

MIAPS

MANAGEMENT

per le **PROFESSIONI SANITARIE**

IN COLLABORAZIONE CON

Maggioli
FORMAZIONE e CONSULENZA

MAGGIOLI
EDITORE

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Maggioli

DIRETTORE

DAVIDE CROCE — Direttore CREMS, Università
Carlo Cattaneo - LIUC di Castellanza (VA)

PRESIDENTE COMITATO DIRETTIVO

BRUNO CAVALIERE — Dirigente IRCCS
Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST

COMITATO DIRETTIVO

ALESSANDRO BEUX — Presidente Federazione Nazionale
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
NILA BONINI — Fisioterapista Azienda Sanitaria Locale n. 6 Livorno
ENRICO BURATO — Responsabile Struttura e Sviluppo Sistemi
Qualità e Risk Management A.O. Carlo Poma di Mantova
EMANUELE PORAZZI — Vice Direttore CREMS,
Università Carlo Cattaneo — LIUC di Castellanza (VA)
MASSIMILIANO SABATINO — Presidente Consulta Professioni
Sanitarie della Lombardia

COMITATO SCIENTIFICO

SECONDO BARBERA — Dirigente delle Professioni Sanitarie
presso ASL BI Biella
GIANNANTONIO BARBIERI — Avvocato
ROBERTO BIANCAT — Dirigente dell'Ufficio Relazioni col Pubblico,
Dirigente del Servizio Infermieristico, Componente del Comitato
Etico - Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (PN)
GIUSEPPE BRANCATO — Dirigente Area
Tecnica Sanitaria e Riabilitazione — Azienda Ospedaliera
Università Meyer di Firenze
FRANCESCA CASTELVEDERE — Coordinatore Tutor Pedagogico
Aziendale S.I.T.R.A. (A.O. Spedali Civili di Brescia) e C.L.I.
EMANUELA FOGLIA — Ricercatrice CREMS, Università
Carlo Cattaneo - LIUC di Castellanza (VA)
LUCA MARZOLA — Legale Rappresentante Sinergia & Sviluppo,
Formazione e Servizi per le Professioni Sanitarie
MARIA GRAZIA MONTALBANO — Direttore Strutture
Residenziali per Anziani — Lusan s.r.l.
GIOVANNI MUTILLO — Presidente Collegio IPASVI MI-LO-MB
ANNALISA PENNINI — Direttore Scientifico Gruppo Format sas
ANTONIO SEBASTIANO — Direttore Osservatorio Settoriale
sulle RSA e Vice Direttore CREMS, Università Carlo Cattaneo
— LIUC di Castellanza (VA)
DIEGO SNAIDERO — Responsabile Servizio Infermieristico
dell'ASL 3 "Genovese"
DANIELA TARTAGLINI — Direttore Servizi Infermieristici
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

COMITATO DI REVISIONE

Giovanna Asproni, Ivano Boscardini, Anna Cazzaniga,
Fortunato D'Orto, Maria Adele Fumagalli, Raffaella Garavaglia,
Silvia Mambelli, Maristella Moscheni, Salvatore Santo

EDITORIALE

5

**Nuove dimensioni per la Comunicazione Interna
in Sanità**
di Ivano Boscardini

CORSO ECM A DISTANZA

COMUNICAZIONE INTERNA

DOSSIER

6

Comunicazione: problemi e prospettive
di Sergio Cavallari, Serena Cavallari

10

Organizzazione e risorse umane
di Antonio Sebastiano

14

**La comunicazione interna come generatore
di conoscenza e alleanza tra organizzazione
e individui**
di Ivano Boscardini

19

Motivazione ed empowerment
di Deanna Nava

25

La comunicazione medico-sanitaria
di Elisa Masnaghetti

29

**Lavorare in équipe sanitaria:
dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà**
di Elena Bonamini

34

La comunicazione per l'integrazione del gruppo
di Elena Bonamini

38

La comunicazione interpersonale
di Fabrizio Pirovano

CORSO ECM A DISTANZA

43

Gestire i conflitti. Andare oltre la comunicazione efficace

di Fabrizio Lertora

47

Bibliografia

CONTRIBUTI E APPROFONDIMENTI

52

La formazione come strumento di empowerment. Un'indagine sul fabbisogno formativo e il bilancio di competenze

di Elena Simona Molteni

58

Comunicazione interpersonale efficace in geriatria. Un programma didattico di formazione per superare l'elderspeak

di Domenico Nigro

64

La mediazione dei conflitti: istruzioni d'uso per il coordinatore

di Sara Mutti, Paola Cassini, Eleonora Nazzani, Anna Dadda

69

La relazione medico-paziente: fattori che aumentano il rischio di *escalation* del conflitto

di Anna Maria Pincioli, Roberto Pacifico, Margherita Lugo, Alessandro Frati, Alessandro Motta

REDAZIONE

ANNA VANZAGO (CAPOREDATTORE),

MARZIA BONFANTI, FRANCESCA SCOLARI,

VALENTINA TELESCA, SIMONA RAIOLO

CREMS – Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Carlo Cattaneo – LIUC, Corso Matteotti, 22 – 21053 Castellanza (VA) tel. 0331.572340 – fax 0331.572513 e-mail: crems@liuc.it

AMMINISTRAZIONE E DIFFUSIONE

MAGGIOLI EDITORE

presso c.p.o. Rimini – Via Coriano, 58 – 47924 Rimini

tel. 0541.628111 – fax 0541.622100

Maggioli Editore è un marchio Maggioli Spa

SERVIZIO CLIENTI

tel. 0541.628242 – fax 0541.622595

e-mail: clienti.editore@maggioli.it

www.periodicimaggioli.it

MAGGIOLI SPA

Azienda con Sistema Qualità

certificato ISO 9001:2000

Iscritta al registro operatori della comunicazione

PROGETTO GRAFICO

Alice Allegra

Giorgia Buzzone

REGISTRAZIONE

Presso il Tribunale di Rimini al n. 1

dell'8 febbraio 2012

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

È vietata la riproduzione, anche parziale, del materiale pubblicato senza l'autorizzazione dell'Editore.

Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio, lasciandoli responsabili dei loro scritti.

Gli autori garantiscono la paternità dei contenuti inviati all'Editore manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

STAMPA

Titanlito Spa – Dogana R.S.M.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO 2013

- Il prezzo di abbonamento è di euro 120,00
prezzo di lancio euro 90,00*

* L'offerta è valida per chi sottoscrive e paga l'abbonamento entro il 31/12/2013

- Il prezzo di una copia è di euro 41,00

Il pagamento dell'abbonamento deve essere effettuato con bollettino di c.c.p. n. 31666589 intestato a Maggioli Spa - Periodici - Via del Carpino, 8 - 47822 Santarcangelo di Romagna (RN). La rivista è disponibile anche nelle migliori librerie. L'abbonamento decorre dal 1° gennaio con diritto al ricevimento dei fascicoli arretrati ed avrà validità per un anno.

Comunicazione interna

Corso a distanza per tutte le professioni sanitarie

10 Crediti formativi ECM

Corso FAD numero: 58070

Validità (inizio/fine): 2 aprile 2013 – 1 aprile 2014

Provider: Maggioli Formazione e Consulenza

Provider ECM num. 587 accreditato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua ad erogare formazione per tutte le professioni sanitarie. Accredittamento provvisorio concesso il 23.6.2011 con validità 24 mesi.

Responsabile scientifico del corso: dott. Ivano Boscardini

Come svolgere il corso ed ottenere i crediti ECM

Il materiale didattico è organizzato in capitoli e comprende anche i contributi finali (si veda l'indice).
Richiede circa 10 ore di lettura/studio.

Dopo aver completato la lettura:

- ➡ collegarsi al sito www.corsi-ecmfad.com;
- ➡ inserire i dati richiesti (nome, cognome, codice fiscale, professione sanitaria, e-mail);
- ➡ selezionare il corso ed inserire il codice di accesso stampato sulla rivista;
- ➡ svolgere il test di verifica dell'apprendimento:
- ➡ il test prevede 30 domande a risposta multipla e si considera superato con l'80% di risposte esatte;
- ➡ va completato in un'unica sessione senza interruzioni, tempo massimo due ore;
- ➡ in caso di mancato superamento sarà possibile ripeterlo;
- ➡ superato il test, è necessario compilare il questionario sulla qualità percepita che comparirà automaticamente;
- ➡ il corso è concluso: riceverete via e-mail l'attestato con i crediti ECM in formato pdf
(l'attestato recherà la data in cui è stato completato il corso).

N.b.:

- L'attestato recherà la data in cui è stato completato il corso.
- Ogni codice di accesso al corso dà diritto ad un solo attestato, concluso il corso verrà disattivato.

Requisiti tecnici

- PC con connessione ad internet
- Casella e-mail di posta elettronica

Il corso è riservato agli abbonati alla rivista "Maps – Management per le professioni sanitarie"
o a chi acquista la rivista in libreria.

Per informazioni: servizio clienti – clienti.editore@maggioli.it – tel. 0541 628200.

Nuove dimensioni per la Comunicazione Interna in Sanità

La Pubblica Amministrazione, per molto tempo ha praticato una cultura comunicativa più orientata alla norma che al servizio. Una comunicazione burocratica tradizionale i cui limiti erano essenzialmente legati a un'eccessiva rigidità, alla formalizzazione delle procedure, all'utilizzo di un linguaggio tecnico spesso incomprensibile, alla difficoltà di instaurare una vera relazione comunicativa simmetrica, sia al proprio interno sia verso i cittadini.

In questi ultimi anni si sta invece affermando una nuova concezione della Pubblica Amministrazione, fondata sul riconoscimento di valori quali la trasparenza e la partecipazione, che attribuisce alla comunicazione un ruolo centrale, capace di attivare un processo di trasformazione volto all'abbattimento delle barriere tra cittadini e istituzioni e al superamento di una cultura fondata sull'autoreferenzialità. La comunicazione si rivela come il vero circuito connettivo del sistema che porta l'individuo, cliente interno o cliente esterno, a non essere più il passivo destinatario di messaggi o servizi ma a partecipare in prima persona ed essere l'attore protagonista di una relazione sempre più consapevole.

In particolare, la comunicazione nell'ambito sanitario costituisce lo strumento che permette la condivisione di informazioni non soltanto tra operatori sanitari o tra medico e paziente, ma in generale tra tutti gli stakeholder.

Se la comunicazione da semplice percorso informativo assume le caratteristiche e le valenze di un'azione strategica, di una risorsa e di un servizio è evidente che non è più sufficiente rispondere alle domande "quando", "cosa" e "come" comunicare. Contestualmente vanno ridefiniti contenuti, principi e valori etici per avere professionisti pubblici capaci di realizzare e gestire forme sempre più credibili ed efficaci di comunicazione. Cura e prevenzione, qualità ed efficacia, diritti del malato e stili di vita rappresen-

tano le nuove frontiere sulle quali la comunicazione sanitaria è chiamata ad agire.

Il primo numero di MaPS del 2013 intende quindi affrontare il tema della comunicazione interna, ovvero dell'interazione sia tra professionisti sanitari, sia tra professionista e pazienti. La comunicazione interna rappresenta una priorità non soltanto per permettere di erogare le prestazioni sanitarie, ma anche per effettuarle correttamente. La Rivista approccia l'argomento fornendo sia un inquadramento delle teorie organizzative e comunicative, sia un'analisi di dettaglio in termini di attori, strategie e strumenti delle tre forme principali di comunicazione interna: (i) la comunicazione medico sanitaria, (ii) la comunicazione di sistema e (iii) la comunicazione interpersonale.

Gli operatori sanitari che nel corso della loro formazione professionale non ricevono alcuna educazione formale in proposito, nonostante la comunicazione interna rappresenti oggi una core competence del bagaglio culturale necessario per il corretto svolgimento di attività quotidiane di varia natura che coinvolgono pazienti, collaboratori e le direzioni aziendali, devono essere pronti perché la comunicazione sanitaria possa essere in sintonia con gli obiettivi aziendali e diventi veicolo di benessere organizzativo e individuale.

Se è possibile apprendere una lezione dalla lettura di questo numero di MaPS è che la comunicazione interna, in quanto strumento sistemico, deve saper costruire i propri codici e messaggi verificando il grado di vicinanza e sintonia con i soggetti che coinvolge nel processo per permettere il cambiamento alle persone a cui si rivolge e che rappresentano il vero punto di partenza e di equilibrio di un'organizzazione.

Ivano Boscardini

Comunicazione: problemi e prospettive

di Sergio Cavallari*, Serena Cavallari**

* Psicologo libero professionista

** Tecnico di Laboratorio di Microbiologia, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano; e-mail: serena.cavallari@ao-legnano.it

Comunicazione: questa sconosciuta

La "Comunicazione", questa sconosciuta. L'affermazione potrebbe sembrare un paradosso ai giorni nostri in cui i mezzi di comunicazione sono aumentati a dismisura e siamo bombardati da messaggi continui di ogni tipo.

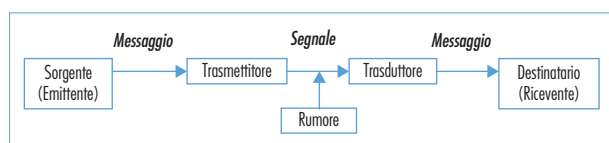
Il web e l'elettronica miniaturizzata ha creato le condizioni per realizzare, per la prima volta nella storia, una comunicazione universale in cui tutti possono essere in contatto con tutti. La comunicazione interpersonale, però, continua a essere, come sempre, un problema estremamente controverso.

Si può parlare di "Comunicazione" in tanti modi, ma naturalmente si tratta di intendersi sul termine e significato della parola. Ad esempio, la comunicazione di massa, politica, pubblicitaria o comunque volta a influenzare il maggior numero di persone ha certe caratteristiche molto particolari che la discostano dalla comunicazione interpersonale o all'interno di un gruppo.

Spesso, anche senza volerlo, si dimentica che la "Comunicazione" ha le sue regole, che devono essere tenute in considerazione, altrimenti non è facile comunicare veramente; ridotta all'essenza, sembrerebbe semplice perché ci si potrebbe limitare a definirla un passaggio di informazioni da Emittente a Ricevente, che, espresso così, sembrerebbe privo di particolari complessità. Aggiungiamo, però, a quanto detto, alcuni elementi che normalmente sfuggono a una analisi non approfondita: nel passaggio di informazioni non si può fare a meno, anche volendo, di trasmettere sensazioni, atteggiamenti, emozioni, sentimenti, ed è evidente che, in questa ottica, il processo comunicativo appare tutt'altro che scontato.

Per evidenziare la complessità del processo, può essere utilizzato lo schema semplificato della teoria dell'informazione di Shannon, riportato nella figura seguente.

Figura 1 – Semplificazione schematica della teoria dell'informazione di Shannon



Fonte – Shannon e Weaver (1971)

Si può osservare dalla Figura 1 che l'informazione (messaggio), nel movimento da Sorgente (emittente) a Destina-

tario (ricevente), subisce una serie di passaggi cui, spesso, non si presta la dovuta attenzione.

Nello specifico, i significati dei componenti dello schema:

- trasmettitore: voce, mezzi meccanici o elettronici, bollettini scritti, circolari, ecc.;
- segnale: forza e accettabilità del messaggio;
- rumore: elementi disturbanti (ambiente, influenze esterne, atteggiamenti precostituiti);
- trasduttore: rielaborazione del messaggio nella mente del ricevente in funzione di emozioni particolari, situazioni contingenti, ecc.

In ognuna di queste voci sono presenti elementi che possono rappresentare ostacoli alla comunicazione efficace: quanta attenzione è necessaria affinché al termine del processo sia rimasto il significato originale del messaggio che si voleva trasmettere?

A questa analisi di Shannon, Watzlawick ha aggiunto il concetto di "feed back", che rappresenta l'informazione di ritorno all'Emittente di quanto e come il suo messaggio è stato ricevuto dal Ricevente (fig. 2).

Figura 2 – Rappresentazione del concetto di "feed back"



Fonte – Watzlawick et al. (1971)

Si configura così, quella che è stata definita "Comunicazione a due vie", dall'Emittente al Ricevente e viceversa. In questo modo l'Emittente dovrebbe divenire Ricevente dei segnali che giungono di ritorno ed eventualmente modificare, sia pure leggermente, le modalità del suo approccio per agevolare la ricezione (Watzlawick, 1971).

Per precisare ulteriormente gli elementi di problematicità della comunicazione, oltre agli elementi già citati, da un punto di vista pragmatico (di comportamento), la comunicazione non efficace (disturbata) può avere altre cause:

- assunto non formulato correttamente (l'emittente non si rende conto che ciò che trasmette non è chiaro);
- ascolto ridotto o limitato (il ricevente non ascolta o ascolta solo una parte);
- implicazioni emotive particolarmente accentuate.

Nell'ambito di queste disfunzioni comunicative, che non

permettono il raggiungimento della reciproca comprensione, assumono un'importanza fondamentale il codice e il contesto. Il codice rappresenta la modalità con cui il "segnale" veicola il messaggio (ad esempio la lingua usata o la complessità dei termini utilizzati) e che deve essere lo stesso per i due soggetti che intervengono nella comunicazione. È chiaro che se una persona parla in cinese e l'interlocutore non conosce questa lingua, il messaggio, per lui, sarà costituito da una serie di suoni inarticolati. Naturalmente, questo rappresenta un caso limite, che risulta chiaro anche all'interlocutore meno attento, ma ci sono casi in cui la differenza di codice è meno evidente e perciò è meno semplice, per l'emittente, rendersene conto. Per ciò che riguarda il contesto, Watzlawick (1971) riferisce il caso narrato da Konrad Lorenz in uno dei suoi esperimenti con i piccoli delle anatre. Nel giardino di una elegante casa di campagna, alcuni turisti di passaggio guardavano allibiti un distinto e barbuto signore, che strisciava sul prato mentre emetteva a voce alta dei sonori "qua qua". Il resto della scena era nascosto dalla siepe che non permetteva di vedere dei piccoli anatroccoli che seguivano quella figura come se fosse la loro madre. In assenza di una valutazione globale, che permettesse di inserire quella scena nel contesto di un esperimento naturalistico avente per oggetto l'*imprinting*, quel comportamento appariva del tutto incomprensibile.

Eminentissimi studiosi con cultura vastissima, grandi uomini che reggono le sorti di intere popolazioni, evidenziano talvolta, e la cosa sembrerebbe assurda, la loro debolezza nell'esprimersi, nel contatto con gli altri, nel porgere le loro idee.

Insegnanti validissimi dal punto di vista della conoscenza mettono in luce le loro carenze ponendosi in rapporto disarmonico con la classe dei discenti.

Piccoli e grandi *manager*, giunti in alto nella scala gerarchica, soffrono l'isolamento o non riescono a progredire ulteriormente, perché non riescono a interpretare correttamente la realtà relazionale che stanno vivendo non riuscendo così a tenere in considerazione le esigenze comunicative degli altri.

Chi di noi, nella sua storia scolastica, non ha avuto a che fare con un professore – magari di matematica – abituato a lanciarsi in dissertazioni e spiegazioni, come se parlasse ad un'aula di suoi pari? E che tale docente, scrivendo formule matematiche apparentemente incomprensibili, nonostante ricevesse messaggi non verbali da parte classe che indicavano una non comprensione dell'argomento, andasse avanti a spiegare nel medesimo modo? Risultato: argomento della lezione ignoto.

Parimenti, un coordinatore infermieristico che non fosse in grado a comunicare in maniera adeguata con i propri colleghi, ad esempio gli obiettivi dell'anno dettati dalla Direzione, avrà minata la sua autorevolezza e non sarà seguito. Le conseguenze si rifletteranno automaticamente sull'organizzazione dell'Unità Operativa, che sarà disarmonica.

Manca, cioè, nell'armonizzare la necessità di raggiungimento degli obiettivi, l'attenzione ai bisogni dell'"altro" sul piano comunicativo.

La comprensione è un processo complicato che passa attraverso gli schemi mentali di chi ascolta. Se l'argomento è già in qualche modo conosciuto il processo di comprensione risulterà più semplice; altrimenti bisognerà stimolare le basi cognitive nella memoria degli ascoltatori per fare in modo che il processo possa avere i risultati sperati.

