore in pace. [...] Era una forma di risarcimento per i danni morali... Boh, non ho capito. Ma quali danni morali?! Anche lui non ha capito niente. [...] Ma dico io: se sono disponibili a pagare, allora vuol dire che sanno di avere sbagliato. No? A me dei soldi non importa un fico. M'importa che ammettano di aver sbagliato qualcosa e che non facciano mai più questi errori. Non si può essere superficiali quando c'è di mezzo la vita delle persone. E non conta nulla se mio padre era destinato a morire entro breve o a campare altri cento anni. Cosa c'entra?».

Altri suggerimenti di “resa” le sono stati rivolti da alcuni familiari e da alcuni amici, nonché dal partner. A tutti, la signora Viola ha risposto, o avrebbe voluto rispondere come Aziz all'amico Fielding che lo esortava ad avere compassione: «Nemmeno gli imperatori Mogol mostravano compassione, finché non avevano ricevuto una scusa».

Quanto fin qui riportato in ordine a tale vicenda conflittuale tra un operatore sanitario e un cittadino, e che non è che una delle tantissime che si verificano ogni giorno, mette in luce, tra l'altro, l'estrema difficoltà di proporre un approccio di stampo conciliativo. Il dolore, il risentimento, la portata emotiva del conflitto, gli elementi che contempla (vita, morte, salute, malattia, affetti, legami, fiducia ecc.) costituiscono di fatto un ostacolo di non poco conto rispetto all'applicabilità concreta di un approccio esplicitamente indirizzato alla risoluzione del conflitto basata sulla valutazione dell'esistenza del danno giuridicamente inteso e dell'ammontare di un possibile risarcimento. Come noto, il D.lgs 28/2010 ha introdotto, anche nella materia della responsabilità medica, la conciliazione quale condizione di procedibilità per l'introduzione di un'azione civile. Solo il tempo potrà chiarire se le molte riserve che accompagnano questo impianto potranno essere superate da una prassi virtuosa; vero è che, nella materia che ci occupa, le maggiori perplessità si concentrano soprattutto sulla

difficoltà di trovare, nella procedura di conciliazione, un adeguato *setting* che consenta di valorizzare i vissuti e i sentimenti delle parti, che l'esperienza conferma essere tra i principali "innesco" per il conflitto e per il conseguente (in mancanza di adeguata cura) ricorso all'autorità giudiziaria.

Infatti, l'incremento delle denunce da parte dei cittadini non risulta correlabile a un peggioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria, anzi, la scienza medica ha compiuto in questi ultimi anni un'evoluzione davvero sorprendente e le tecnologie e la professionalità degli operatori hanno raggiunto in alcune aziende sanitarie livelli di vera eccellenza e ovunque vi è una qualità delle cure tale da collocare il nostro Paese ai vertici delle classifiche stilate dall'Oms.⁶ Ma, come rilevato dall'esperienza dei servizi di ascolto, accade che una notevole quota di lagnanze si trasformi in richiesta di risarcimento a causa di un'adeguata comunicazione fra il paziente e/o i suoi familiari e il personale sanitario e per l'impossibilità, per il paziente, di fare sentire la propria voce - e ottenere attenzione - in una sede "altra" rispetto a quella giudiziaria.

Occorre riconoscere, tuttavia, che questi sentimenti di sfiducia non sono un fatto del tutto nuovo. Scriveva Ippocrate nel suo trattato sull'Arte: «*Che ci siano fra i malati curati dai medici, alcuni che guariscono perfettamente è un fatto che tutti riconoscono; ma siccome non tutti guariscono, per questa ragione l'Arte è ormai biasimata, e quelli che ne dicono male, prendendo a pretesto i malati che soccombono alle malattie, sostengono che chi ne scappa lo deve al caso e non all'Arte*».

Queste parole, intrise di amarezza, rivelano come da sempre la relazione medico-paziente sia caratterizzata da ambivalenza. Oggi, forse più che in passato, questa ambivalenza assume la forma di una drammatica oscillazione tra un sentimento positivo, di fiduciosa attesa, nutrito verso la medicina e i medici, e un risentimento, una sfiducia e un sospetto per le situazioni d'insuccesso del trattamento. Questi sentimenti complessi influenzano notevolmente l'incontro tra le singole persone.

Essere malati e pazienti è un'esperienza particolarmente provante, che generalmente acuisce la sensibilità delle persone, le quali si trovano a provare emozioni nuove, ingombranti e difficili da definire, ma di cui si avverte la necessità dell'accettazione da parte degli altri, *in primis* da parte degli operatori della sanità. Ascoltare i professionisti, tuttavia, significa avvicinare una condizione emotiva non meno rilevante; tra loro, infatti, è diffusa la consapevolezza di essere stimati (secondo alcuni, sovrastimati), ma anche di non poter essere "simpatici", perché con le loro prescrizioni procurano fastidi, seccature e spesso dolore, così come è generalmente avvertito il peso della responsabilità, delle aspettative del paziente, ma anche delle proprie. Pesi che sono difficili da condividere anche tra i colleghi. Vi è, inoltre, una certa insofferenza per la rappresentazione del professionista alla stregua del "medico-meccanico", come se organi e tessuti, nella mente del cittadino, fossero parti di un motore facilmente riparabili e sostituibili

⁶ Ma allora, perché tanto malcontento? Forse le cause sono da ricercarsi in motivazioni diverse, quali una differente percezione del "diritto" alla salute da parte dei cittadini, dalle maggiori aspettative (autorevolmente

e talora imprudentemente alimentate) nei risultati della medicina e dalle modificazioni relative al concetto di colpa professionale medica, in ambito giuridico e forense.

senza conseguenze, che può anche collegarsi al disagio derivante dalla coscienza dell'alea presente in ogni trattamento. Elemento, questo, che si associa anche all'estrema variabilità non soltanto dell'*illness* ma anche del *disease*.⁷ D'altra parte, i diversi e irripetibili modi individuali di vivere la malattia e il trattamento sono correlati all'eterogeneità delle richieste e delle modalità di risposta, che implicano la necessità per il singolo operatore di sapersi adattare a reazioni estremamente diverse (vi sono, per esempio, pazienti reticenti e altri ridondanti nel fornire informazioni, alcuni pazienti o familiari pretendono informazioni realistiche e dettagliate mentre altri preferirebbero non sapere), tenendo sempre presente che l'ansia riduce le capacità di comprensione e conservazione delle informazioni.

Quella tra professionista e paziente, dunque, è una relazione assai complessa, nella quale circolano senza interruzione fiducia, paura, vissuti d'impotenza, rabbia, dolore, preoccupazione, disperazione, aspettative, speranze, delusioni e rancori.

Nei conflitti che stiamo esaminando è il paziente (o i suoi familiari) a dare l'avvio alla battaglia legale. Persuaso di aver subito uno o più torti sul piano dell'intervento tecnico (e, spesso, lo ha patito anche, o soltanto, a livello relazionale), il paziente reagisce chiedendo "giustizia". Da questo punto di vista, l'esercizio dell'azione legale da parte del paziente potrebbe anche essere letta come un modo per assumere una posizione attiva, in un'ottica di rivalsa, ribaltando la posizione di passività in cui il medico lo aveva precedentemente posto non riconoscendolo come interlocutore con pari dignità.

In ogni caso il comportamento dell'agente, da cui ha avuto origine l'effetto non voluto, è oggetto d'interpretazione da parte dell'altro. Così, sia un medico che si comporti in modo freddo e distaccato nei confronti del paziente, sia un malato che ha un comportamento ostile verso il medico, sono esaminati dai loro interlocutori sotto almeno due profili: da un lato, si tratta di stabilire se la causa del comportamento sia interna all'agente (intenzionale) - "lo fa apposta!" - o se è esterna (situazionale) - per esempio, "è stressato" dalla malattia o dal sovraccarico di lavoro; dall'altro, si tenta di decidere se la causa è un elemento stabile (per esempio, "quel paziente è un individuo aggressivo", "quel medico è un uomo senza sentimenti"), oppure accidentale ("quel paziente è aggressivo a causa dello stato di crisi in cui si trova").

Una volta costruita una rappresentazione negativa a tutto tondo dell'altro, la percezione selettiva porta a considerare solo i fatti che confermano tale immagine, mentre le azioni suscettibili di letture alternative vengono immagazzinate secondo rigidi criteri di diffidenza e ostilità: quindi l'eventuale tentativo di conciliazione della controparte è esposto al rischio di essere interpretato come inconsistente o come una trappola. Il tentativo dell'ospedale di "trattare" nel caso "Viola-Bianco" è stato respinto dalla figlia del paziente - così come è stato disapprovato dal medico

⁷ Un'indicazione sulla diversa definizione nel concetto di malattia la troviamo in G. Giarelli, A. Maturò 2003, pp. 37-38: «Disease è la malattia intesa in senso bio-medico come lesione organica o aggresione di agenti esterni, evento comunque oggettivabile mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica (temperatura del corpo, alterazioni nella componente

sanguigna ecc.), mentre illness costituisce l'esperienza soggettiva dello star male vissuta dal soggetto malato sulla base della sua percezione soggettiva del malessere sempre culturalmente mediata, dal momento che non è possibile alcun accesso diretto cosciente al proprio vissuto corporeo».