Tra gli esperti, si usa dire che la comunicazione è automatica e il più delle volte inconscia, giungendo alla conclusione che tra due soggetti che siano in qualche modo in relazione, non si può non comunicare. In questa accezione, quindi, anche il silenzio è comunicazione, spesso con una forza che le parole non possono avere. (Quali fantasie o emozioni evoca un silenzio inatteso o una risposta importante sostituita da un silenzio?).

Nelle relazioni, all'interno di una struttura ospedaliera, spesso, questi elementi non sono considerati abbastanza. Si assiste così al fatto, troppe volte ricorrente, di ricercare la genesi di certi fallimenti per il raggiungimento di obiettivi nella mancata organizzazione, o nella concorrenza, o nel mercato, mentre la causa principale risiede nella disfunzione dei rapporti tra individui, tra funzioni diverse, tra direzioni settoriali.

Comunicare, comunque, non significa soltanto parlare, scrivere, farsi intendere, ma anche ascoltare soprattutto, comprendere la realtà in cui siamo immersi, ricevere i messaggi in entrata, accettare le comunicazioni esterne (Vacca, 1990).

Comunicazione e potere

La relazione interpersonale, già difficile, piena di insidie nella sua articolazione naturale da soggetto a soggetto, assume caratteristiche di ulteriore complessità quando nel rapporto tra le due parti si inserisce l'elemento potere, con tutta la sua forza condizionante. Il problema va visto nell'ottica del *management* perché nella relazione comunicativa capo-collaboratore, l'importanza del messaggio del capo risulta enormemente maggiore rispetto a quello che può dire l'altro. In modo particolare quando si tratta di opinioni divergenti.

Si realizza così, in modo automatico, quella che viene definita "Comunicazione autoritaria". Per riferirci a uno studioso dell'elemento potere, Friedrich Nietzsche, possiamo citare un suo aforisma divenuto famoso, in cui afferma che il vero demone che domina la vita degli esseri umani è la bramosia di potere (Peveada, 2003). L'"uomo" può avere tutto, ma se non soddisfa questo desiderio che, a livello inconscio domina la sua mente, non vivrà mai appieno la sua felicità, non sarà mai soddisfatto completamente. Questo afferma Nietzsche e ne abbiamo continue conferme notando che, non appena una persona ha una minima percezione di essere in posizione di superiorità su qualcun altro, spesso non può fare a meno di approfittarne.

Possiamo anche notare, nelle esperienze quotidiane, co-

me questo processo si manifesti con frequenza quando le parti sono rappresentate dalle istituzioni e dal cittadino. Basti pensare a una persona che abbia di fronte, con opinioni diverse su qualche questione, i vigili urbani o l'agenzia delle entrate o un funzionario di uno qualunque degli uffici delle varie amministrazioni statali. Esiste, però, un caso che spicca per la problematicità del rapporto comunicativo e che assume una particolare delicatezza con complessità ingigantite, costituito dal rapporto con le Istituzioni Ospedaliere.

Il cittadino che si rivolge alla Sanità è malato. Poco o molto, nel suo fisico c'è qualcosa che non funziona e, in genere, questo determina una situazione regressiva. In qualche modo, il fatto di essere malato mette in gioco tensioni e forze la cui genesi va ricercata nell'inconscio più profondo, con riflessi che risalgono al tempo lontano della propria infanzia.

Cosa può avvenire quando un utente viene a contatto con l'Azienda Ospedaliera?

Per il meccanismo di identificazione, quando un cittadino si rivolge a una istituzione, identifica la stessa nella persona con cui tratta. Così un abitante di un comune, che si rechi negli uffici per trattare una pratica, identifica il comune con il funzionario con cui entra in contatto. Se questo, pur facendo il suo lavoro in maniera ineccepibile, risulta distaccato o distratto (problemi col figlio che va male a scuola o ha appena discusso con la propria moglie o marito) per il cittadino sarà "il comune" a essere "distaccato e indifferente".

Nello stesso modo un paziente, nel momento in cui si avvicina al servizio sanitario (ambulatorio o ospedale), identifica l'intero mondo che costituisce la Sanità con il personale che lo riceve. Ad esempio, se un paziente è in attesa di essere visitato in ambulatorio e vede due infermiere ferme a parlare penserà che la ragione del ritardo della sua visita è che il personale ospedaliero "fa i propri comodi", senza tenere in considerazione che magari le due infermiere non afferivano a quell'Unità Operativa oppure avevano appena finito il turno e stavano per andare a casa. Mantenere un atteggiamento professionale che non possa dare adito a dubbie interpretazioni è il primo semplice passo per una corretta comunicazione tra Aziende Ospedaliere e pazienti.

La generalizzazione è sempre indebita e per fortuna la maggior parte dei professionisti ospedalieri svolgono il loro lavoro con coscienza. Spesso, gli errori che riguardano la comunicazione possono essere non voluti, riferibili, cioè, a certe sollecitazioni interiori, assolutamente inconscie.

Il gruppo

Un altro elemento che bisogna considerare perché modifica e, in parte, complica ulteriormente i problemi della comunicazione è il Gruppo¹.

Le Istituzioni, le Aziende, le Organizzazioni sono tutte costituite da gruppi formati quasi sempre da sottogruppi, che lavorano e operano ognuno per la propria parte, con le proprie specificità, con le proprie competenze.

Occorre soffermarsi sulla definizione di gruppo perché, spesso, là dove sembra che operi un gruppo esiste solo un "insieme" di persone. Si può definire gruppo soltanto se le persone interagiscono tra loro per il raggiungimento di un obiettivo *che tutti considerino comune*. In assenza di questa condizione da un punto di vista di psicologia sociale è stato coniato il termine di "aggregato" (Brown, 2005). "Aggregato" esprime la situazione dei gruppi (piccoli e grandi) non operanti in questo modo. Si potrebbe paragonare l'aggregato a un insieme di numeri singoli, senza alcuna relazione tra loro, salvo quella di essere numeri; si può definire serie solo se questi numeri possono avere una qualche relazione tra loro.

Nello stesso modo, per potersi definire gruppo, tra i componenti di un aggregato umano deve esistere una relazione, con l'aggiunta dell'obiettivo comune (De Grada, 1969).

Le istituzioni soprattutto, ma anche altre organizzazioni, aziende, ecc. hanno la tendenza a esasperare la situazione dei sottogruppi, fin quasi al punto che i sottogruppi sembra che operino e funzionino autonomamente, con obiettivi propri, staccati dall'obiettivo globale; quando, come spesso accade, viene cambiata l'organizzazione e alcuni sottogruppi vengono riuniti, non è agevole per i nuovi gruppi, così formati, trovare i modi e le interrelazioni per giungere a una sinergia di funzionamento.

Occorre, quindi, che nelle istituzioni, ma in modo particolare nelle Aziende Ospedaliere, si faccia strada una sensibilità particolare per i problemi riguardanti la comunicazione. In tutte le sue forme e particolarità.

Esiste una soluzione? È possibile che il personale facente parte di una struttura venga formato alla "comunicazione efficace"?

La nuova dimensione

Normalmente nella nostra esistenza ci sono momenti in cui cresce, senza che noi minimamente lo sospettiamo, la visione narcisistica del mondo e di ciò che vive intorno a noi; come se tutto "fosse" in funzione della nostra esistenza. Da questo deriva, in modo naturale, l'insorgere e il crescere della tentazione dicotomica dei nostri giudizi, con la conseguente chiusura verso l'essenziale e imprescindibile via del dubbio, fondamento della conoscenza. In questo modo è difficile ascoltare con la dovuta attenzione, ed essere aperti a ciò che ci giunge dall'esterno, con il risultato che ci si ritrova fermi, immobili, assorbiti in quella operazione così gratificante, che regola le informazioni che ci giungono, soltanto per confermare e ribadire le nostre convinzioni e le nostre certezze, rigettando tutto ciò che è dissonante con le nostre idee o con i nostri desideri. Tutto questo avviene, soprattutto, mentre siamo sicuri di ciò

¹ Per maggiori approfondimenti cfr. BONAMINI nel presente dossier (ndr).

che facciamo e delle nostre conoscenze; in modo particolare nel nostro lavoro dove, al termine del breve periodo di apprendistato, abbiamo acquisito quella sicurezza che ci consente di operare bene mentre svolgiamo le nostre mansioni abituali. Questo è indispensabile, ma ai fini del rapporto con gli altri e, in special modo al contatto con qualcosa di nuovo, questo atteggiamento esaspera l'irrigidimento della nostra coscienza.

Vivere i nostri giorni, imparando sempre cose nuove non è né facile, né scontato poiché è il risultato di una quotidiana conquista individuale. Riguarda la vita privata, familiare, le amicizie, ma anche quei luoghi dove sentimenti negativi di chiusura ci bloccano e, in qualche caso rendono la vita immutabile e, per questo insoddisfacente: sono soprattutto gli agglomerati, i gruppi, le organizzazioni; proprio i luoghi di lavoro, dove potrebbero esistere per noi gli stimoli maggiori per allargare la nostra coscienza e le nostre conoscenze (Cavallari, 2000).

Per ovviare a questo e rendere più efficace la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro bisognerebbe affrontare il problema definito della "persistenza e cambiamento" (Makowsky, 1996).

Il concetto che prediche ed esortazioni verbali servono a

poco stenta a far presa nella formazione degli adulti. Le vie dei cambiamenti positivi sono altre.

La nuova dimensione che dovrebbe delinearci all'interno delle strutture (aziende e istituzioni) dovrebbe affrontare il problema cercando di svincolarsi dalla tentazione didattica tradizionale, che prevede informazioni su cosa si deve o non si deve fare. Sulla stampa (specialmente internazionale), ma anche alla televisione o su altri *media*, si parla sempre più spesso della necessità di liberarsi sempre di più da certe schiavitù didattiche che restano in superficie, per cercare di andare in profondità.

Significa fornire a dirigenti, capi intermedi, operatori di ogni settore i mezzi per conoscersi meglio e muoversi con maggiore motivazione ed efficacia verso un reale miglioramento dei propri rapporti comunicativi, ma dove ognuno deve trovare la sua strada. Certo non è facile, né per il docente, né per i discenti, dato che accettare questi metodi significa accettare di mettersi in discussione e attivare una propria ricerca per giungere a miglioramenti che nascano nel profondo. La formazione, però, deve avere questo coraggio: essere un mezzo perché ognuno sia aiutato a trovare la propria via, senza pretendere di suggerire modelli precostituiti.

Organizzazione e risorse umane

di Antonio Sebastiano

Direttore Osservatorio Settoriale sulle RSA, CREMS Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, LIUC Università Cattaneo; e-mail: asebastiano@liuc.it

Come è cambiato il rapporto organizzazione e individui

Le dinamiche che caratterizzano il complesso rapporto tra individuo/i e organizzazione è stato da sempre al centro degli studi organizzativi, nonché di molteplici altre discipline riconducibili primariamente alle scienze sociali.

La lettura e l'analisi di questo rapporto ha portato negli anni a dare interpretazioni e risposte molto diverse, a loro volta condizionate da una serie di profonde trasformazioni che hanno interessato lo scenario ambientale di riferimento, la tecnologia, l'evoluzione delle logiche organizzative, i contenuti del lavoro e le stesse istanze di cui gli individui si fanno portatori in qualità di forza lavoro. Al centro di questo processo di cambiamento, che ha investito l'intero ambiente di lavoro e la cui portata è così invasiva al punto di presentare i connotati tipici di una rivoluzione, così com'era avvenuto durante la rivoluzione agricola prima e quella industriale poi, troviamo le risorse umane e il ruolo che esse oggi ricoprono nelle organizzazioni (Kravetz, 1989).

Con riferimento all'attuale panorama organizzativo, la nuova centralità delle risorse umane in azienda, almeno sulla carta, sembra essere il *leit motiv* dominante nell'odierna concettualizzazione dell'impresa (Leoni *et al.*, 1998; Giangreco e Sebastiano, 2007), al punto che non è affatto inusuale trovare nell'ampia letteratura in materia autori che sostengono che "la vera sfida per il nuovo millennio riguarda le persone e non la tecnologia" (Weizmann e Weizmann, 2001, pag. 17) o che riconoscono nel capitale umano il fattore competitivo che presenta i più ampi margini di miglioramento (Camuffo, 1993).

La nuova consapevolezza maturata nel *management* aziendale verso la criticità insita nel capitale umano è da leggersi come relativamente recente, dato che per interi decenni hanno dominato logiche organizzative e approcci gestionali assolutamente antitetici a questa rinnovata attenzione riservata alla forza lavoro.

Nell'era industriale, che ha dominato la scena mondiale per oltre mezzo secolo, grazie anche ad uno scenario ambientale sostanzialmente stabile e prevedibile, il paradigma portante era da leggersi nella capacità di pianificare e controllare a qualsiasi livello aziendale, nonché nella possibilità di confinare a connotati di eccezionalità la gestione degli imprevisti esterni (Cozzi *et al.*, 1996).

L'approccio tayloristico, in accordo con quello che era il contesto generale della società industriale, ha fatto sì che,

ad eccezione del vertice strategico e del *middle management*, il lavoro di un individuo fosse descrivibile tramite una serie di attività elementari, seguendo il criterio della specializzazione e portando a una gestione della forza lavoro per mansioni. La strategia di gestione del personale era basata sull'accentramento del processo decisionale, sulla programmazione dettagliata dei compiti e su un'analitica azione di controllo circa l'esecuzione delle operazioni; tutto questo avveniva tramite un'infinità di regole, procedure e politiche che coprivano in sostanza ogni possibile eventualità (Boyett e Boyett, 1992; Paneforte, 1999). L'organizzazione scientifica del lavoro ideata da Taylor, che Ford seppe replicare e diffondere su larga scala, determinò la nascita del cosiddetto paradigma classico, che si sostanzia nelle forme organizzative meccanicistiche e burocratiche, in cui si è portati a leggere l'organizzazione come macchina (Rebora, 2001).

Oggi tutto ciò non è più sufficiente e l'ideale punto di rottura con il passato può storicamente essere fatto risalire ai primi anni Sessanta, ovvero al periodo in cui prende avvio il graduale, ma inesorabile decadimento dell'economia Fordista basata sui postulati scientifici della teoria di Taylor (Kravetz, 1989). Non solo si sono avuti profondi mutamenti nella ripartizione della forza lavoro tra i comparti produttivi, con un netto calo dei settori industriali a favore dei servizi e dei prodotti ad alto contenuto tecnologico; non solo si è affermata una nuova dimensione aziendale, più piccola di quella della società industriale, dotata di maggior flessibilità e snellezza; non solo l'organizzazione gerarchica e accentrata ha spesso lasciato il posto ad una visione più aperta della struttura organizzativa che diventa mutevole in funzione di quanto essa risponde concretamente alle esigenze dell'ambiente in cui opera; ma ciò che più conta, è il fatto che la concezione stessa del lavoro e di conseguenza delle risorse umane ha conosciuto una radicale e irreversibile metamorfosi (Kravetz, 1989). Il lavoro oggi può essere più correttamente descritto tramite le così dette *tre esse*: contenuti (*sapere*), capacità (*saper fare*), atteggiamenti/comportamenti (*saper essere*); ciò riguarda qualsiasi lavoro andiamo a considerare, in quanto tutti e tre gli aspetti sono sempre presenti, mentre quello che varia è il peso relativo dei diversi elementi (Rebora, 2001). La nuova interpretazione del lavoro è coerente con i mutamenti che hanno interessato la composizione dell'attuale forza lavoro, che non solo è molto più istruita rispetto al passato, ma nutre anche aspettative diverse

da quelle di un tempo. Ciò non significa che il lavoratore non cerchi più la soddisfazione dei tradizionali bisogni primari, che nel contesto lavorativo possono essere identificati nella retribuzione, nella sicurezza del contesto di lavoro e nella stabilità occupazionale. Tuttavia, a differenza dei propri predecessori, questi non sono gli unici obiettivi che la più parte dei lavoratori si prefigge oggi di raggiungere tramite il proprio agire lavorativo; al contrario, sono mossi da un forte desiderio di sviluppo e affermazione professionale, nonché dalla volontà di coniugare questo desiderio di crescita con la possibilità di intrecciare relazioni interpersonali soddisfacenti e stimolanti (Kravetz, 1989). Le esigenze individuali di apprendimento e sviluppo, così come il bisogno di sentirsi parte a tutti gli effetti di un gruppo, vengono manifestate ed espresse con maggiore intensità rispetto al passato e culminano nella collettiva necessità di veder riconosciuta la centralità delle risorse umane in azienda (Giangreco e Sebastiano, 2004; Ruffini, 2004). In sostanza, il progressivo passaggio da contesti ambientali tendenzialmente stabili a contesti ipercompetitivi, caratterizzati da incertezza e instabilità, ha generato un cambio di prospettive nel modo di guardare alle risorse umane e alle relazioni che queste instaurano con le organizzazioni. Da quel momento, sino ad arrivare ai giorni nostri, il sinergico combinarsi di una pluralità di *input* al cambiamento, come, ad esempio, l'andamento demografico, l'evoluzione delle tecnologie, il fenomeno della globalizzazione e il nascere di nuove forme di tutela lavorativa e delle minoranze, ha decretato il progressivo crollo del modello Fordista a favore di nuove soluzioni organizzative e nuovi orientamenti in materia di gestione del personale (Weizmann e Weizmann, 2001). A partire dalla scuola delle *human relations*, fino ad arrivare alle teorie sistemiche e agli studi di sviluppo organizzativo, si sono posti in luce i pesanti limiti delle precedenti visioni meccaniche, riconoscendo il fatto che gli individui portano con loro, all'interno delle organizzazioni, propri bisogni, valori, aspirazioni e attitudini di cui è necessario tener conto, secondo una logica che vuole la massimizzazione degli interessi degli individui come l'indispensabile tramite per la massimizzazione degli obiettivi dell'organizzazione (Sebastiano, 2010b).

La gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie: alcuni spunti di riflessione¹

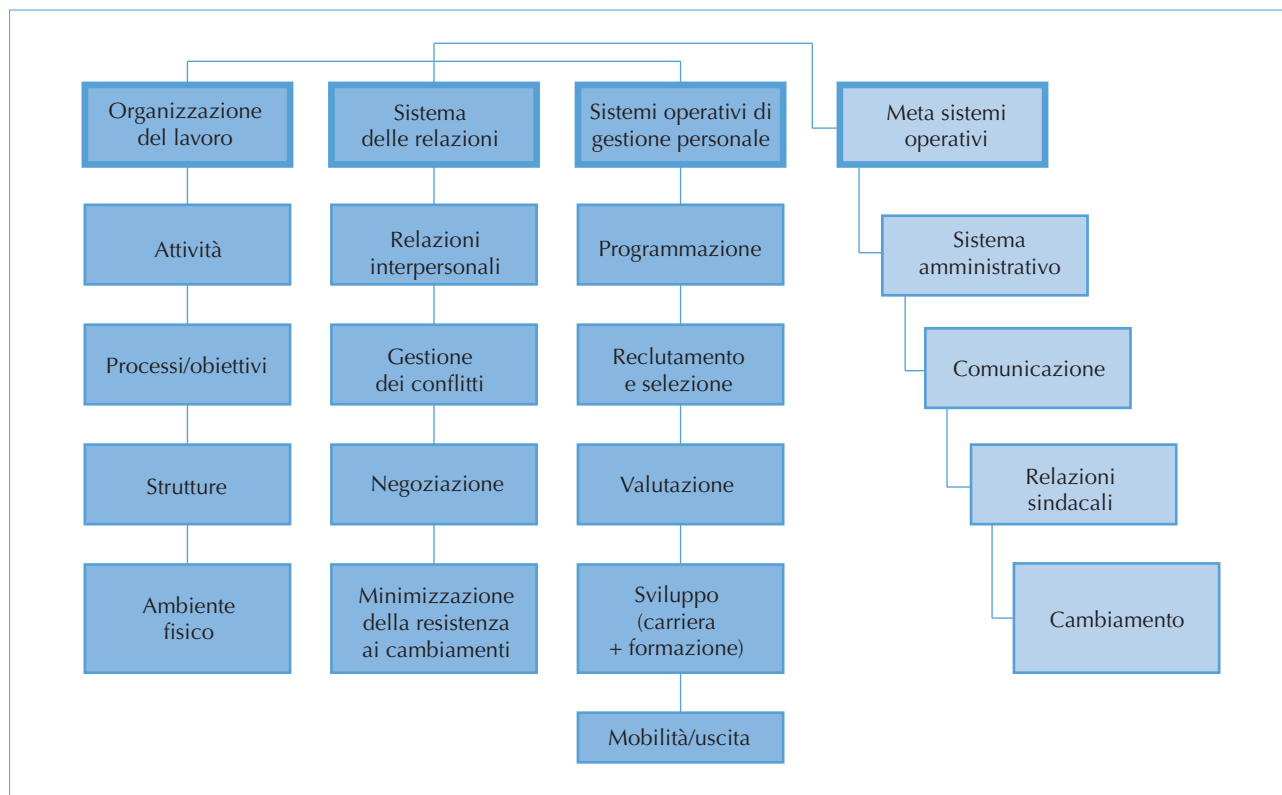
Fornire un quadro organico delle principali leve di organizzazione e gestione del personale a cui è possibile fare riferimento per indirizzare e influenzare i comportamenti organizzativi, non è certo un compito semplice, sia per la

numerosità ed eterogeneità degli strumenti potenzialmente utili a tale scopo, sia perché le leve oggetto di interesse possono mutare morfologia e finalità in funzione della visione di fondo che si asseconda in materia di teorie organizzative (visioni meccaniche vs visioni organiche) e di approccio strategico alla gestione del personale (approccio strumentale vs approccio costitutivo) (Sebastiano, 2010a). Non vanno poi dimenticate alcune peculiarità del settore sanitario che influenzano in maniera sostanziale l'indirizzo e l'implementazione delle leve di gestione del personale. Infatti, seguendo la classificazione proposta da Mintzberg (1983), le aziende pubbliche e private che operano nel panorama della sanità possono essere ricondotte alla così detta forma organizzativa professionale, che è caratterizzata dall'esercizio di un'attività collettiva comportante l'impiego di personale altamente qualificato e specializzato, ovvero che si avvale di conoscenze, tecniche e metodologie difficili da apprendere e implementare, in quanto frutto di lunghi processi di scolarizzazione e di apprendimento sul campo (Croce *et al.*, 2007a; Sebastiano e Croce, 2007). Di conseguenza, la figura centrale del sistema è il professionista stesso, al punto che il normale funzionamento dell'organizzazione risulta fortemente influenzato da norme e criteri propri della professione di appartenenza, che spesso si traduce nel confronto in ambiti associativi (e.g.: Ordine dei Medici, Collegi IPASVI); così, ad esempio, viene dato particolare rilievo anche agli incentivi di natura non economica, come l'acquisizione di rispetto, l'approvazione dei colleghi e tutte le altre forme di apprezzamento e riconoscimento delle competenze specialistiche possedute dal singolo professionista o da *team* professionali (Butera *et al.*, 1997; Bergamaschi, 2000). Alla luce di questi tratti caratterizzanti riscontrabili in qualsiasi azienda sanitaria, dovrebbe essere del tutto evidente come in questo settore giochi un ruolo primario il *know-how* detenuto dai professionisti che vi operano. Di conseguenza, qualunque *policy* aziendale promossa in questo tipo di contesto, se non viene riconosciuta da parte del nucleo operativo di base, vero detentore del sapere organizzativo, rischia di imbattersi in fenomeni di inerzia tali da rallentare, inficiare o bloccare i risultati attesi (Sebastiano e Croce, 2007; Sebastiano, 2010a). Partendo da queste considerazioni e senza pretese di esaustività, il tema della gestione del personale viene in questa sede trattato facendo riferimento a un macro modello concettuale (Ruffini, 2004) che ha il grande pregio di cogliere tutta la complessità che si annida nelle decisioni inerenti la "variabile organizzativa", letta come realtà sistemica che abbraccia contemporaneamente tre sottosistemi estremamente articolati e correlati tra loro: l'organizzazione del lavoro, i sistemi operativi di gestione del personale e il sistema delle relazioni, a cui si accompagnano dei meta sistemi operativi di natura prevalentemente esogena (fig. 1).

L'organizzazione del lavoro rimanda fondamentalmente al

¹ Le considerazioni di questo paragrafo rappresentano una sintesi estratta da SEBASTIANO A. (2010), *Clinical governance, comportamento organizzativo e gestione del personale*, in DAL NEGRO R.W., CROCE D. e SEBASTIANO A., *Elementi di clinical governance in Pneumologia*, Maggioli, Rimini.

Figura 1 – Organizzazione e gestione del personale: un modello sistemico



Fonte – Ruffini (2004), con adattamenti

disegno della struttura organizzativa; a questo livello si definiscono gli elementi di base del sistema dei ruoli connotati da una relativa stabilità, su cui si articola il sistema organizzativo: progettazione organizzativa macro e micro, divisione del lavoro, gerarchie, processi, regole, procedure, strumenti di integrazione, meccanismi di coordinamento e controllo e così via (Airoldi, 1980; Ruffini, 2004).

I sistemi operativi di gestione del personale sono dati dall'insieme di norme, procedure, tecniche e strumenti finalizzati a regolare e supportare ogni momento della vita professionale del proprio organico, dall'entrata sino all'uscita, in ragione degli spazi attribuiti o lasciati dal diritto del lavoro e dalla contrattazione collettiva (Auteri, 2004); pur dovendo essere integrati e coordinati in una complessiva politica del personale, i singoli sistemi operativi, come, ad esempio, la formazione, la valutazione e il sistema retributivo, sono orientati a governare specifici aspetti del divenire lavorativo (Costa, 2002).

Il sistema delle relazioni è composto da quelle variabili considerate comunemente *soft*, in quanto riconducibili a fattori di origine umana, certamente meno semplici da governare rispetto a strutture e sistemi operativi, in quanto meno razionali e più emotivi, ma non per questo meno determinanti nell'influire sul complessivo funzionamento di un'organizzazione; ne sono esempi tipici la gestione delle relazioni interpersonali, i conflitti e l'esercizio della *leadership* nella quotidianità del rapporto capo-collaboratore (Giangreco e Sebastiano, 2007; Perini, 2007).

La quarta macro componente del modello è rappresentata dai meta sistemi operativi, la cui funzione è quella di definire delle linee guida, più o meno stringenti e vincolanti, all'interno e nel rispetto delle quali l'organizzazione è chiamata a operare in sostanziale autonomia. Al riguardo, si pensi al sistema amministrativo, inteso come l'insieme di norme, a più livelli, a cui un'azienda deve attemperare (Croce *et al.*, 2007b; Sebastiano, 2010a).

Come già anticipato, i sotto-sistemi di cui si compone il modello sono fortemente correlati tra loro, al punto che qualunque intervento condotto all'interno di un preciso sotto-sistema, inevitabilmente produce degli effetti (positivi o negativi) anche sulle altre componenti del modello (Sebastiano, 2010a).

Mantenendo il ragionamento a un certo livello di "astrazione", ovvero senza entrare nel merito delle singole variabili afferenti ai diversi sotto-sistemi, si intende chiudere questo contributo attraverso alcune riflessioni sui macro ambiti presi in considerazione dal modello che possono risultare di immediato interesse per le organizzazioni sanitarie. In ragione dell'esplosione della spesa sanitaria, negli ultimi quindici anni l'attenzione è stata posta in maniera quasi unidirezionale sul recupero di efficienza, importando dal mondo industriale apposite metodologie di governo economico. In questa corsa esasperata all'efficientismo, spesso si è trascurata la dimensione organizzativa del problema: aumentare l'*output* quantitativo in condizione di iso-risorse e senza pregiudicare il livello qualitativo dei servizi

offerta, è sicuramente un obiettivo ambizioso del sistema, ma altrettanto certamente non può essere perseguito intervenendo unicamente sul versante dei costi; al contrario, all'analisi economica occorre affiancare quella organizzativa, agendo sulle variabili che nel modello descritto ricadono all'interno del sotto-sistema "organizzazione del lavoro" (Croce *et al.*, 2007a; Sebastiano, 2010a).

Numerosi, infatti, sono i fattori di dinamismo aziendale che dovrebbero evidenziare la necessità di seguire nuovi indirizzi nella progettazione degli assetti organizzativi in sanità, con relativo ripensamento delle tradizionali logiche di suddivisione del lavoro. Non ci si riferisce solo all'incremento qualitativo e quantitativo delle prestazioni da erogare in logica di iso-risorse, ma anche, ad esempio, alla necessità di bilanciare la ricerca di specializzazione tecnica con l'esigenza di integrazione organizzativa o, ancora, alle rigidità del quadro normativo di riferimento pubblico per ciò che concerne l'acquisto di beni e servizi e l'assunzione di personale (Sebastiano e Croce, 2007).

È proprio a partire da un'attenta analisi di queste problematiche che devono essere ricavate delle nuove linee guida per il disegno degli assetti organizzativi in ambito ospedaliero, così da attenuare i limiti più tipici della forma professionale, senza per questo "corrompere" o sacrificare le sue *routine* di funzionamento (Rebora, 2001).

Per quanto attiene, invece, alla gestione del personale, sia con riferimento alle sue componenti maggiormente *hard*, sia in relazione ai riflessi più strettamente relazionali giocati nel quotidiano, si vuole qui fare una riflessione organica sul ruolo del *management* di linea (e.g.: Dirigenti di Struttura Semplice e Complessa, Coordinatori). In effetti, specie per ciò che attiene ai sistemi operativi di gestione del personale, raramente sono queste figure ad occuparsi della defini-

zione e della progettazione di tali strumenti, funzione prioritariamente riconducibile agli organi di *staff* sotto l'indirizzo dell'alta direzione. Tuttavia, il *management* di linea, gioca, o dovrebbero giocare, un ruolo primario nel loro concreto utilizzo e, quindi, anche nell'orientare i comportamenti organizzativi dei propri collaboratori (Sebastiano, 2010a). Al tempo stesso, però, il *management* di linea non deve vivere determinate prerogative del ruolo come delle inutili incombenze richieste dall'organizzazione o, ancora, come un male necessario per svolgere il proprio lavoro. In altri termini, il *management* di linea non può identificarsi unicamente con la propria professione e con il proprio lavoro inteso in chiave strettamente tecnica, ma deve riconoscere e vivere pienamente anche il suo ruolo di gestore di persone, il cui sviluppo personale e professionale non passa solo attraverso il trasferimento di conoscenze, ma anche per il necessario tramite dei sistemi operativi di gestione del personale e del sistema delle relazioni (Tosi e Pilati, 2008).

In conclusione, assecondando il presupposto di base da cui deriva la disciplina del comportamento organizzativo, ovvero quello secondo cui il comportamento e, quindi, la *performance* di un'organizzazione, non è altro che il frutto sinergico dei comportamenti e delle *performance* degli individui che la compongono (Giangreco e Sebastiano, 2007), i sistemi operativi di gestione del personale devono essere pensati e sviluppati per orientare e indirizzare i comportamenti dei singoli e dei gruppi verso le priorità dell'organizzazione (Airoldi, 1980; Paneforte, 1999; Costa, 2002), cercando la più ampia sovrapposizione possibile tra obiettivi organizzativi e interessi, bisogni e aspettative dei lavoratori, nella convinzione che la massimizzazione dei primi passa anche attraverso la soddisfazione dei secondi (Giangreco e Sebastiano, 2004).

La comunicazione interna come generatore di conoscenza e alleanza tra organizzazione e individui

di Ivano Boscardini

Consulente aziendale e formatore in ambito di comunicazione cognitivo-comportamentale (Programmazione Neurolinguistica, Modificabilità Cognitiva Strutturale – Metodo Feuerstein); docente CREMS Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo – LIUC di Castellanza (VA); e-mail: ivano.boscardini@tiscali.it

Dalla comunicazione interna alla comunicazione organizzativa

Per comunicazione interna intendiamo l'insieme dei flussi di comunicazione che si verificano all'interno di un'organizzazione tra soggetti, i dipendenti stessi, appartenenti alla stessa organizzazione.

Negli ultimi decenni si è assistito a una serie di trasformazioni che hanno cambiato il modo di intendere la comunicazione interna in un percorso più o meno parallelo all'evoluzione dei modelli organizzativi dell'impresa. Agli albori dell'organizzazione moderna, nel periodo del *management* scientifico di H. Ford e F. W. Taylor (Taylor, 1967), vediamo nascere e affermarsi la scuola classica di stampo meccanicistico, funzionale all'impostazione ingegneristica del lavoro, contrapposta e decisamente innovativa rispetto alle condizioni del lavoro industriale del diciannovesimo secolo. La novità è determinata dal suo scopo principale: definire un *management* sistematico contro l'approccio empirico che dilagava nell'Ottocento. Le caratteristiche che appaiono distintive di questo approccio sono: l'efficientismo, la ripetitività, la parcellizzazione e la standardizzazione del lavoro, la mancanza di discrezionalità e di contenuti intelligenti, la completa attenzione a ottenere una produzione più intensa e uniforme. La comunicazione, allora, aveva come scopo principale quello di trasferire *input* tecnici e di affermare le logiche gerarchiche all'interno dell'organizzazione.

Il periodo successivo è sancito dalla nascita della scuola delle relazioni umane con una comunicazione finalizzata al recupero della soddisfazione dell'individuo e all'interazione sociale. Gli esperimenti di Elton Mayo¹ misero in luce la natura sociale e relazionale dell'individuo e la rilevanza delle motivazioni e del bisogno di sicurezza insito in ogni lavoratore che trasformerà l'azienda da apparato esclusivamente tecnico in un sotto-sistema sociale più flessibile ed equilibrato. Mayo pose quindi l'attenzione, a differenza di Taylor, non solo sulla retribuzione, ma sull'intero

contesto lavorativo. Nonostante percepisse l'importanza di perseguire l'obiettivo della massima produttività, comprese anche la necessità di orientarsi al raggiungimento di questo scopo attraverso mezzi diversi rispetto a quelli proposti dal taylorismo.

La scuola comportamentista o motivazionalista dell'inizio degli anni Cinquanta è propedeutica al periodo dello sviluppo economico e dell'impresa-famiglia che si propone come artefice non solo della crescita tecnica e professionale dell'individuo, ma anche della crescita sociale e privata: si pensi solo al ruolo svolto in questo senso da imprese come Olivetti e Fiat negli anni Cinquanta e i primi anni Sessanta.

Questa scuola si concentrò sull'importanza dell'individuo per cui ritenne fondamentale subordinare le esigenze dell'organizzazione ai bisogni dell'uomo e in particolare al suo bisogno di autorealizzazione. È importante quindi comprendere la natura della motivazione intesa come attivazione, direzione e persistenza del comportamento, per predire il suo manifestarsi e poterlo eventualmente influenzare.

La comunicazione degli anni Settanta è caratterizzata dal periodo delle relazioni industriali di carattere ideologico, di analisi e confronto fra teorie economiche, e conflittuale, ispirata da riflessioni su modelli di sostenibilità e diritti di classe.

Sono gli anni dell'affermazione della Qualità Totale (la capacità di produrre prodotti di qualità combinando l'ottica del cliente con quella della progettazione/produzione facendo leva sul miglioramento dei processi produttivi), della fabbrica integrata (esteso uso di tecnologie avanzate, ricerca di accordi con il sindacato per il coinvolgimento consensuale della manodopera in proposte di miglioramento, ricorso a forme di organizzazione modulare della produzione) e della funzione strategica delle reti di vendita che impongono un'attenzione particolare alle esigenze di ogni reparto aziendale mantenendo però l'obiettivo dell'integrazione interfunzionale.

Il secondo grande rilancio economico che avviene tra gli anni Ottanta e Novanta produce un modello di comuni-

¹ Cfr. articolo del presente Dossier dal titolo: *Motivazione ed empowerment*.

cazione interna che ha come riferimento le categorie del *marketing* scientifico (segmentazione, *target*, famiglie professionali), delle vendite e delle relazioni pubbliche: la comunicazione interna ha come obiettivo quindi il soddisfacimento dei bisogni di specifici gruppi.

Nel decennio delle trasformazioni organizzative e per tutti gli anni Novanta, la comunicazione interna ha cercato e trovato un legame sempre più forte con il *business* diventando il mezzo per sostenere e affermare un'identità aziendale comune, per condividere la stessa missione, la stessa visione e le stesse strategie. La fase attuale infatti, considera la comunicazione interna uno degli strumenti del processo produttivo, idoneo a contribuire al miglioramento dei risultati in un'ottica di sistema integrato che consente i giusti tempi di trasmissione e di risposta in un contesto produttivo e sociale estremamente dinamico e complesso. Lo sviluppo della comunicazione interna è strettamente correlato al modello organizzativo emergente, al tipo di impresa che meglio risponde – in uno specifico momento – alle esigenze produttive o di erogazione di servizi perché le organizzazioni devono vivere e interagire in un contesto sociale ed economico in continua trasformazione. Per questo la comunicazione interna può contribuire in tempo reale alla condivisione delle conoscenze, alla individuazione e soluzione dei problemi e al rapido adattamento ai cambiamenti del mondo esterno.

Alcuni autori (Grandi e Miani, 2006) preferiscono sostituire l'espressione comunicazione interna con quella di comunicazione organizzativa. Un cambiamento di termini che sottolinea un vero e proprio cambiamento di prospettiva, in quanto nell'espressione comunicazione interna il *focus* viene posto sulla segmentazione dei pubblici e sulla distinzione tra pubblici interni ed esterni, mentre con il termine comunicazione organizzativa l'accento è sul funzionamento e sullo sviluppo dell'organizzazione nel suo insieme.

Anche Invernizzi preferisce utilizzare il termine comunicazione organizzativa per identificare l'insieme dei processi di scambio di messaggi all'interno delle diverse reti di relazioni che costituiscono l'organizzazione. La comunicazione deve essere considerata organizzativa *"perché serve al funzionamento e allo sviluppo dell'organizzazione nel suo insieme"* (Invernizzi, 1996). La comunicazione organizzativa è l'insieme dei processi di creazione e di scambio di informazioni all'interno delle diverse reti di relazioni che costituiscono l'essenza dell'organizzazione coinvolgendo i membri interni, i collaboratori interni ed esterni e tutti i soggetti esterni interessati o partecipanti alla vita dell'organizzazione, in altre parole gli *stakeholder*.

Secondo questa impostazione della comunicazione all'interno di un'organizzazione, Invernizzi identifica quattro livelli di comunicazione organizzativa.

1. *La comunicazione funzionale*: riguarda tutte le istruzioni e le informazioni operative che rendono possibile e/o facilitano il processo produttivo interno e le informazioni necessarie a supportare i processi esterni di coopera-

zione produttiva e di vendita. Viene svolta per la maggior parte dai *manager*. Strumenti tipici della comunicazione funzionale sono gli ordini di servizio, le circolari, i manuali.

2. *La comunicazione informativa istituzionale*: riguarda tutte le notizie che rendono possibile fare conoscere l'organizzazione ai diversi pubblici (siano essi interni o esterni), i suoi servizi, i suoi prodotti, le sue politiche e le sue strategie. Serve per migliorare la visibilità dell'impresa nei confronti delle diverse categorie di dipendenti, dei giovani da assumere, degli investitori, dei clienti effettivi e potenziali e dell'opinione pubblica in generale. Viene svolta dalla funzione specifica addetta alla comunicazione, che può sollecitare l'intervento di specialisti esterni o di *manager* aziendali. Strumenti tipici della comunicazione informativa-istituzionale sono le *newsletter*, le pubblicazioni periodiche e le monografie.

3. *La comunicazione formativa*: concerne tutti gli interventi addestrativi o formativi effettuati sia in contesti specialistici sia sul luogo di lavoro che consentono di diffondere oltre alle necessarie conoscenze lavorative, anche la condivisione dei valori, delle strategie, della missione, della cultura e della simbologia dell'impresa, utili per coinvolgere i destinatari e renderli capaci di coinvolgere a loro volta collaboratori e clienti. Può essere rivolta a tutti i segmenti di pubblici interni. Strumenti tipici della comunicazione formativa sono i seminari e le giornate di studio.