- dopo che questa aveva inutilmente tentato di avere un confronto con il professionista in merito all'esito del trattamento; la Signora Viola rifiuta ogni tentativo di avvicinamento, dopo essersi sentita rifiutata. E ignorando che il medico non condivide questa mossa dell'azienda, lo ritiene complice del tentativo di ingannarla («*volevano corrompermi?*», si è chiesta). Ormai, la sua percezione dell'altro è diventata sempre più negativa. Nell'escalation del conflitto accade, infatti, che verso l'altro non si provi che sfiducia poiché lo si percepisce come egoista e immorale e si è orientati non soltanto a considerarlo responsabile di aver provocato il conflitto, ma anche a vederlo come un nemico capace di strategie diaboliche.

In un precedente testo (De Palma, Quattrocchio, 2009) si è fatto riferimento alla distinzione proposta in ambito criminologico tra la vittima del crimine, attuale o reale, cioè la vittima che c'è, e la vittima potenziale, cioè la vittima che non c'è (Scatolero, 1995). La seconda è il soggetto intimorito dalla possibilità di diventare una vittima reale: nell'argomento in questione, la vittima potenziale è costituita dalla massa di coloro che temono di subire episodi di *malpractice*. Nel nostro caso, la vittima che non c'è, influenzata dal racconto - anche indiretto, come quello mediatico - della vittima reale, può intraprendere i cosiddetti "viaggi della speranza" o altre strategie preventive di dubbia efficacia, ma che rivelano una notevole dose di ansia e di preoccupazione. L'aspetto insieme beffardo e drammatico di queste reazioni delle vittime potenziali è che spesso si rivolgono al medico o alla struttura che ritengono più sicuri, perché non toccati da fenomeni di *malpractice* reale o presunta, ignorando che tale buona fama può scaturire da scelte riconducibili alla medicina difensiva: «*Non è raro che le statistiche "migliori" siano anche il prodotto della medicina difensiva, perché molti medici respingono o scoraggiano in qualche misura i casi a maggior rischio d'insuccesso*» (Fiori, 1999). Il paziente vittima attuale di un danno iatrogeno (colposo oppure no) nel suo racconto parla di solitudine, di un disagio che nasce dal peggioramento del suo stato di salute, dal sentirsi solo nell'affrontare il "dopo-trattamento".

Possibilità di ascolto e mediazione

L'ascolto delle persone che abbiamo chiamato Signora Viola e dottor Bianco e di altri protagonisti di analoghe vicende ha rafforzato la convinzione su quanto risulti opportuno offrire un percorso di ascolto e mediazione ai molti che stanno soffrendo per analoghi conflitti.

Appaiono significativi, infatti, i motivi per cui la Signora Viola - come altri cittadini in conflitto con operatori sanitari - ha deciso di proseguire il percorso di ascolto e mediazione e di arrivare a incontrare il dottor Bianco. Per la signora si trattava di un modo per condurre la sua battaglia affinché simili episodi non si ripetano a danno di altri pazienti, nonché di dare un senso alla morte del padre: far comprendere al sanitario la sofferenza da lei patita e la profonda ingiustizia di tale *vulnus* - potendo esprimere rabbia, delusione, frustrazione e risentimento - significava "impartire una lezione" e ottenere "un risarcimento" per l'affidamento deluso.

Per il dottor Bianco, come per altri medici nella sua posizione, l'incontro con la figlia del suo paziente era motivato dal fatto che sebbene fosse stato formalmente scagionato, ciò non aveva risanato la sua immagine di professionista e di uomo e, dunque, riteneva importante far comprendere alla signora Viola le sue ragioni e la sua realtà. Pensava che questo non valesse a indennizzarlo dello stress patito, né a ripristinare una tranquillità ormai irrimediabilmente compromessa, ma considerava appropriato farle percepire le conseguenze del suo accanimento: l'avergli procurato un certo "timore" verso i pazienti attuali e futuri. *«D'ora in poi sarà più viva in me la consapevolezza che l'eventuale insoddisfazione per l'esito delle cure induca costoro a sfogare la delusione attraverso un'azione legale».*

Inoltre, particolare importanza aveva per lui il tentativo di fare capire alla Signora Viola come con il suo comportamento lo avesse messo nella condizione di essere tentato di adattarsi, consciamente o inconsciamente, in tutto o in parte, alle modalità della medicina difensiva.

Entrambi, dunque, davano valore al fare comprendere all'altro gli effetti più ampi e profondi del conflitto: per la Signora Viola l'incontro di mediazione aveva anche il significato di illustrare al medico la sofferenza relativa a un vissuto di tradimento. Si aspettava delle scuse e l'impegno solenne, qualora avesse voluto, malgrado tutto, continuare a esercitare la professione, a prestare maggiore attenzione, cura e rispetto per il paziente nell'esercizio della pratica professionale. Inoltre, riteneva fondamentale che il professionista si scusasse per la scorrettezza e la disonestà di quanto asserito dopo l'accaduto.