4. *La comunicazione creativa*: è quella attuata in tutte le situazioni per realizzare occasioni di scambio e di dialogo, sia verticale sia orizzontale, dove il sapere si trasferisce e si crea, spesso in modo informale. Questo tipo di comunicazione è definito particolarmente dagli obiettivi degli incontri e dal tipo di relazioni che si instaurano tra gli interlocutori. Gli obiettivi di questo tipo di comunicazione sono la generazione e la trasmissione di un sapere innovativo, la creazione di ambiti di cooperazione e di scambio, la soluzione di problemi favorendo la creazione di gruppi di lavoro che traggano profitto dalla eterogeneità dei loro componenti. Si attiva in ambiti particolari, come per esempio quelli dei circoli di qualità (piccoli gruppi di lavoratori che si incontrano con il *management* per discutere e proporre azioni migliorative), dei gruppi di miglioramento nell'ambito di programmi di Qualità Totale; delle *task-forces*, costituite con soggetti appartenenti a funzioni diverse, per la soluzione di problemi di importanza strategica per l'impresa; dei gruppi di progettazione e interfunzionali. Strumenti tipici della comunicazione creativa sono i gruppi di lavoro, le *task-forces* e i *brain storming*.

La comunicazione interna per motivare e informare

Spesso si ritiene che la comunicazione interna sia un'entità separata o una sovrastruttura che agisce sull'organizzazione. L'interpretazione più corretta è invece quella che

considera la comunicazione interna come parte costituenti dell'organizzazione, il tessuto connettivo senza il quale non sarebbe possibile mettere in relazione le persone, costituire funzioni, attivare processi, interagire con i diversi contesti definendo connessioni che aggiungono valori nuovi.

Per questo motivo deve essere vista come elemento fondante della struttura organizzativa.

La comunicazione interna si propone come espressione, veicolo e come contesto per facilitare gli scambi all'interno del sistema e tra le parti interessate; è molto difficile che le parti di un sistema organizzativo possano funzionare in mancanza di essa. Il compito principale quindi della comunicazione interna è quello di fare da snodo di informazioni e dati, ma anche di relazioni e rapporti fra i diversi soggetti interessati e in questo modo permettere all'organizzazione di tendere ad alti livelli di efficienza ed efficacia per raggiungere gli obiettivi delineati in modo meno dispendioso e più immediato.

Molte delle fonti presenti in letteratura indicano come obiettivi della comunicazione interna – oltre a quelli già menzionati – di informare, sviluppare rapporti di comunicazione tra collaboratori e *manager* e supportare l'attenzione alla produttività, anche quelli di migliorare il morale; spiegare i programmi di remunerazione e dei *benefit*; aumentare la conoscenza dei prodotti, dell'organizzazione, delle regole etiche, della cultura dell'azienda da parte di dipendenti; sostenere la sensibilità dei collaboratori verso i temi della salute e quelli sociali; incoraggiare le persone a partecipare alla attività delle comunità locali (Argenti, 2003).

Tutti gli obiettivi della comunicazione interna sono rivolti prevalentemente a guidare i dipendenti verso posizioni, punti di vista e *standard* dell'impresa e possono essere raggruppati in tre aree principali (Mazzei, 2009), di seguito sintetizzate.

1. Diffondere informazioni:

- diffondere comunicazioni di tipo istituzionale;
- diffondere e condividere informazioni a tutti i livelli;
- ascoltare i bisogni di comunicazione interna e interpretare il clima organizzativo per diffondere una comunicazione coerente con gli obiettivi dell'organizzazione.

È il processo di diffusione e di moltiplicazione della quantità di messaggi trasmessi all'interno dell'organizzazione con lo scopo di aumentare l'insieme di informazioni a disposizione dei dipendenti come la pratica delle riunioni allargate per fare il punto sulla situazione; la documentazione di un progetto o le schede prodotto; l'affissione nelle bacheche di informazioni su cambiamenti organizzativi. È anche l'attività di trasformazione dell'informazione e dei testi in contenuti specifici adatti ai diversi contesti di un'organizzazione, legata al processo di comunicazione e alle pratiche di lavoro sul linguaggio come l'*editing*, il *copywriting*, il giornalismo e a tutte le forme di comunicazione

online. Gli esiti di questo tipo di comunicazione interna sono costituiti dagli *house organ*, da *tutorial* e guide per i dipendenti, dalle *news* per la *intranet* aziendale.

Infine questa parte della comunicazione interna può essere considerata anche come un processo di rielaborazione e confezione di alcuni contenuti originari in una veste più gradevole e accattivante per poterli successivamente diffondere con campagne pianificate. I frutti di questa attività sono campagne di *internal marketing* e piani di comunicazione.

2. Rinforzare il senso di appartenenza:

- costruire la consapevolezza, il senso di appartenenza, il coinvolgimento, l'identità professionale;
- migliorare il clima organizzativo che è direttamente condizionato dalla migliore disponibilità delle informazioni.

Il senso di appartenenza è la scelta di essere parte dell'organizzazione perché con essa si verifica un processo di identificazione, sintetizzabile nell'espressione "avere parte a"; il coinvolgimento invece è un'evoluzione dell'appartenenza verso un concetto di "avere parte con", è la disponibilità a giocare una parte attiva nei processi organizzativi.

Il clima è un predittore dei risultati organizzativi in termini di salute lavorativa (*burnout*) e soddisfazione del lavoratore. In particolare emerge, per la totalità della letteratura sull'organizzazione, che, nonostante la diversità degli approcci e delle cause, lo *stress* ha sempre effetto sui risultati organizzativi.

Il clima organizzativo è quindi un sensore dello "stato di salute" di un'organizzazione ed è collegato alle *performance* aziendali, oltre che a fenomeni quali il *turnover*. Pertanto, l'interesse di chi gestisce questo processo è di monitorare le dinamiche interne tra le persone e il tessuto relazionale, al fine di avere uno sguardo attento e vigile sui delicati processi di gestione delle risorse umane. Le variazioni nella percezione del lavoratore in merito al proprio ambiente di lavoro determinano variazioni nella soddisfazione e nelle intenzioni del cliente interno ed esterno.

3. Allineare il personale ai valori, alla missione e agli obiettivi dell'azienda:

- migliorare la comprensione dei programmi e delle caratteristiche dell'impresa;
- condividere la visione dell'organizzazione.

È il processo di diffusione degli obiettivi, dei valori e delle linee strategiche dell'azienda. Lo si utilizza ogni volta che si stabilisce un piano per condividere strategie, quando il *management* spiega al personale le ultime novità in tema di organizzazione, ogni volta che vengono rese evidenti le carte dei valori o il modello manageriale.

È la comunicazione indirizzata a coloro che sono inseriti nelle dinamiche lavorative dell'impresa e che deve essere orientata alla condivisione dei valori e della reputazione. È importante che tutti facciano propria la missione aziendale e abbiano chiara la visione dell'impresa. La missio-

ne è lo scopo o vocazione dell'azienda, la giustificazione della sua stessa esistenza; comunicare la missione significa spiegare i propri obiettivi e rendere manifeste le proprie specificità, ovvero ciò che differenzia l'azienda sul mercato. Una buona missione dovrebbe rispondere alle domande chi siamo, cosa vogliamo fare e perché lo facciamo. Se la missione è il manifesto dell'azienda la visione ha il compito di ispirare i membri dell'organizzazione verso ciò a cui tende a medio e lungo termine l'azienda al di là della realizzazione quotidiana della sua missione. Per costruire una buona comunicazione interna dunque è necessario partire da solidi riferimenti fatti di valori, missione e visione aziendale; tali basi sono una diretta emanazione della personalità e dell'identità aziendale e rappresentano l'inestimabile presupposto per il raggiungimento degli obiettivi.

I pubblici dell'organizzazione: gli *stakeholders*

Ogni organizzazione comunica una specifica immagine di sé nei confronti di una molteplicità di soggetti che compongono il pubblico di riferimento sia interno sia esterno. La rappresentazione dell'organizzazione nel contesto in cui opera quindi è di fatto la sommatoria delle percezioni che quel pubblico ha di essa.

I pubblici dell'organizzazione possono essere identificati in una varietà di interlocutori che hanno o possono avere un contatto diretto o indiretto con la stessa. La cultura di impresa di origine nordamericana ha coniato un termine specifico – *stakeholder* – per identificare questa pluralità di interlocutori socio-economici e istituzionali che compongono il sistema relazionale di una specifica organizzazione. Il termine *stakeholder* risale agli inizi degli '60 quando venne accostato il termine "*stockholder*", che indicava coloro che detenevano il capitale alla parola "*stake*" (che significa posta o scommessa) e cioè soggetti che avevano una "posta in gioco" nel processo decisionale delle imprese a capitale diffuso.

In pratica la chiave di lettura della Teoria degli *Stakeholders* (Freeman, 1985) è proprio quella della scommessa: se l'azienda, come interlocutore, non deluderà la fiducia che viene riposta in essa e la credibilità che ispira, allora tutto ciò potrà rinforzare la convinzione che è possibile scommettere su di essa e vincere.

Edward Freeman, filosofo e insegnante statunitense attualmente professore di *business administration* presso la "Darden School of Business" dell'Università della Virginia nel suo libro "*Strategic management. A stakeholder approach*" (1985) riferendosi alla definizione della "International Standford Research Institute" del 1963, afferma che "lo *stakeholder* di un'organizzazione è (per definizione) un gruppo o un individuo che può influire o essere influenzato dal raggiungimento degli obiettivi dell'impresa".

Secondo Freeman gli *stakeholder* o portatori di interesse sono quindi dei soggetti, sia interni sia esterni all'organizzazione che sono influenzati o influenzano l'attività dell'a-

zienda, nel raggiungimento degli obiettivi dell'impresa.

Nel significato più ampio di *stakeholder* rientrano anche gruppi d'interesse pubblico, movimenti di protesta, comunità locali, enti di governo, associazioni imprenditoriali, concorrenti, sindacati e la stampa.

Gli *stakeholder* primari, cioè gli *stakeholder* in senso stretto, sono tutti quei soggetti e gruppi ben identificabili da cui l'impresa dipende per la sua sopravvivenza: gli azionisti e gli investitori, i dipendenti, i clienti e i fornitori. Inoltre bisogna considerare come *stakeholder* primario anche quello che viene definito lo *stakeholder* pubblico: i governi e le comunità che forniscono infrastrutture e mercati, le cui leggi e regolamenti devono essere rispettate e verso cui si hanno una serie di obblighi.

Se un gruppo di *stakeholder* primari si dovesse ritenere non soddisfatto e decidesse di uscire, parzialmente o completamente, dal sistema dell'impresa, questa potrebbe essere notevolmente danneggiata o non sarebbe più in grado di continuare la sua attività. Quindi la sopravvivenza e il successo duraturo dell'organizzazione dipendono dalla capacità dei *manager* di creare sufficiente ricchezza e valore per coloro che appartengono al gruppo di *stakeholder* primari.

Gli *stakeholder* secondari invece sono coloro che, come gli *stakeholder* primari, influenzano o sono influenzati dall'impresa, ma non sono indispensabili alla sua sopravvivenza. Sono considerati *stakeholder* secondari i media e un'ampia gamma di specifici gruppi di interesse che possono avere la capacità di mobilitare l'opinione pubblica a favore o contro le *performance* di un'impresa e possono in taluni casi provocare gravi danni a essa. Tali gruppi possono essere contrari alle politiche e ai programmi adottati da un'impresa per adempiere le proprie responsabilità o soddisfare i bisogni e le aspettative dei suoi gruppi di *stakeholder* primari.

L'impresa quindi può essere intesa come luogo di mediazione fra gli interessi a volte contrastanti degli *stakeholder* e come luogo dove ciascuno persegue un fine o uno scopo: i diritti della società possono prevalere sui diritti di proprietà (i diritti di proprietà degli azionisti). Un'impresa non può sopravvivere a lungo avendo un'opinione pubblica avversa; a lungo termine, qualunque soggetto può diventare influente e vitale, in altre parole, può diventare *stakeholder*.

Tabella 1 – Tipologie di Pubblici

Esterni	Interni	Intermedi
Pubblico in genere	<i>Management</i>	Sindacati
Associazioni di settore	Quadri	Azionisti
Governo, regioni, comune	Impiegati	Fornitori, <i>partner</i> Consulenti
Clientela	Operai	Agenzie di pubblicità, PR
<i>Mass media</i>	Familiari	
Settori collegati	Venditori	
Settori finanziari	Membri di un'associazione	
<i>Opinion leader</i>		
ASL		

Tabella 2 – Esempi di Stakeholder

Pubblici di un'impresa	Pubblici di un'azienda sanitaria
Consumatori/Clienti Proprietà/Soci	Collettività di cittadini
Dipendenti	Utenti
Fornitori	Organizzazioni sindacali
Istituzioni finanziarie	Dipendenti (medici, infermieri, amministrativi)
Concorrenti	Assessorato Regionale alla Sanità
Partner	Politici della Comunità
Governo/Ambiente politico	Agenzia Sanitaria Regionale
Associazioni di settori	Ministero
Opinion leader	Organizzazioni Scientifiche
Mass media	

Fonte – Cocco, 2008

Tenendo presenti le idee generali esaminate in precedenza è possibile integrare a quelli già citati, alcuni principi

di base appartenenti a studi più recenti (Freeman, 1994, Freeman e Phillips, 2002, Phillips *et al.*, 2003, Freeman *et al.*, 2010) che contribuiscono a rendere più completo e attuale il concetto di *stakeholder*.

C'è una marcata interdipendenza tra azione di *business* e azione etica, per cui chi elabora le strategie dell'impresa dovrebbe tenere conto delle scelte, non solo delle conseguenze sullo *stakeholder* azionista, ma su tutti gli *stakeholder*. Questo vuol dire che la responsabilità espressa nei confronti di tutti gli *stakeholder* è correlata al concetto di responsabilità sociale. L'obiettivo della gestione degli *stakeholder* è la massimizzazione del "benessere" che è da intendersi in senso non strettamente economico, ma anche spirituale, psicologico, nel lungo periodo, condizione che dovrebbe permettere nel tempo anche un risultato conforme alle aspettative dello *stakeholder* "azionista".

Motivazione ed *empowerment*

di Deanna Nava

Trainer-Formatrice aziendale, in ambito di competenze trasversali (*soft skills*) per lo Studio Pirovano Consulting; e-mail: deanna.nava@studiopirovano.com

Lo sviluppo delle relazioni umane

Tutta la nostra vita è fatta di relazioni: familiari, lavorative, per piacere, per dovere. Sin dal nostro primo giorno di vita, entriamo in contatto con persone e situazioni diverse. Alla base di tutte le nostre relazioni vi è lo scambio di parole, di sguardi, di opinioni, d'informazioni, di gesti affettivi, di oggetti, di denaro e la condivisione del tempo, degli spazi, dei valori e delle idee, ecc.

Ciò avviene quotidianamente sui posti di lavoro, e ancor più in Sanità, ove è in gioco il benessere del cliente (paziente o utente), il cui ruolo negli ultimi anni è diventato più attivo rispetto alla gestione del percorso diagnostico e terapeutico.

L'operatore sanitario, che storicamente e culturalmente crede nell'unicità dell'atto professionale, ha spesso notevoli difficoltà a condividere la dimensione organizzativa dell'Azienda Sanità, e non è del tutto convinto che le capacità cliniche debbano integrarsi con le capacità gestionali.

Il passaggio indispensabile che l'Azienda Ospedaliera deve intraprendere fin da subito, è quello di iniziare a porsi in modo differente verso un concetto organizzativo racchiuso in due definizioni sinonimiche ma culturalmente opposte: "Amministrazione del personale" e "Gestione delle Risorse Umane". Una trasformazione non solo linguistica che richiede una trasposizione sul piano della realtà, cioè su un piano operativo concreto e attuabile quotidianamente, di una filosofia aziendale che miri alla concreta valorizzazione delle Risorse Umane, in cui la persona con i suoi bisogni e desideri è al centro (Pellegrino, 2006). Costruire così una matrice organizzativa dove ogni individuo trovi uno spazio adeguato per crescere e apportare il proprio contributo, riuscendo a conciliare le proprie esigenze con quelle dell'azienda.

Alla base di questi bisogni, che l'Azienda Sanità si trova oggi a dover affrontare, vi sono, in letteratura, numerose teorie che spiegano l'importanza delle relazioni umane in azienda.

Nel corso degli anni '50, l'attenzione a questi temi si sviluppava per effetto della diffusione della Scuola delle Relazioni Umane e delle teorie di Elton Mayo, che godette di grande seguito e influenza. La squadra di ricercatori diretta nel 1924 da Mayo fu preceduta da un lavoro di analisi e sperimentazione condotto dalla *National Research Council* della *National Academy of Sciences* e dalla stessa direzione aziendale della *Western Electric Company*

di Hawthorne nell'Illinois sul rapporto fra luminosità e rendimento operativo. L'ipotesi era che, aumentando l'intensità luminosa, sarebbe dovuta migliorare la produttività. Al termine dell'esperimento emerse che il rendimento era aumentato sia nel gruppo sottoposto alle variazioni d'intensità luminosa, sia nel gruppo di controllo, dove era stata mantenuta la stessa intensità. Si provò quindi a diminuire la luce e la produzione continuò ad aumentare anche se in forma non molto elevata (Mayo, 1933).

I risultati misero in crisi i dirigenti della compagnia, i quali intuirono che vi erano in questo comportamento importanti fattori umani da valutare, e perciò fu richiesta una consulenza scientifica esterna alla fabbrica, della durata di cinque anni. È a questo punto, nel 1927 e cioè a distanza di quattro anni dall'inizio della prima sperimentazione (luminosità/rendimento operativo), che subentrarono Mayo e la sua squadra. In questo lungo periodo, furono introdotte varie modifiche (riduzione complessiva dell'orario, introduzione di una pausa lavorativa, ecc.) per verificare l'effetto di alcuni cambiamenti ambientali sulla produzione degli operai. La produzione aumentò fin dall'inizio e tendenzialmente continuò sempre a crescere. Gli assistenti di Mayo, Reethlisberger e Dickson, affermarono che l'aumento del rendimento operaio dipendeva soprattutto dall'instaurarsi di rapporti amichevoli e positivi. Lo scopo della ricerca condotta da Mayo fu, infatti, quello di verificare le dinamiche informali e le relazioni umane che si creano nel gruppo di lavoro in rapporto all'andamento della produttività, e i risultati portarono alla nascita del cosiddetto "effetto Hawthorne" (Mayo, 1969).

Un altro autore che ha portato una ventata rivoluzionaria sul fattore umano nell'organizzazione del lavoro, è il sociologo Chester Barnard. Egli, delineò le moderne funzioni del dirigente, inserendo tale figura in un disegno teorico più ampio che sinteticamente è chiamato "sistema cooperativo", in altre parole un'azienda nella quale la collaborazione necessaria fra proprietà, dirigenti ospedalieri, capi reparto, infermieri e operatori sanitari, non è più lasciata al caso e alla buona volontà, ma è vista come parte integrante e strutturale della stessa (Novara e Sarchielli, 1996).

Inoltre, la convinzione di Barnard è che nel campo lavorativo, pur essendo importanti gli incentivi materiali, sono altrettanto espressivi quelli non materiali: prestigio, soddisfazione morale, onorificenze, promozioni; oggi sono definiti come motivazione dei collaboratori, orgoglio di ruolo,

riconoscimenti delle competenze relazionali che agevolano il gruppo a lavorare meglio e a raggiungere gli obiettivi e la soddisfazione, in ambito sanitario sia dei pazienti sia dei colleghi.

Il passo avanti che Barnard ha compiuto rispetto a Mayo consiste nel fatto che, mentre il fondatore delle Relazioni Umane poneva l'accento sui rapporti informali nel piccolo gruppo, Barnard ritiene importante formalizzare gli incentivi e renderli il più possibile espliciti. Aspetti quali la motivazione, la cura per le relazioni interpersonali, la formalizzazione dei ruoli, non devono rimanere un omaggio casuale legato alla "generosità" del Direttore Sanitario, del Direttore di Struttura Semplice o Complessa, o del coordinatore, ma dovrebbero costituire una ricerca continua di consenso e d'incentivazione, utilizzando di volta in volta sia gli incentivi materiali sia – anzi, soprattutto – quelli morali¹. Lo sviluppo delle Risorse Umane è il mezzo che guida il processo tra l'educazione e l'apprendimento in un ambiente, in una società in continuo sviluppo. Lo sviluppo delle Risorse Umane può essere definito come lo sviluppo della sezione più importante di tutta l'organizzazione. La gestione delle persone deve essere trasparente e realmente diretta alla valorizzazione dell'individuo, indipendentemente dal ruolo che occupa all'interno dell'azienda; scelte contraddittorie possono creare danni irreparabili, essere efficaci nel breve termine, ma mostrarsi estremamente dannose nel lungo periodo.

Il concetto fondamentale intorno al quale ruotano tutte le teorie degli studiosi appartenenti alla Scuola Behaviorista (Mayo e Barnard) è proprio questo, che il *management* deve interessarsi non solo dell'aumento della produzione e della produttività, ma soprattutto del morale dei lavoratori e delle loro interazioni sociali. Possiamo quindi individuare due caratteristiche fondamentali che il *management* sanitario deve avere: (i) quello di assicurare un equilibrio economico, patrimoniale e finanziario dell'Azienda Ospedaliera, e (ii) quello di far lavorare in modo efficiente i propri dipendenti/collaboratori. Tale disciplina deve aver sempre davanti a sé l'idea che l'organizzazione ospedaliera è un sistema sociale, nel quale le persone cercano di soddisfare, oltre ai bisogni materiali, anche le proprie aspirazioni.

Il capitale umano è il fattore più complesso e critico del capitale intangibile di un'Azienda Ospedaliera. Le Risorse Umane hanno un ruolo sempre più importante per la sopravvivenza delle aziende nel lungo termine. Questo perché la valutazione dell'offerta da parte degli acquirenti – i pazienti – è sempre più connessa a componenti intangibili (di servizio, di conoscenza, d'immagine), la cui valorizzazione dipende strettamente dalle capacità del personale che, per qualsiasi ragione, viene (direttamente o indiret-

tamente) a contatto con il paziente stesso; anche i processi integrati e fortemente abilitati dalle tecnologie (e nuovi modelli di servizio) implicano maggiore complessità operativa connessa al *mix* di competenze tecniche e relazionali del personale di ogni Unità Operativa ospedaliera (Cilli, 2005).

Senza togliere valore all'innovazione tecnologica, alle competenze tecniche acquisite con anni di studi intensi e pressanti azioni sul campo, crediamo che i medici, il personale tecnico-sanitario e l'A.O. non possano sopravvivere alle nuove sfide del mercato globale se a loro volta, non affrontano prima un'innovazione gestionale, senza la quale le tecnologie più avanzate e la *Total Quality Management*², sono parole prive di senso e contenuto.

È essenziale, quindi, che i *leader* vedano davanti a sé persone anziché risorse umane, e abbandonino le loro visioni parziali e riduttive per acquisire una visione globale, d'insieme.

È necessario diventare consapevoli del fatto che gli ospedali non sono caratterizzati unicamente da strutture organizzative – divisioni, dipartimenti, Unità Operative, ruoli – da processi e metodi di lavoro, ma innanzitutto le nostre organizzazioni sono caratterizzate da persone, relazioni e da una meta comune – la *vision*³ e la *mission*⁴ – che va comunicata e condivisa. L'innovazione gestionale, a cui ci riferiamo, fa sua una prospettiva etica nuova, caratterizzata da un *focus* forte sulla persona e sull'umanizzazione dei centri ospedalieri.

Gli ospedali hanno urgentemente bisogno di *leader*, non necessariamente designato dalla direzione aziendale (potrebbe, ad esempio, essere un membro dell'*équipe* dotato di particolari capacità e carisma), che sviluppino e trasformino il capitale intangibile, in comportamenti concreti e positivi. L'interesse dell'organizzazione è concentrata sullo sviluppo delle persone, la loro crescita e la progressiva responsabilizzazione attiva rispetto all'attività lavorativa, facendo leva sui fattori motivazionali di sviluppo che appaiono il fulcro di ogni strategia aziendale per la gestione ottimale delle risorse umane.

Anche tra i nuovi accorgimenti apportati dal *management* negli ultimi anni, vi è l'attenzione rivolta al cliente interno, ovvero all'operatore e al suo grado di soddisfazione lavorativa. Il tema della rilevazione del clima organizzativo

¹ Per maggiori approfondimenti sul tema si rimanda al numero 2/2013 della presente Rivista, dedicato alla valutazione del personale e delle *performance* (n.d.r.).

² Il TQM (*Total Quality Management*) è un approccio manageriale centrato sulla qualità e basato sulla partecipazione di tutti i membri di un'organizzazione, allo scopo di ottenere un successo di lungo termine attraverso la soddisfazione del cliente, nonché benefici che vanno a vantaggio dei lavoratori e della società.

³ Il termine visione (*vision*) è utilizzato nella gestione strategica per indicare la proiezione di uno scenario futuro che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni di chi fissa gli obiettivi (*goal-setter*) e incentiva all'azione. Con il termine *vision* si intende l'insieme degli obiettivi di lungo periodo.

⁴ La *mission* (o missione) di un'organizzazione o impresa (la sua "dichiarazione di intenti"), è il suo scopo ultimo, la giustificazione stessa della sua esistenza, e al tempo stesso ciò che la contraddistingue da tutte le altre.

è diventato centrale e il dibattito si è polarizzato su cosa un'azienda debba realizzare per assicurare un ambiente lavorativo che promuova l'innovazione, la creatività, la soddisfazione, e per riuscire a ridimensionare le situazioni che favoriscono l'insorgenza di patologie da stress. L'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sui Posti di Lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work*) ha pubblicato un rapporto secondo cui si respira un clima pesante anche nell'universo Sanità, dove si evidenziano forme di stress psico-fisico e di disagio lavorativo tra gli Operatori Sanitari (EU-OSHA, 2007).

Tra le cause più frequenti vengono indicate:

- lavorare in strutture amministrative mal gestite (62,5%);
- non avere spazi e tempi istituzionalmente prefissati per la propria crescita personale (53,3%);
- essere scarsamente retribuiti (40,2%);
- essere sovraccarichi di lavoro (39,8%);
- non avere la possibilità di collaborare e di scambiare idee con i colleghi (32,2%);
- esercitare la propria attività in branche della medicina non affini ai propri interessi e/o alle proprie competenze (33,2%);
- avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi (23,3%);
- avere una insufficiente autonomia decisionale (20%);
- non avere buoni rapporti con i superiori (18,3%);
- avere problemi personali di tipo familiare o relazionale (13,9%).

Ovviamente il disagio professionale vissuto dagli Operatori Sanitari si ripercuote negativamente anche sulla loro salute. Ne è testimonianza la sindrome di *burnout*⁵, che rappresenta nel nostro Paese un fenomeno in continua crescita.

Quindi, come sviluppare le relazioni umane, all'interno delle Unità Operative e delle *équipe*?

Le relazioni umane costruttive e positive si possono sviluppare, partendo da piccoli accorgimenti che ogni giorno possiamo mettere in pratica, allenandoci a comunicare in modo consapevole ed efficace agendo come segue:

1. prendere coscienza del fatto che la realtà esterna è diversa dalla rappresentazione interna. Tutte le persone vivono una realtà comune e condivisa (esperienza), ma ne codificano soggettivamente il significato in virtù del proprio sistema di valori, di ricordi, di emozioni e, più in generale, di vissuto personale. Per tale ragione non è corretto riferirsi a un'unica e sola realtà esterna (quella oggettiva), bensì è importante considerare le rappresentazioni interne (soggettive) che ognuno di noi percepisce;

⁵ *Burnout*, sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che, per professione, si occupano delle persone. Si tratta di una reazione di difesa alla tensione emotiva cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno dei problemi o motivi di sofferenza.

2. rispettare la genesi del comportamento altrui. Il rispetto è uno dei valori più importanti, a livello individuale e sociale; se ci capita di cogliere in un collega un comportamento distonico⁶, quando normalmente non lo è, dobbiamo domandarci quale sia la genesi di tale scelta comportamentale. All'origine di quel comportamento c'è per forza qualche cosa che lo spiega e non è detto che ai nostri occhi lo giustifichi. Non essendo facile indagare la motivazione di quel comportamento, l'obiettivo che si deve avere, è sviluppare l'attitudine al rispetto di tale genesi a noi sconosciuta o incompresa.

Sviluppare la capacità di avvicinarci alla mappa mentale⁷ dell'altro invece di imporre la nostra, fino a quando non abbiamo chiaro il pensiero del collega diventa una necessità. *"Per portare le persone dove vuoi tu, hai bisogno di incontrarle dove sono e non pretendere solamente che siano già dove vorresti che fossero"* (Charvet, 2010).

Questo ci aiuterà a creare un clima più sereno e aperto ad accogliere le sfumature delle emozioni che si provano e che spesso vengono negate e interpretate per la poca pazienza ad attendere e a cercare la motivazione di tale comportamento: ascoltare, domandare e infine rispondere. Altra cosa importante per riuscire a creare relazioni umane è creare sintonia, cioè *feeling*, indispensabile per aiutare le persone che si relazionano durante un turno di lavoro e soprattutto in situazione di stress, ad aprirsi e a "svelare" alcuni elementi della struttura profonda. Per essere all'avanguardia professionalmente dobbiamo metterci in cammino verso la conoscenza dell'altro, osservando attentamente il comportamento delle persone che vivono intorno a noi e con noi. Operatori, *manager* e organizzazioni potrebbero ottenere notevoli benefici dalla creazione di una cultura in cui ci sia un'effettiva valorizzazione del personale.

Il processo di empowerment

Il termine "*empowerment*" risulta impossibile da tradurre in italiano con l'utilizzo di una sola parola, per la ricchezza semantica di tale concetto. Il vocabolo inglese deriva dal verbo "*to empower*" che in italiano significa "conferire potere", "mettere in grado di". Secondo Piccardo (1995) il costrutto dell'*empowerment* appare in letteratura alla fine degli anni Sessanta, a opera della sociologa Rosabeth Moss Kanter, impegnata nella battaglia per far acquisire potere ai soggetti che lavoravano nelle organizzazioni in condizioni svantaggiate, e in particolar modo alle donne; il concetto è stato poi ampiamente adottato con una molteplicità di significati nel pieno degli anni Ottanta. Gli am-

⁶ La distonia è un comportamento piuttosto frequente ed è caratteristico delle persone che cercano lo scontro, perché abituate a confrontarsi in modo "conflittuale" e sul piano della sfida con i propri interlocutori.

⁷ Per maggiori approfondimenti cfr. PIROVANO F., *La comunicazione interpersonale*, in questa Rivista.

biti in cui tale nozione è stata particolarmente sviluppata sono quattro:

1. politico;
2. medico-psicoterapeutico;
3. pedagogico;
4. organizzativo.

Nell'ambito politico ha rappresentato l'obiettivo dei movimenti per i diritti civili delle minoranze, dei programmi di sviluppo dei Paesi svantaggiati e dei movimenti per l'emancipazione femminile. Nell'ambito medico-psicoterapeutico è stato utilizzato per favorire processi riabilitativi brevi, promuovendo capacità di autodiagnosi e gestione della propria salute, con il fine di emancipare il paziente dalla dipendenza dalla figura medica. In campo pedagogico l'*empowerment* è stato alla base di uno dei valori fondamentali per lo sviluppo della pedagogia degli adulti, dove l'apprendimento è concepito come un processo che dura tutta la vita, di cui ogni persona è responsabile e al quale partecipa attivamente in un rapporto di reciprocità con il formatore. E infine quello organizzativo, a seguito della globalizzazione e della flessibilità dei mercati ha ricevuto un forte impulso verso la ricerca di nuovi assetti organizzativi orientati alla valorizzazione delle Risorse Umane.

Attraverso l'*empowerment* è stata promossa una maggiore partecipazione, autonomia e impegno da parte dei lavoratori, dando vita a organizzazioni più orizzontali⁸ in cui è stato particolarmente sottolineato il valore del lavoro di gruppo e la *leadership* partecipativa⁹. Come afferma Piccardi (1995): "l'*empowerment* rappresenta così la prima vera proposta per realizzare l'organizzazione 'a misura d'uomo', per promuovere il 'lato umano', per dare dimensione concreta a tutti i progetti che puntano al rilancio della qualità totale, della filosofia del servizio, della learning organization¹⁰".

Permane, tuttavia, la difficoltà a elaborare una definizione univoca del concetto che, d'altronde, affonda le sue radici in numerose discipline. Prendiamo la definizione assunta come condivisa a livello nazionale del gruppo di lavoro

8 Orizzontale è quell'organizzazione con pochi livelli gerarchici e minor distanza tra chi decide e chi fa; questo significa una migliore comunicazione interna ed efficienza generale.

9 Uno stile di *leadership* partecipativo, o democratico/partecipativo, influenza positivamente il clima aziendale incrementando la soddisfazione lavorativa e migliorando le *performance* aziendali, attraverso un'attenzione prioritaria alla qualità del rapporto interpersonale. Infatti, il *leader* discute con il gruppo ogni decisione ed attività, è piuttosto amichevole e disponibile, non proibisce i contatti fra i pari, rende partecipativi i membri del gruppo, interviene pochissimo nelle attività di gruppo, lasciando quest'ultimo libero di agire e valutando insieme ad esso la situazione per arrivare a una soluzione consensuale.

10 La *learning organization* è un modello di organizzazione che sviluppa modalità che permettono di migliorare conoscenze e competenze, che assicurano alla struttura organizzativa una migliore capacità di adattamento al cambiamento, allo sviluppo e alla crescita; il presupposto fondamentale della *learning organization* è che le organizzazioni apprendono attraverso l'azione e l'esperienza dei propri membri.

ro interregionale *Health Evidence Network* (HEN) dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Who Regional Office for Europe*), commissionata nel 2006 a Nina Wallerstein – Professore e Direttore del Master in *Public Health Program* dell'Università del New Mexico (USA):

"L'*empowerment* è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Wallerstein, 2006).

Nella revisione della letteratura della WHO, la Wallerstein (2006), sottolinea una serie di caratteristiche dell'*empowerment*, sintetizzate di seguito.

- L'*empowerment* può essere interpretato sia come processo e sia come risultato (Swift e Levine, 1987).
- È un concetto orientato all'azione con lo scopo di rimuovere gli ostacoli formali e informali e trasformare le relazioni di potere tra le comunità, le istituzioni e il governo.
- Si basa sull'assunto che gli assetti culturali della comunità sono rafforzati attraverso il dialogo e l'azione (Freire, 1970).
- È specifico rispetto alla cultura, alla società e alla popolazione e quindi richiede che l'azione sia calata nel contesto locale.
- È un'interazione dinamica tra l'acquisizione di maggiori competenze interne e il superamento degli ostacoli esterni per accedere alle risorse (Speer e Hughey, 1995).

Una concezione di questo tipo ha evidenti implicazioni in termini di ruolo e competenze da parte del *management* e dei collaboratori sanitari.

Tabella 1 – Differenze tra Management non empowering e Management empowering

MANAGER NON EMPOWERING	MANAGER EMPOWERING
Dà ordini	Dà indirizzi e supporto
Trattiene le informazioni	Passa le informazioni
Definisce le modalità per raggiungere gli obiettivi	Fa decidere ai collaboratori le modalità per raggiungere gli obiettivi
Controlla frequentemente tutto	Controlla costantemente le cose importanti
Critica i collaboratori	Incoraggia e genera autostima
Lavora da solo	Lavora in gruppo
Progetta e fa eseguire	Progetta con i collaboratori
COLLABORATORE NON EMPOWERING	COLLABORATORE EMPOWERING
Esegue	Idea, progetta ed esegue
Trattiene le informazioni	Scambia le informazioni
Lavora da solo	Lavora in gruppo
Ha paura delle responsabilità	Riceve nuove responsabilità
Rifiuta il cambiamento	È entusiasta del cambiamento
Si aspetta direttive dettagliate	Si aspetta stima e supporto
È "dipendente"	È autonomo
Fa sempre le stesse cose	Ha idee nuove ed iniziative

Fonte – www.HumanVWare.it

Come ci insegna Pirovano (2010): *“Per motivare le persone a fare, bisogna ispirarle nell’essere”*; i *manager empowering* devono fare propria questa ispirazione e impegnarsi a trasmettere la motivazione nelle persone che ogni giorno incontrano sul posto di lavoro e con cui collaborano. Anche l’Operatore Sanitario svolge un ruolo professionale, ma bisogna acquisire la consapevolezza che dentro questo ruolo, alla radice dell’essere, risiede l’uomo. L’*empowerment* come processo è il risultato di un’evoluzione di esperienze di apprendimento che portano il soggetto a superare una condizione di impotenza e indecisione. Conferendo potere a più soggetti – dove per potere si intende il diritto a esercitare il controllo delle condizioni che rendono possibile la loro attività – si genera autonomia, maggiore partecipazione alle decisioni, un maggiore accesso alle risorse, comportando inoltre un aumento delle capacità totali di agire più efficacemente e consapevolmente.

La formazione

Il concetto, solo apparentemente banale, di formazione ha in realtà molteplici significati ed è utilizzato in maniera differente in diverse discipline; il significato deriva dal verbo “formare”, da cui “dare una forma”.

La finalità della formazione è duplice: la prima è di attivare un processo attraverso il quale le persone, che stanno vivendo una situazione percepita come svantaggiosa, demotivante, di *stress*, limitante la propria autostima, trovano la forza di trasformare questi stati negativi in stati positivi per sé e per l’Azienda. Il secondo obiettivo della formazione è quello di dare alle persone, che sono interessate a migliorare e a crescere sia come individui, sia come professionisti, la possibilità di ritagliarsi del tempo per concentrarsi su quelle capacità che si vorrebbero acquisire.

Per raggiungere queste finalità, sono state sviluppate differenti modalità di formazione, in base agli obiettivi che si desidera raggiungere. Le metodologie tipiche dell’educazione tradizionale¹¹ – in qualche misura deficitarie anche nei canali educativi formali – possono infatti risultare scarsamente efficaci quando i destinatari sono adulti occupati, in contesti che possono essere definiti di formazione continua. L’efficacia delle metodologie formative è attualmente riconducibile a una serie di caratteristiche, di seguito sintetizzate.

In primo luogo tali metodologie devono essere attive e per quanto possibile esperienziali, ossia concepite in riferimento a problemi concreti.

Una seconda importante caratteristica di efficacia riguarda la coerenza con cui il momento d’aula si inserisce nel percorso complessivo dell’intervento di formazione (articolato in analisi dei fabbisogni, progettazione, erogazione, monitoraggio e valutazione).

Una terza caratteristica verte sulla cura del *setting* formativo, ossia di tutte le condizioni da cui dipende l’attenzione e il coinvolgimento dei partecipanti, che vengono spesso sottovalutate o date per scontate; essi rappresentano invece il cuore dell’intervento formativo e richiedono metodologie che mantengano vivo il *setting* anche grazie alle capacità del formatore.

Una quarta e fondamentale caratteristica delle metodologie formative efficaci rimanda all’animazione e alla facilitazione degli apprendimenti che è tipica degli interventi più riusciti. Per tali funzioni ci si può attualmente valere di un’ampia serie di strumenti quali (per indicare solo i principali):

1. lavoro di gruppo (per la discussione di temi proposti dai docenti);
2. simulazioni (anche attraverso tecnologie capaci di stimolare il richiamo a esperienze concrete);
3. *role-playing* (riguardo a situazioni che implicano alternative di comportamento, di decisione, ecc.);
4. studio di casi clinici (predisposti in modo da stimolare scelte e orientamenti);
5. auto-casi (mediante i quali i partecipanti possono riportare temi e problemi della propria esperienza);
6. testimonianze (da parte di soggetti con esperienze significative e centrate sugli oggetti specifici dell’intervento).

Una quinta caratteristica è costituita dal collegamento – che può accrescere significativamente il valore di determinate scelte metodologiche della formazione in aula – con interventi “oltre l’aula”/*outdoor*. La formazione *outdoor*, è una metodologia efficace e prevede la realizzazione di esperienze formative in contesti naturali e controintuitivi. Le attività si svolgono all’aperto e pongono i partecipanti di fronte a problemi pratici e concreti che vanno risolti attraverso un’azione diretta e immediata, nel contesto del gruppo di riferimento. Questa esperienza formativa ha lo spirito di utilizzare la sfida, mai estrema ma dura e l’interazione con gli altri, per incidere più efficacemente sul cambiamento dei comportamenti, per scardinare le difese, uscire dai bacini della calma, sviluppare le competenze interpersonali apprendendo dall’esperienza. Un momento per rivedere, riflettere su, estrarre nuova linfa vitale e proporre a se stessi, all’*équipe*, al gruppo di lavoro un nuovo modello di azione; questo significa proporre nuove partenze, nuovi modi di vivere per noi stessi con gli altri e soprattutto una nuova partenza per l’Azienda.