L'aspettativa considerata irrealistica dal dottor Bianco era di ottenere dalla Signora Viola l'abbandono dello stereotipo che equipara il sanitario a un essere privo di emozioni e sentimenti (*«Deve capirlo che non siamo dei macellai. Qualcuno lo è. Ma sono delle eccezioni, grazie a Dio!»*) e la scoperta che invece i medici sono persone che lottano tutti i giorni contro *«quelle cose che normalmente vengono rimosse: morte e malattia»*. Relativamente a tale dimensione vi era il bisogno/desiderio che la sua controparte si rendesse conto della delicatezza, della difficoltà e degli stress associati alla pratica della professione e alla connaturata dose d'incertezza insita in ogni trattamento. Un'altra aspettativa la cui soddisfazione considerava altamente improbabile era quella di ricevere le scuse per l'accusa ingiusta di *malpractice* e per le sofferenze emotive che gli aveva procurato.

Avvenuto l'incontro di mediazione, il dottor Bianco dapprima espresse una certa fierezza per aver trovato dentro di sé la forza di scusarsi per quelle carenze relazionali di cui non s'era accorto, quella mancanza di attenzione e quei malintesi che il suo comportamento aveva procurato e che avevano guastato il rapporto con la Signora Viola. Poi dichiarò che era stato importante sia l'aver ottenuto *«la giusta comprensione»* dalla sua interlocutrice circa le ragioni del suo atteggiamento da lei percepito come poco accogliente e/o carente di empatia sia l'aver potuto farle conoscere in modo più completo e profondo il suo rapporto con la medicina, inclusi i motivi per i quali molti anni fa scelse quella professione e perché continua a praticarla.

Riguardo ai motivi del suo modo di porsi, il medico aveva spiegato durante la mediazione che, pur avendo seguito anche dei corsi di approfondimento condotti da psicologi sulle modalità per comunicare in modo appropriato notizie infauste, in realtà riteneva che non esistesse nient'altro che l'intuizione del momento e che spesso era fallace. «*Mi rendo conto adesso che è stato un disastro*» aveva detto durante l'incontro «*ma lei non può arrabbiarsi con me, perché gliel'ho detto al telefono. Perché non avevo altra scelta. Non potevo dirle il falso. [...] Non è solo che ero esausto, è che non si sa mai qual è il modo adeguato. A volte ti avvicini e abbracci il familiare e va bene. Altre volte questo ti spinge via, perché quell'abbraccio fa sentire troppo la realtà che gli stai dicendo. [...] Io la vidi lì, così fredda. E mi irrigidii anch'io. Mi raggelai*».

La Signora Viola nel colloquio post-mediazione disse della propria sorpresa nell'aver avuto di fronte a sé «*un uomo e non un mostro*». Un uomo che continuava a esserle antipatico, ma che non era una maschera. Non le aveva restituito stima nei confronti dei medici, ma ora li vedeva «*con sguardo più obiettivo*». Riteneva che dovrebbero essere più sensibili, però, riconosceva anche che sono costretti a “difendersi”. Pensando all'operatore addetto al *triage* del pronto soccorso, rifletteva su quanto provante sia la sua attività quotidiana. «*Forse prima*» fu il dubbio che le venne «*mi aspettavo che fossero più saldi*». A suo avviso il dottor Bianco era «*un uomo che sta malissimo*». Però disse di aver apprezzato molto il fatto che le avesse confessato di non avere ancora trovato il modo giusto di comunicare ai familiari la morte del malato e che avesse ammesso che si sentiva addolorato per la morte di suo padre e in colpa per come glielo aveva comunicata. «*E poi ha detto che quella sera aveva paura di me. E io adesso so che è vero, ma li proprio non me n'ero accorta*».

Nessuno dei due chiese esplicitamente scusa, perché entrambi, dal loro punto di vista, si dissero molto di più.

È importante rilevare che non una parola fu detta relativamente agli aspetti tecnici relativi al trattamento e alle cause del decesso. Il senso di colpa del medico, rispecchiato da un mediatore, riguardava appunto la comunicazione della morte sopraggiunta.

Come negare, quindi, l'utilità e la positiva ricaduta sociale di tale percorso e delle molte analoghe vicende accolte nei servizi di ascolto e mediazione?

Riferimenti bibliografici

- De Palma, A., Quattrococo, A., *La mediazione tra medico e paziente. Un intervento imparziale sul fenomeno crescente del contenzioso per responsabilità professionale medica*, Athena Medica s.r.l., Modena, 2009.
- Fiori, A., *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè, Milano, p. 39, 1999.
- Muldoon, B., *The heart of conflict*, Perigee Trade, New York, 1996.
- Scatolero, D., “Gli interventi sociali in favore della vittima”, *Tutela della vittima e mediazione penale*, a cura di Ponti G., Giuffrè, Milano, pp. 129-149, 1995.