La formazione non è, quindi, un insieme di nozioni contenute in un cassetto ma, al contrario, è il risultato di un piano formativo organico che tende a strutturare, solidificare e a rinforzare in maniera completa la persona. Così come dichiarato da Adam Smith: *“La capacità degli individui dipende dal loro accesso alla formazione”* (Kelly, 2001).

E se il vero vantaggio competitivo si costruisce partendo dal patrimonio umano di cui l’azienda dispone, come sottolineato più volte nel corso del presente contributo, allora sono le persone a determinare i successi o gli insuccessi di un’impresa, a divenirne il vero elemento portante. Essendo

¹¹ L’educazione tradizionale, scolastica e universitaria è basata sulla frontalità tra docente e discente e sull’obiettivo di istruire attraverso il trasferimento di conoscenze.

la formazione importante per l'accrescimento dell'individuo, ne discende in maniera logica l'importanza che essa riveste all'interno delle specifiche esigenze di un'impresa in generale, e di un'Azienda Ospedaliera nello specifico. Per arrivare ad avere un'Azienda Sanitaria che sviluppi le Risorse Umane, quindi, è necessario sviluppare un piano combinato tra formazione e istruzione, seguendo e intrecciando due percorsi: il primo, quello canonico, dell'istruzione universitaria in ambito sanitario, oltre ai continui aggiornamenti professionali (e.g. ECM – Educazione Continua in Medicina); il secondo percorso, quello formativo rispetto alle competenze trasversali, che permette di sviluppare sul posto di lavoro *know-how*, ma anche relazioni positive, un ambiente motivante e costruttivo, sviluppando una cultura della formazione delle persone che costituisca un *continuum*.

Il ruolo della formazione continua è fondamentale per mettere in atto quei cambiamenti che ogni giorno tutti paventano, ma che nella realtà dei fatti hanno di rado l'occasione per essere realizzati. La formazione è un'occasione per fermarsi, prendersi il tempo necessario per ricaricare le batterie e ripartire, non da soli, ma con il gruppo di lavoro – i colleghi – con il quale si è vissuta l'esperienza di

formazione, e insieme vivere e condividere la forza emotiva e motivazionale dell'*empowerment*, concretamente in Unità Operativa. È quindi necessario creare dei percorsi di crescita professionale che consentano di sviluppare o rafforzare le abilità chiave per l'*empowerment*.

Conclusioni

In conclusione possiamo affermare che l'*empowerment* è uno degli elementi strategici per la gestione delle Risorse Umane: considerando che la maturazione delle capacità di partecipazione, della responsabilità, delle relazioni, delle emozioni in Sanità e del senso di appartenenza degli operatori favorisce la sostenibilità del sistema, la motivazione e la riduzione di *stress*.

Grazie alla formazione, a un piano formativo che attraversa come un *fil-rouge* tutte le Unità Operative e tutti i livelli organizzativi (dall'operatore al *manager*), l'Azienda Ospedaliera può diventare modello d'eccellenza per la cura e il benessere delle persone, siano esse interne – tra colleghi – che esterni, ovvero nell'erogazione di cure ai pazienti. Iniziando ad attuare politiche di *empowerment* le Risorse Umane potranno diventare vero cuore pulsante e sano dell'Azienda Ospedaliera.

La comunicazione medico-sanitaria

di Elisa Masnaghetti

Tutor CREMS Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Cattaneo – LIUC di Castellanza (VA); e-mail: emasnaghetti@liuc.it

La comunicazione medico-sanitaria

La comunicazione è essenziale per raggiungere gli obiettivi desiderati, convincere gli altri, dimostrare la propria professionalità, caratterizzare la propria immagine.

Oggi avere tecniche e strumenti per praticare una buona comunicazione si rivela indispensabile nell'ambiente sanitario. Medici e operatori dell'ambiente sanitario devono rendersi conto che trasformare il proprio modo di relazionarsi, usare attenzione empatica¹, ascoltare oltre le parole, significa, avere un *quid* in più rispetto alla propria professionalità.

La comunicazione sanitaria ha uno scopo più ristretto rispetto alla comunicazione umana². Il contenuto della comunicazione sanitaria, infatti, tratta i problemi legati alla salute. Anche in essa si avranno transazioni verbali e non verbali, potranno essere scritte o orali, personali o impersonali, orientate al risultato o al rapporto ecc.

La comunicazione sanitaria si sta sviluppando, ultimamente, parallelamente ad altre discipline, quali la psicologia della salute, la sociologia medica, la comunicazione biomedica, la medicina comportamentistica, ecc., la comunicazione sanitaria, pur sovrapponendosi spesso ai campi citati, si mantiene focalizzata sulle interazioni comunicazionali che avvengono nel contesto dei luoghi di cura.

La comunicazione sanitaria si riferisce ad ambiti in cui si trattano argomenti riguardanti la salute, ambiti specifici, in cui le relazioni avvengono tra soggetti diversi per ruolo, cultura, conoscenze e ceto sociale.

La relazione tra operatore sanitario e paziente è sempre molto complessa e condizionata dalla patologia più o meno grave del paziente. Questo induce il cittadino a esigere dagli operatori prestazioni di elevata qualità.

Al fine di affrontare la tematica della comunicazione sanitaria si analizzeranno in seguito i requisiti per una comunicazione efficace, la variabile chiave, la comunicazione con i soggetti esterni e la comunicazione tra medico e infermiere.

¹ L'empatia porta la comprensione, la disponibilità all'ascolto e trasmette comprensione in modo verbale e non verbale. Empatia non significa essere d'accordo su quello che l'interlocutore dice, ma ascoltare il suo punto di vista in modo non critico o valutativo. Cfr. Borella (2004).

² La comunicazione umana avviene solo tra esseri umani. Occorre quindi che chi comunica abbia un codice (linguaggio) e un set di regole condivise (Borella, 2004).

I requisiti per una comunicazione efficace

Il personale medico, oltre a eseguire interventi tecnici, svolge una funzione di supporto attraverso il dialogo al fine di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia porta con sé.

Tra le cause del fallimento del processo assistenziale può esserci una comunicazione non efficace tra operatore sanitario e persona assistita, con conseguenze negative per la salute del paziente, per la qualità dell'assistenza infermieristica e, di conseguenza, con implicazioni negative sul versante economico delle aziende ospedaliere e sanitarie.

"La salute è essenzialmente informazione" (Domenighetti, 1996).

"L'informazione è importante per la salute del paziente tanto quanto i medicinali, gli esami biomedici o gli interventi chirurgici" (Kemper e Mettler, 2002).

Queste due affermazioni, risaltano l'importanza che riveste l'informazione nel processo terapeutico, facendoci comprendere quanto il ruolo della comunicazione possa diventare determinante, e allo stesso tempo pongono l'accento sulla qualità della comunicazione con il paziente, una qualità che dipende da quali informazione il paziente si aspetta da chi lo assiste.

La comunicazione non può trascurare una serie di requisiti, che riassumiamo di seguito (Farina *et al.*, 2011):

- a. *fondata sull'evidenza*, affinché possa orientare la decisione della persona in cura;
- b. *completa e aggiornata*, riportando i benefici, ma anche i rischi, gli effetti collaterali e gli eventuali dubbi o incertezze, arricchita da referenze scientifiche;
- c. *libera da conflitti di interesse*, professionali, scientifici ed anche economici;
- d. *accessibile, chiara e condivisa*, in modo che chi ascolta possa facilmente comprenderla e adattarla al proprio caso;
- e. *rapporto paritetico*, inteso non solo tra medico e paziente, ma anche tra le varie figure sanitarie responsabili dell'intero processo di cura: non deve esserci subordinazione rispetto alle diverse conoscenze; deve inoltre permettere la condivisione degli atti terapeutici ma anche la libertà di criticarli;
- f. *massima lealtà* tra le varie figure che concorrono alla cura del paziente, vale a dire che ognuno deve fornire un'informazione onesta, rispettando i valori della persona da assistere;

- g. *non discriminata*, né per il sesso, né per età, né per religione e né per etnia;
- h. *multidisciplinare*, intesa nel senso che tutti i professionisti della Sanità devono concorrere nel realizzare una comunicazione che oltre a essere *coerente e univoca*, garantisca la conoscenza dei dati clinici, della diagnosi e della prognosi all'intera *équipe* assistenziale.

Medici, infermieri e operatori sanitari non possono improvvisarsi "comunicatori", ma devono essere preparati a informare i pazienti e il pubblico, in special modo se si ha a che fare con patologie che si collegano alla morte o con condizioni gravemente invalidanti, condizioni che richiedono una specifica competenza che non può essere improvvisata.

L'assistenza infermieristica non è quindi limitata a eseguire solo prestazioni tecniche (terapia, medicazioni, prelievi, ecc.), ma prevede sempre più spesso una funzione assistenziale di tipo globale, che si rivolge non solo alla malattia, ma anche agli effetti che lo stato patologico determina da un punto di vista fisiologico, psicologico e sociale. Questa "novità" del ruolo dell'infermiere bene si integra in quello che ormai è uno degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, cioè quello di offrire, sempre di più, al cittadino un'assistenza improntata sulla qualità.

Si parla di assistenza di qualità quando si mette al centro del processo di *nursing* la persona e la sua dignità di essere umano, tenendo conto, quindi, dell'individuo nella sua globalità fisica, psichica e umana, e non solo di un corpo da curare al quale deve essere restituito uno stato di salute che sia il migliore possibile (Pensieri, 2010).

Il raggiungimento di un'assistenza di qualità, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, può avvenire solo attraverso un rapporto di relazione tra infermiere e utente, coinvolgendo allo stesso tempo anche la famiglia del paziente. In questo modo il rapporto relazionale assume un aspetto terapeutico (comunicazione-terapeutica³) perché consente, attraverso la comunicazione, di scambiare dati e/o notizie utili al fine di elaborare piani di assistenza personalizzati.

Ma come fare affinché la comunicazione con il malato sia la più efficace possibile?

Molto dipende dalla sensibilità personale che ognuno di noi possiede, oltre al grado di conoscenza che si ha di se stessi e degli altri; è altresì importante la voglia che abbiamo di metterci sulla stessa lunghezza d'onda del nostro interlocutore o, come si suole dire, "nei panni degli altri" (il cosiddetto rapporto empatico, cfr. paragrafo seguente). Oltre alle capacità innate, vi sono comunque degli accorgimenti che si possono mettere in atto per facilitare la comunicazione con il malato (Farina *et al.*, 2011):

- ricercare e utilizzare un codice comune che sia capace di portarci in sintonia con la condizione culturale del nostro interlocutore;
- porre il massimo ascolto per quello che ci viene riferito, soprattutto ai *feed-back* non verbali che ci vengono inviati;
- essere disponibili a modificare il messaggio trasmesso, se ci accorgiamo che per il nostro interlocutore non siamo stati abbastanza chiari;
- riflettere sugli atteggiamenti da assumere nei confronti del nostro interlocutore e sulle forme linguistiche da utilizzare, in modo da facilitare il processo di comunicazione (evitare affermazioni rigide, far domande aperte, usare frasi capaci di mostrare comprensione piuttosto che valutazioni, ecc.);
- essere consapevoli che i nostri comportamenti sono dettati, spesso, da meccanismi definiti di difesa, oltre che dagli stimoli che ci vengono forniti dal nostro interlocutore.

Le variabili: empatia, controllo, fiducia⁴

Da un'attenta valutazione degli "accorgimenti" sopra richiamati, possiamo dedurre che diventa fondamentale sforzarsi di ascoltare e di osservare il nostro interlocutore al fine di incrementare l'efficacia della comunicazione sanitaria; sicuramente non possiamo entrare nella mente del malato per cambiarne l'atteggiamento, poiché ogni individuo ha una propria personalità, un proprio modo di essere e di comportarsi, ma possiamo sicuramente immaginare lo stato in cui si trova una persona sofferente.

La capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, nei suoi significati più intimi e personali, di sentire insieme all'altro, continuando a mantenere la propria identità è ciò che viene definito *Empatia*. Possiamo sicuramente affermare che "sentire dentro" risulta essere, nel campo sanitario, un elemento necessario e imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. Se l'atteggiamento empatico è presente nell'operatore, la relazione è sicuramente facilitata.

Altro elemento fondamentale dell'ambito medico-sanitario è la *Fiducia*: essa deve essere innanzitutto reciproca.

Se la fiducia sussiste, le relazioni saranno aperte, prive di pregiudizi e i conflitti saranno ridotti al minimo e facilmente risolvibili. In un contesto sanitario la fiducia ha una valenza maggiore, dato che il paziente è inerme, vulnerabile e bisognoso di supporto.

La malattia dà al paziente il senso di non avere alcun controllo sulla propria vita, di qui un senso di incertezza che può trasformarsi in impotenza e rabbia.

Il *Controllo*, in questa fase, diventa fondamentale. Esso si riferisce alla percezione personale di poter avere un'influenza sulle circostanze che influenzano la vita del paziente.

³ L'espressione "comunicazione terapeutica" indica il dialogo mirato e con precisi obiettivi che si instaura fra l'infermiere e il paziente e che viene adattato alla necessità personale di quel determinato paziente. (Di Sauro, 2007).

⁴ Per maggiori approfondimenti su questi concetti si rimanda a Borella (2004).

Il paziente non deve mai avere l'impressione che tutto sfugga al suo controllo, ma l'operatore sanitario deve mantenere un controllo sulla relazione per lavorare al meglio con il paziente.

La comunicazione nel rapporto con i soggetti esterni (parenti e amici)

La famiglia è il primo e fondamentale nucleo in cui ciascuno di noi è inserito e si forma, dunque è inevitabile che la malattia di uno dei familiari esponga anche i congiunti a condizioni di sofferenza, oltre che di difficoltà pratica. I bisogni prioritari dei familiari sono (Borella, 2004):

- essere rassicurati che il paziente stia ricevendo le migliori cure possibili;
- ricevere risposte chiare ed esaurienti;
- sapere che saranno avvisati tempestivamente in caso di cambiamenti nelle condizioni del paziente;
- ricevere aggiornamenti quotidiani sulle condizioni del malato.

È frequente che i familiari sviluppino dolore ansia e tristezza fino alla depressione. Una buona comunicazione anche tra famiglia ed *équipe* curante rappresenta un'efficace strategia per prevenire questa situazione. Affinché il rapporto comunicativo tra medici e familiari si instauri efficacemente è importante che il coniuge e i parenti più stretti non si sentano esclusi dal processo terapeutico.

La famiglia può assumere un ruolo forte e positivo per l'adesione del paziente alle terapie, per la sua motivazione e per il suo equilibrio psico-fisico.

Inoltre per avere una comunicazione efficace è altresì indispensabile che il medico sviluppi le competenze per una relazione positiva con la famiglia soprattutto durante quei momenti più delicati del percorso assistenziale. Fin dal primo incontro bisogna pertanto creare un triangolo comunicazionale terapeutico (paziente – medico – famiglia) di cui lo specialista deve essere consapevole, per poterlo utilizzare nell'interesse del paziente.

L'approccio diagnostico è un processo in cui le parti in causa giocano un ruolo attivo, e rappresenta l'avvio di un percorso dinamico e in continua evoluzione da realizzare insieme.

Il medico non è la sola figura professionale che deve intervenire per colmare il bisogno informativo o per comunicare con i familiari. Un ruolo determinante è anche quello degli infermieri che forniscono supporto psicologico e spiegazioni durante la visita.

Il familiare va coinvolto nella misura in cui il malato lo ritiene opportuno, non si deve però scavalcarlo, né farlo sentire un soggetto passivo nella scelta terapeutica.

Il ruolo dei Professionisti Medici e Infermieri nella comunicazione sanitaria

L'assistenza infermieristica deve essere un impegno della professione e di chi la governa all'interno delle aziende sanitarie, un impegno che deve tradursi nel mettere in atto

modelli organizzativi che permettano all'infermiere di elaborare processi assistenziali che tengano conto dei bisogni individuali di ogni singolo utente.

Il ruolo dell'infermiere, professionista sanitario a cui spetta prendersi cura della persona malata, nella sua interezza (differentemente dal medico che guarda sempre più alla specializzazione della cura dell'organo), può essere sintetizzato nella capacità di creare una relazione con il paziente, che da un lato evidenzia la diversità dei ruoli (quello di chi assiste e quello di chi deve essere assistito), e dall'altro si adopera affinché il malato, superando le proprie ansie e i propri problemi, possa sviluppare e migliorare un rapporto di interrelazione.

Questo rapporto deve nascere dalla consapevolezza che il paziente ha il diritto di essere curato nella sua globalità, riducendo o eliminando i disagi fisici, psichici e ambientali. Alla realizzazione di tale obiettivo devono concorrere, tutte le professionalità sanitarie che contribuiscono alla salute del paziente.

Parlare di assistenza significa passare da un modello organizzativo basato, essenzialmente, su interventi di tipo tecnico, che considerano l'impegno verso il malato in gran parte limitato all'esecuzione di una serie di attività (terapia, rilevazione parametri, giro letti, ecc.) la cui progettazione è fatta da altri (principalmente medici), a un modello rivolto alla persona.

La comunicazione è quindi lo strumento attraverso cui l'infermiere e il paziente definiscono gli obiettivi, esplorano i mezzi per perseguirli, interagiscono consapevoli dell'aiuto reciproco e ottengono i risultati. Nel quotidiano è ciò che ogni singolo infermiere deve cercare di realizzare ed è in questo continuo interagire, quando la situazione è dolorosa o stressante, che corre il rischio di compromettere il proprio equilibrio, di perdere la propria integrità.

Conoscere se stessi: la forza interiore, la consapevolezza di come può influire il proprio vissuto, il superamento di esperienze particolarmente complesse, rappresentano i presupposti per una comunicazione efficace, insieme alla capacità di esprimere il pensiero in modo appropriato, tenendo conto dell'altro, di chi ascolta, per far sì che il pensiero venga interpretato così come è stato trasmesso.

Ciò che caratterizza la comunicazione è la parità di ruolo fra gli interlocutori e la partecipazione allo scambio, alla conversazione. Il processo di comunicazione, non si esaurisce con una trasmissione di notizie da un individuo a un altro e viceversa, ma esso racchiude un ulteriore importante aspetto che è rappresentato dall'ascolto. Il saper ascoltare ci offre la possibilità di aprire la nostra mente a idee e soluzioni nuove, oltre a consentire un arricchimento di noi stessi, con una conseguente crescita professionale.

Nel rapporto con il paziente diventa, quindi, necessario da parte del professionista che l'interesse passi dal *perché* egli dice al *come* lo dice, dimostrando in tal modo interesse e comprensione nei suoi confronti. Questo determina nel nostro interlocutore la convinzione che egli è ri-

spettato, è considerato importante, è stimato e che condividiamo le sue emozioni. Se chi sta parlando nota interesse nell'altra persona, per quanto egli sta dicendo, cercherà di migliorare la propria comunicazione sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, il tutto a vantaggio di una ricchezza di informazioni.

Inoltre, nel rapporto infermiere-paziente, così come in tutti i tipi di rapporti, assume grande importanza il saper ascoltare, comprendendo le parole che ci vengono rivolte e osservando gli aspetti espressivi (gesti, tono della voce).

Saper ascoltare comporta alcuni vantaggi, innanzitutto riduce le incomprensioni, invoglia il nostro interlocutore a non avere timore, stimolandolo a esprimere compiutamente il proprio pensiero. Inoltre, contribuisce a migliorare il rapporto con l'altro con conseguente aumento dell'autosti-

ma e della fiducia in se stessi, fattori che permettono di accumulare più informazioni e di controllare in maniera migliore ciò che viene comunicato dal nostro interlocutore.

Infine, oltre a saper ascoltare gli altri è importante anche saper ascoltare se stessi, questo ci permetterà di evitare o ridurre errori di cui potremo pentirci, e allo stesso tempo ci consentirà di soddisfare al meglio i bisogni che sono stati individuati.

L'informazione verso l'utente non deve essere solamente un dovere dell'infermiere, ma un diritto del malato, al quale i servizi sanitari e i professionisti devono garantire una informazione il più possibile a misura del paziente, che tenga conto non solo del grado culturale di chi si affida alle cure, ma anche della specificità religiosa, etnica e linguistica.

Lavorare in *équipe* sanitaria: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà

di Elena Bonamini

Infermiera, psicopedagogista, *counselor*. Formatore e consulente in ambito sanitario e sociale; e-mail: elena.bonamini@libero.it.

Introduzione

La vita di tutti i giorni è costellata di gruppi e, rispetto a qualche decennio fa, lo sviluppo della tecnologia ha amplificato le possibilità di interagire, di restare "collegati", di fare gruppo. Succede così che siamo gruppo anche quando, fisicamente, siamo soli nel nostro studio, a casa, di notte durante un turno di lavoro.

Alla ricerca psicologica che ha stimolato e accompagnato il nascere dell'interesse sui fenomeni di gruppo, oggi si aggiungono pensieri "altri", come per esempio la sociologia, la filosofia, ma anche le neuroscienze, che ci aiutano a comprendere l'inconsistenza di un individuo isolato. La scoperta dei neuroni specchio (*mirror neurons*), un gruppo di cellule specializzate della nostra corteccia cerebrale, ci fa "toccare con mano" che noi abbiamo una disposizione naturalmente sociale ed è impossibile concepire un *io* senza un *noi*: è nella relazione che fondiamo la nostra mente¹. Certamente questo vale per tutte le forme che assume la relazione umana e il gruppo ne è sempre un tessuto importante, esso è il primo orizzonte sociale dell'individuo e un luogo privilegiato di sperimentazione di legami interpersonali.

Nel suo libro *Il mito dell'individuo*, Miguel Benasayag (2002, pag. 28) sostiene che "la questione non è come liberare l'individuo dal potere (n.d.a.: del denaro), ma piuttosto come liberarci dal potere dell'individuo". Anche per Benasayag la sola filosofia che esiste è nella relazione: la libertà si dà con gli altri, non senza di loro. Davanti al fenomeno dell'individualizzazione delle forme di vita e al progressivo venir meno delle reti sociali istituzionali tradizionali (Beck, 2000), il gruppo, soprattutto nella sua valenza di comunità – anche professionale – continua a essere una risposta alla solitudine e al bisogno di sicurezza degli individui. Stare in gruppo (in relazione) fa bene alla mente... e allo spirito.

Lavorare in gruppi sanitari

Non è possibile affrontare in modo coerente e concreto il lavorare in gruppo tra professionisti diversi, senza fare

i conti con un fenomeno che ha caratterizzato lo scenario del mondo del lavoro in questi ultimi anni: la crescita dei "lavoratori della conoscenza" (*knowledge workers*) accompagnata dalla proliferazione di nuove professionalità e di associazioni professionali.

Le aziende sanitarie non sono immuni dal fenomeno, anzi: l'accelerazione dello sviluppo delle conoscenze biomediche e la contaminazione con altre branche del sapere quali, ad esempio, l'ingegneria e l'informatica, ha portato a una esplosione degli specialisti. In risposta all'evoluzione del concetto di salute-benessere, alla complessità dei bisogni e alla diversificazione della domanda, a fianco di quelle mediche tradizionali, sono apparse e stanno crescendo di importanza nuove professioni.

Assistiamo così a un doppio movimento che scompagina lo scenario professionale: una trasformazione che, come suggerisce Freidson (1986), possiamo chiamare "verticale" per cui ci troviamo di fronte a operatori mossi da obiettivi diversi, che utilizzano metodologie diverse (praticanti, amministratori, accademici); una trasformazione "orizzontale" che è invece l'effetto del proliferare delle specializzazioni in campo bio-medico (Tousijn, 2000). Il lavoro d'*équipe*, ricomponendo la frammentazione dei saperi e delle tecniche diventa così il contenitore che garantisce l'esito migliore per il paziente.

In questo contesto, solo l'integrazione, basata sul riconoscimento e sull'accettazione dell'interdipendenza reciproca, sviluppa la collaborazione, cioè un'area di lavoro comune. Chi opera nelle strutture sanitarie soprattutto in situazioni connotate da elevata complessità clinica e organizzativa, sperimenta quotidianamente quanto i risultati del proprio lavoro, le risorse necessarie per svolgerlo, i tempi nei quali svolgerlo, siano vincolati all'agire dell'altro; quanto il livello della sua motivazione a lavorare bene sia spesso influenzabile dal grado di intesa raggiunto². Tuttavia, egli sperimenta, ancor di più, quanto sia difficile la collaborazione con l'altro soprattutto se appartenente a un gruppo professionale diverso dal proprio.

¹ Giacomo Rizzolatti, direttore del dipartimento di Neuroscienze dell'università di Parma e il suo gruppo di ricerca, nel 1995, localizzarono in entrambe le regioni parietali frontali inferiori del cervello umano un sistema simile a quello che avevano trovato nella scimmia. Studi successivi confermarono la scoperta di questo particolare tipo di neuroni chiamati "specchio".

² Per una sintetica rassegna degli studi che hanno analizzato l'efficacia del lavoro d'*équipe*, cfr. Focarile (2010).

Lavorare in équipe: nodi cruciali

Perché è così difficile e fonte di conflitto lavorare in gruppo?

Sherif, che si è interessato alle problematiche della cooperazione e competizione intergruppi, arriva alla conclusione che i gruppi sono indotti a cooperare nelle situazioni che implicano interdipendenza per il conseguimento di un fine, di uno scopo superiore che è distinto dall'obiettivo specifico di quel gruppo (Sherif *et al.*, 1961; 1965). Secondo Quaglino *et al.* (1992, pag. 25) "è, in particolare, il transito attraverso l'interdipendenza a trasformare il gruppo in gruppo di lavoro potenziale": dell'affermazione, si vuole sottolineare la parola "potenziale" in quanto, difficoltà e i conflitti, derivano spesso da aspetti organizzativi quali l'incapacità del leader di convogliare verso gli obiettivi comuni e/o da una non chiarezza o sovrapposizione di ruoli. La principale difficoltà, tuttavia, è di natura culturale: lavorare in équipe richiede di coniugare e modulare principi, valori, linguaggi e prassi che appartengono al proprio gruppo professionale, con principi, valori, linguaggi e prassi di altri gruppi professionali in vista di un obiettivo comune. Su dinamiche intra-gruppo si innestano dinamiche inter-gruppi e tutto diventa più complesso. Il problema ha a che fare con pregiudizi e stereotipi in quanto manifestazioni che hanno lo scopo di stabilire e mantenere una differenziazione sociale. Dagli studi di Tajfel (1978; 1985) emerge che l'elaborazione degli stereotipi sembra essere strettamente collegata alla situazione collettiva degli individui che discriminano gli altri in funzione della loro appartenenza categoriale. Si è visto, inoltre, che lo stereotipo è sempre negativo se i contatti tra i gruppi sono competitivi; al contrario, è positivo quando gli scambi tra gruppi sono di tipo collaborativi. Gli studi convergono nel dimostrare che la comparsa degli stereotipi è direttamente determinata dalle modalità di relazione intergruppi.

Selznick, uno dei primi studiosi delle dinamiche organizzative, in una serie di ricerche condotte negli anni '50 (1957), ha dimostrato che la specializzazione dei ruoli produce conseguenze negative con divergenze di interessi tra sottogruppi che si manifestano mediante lo spirito di casta. I sottogruppi perseguono obiettivi subalterni nella misura in cui l'organizzazione favorisce la divisione tra gruppi e non è in grado di convogliare i gruppi sugli obiettivi comuni.

Da queste prime ricerche è andato sviluppandosi un approccio al problema delle professioni che le evidenzia quali strutture sociali che perseguono potere e privilegi e sulla base delle quali i singoli, all'interno di un gruppo multiprofessionale, tendono a occupare posizioni superiori rispetto ai membri delle altre. Le professioni non hanno solo una "buona faccia". Emerge il dubbio che, in realtà, la logica del potere prevalga sulle caratteristiche e sugli ideali delle professioni. Sorge il dubbio che le strategie di professionalizzazione adottate dai vari gruppi siano forme di chiusura sociale, regole che impediscono o frenano l'accesso ad altri soggetti (Butera, 1991). Non solo: all'inter-

no della stessa disciplina-professione si assiste alla tendenza, una volta acquisita una determinata specializzazione, a "chiudere i boccaporti" con l'ambiente esterno e a vivere di rendita (Damiani, 2011) e... incontaminati.

Lavorare in équipe: multidisciplinarietà, interdisciplinarietà o transdisciplinarietà?

Imparare a lavorare in gruppo significa apprendere la *cultura* del lavoro di gruppo: considerare il gruppo come territorio di mediazione e di incrocio relazionale per riconoscere, valorizzare e governare le differenze dei punti di vista nell'ottica della loro integrazione per il risultato finale (D'Incerti *et al.*, 2007). Non si tratta di annullamento e di scomparsa del singolo, anzi, il riferimento al gruppo consente il passaggio da un "io e gli altri" indifferenziato, a un *sistema di posizioni* nel quale ciascuno occupa uno proprio spazio di autonomia e responsabilità. Non si dà, infatti, autonomia e responsabilità se non rispetto a un "chi" e a un "cosa": "La crisi o la perdita dell'altro come fonte di identificazione può condurre a una crisi di autonomia e autoidentificazione (...). La sensazione dominante è quella di 'non esistere', in quanto non si sa dire chi si è e di cosa si è capaci. Non c'è spazio per l'ironia e non si tollerano le diversità e le divergenze" (Morelli, 2010, pag. 252). Il problema è metodologico.

Storicamente, per affrontare un certo quesito teorico o pratico, si è passati dal riferimento a un'unica disciplina alla necessità di utilizzare saperi e prassi diversificate. In relazione a ciò, si sono andati diffondendo nel linguaggio comune termini quali multidisciplinarietà e interdisciplinarietà spesso utilizzati in modo vago anche in letteratura. In realtà essi hanno significati molto diversi: "Si ha interdisciplinarietà quando l'orientamento è nomologico, tendente all'unificazione (...). La psico-somatica o la fisio-chimica rappresentano campi di ricerca che individuano i rapporti che corrono tra queste discipline con l'obiettivo di unificarle (...). Si ha multidisciplinarietà, quando l'orientamento è idiografico (...). In altri termini, la multidisciplinarietà comporta un uso 'sommativo' di discipline diverse e che tali restano; l'interdisciplinarietà implica una loro trasformazione" (Bruschi, 1999, pag. 159).

Nella multidisciplinarietà non vi è nessuna forma di reciprocità, le relazioni tra discipline non vengono esplicitate, non vi è interazione sul piano metodologico: ognuno procede per proprio conto. Si assiste a un semplice scambio di dati e di informazioni tra pensieri diversi. I membri di un'équipe multidisciplinare operano in sequenza, si occupano del paziente ognuno in modo separato e la cartella clinica è il mezzo principale di comunicazione.

Nell'approccio interdisciplinare, tipico dei progetti, si stabilisce una vera e propria coordinazione e collaborazione tra i professionisti che lavorano in compresenza intorno a un progetto comune; le competenze specialistiche sono importanti, ma devono essere affiancate e sostenute da quelle relazionali e comunicative (Damiani, 2011). I componenti di un'équipe interdisciplinare dovrebbero realizzare

nel loro seno una "interdipendenza funzionale" basata sulla distinzione delle competenze specifiche, ma sulla unitarietà di intenti e a partire da una matrice metodologica comune. Il procedere non è dalle discipline al metodo, bensì da questo alle discipline. I professionisti collaborano tra loro e si coordinano con incontri periodici per discutere lo stato del paziente e del piano di cura in continua evoluzione, le decisioni vengono prese in modo collettivo.

Una recente ricerca (Körner, 2010) che ha coinvolto 18 cliniche di riabilitazione medica tedesche con l'obiettivo di confrontare gli approcci multidisciplinare (8 *team*) e interdisciplinare (7 *team*), ha dimostrato che quest'ultimo ha ottenuto risultati significativamente migliori per quasi tutti gli aspetti del lavoro di squadra e di efficacia del *team* che erano stati considerati.

Negli ultimi anni una riflessione ulteriore rispetto alle relazioni tra discipline, deriva dall'approccio transdisciplinare che non si "accontenta" più di interazioni di reciprocità, in quanto si pone la finalità di identificare una base comune tra discipline poste anche a livello gerarchico diverso, un'architettura portante, il filo rosso che unisce e legittima diversi saperi e in cui l'interazione di metodi e di contenuti diventa indispensabile³.

Prepararsi alla transdisciplinarietà

Il lavoro d'*équipe* non è uno "stato", ma un percorso da fare insieme. Assumendo la metafora del viaggio, il lavoro d'*équipe* è definito da elementi che connotano tutti i viaggi: una meta, delle risorse, un metodo.

La meta. Partendo dal presupposto che i gruppi possono nascere e coagularsi intorno a diversi obiettivi (mete) sia di tipo clinico, che organizzativo, che formativo o di sviluppo, la base che li accomuna è il passaggio dalla centralità delle funzioni a quella dei processi che divengono centro di interesse e di coordinamento delle diverse funzioni in vista del risultato complessivo. Tra i principali ambiti applicativi dell'approccio interdisciplinare troviamo la progettazione condivisa per singolo caso assistenziale soprattutto nella medicina territoriale e di comunità⁴, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), l'implementazione di nuovi modelli organizzativi di erogazione delle cure a livello ospedaliero.

Le risorse di gruppo. Premesso che la base su cui costruire l'azione dell'*équipe* è la presenza di valori condivisi orientati ver-

so obiettivi comuni, la caratteristica principale che distingue l'approccio interdisciplinare da quello multidisciplinare è il coordinamento e lo scambio tra i diversi professionisti, per cui la risorsa fondamentale a livello di gruppo, è la presenza di figure con funzioni di guida, di coordinamento, di costruzione e mantenimento della rete (per es. Coordinatore, *Case manager*, *project manager*). Un'altra risorsa importante è un modello di definizione delle competenze dei vari membri dell'*équipe* e una specifica strategia di gestione e di condivisione delle conoscenze e delle pratiche per raggiungere i risultati attesi: diversamente, il gruppo dovrebbe operare secondo il vecchio modello fordista basato sulla distinzione predefinita dei compiti⁵. Condivisione, scambio, agire per uno scopo comune sono stimolati, agevolati e sostenuti dalla presenza di strumenti informativi e di integrazione: linee guida, protocolli, procedure, cartella integrata. In merito alla rilevanza della comunicazione per i processi di integrazione e di coesione dei gruppi, si rimanda al capitolo seguente di questa Rivista. La formazione, soprattutto come guida e supporto all'analisi e alla riflessione dei processi e delle dinamiche del gruppo (Edmondson *et al*, 2001), è la "metarisorsa" per la gestione della relazione cooperazione-conflitto e lo sviluppo delle competenze del singolo e degli strumenti del gruppo⁶.

Le risorse del singolo. Quando ci muoviamo in un sistema complesso, quale quello della interdisciplinarietà, cioè della presenza di "culture diverse", l'abitudine di pensiero della razionalità analitica e lineare non ci basta più, dobbiamo passare a una abitudine di pensiero diversa (tabella 1) guidata dall'ascolto attivo (Sclavi, 2003), che sostiene la conversazione dialogica (Sennet, 2012).

Tabella 1 – Due abitudini di pensiero

SISTEMI SEMPLICI	SISTEMI COMPLESSI
Dove "le stesse cose" hanno lo stesso significato	Dove "le stesse cose" hanno significati differenti
Stesse premesse implicite	Diverse premesse implicite
Ciò che diamo per scontato ci aiuta a comunicare	Ciò che diamo per scontato ci impedisce di comunicare
Valutazione delle scelte dentro quel contesto	Apprezzamento di quel contesto alla luce di un altro
Io ho ragione, tu hai torto (o viceversa)	Tutti hanno ragione. Anche chi dice che non possono aver ragione tutti
Controllo di primo grado (saper prevedere l'arco di reazioni possibili)	Controllo di secondo grado (saper trasformare le reazioni inattese in conoscenza)
Mondo mono-culturale. Uni/verso	Mondo pluri-culturale. Pluri/verso

Fonte – Sclavi, 2003, pag. 37

3 Riferimenti fondamentali alla transdisciplinarietà sono il pensiero di Edgard Morin e di Basarab Nicolescu. Numerosi materiali e indicazioni bibliografiche sono reperibili al sito del CIRET – *International Center for Transdisciplinary Research*, organizzazione *non-profit* fondata nel 1987 con la finalità di sviluppare la ricerca con l'approccio scientifico e culturale della transdisciplinarietà. Per un approfondimento in merito alla critica all'approccio interdisciplinare e nella direzione della transdisciplinarietà si veda De Biasi L., *L'inter-disciplinarietà come paradigma della crisi epistemocentrica e filosofia*, in <http://www.edscuola.it/archivio/ped/interdisciplinaria.htm>.

4 Per un modello interdisciplinare di intervento in questo ambito, il suo sviluppo e la sua efficacia, si veda Rosser *et al.*, 2011.

5 Un esempio di utilizzo efficace del coordinamento e della definizione delle competenze all'interno di un'*équipe* interdisciplinare è il modello OASIS per l'assistenza ai pazienti anziani con problemi medici (Tucker *et al.*, 2006). Per una presentazione sintetica del modello e della sua efficacia in relazione agli *output* e *outcome* clinici e assistenziali, si veda Zanetti, 2007.

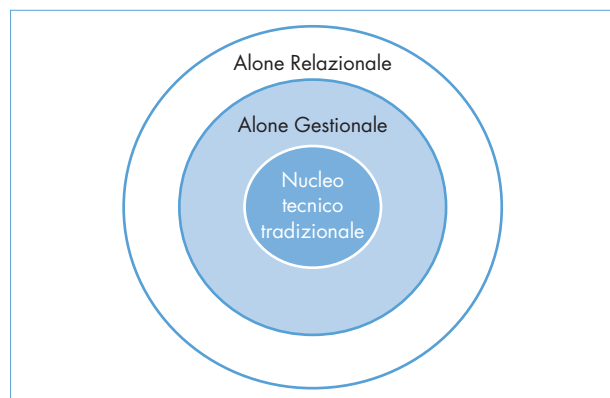
6 Sulla relazione formazione-processi di integrazione-progettazione di gruppo, si veda l'esperienza del Progetto di Ricerca Integrata Medici Infermieri (PRIMIX) in Di Giulio *et al.* (a cura di), 2004.

Anche se risalire alle diverse cornici e premesse non implica necessariamente il dividerle, ma "semplicemente" il comprenderle, solo questa abitudine di pensiero diverso fornisce l'occhio extra-disciplinare, la possibilità/disponibilità allo sconfinamento e alle migrazioni interdisciplinari, ed è la matrice della flessibilità.

Il metodo. Se il lavoro d'*équipe* non è uno "stato", ma un percorso da fare insieme, il metodo per fare questo percorso – transitando da forme individualistiche e autoreferenziali a progetti integrati (e integranti) –, è l'apprendere a lavorare insieme, a collaborare, cioè a dipendere dall'interdipendenza. Un modello utile per una lettura dell'integrazione di ruoli e posizioni diverse (Bonamini, 2003), è quello elaborato da Campagna e Pero (2001) per descrivere e leggere le professionalità (figura 1). Le componenti del modello sono:

1. il *nucleo tecnico*, costituito dalle capacità cognitive riferibili per tradizione a quella specifica professione e collegate alla scuola e alle discipline;
2. l'*alone gestionale* costituito dalle abilità che consentono l'utilizzo delle abilità tecniche in un determinato contesto, e permettono quindi, di rendere operativa e compatibile l'elaborazione di soluzioni a base tecnica;
3. l'*alone relazionale* costituito dalle abilità e competenze di comunicare, ascoltare, proporre, risolvere i problemi e interpretare il proprio ruolo professionale nel gruppo.

Figura 1 – Il modello nucleo-alone



Fonte – Adattato da Campagna e Pero, 2001, pag. 31

Il modello si presta all'individuazione degli ambiti collaborativi tra diverse professionalità nel rispetto delle specifiche competenze. Saranno gli aloni gestionale e relazionale quelli coinvolti nei processi di integrazione, cooperazione, collaborazione. La definizione degli spazi di cooperazione consente di risolvere il dilemma "autonomia versus integrazione" che Kornhauser (1962) vedeva come principale fonte di conflitto degenerativo tra gruppi professionali diversi.

Ma come imparare a dipendere dall'interdipendenza e collaborare? Secondo Sennett (2012, pag. 15)⁷ la col-

laborazione "può essere definita, grossolanamente, come uno scambio in cui i partecipanti traggono vantaggio dall'essere insieme", può essere distruttiva ("noi contro di voi") o, all'opposto, collusiva. L'alternativa positiva è – avverte l'autore – impegnativa e difficile anche se, come afferma più avanti (pag. 41), la capacità collaborativa delle persone è molto maggiore e più complessa di quanto il contesto non consenta loro di esprimere⁸. Considerata da Sennett come arte o mestiere, e non semplicemente sensibilità verso l'altro o disposizione etica, la capacità di collaborare scaturisce dall'attività pratica attraverso un processo di incorporazione dell'esperienza (*embodiment*) governato da una sequenza ritmica in tre fasi che può richiedere anche molto tempo per produrre risultati: introiezione di un'abitudine, messa in discussione dell'abitudine con conseguente espansione dell'abilità, introiezione della nuova abitudine perfezionata (pagg. 220-221); e come un manufatto, la collaborazione, una volta danneggiata, può essere riparata.

Conclusioni

Di fronte alla complessità che costantemente ci interroga e ci tiene in tensione, oggi più di ieri muoversi e orientarsi in una dimensione gruppale, confrontarsi ed evolvere insieme ad altre persone appartenenti anche a gruppi professionali diversi, è una competenza importante di vita. Non solo per i risultati che il gruppo, nella sua ricchezza legata alle diversità, può produrre, ma anche per la quantità di risorse che mettiamo in campo quando cerchiamo di interagire efficacemente con gli altri; risorse che, essendo appunto risorse e quindi limitate, dobbiamo imparare a gestire e a convogliare il più possibile verso obiettivi comuni.

Il sociologo Elias, riprendendo il concetto di interdipendenza e rimarcando i risultati delle ricerche di Lewin, sottolinea la potenza del gruppo nei processi di cambiamento (Elias, 1989): certi aspetti della vita sociale e certi fenomeni trasformativi della società, non sono spiegabili in quanto esiti di semplice "interazione" tra individui o di accumulo di idee di singoli, essi sono il prodotto di una interdipendenza funzionale tra individui e gruppi. Una interdipendenza che affonda le sue radici sul sentimento di appartenenza: non è necessario essere pochi e vicini, simili e allo stesso livello, per fare gruppo, ma è invece fondamentale *sapere e volere* far parte di quel gruppo (componente cognitiva e valutativa), *nutrire emozioni e sentimenti* per il fatto stesso di essere parte di quel gruppo (com-

attraverso un'indagine di ampio respiro, antropologica, sociologica, storica e politica, analizza le motivazioni che hanno ridotto nel mondo occidentale l'importanza della collaborazione a favore della competizione individualistica; quali fattori l'abbiano messa in crisi e come la si possa "riparare" e ristabilire.

⁸ Esistono in letteratura strumenti che consentono di misurare le diverse dimensioni della collaborazione e il loro impatto sui risultati. Una rassegna aggiornata è presente in VALENTINE *et al.*, 2011. Cfr. anche BROLIS *et al.*, 2006 e FOCARILE, 2010.

⁷ Nel suo libro *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Richard Sennett

ponente emozionale). La consapevolezza di appartenere ad un gruppo si fonda sulla percezione di un "noi" in cui ciascuno si riconosce condividendo con gli altri ideali e obiettivi comuni.

Oggi, molto più di ieri, gli uomini e le donne che lavorano nelle organizzazioni sanitarie a tutti i livelli, e con particolare responsabilità chi ricopre alcune funzioni, da quelle manageriali a quelle di sviluppo di nuove competenze

e modelli, sono chiamati a percorrere i diversi sentieri che dalla monodisciplinarietà conducono all'interdisciplinarietà e alla transdisciplinarietà; a praticare e a promuovere una cultura dello scambio e della collaborazione intesa come spazio e dinamica che, all'interno delle aziende sanitarie, consente di definire e collegare in modo coerente e con una struttura reticolare i nuclei costituiti dalle varie professionalità presenti nelle *équipe*.

La comunicazione per l'integrazione del gruppo

di Elena Bonamini

Infermiera, psicopedagogista, *counselor*. Formatore e consulente in ambito sanitario e sociale; e-mail: elena.bonamini@libero.it.

Premessa

Se un gruppo composto di diverse professionalità che interagiscono per perseguire uno scopo comune, può essere definito "corso di decisioni e azioni" (Romano e Vecchio, 2009, pag. 46), con il termine "comunicazione" si può intendere il passaggio di significati tra i diversi membri del gruppo coinvolti nel processo. "Questi scambi di significato, sempre presenti nel gruppo, sono responsabili della sua unità e, di conseguenza della sua stessa vita: se venissero meno, gli individui si troverebbero isolati, e il gruppo non esisterebbe più" (Flament, 1974, pag. 1).

In quanto scambio, la comunicazione interviene orientando le relazioni interpersonali, partecipando alla dinamica attrazione-ostilità, collaborazione-competizione. In questo modo, essa è molto di più che uno degli elementi costitutivi di un gruppo: essa è la trama che "fa" il gruppo, la causa e il riflesso della sua struttura interna. In altri termini, "il gruppo si fonda soprattutto come territorio comunicazionale" (Quaglino et al., 1992, pag. 140).

Un gruppo interdisciplinare che assolve al suo ruolo, è il risultato di un laborioso, impegnativo processo di negoziazione e costruzione sociale, per la "gestione delle interfacce" e l'integrazione tra competenze individuali e competenze collettive.

Essere un gruppo interdisciplinare: dal monologo al dialogo

Per comprendere l'importanza della comunicazione sui processi collaborativi e di integrazione interprofessionale, è necessario distinguere tre fondamentali modelli di comunicazione che sono in relazione con coerenti modelli della mente e processi di pensiero, con modi diversi di essere gruppo e con le possibilità – o meno – di evolvere verso forme superiori di collaborazione e di funzionamento. Il primo modello di comunicazione (e di pensiero) è il **Monologo**: un solo *logos*, un solo linguaggio. Chi produce il monologo non ascolta, parla solo lui partendo dal presupposto di avere la verità. Bernard Williams¹ (2005) parla di "feticcio dell'asseverazione" per descrivere l'impulso a far prevalere la propria tesi concentrandosi unicamente sul contenuto. Non vi è ascolto e spazio per l'interlocutore che è costretto o a concordare o a rispondere con la

stessa modalità. In questo modo si stabilisce una situazione di asimmetria che legittima la differenziazione io-l'altro. È quindi un modello di comunicazione che, sulla base del principio di superiorità o di verità o di bontà di una disciplina sulle altre, è coerente con la monodisciplinarietà. In vista di un concerto, esiste una differenza fondamentale tra esercitarsi e provare: entrambe seguono una procedura *standard* ma, mentre la prima è un'attività solitaria (monologo), la seconda è un'esperienza collettiva e collaborativa. È solamente durante le prove che i singoli musicisti prendono coscienza vicendevole dell'effetto sonoro che la loro parte ha all'orecchio degli altri. La *performance* di un gruppo richiede l'attenzione e l'ascolto dell'altro.

Il modello generale coerente con la vita di un gruppo che, superando il monologo, implica la presenza di uno o più interlocutori attivi, è la conversazione. Secondo Berger e Luckman (1969) la conversazione continua e coerente, è il veicolo più importante di preservazione e significazione della realtà soggettiva e intersoggettiva e di costruzione di un linguaggio e di una cultura comuni. Esistono due modalità conversazionali: quella dialettica e quella dialogica.

La **Conversazione dialettica** è una comunicazione sorretta dal principio che *una cosa è ciò che è, solo per contrasto con ciò che non è*. Essa si basa su un gioco verbale di tesi e antitesi e tende a una sintesi, cioè a una definizione comune. Tutti hanno diritto di parola, tuttavia, essa assomiglia spesso a un duello verbale in cui vince il più forte: chi è più esperto nell'arte oratoria, chi ha più argomentazioni o chi, in ultima analisi, ha più potere. La conversazione dialettica è dualistica (io/tu), è la comunicazione prevalente di un gruppo che non prevede nelle proprie modalità di funzionamento, una interdipendenza reciproca (noi).

La **Conversazione dialogica**. La conversazione dialogica risponde al *principio dialogico*² che consiste nella rinuncia a qualsiasi posizione teorica o ideologica preconcepita. Etimologicamente la parola *dialogo* significa "tra le cose", un'entità che sta in mezzo, qualcosa che divide unendo, un dire che sta in mezzo ai parlanti. Peculiare del dialogo è la sua "medietà", il suo essere in mezzo agli esseri umani, la sua funzione di completamento delle esperienze umane. È dunque lo spazio che si crea tra le persone nella misura in cui queste rinunciano ad affermare le rispettive certezze. La

¹ Vivace pensatore scomparso nel 2003, è considerato il più grande filosofo inglese degli ultimi trent'anni.

² Il *principio dialogico* è stato introdotto dal filosofo e critico letterario russo Michail Bachtin. Per approfondire si veda in particolare Todorov, 1997.

conversazione dialogica assume la forma di un confronto senza pregiudizi che parte da posizioni diverse e non si risolve con il trovare un terreno comune. Superando la logica dialettica, essa presuppone che solo attraverso il dialogo, in un movimento a spirale io-l'altro, si giunga all'arricchimento reciproco. Attraverso il dialogo il gruppo accede a un livello di comprensione che non è raggiungibile singolarmente e costruisce significati comuni (mente di gruppo). È una comunicazione che richiede/prevede contaminazione, una *dipendenza dall'interdipendenza*.

Pur essendo diverse, le due modalità conversazionali non si escludono a vicenda ed entrambe richiedono come abilità fondamentale l'ascolto. Marianella Sclavi (2003) distingue due tipi di ascolto: passivo e attivo. Queste due forme di ascolto sono connesse a due abitudini di pensiero³ diverse e guidano due modi differenti di approccio e di sguardo, il primo coerente con sistemi e situazioni relativamente semplici, l'altro con quelli complessi (tab. 1).

Tabella 1 – Ascolto passivo vs. ascolto attivo

ASCOLTO PASSIVO	ASCOLTO ATTIVO
Passivo (rispecchiare la realtà)	Attivo (costruzione della realtà)
Statico (un'unica prospettiva giusta)	Dinamico (una pluralità di prospettive)
In controllo (incidenti di percorso e imbarazzi: negativi)	Goffo (incidenti di percorso e imbarazzi: positivi)
Soggettivo: no Oggettivo: si	Né soggettivo, né oggettivo (esploratore di mondi possibili)
Neutralizzare le emozioni	Centralità delle emozioni
Attenzione ai contenuti	Attenzione alla forma

Fonte – Sclavi, 2003, pag. 99

Considerando i diversi modi di essere nella conversazione e i diversi scopi verso cui essi sono orientati, possiamo affermare che l'ascolto *passivo* è più coerente con la conversazione dialettica e l'ascolto *attivo* con quella dialogica. La conversazione dialogica prevede la **formula dubitativa** che facilita la collaborazione: *"appena uscito da quella pentola a pressione di competitività che è la Juilliard School di New York, rimasi interdetto dal clima che si viveva durante le prove d'orchestra a Londra; le discussioni erano tutto uno 'scusate, ma...', 'Forse qui si potrebbe...', 'Avrei detto che...'. Buona educazione? Anche, ma non solo. Le prove procedevano con maggior efficienza, perché il modo condizionale apriva uno spazio di sperimentazione; la formulazione esitante conteneva un invito alla partecipazione degli altri"* (Sennett, 2012, pag. 34).

Costruire e praticare l'interdisciplinarietà: alcuni strumenti

Nell'ambito della psicologia sociale i processi di comunicazione all'interno dei gruppi sono tra i fenomeni più stu-

diati per comprenderne i significati, i diversi aspetti di influenza, le ricadute su altri fenomeni quali l'influenza sociale, la coesione, la produttività, la polarizzazione, la devianza. La finalità ultima degli studi è di capire come favorire la collaborazione tra i membri, come garantire l'efficacia del funzionamento del gruppo e la sua stessa sopravvivenza. Così la discussione, cuore della vita del gruppo, è strumento quotidiano e indispensabile, rito di comunicazione in cui opinioni individuali si aggregano in un'opinione collettiva (Moscovici e Doise, 1992) generando un pensiero gruppale. Partecipare alla discussione fa sentire ciascuno parte del gruppo e rafforza la coesione; naturalmente, vengono scambiati anche rivalità e conflitti più o meno latenti.

a. Comunicare per decidere e generare

La tipologia di rete di comunicazione (cioè l'insieme di possibilità materiali di comunicare) è tra le variabili che influenzano il processo decisionale in relazione alla natura del compito. Così, se il compito è semplice, sono più efficaci le reti centralizzate (il coordinatore/leader si trova in posizione centrale e gestisce gli scambi di informazioni), mentre se è complesso, lo è di più quella decentrata (a cerchio, tutti parlano con tutti): anche se più lenta e imprecisa, questo tipo di rete è più flessibile per il *problem solving* e più soddisfacente per il gruppo (Speltini e Palmomari, 2007). Se lasciato libero, il gruppo tende a evolvere verso una rete omnidirezionale se i problemi sono complessi e a ritornare a una centralizzata quando questi si semplificano: la comunicazione dovrebbe prevedere una rete adattiva quando il compito è complesso e imprevedibile.

Comunicare lento: la riunione

La riunione è, ancora oggi, spazio e ambito privilegiato per discutere, negoziare e decidere in merito a obiettivi, prassi, regole attraverso una metodologia di condivisione che garantisca una maggior possibilità di rispetto e applicazione di quanto deciso. Consente di raggiungere decisioni migliori, più adatte alla situazione e anche più creative, grazie all'interazione reciproca, all'interscambio di informazioni, alla discussione critica e, soprattutto, al dialogo costruttivo. Strumento insostituibile di integrazione, le riunioni sono importanti soprattutto per decidere in merito a cambiamenti in quanto il grado di coinvolgimento emotivo facilita l'attenzione; le persone cambiano più facilmente le proprie convinzioni e le proprie abitudini se vedono che queste cambiano anche negli altri membri del gruppo (Lewin, 1972). Tuttavia, la contrazione complessiva delle risorse spinge a considerare il tempo quale risorsa preziosa e da utilizzare, in quanto tale, con consapevolezza e razionalità. Come, dunque, decidere se sia opportuno fare una riunione? Per decidere in merito all'opportunità, è necessario rispondere ai seguenti quesiti:

- esistono altri modi più semplici o rapidi per raggiungere lo stesso obiettivo?

³ Cfr. BONAMINI E., *Lavorare in équipe sanitaria: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà*, in questa Rivista.

- Le persone che si intende convocare sono indispensabili o utili per il successo del lavoro?
- Le persone sono davvero interessate al tema da affrontare?

Tale approccio razionale richiede inoltre di preparare la riunione prevedendo uno spazio “caldo” che facilita il consenso e gestire in modo appropriato cercando di adattare le reti di comunicazione al tipo di compito che il gruppo deve svolgere limitando gli scambi inutili, se non addirittura nocivi e stimolando, invece, scambi appropriati e generativi sia di idee che di soddisfazione.

Comunicare veloce: il brainstorming

Inventato negli anni '30 del secolo scorso da Alex Osborn, fondatore di una famosa Agenzia Pubblicitaria. Osborn notò che nelle riunioni il processo di formazione di nuove proposte viene scoraggiato da una serie di fattori. Prima di tutto dai rapporti di potere che si manifestano nel comportamento aggressivo di chi si sente più forte e preparato e si affretta a “dimostrarlo” demolendo e ridicolizzando le proposte che gli appaiono meno convincenti, il che per converso giustifica che chi si sente meno sicuro e preparato si astenga dal fare proposte. Questo comporta che rapidamente si selezionino un numero limitato di proposte alternative giudicate legittime e la discussione si accenti su quelle. Essendo un creativo, Osborn sapeva per esperienza personale che le idee più innovative nascono da trasformazioni di proposte che inizialmente appaiono assurde e ridicole, idee che vanno controcorrente e contro il buon senso. E quindi si propose di creare un clima e un metodo di discussione che vietava l'aggressività e premiava sia le proposte più strane e assurde che il loro moltiplicarsi. L'idea di base è che l'ampliamento delle proposte, anche se ridicole, rende possibile l'emergere di modi inusuali di inquadrare il problema in questione. Ed è così che inventò questa modalità di indagine e stile di lavoro che prende in seria considerazione le naturali resistenze che gli esseri umani oppongono individualmente e socialmente alla progettazione creativa. L'individuazione di queste resistenze sottende implicitamente una teoria molto importante (in effetti rivoluzionaria) sui nessi fra rapporti di potere, emozioni e conoscenza (Sclavi, 2004).

La condizione di efficacia del *brainstorming*, che può essere condotto in modalità “aperta” (pubblica, con elaborazione collettiva) o “nascosta” (anonima), è garantita dal rispetto rigoroso delle seguenti regole:

1. escludere la critica e il giudizio negativo circa i problemi e le idee espresse;
2. incoraggiare l'audacia;
3. invitare a produrre più idee possibili, per libera associazione, analogia, trasposizione, ecc.;
4. incoraggiare miglioramenti e combinazioni tra due o più idee espresse dal gruppo.

Il *brainstorming* può essere efficacemente utilizzata anche all'interno di una riunione come tecnica di supporto al processo decisionale.

b. Comunicare per crescere: il feedback

Il *feedback* è un processo attraverso il quale si rimandano all'altro una serie di informazioni che lo aiutano a raggiungere gli obiettivi del gruppo. È una componente essenziale del processo di miglioramento di un' *équipe* perché aiuta le persone a massimizzare il loro potenziale, ad accrescere la loro consapevolezza dei punti di forza e le aree di miglioramento, a individuare le azioni da intraprendere per sostenere la motivazione e migliorare le prestazioni individuali e complessive del gruppo. Il *feedback* è fondamentale nelle situazioni cliniche che comportano l'integrazione delle competenze in ambienti complessi e spesso stressanti come quelli sanitari.

Basato su un clima che richiede fiducia e prevede reciprocità, per essere costruttivo deve rispettare alcuni principi. Schein (1999; 2010) identifica i seguenti come fondamentali nel regolare l'interazione tra chi lo fornisce e chi lo riceve:

1. entrambi devono essere d'accordo sugli obiettivi del destinatario;
2. il fornitore deve descrivere con chiarezza il comportamento oggetto di analisi e il relativo giudizio;
3. il fornitore deve essere concreto e specifico;
4. entrambi devono avere motivazioni costruttive;
5. non evitare un *feedback* negativo quando è necessario;
6. il fornitore dovrebbe fare riferimento alle proprie osservazioni e sensazioni e ai propri criteri di giudizio.

Nota bene: troppo spesso ci si dimentica del *feedback* positivo...

Contaminazioni

“Questo è un problema che ancora devo risolvere nella mia squadra attuale: l'attaccante schiaccia fuori perché la palla non eraalzata bene e allora cosa dice: ‘La voglio un po’ più alta e qui vicino a me’. Il palleggiatore allora, è questo il gioco di squadra, – o meglio, il non gioco di squadra – il palleggiatore si gira e dice ‘Ragazzi, voglio la palla qua, perché se voi non ricevete bene che io ho la palla qua, e devo correre a prenderla, io non posso essere preciso e non gliela do come vuole lui. Per cui lui schiaccia fuori perché io non gliela do come la vuole lui, ma io non gliela do come vuole lui, quando voi ricevete male’. A quel punto i ricevitori si girano a trovare su chi scaricare, ma i ricevitori ricevono la battuta avversaria per cui non possono dire all'avversario ‘Batti facile che così io ricevo bene’: lì finisce la catena. Allora la nuova formula, una regola molto semplice è: gli schiacciatori non parlano dell'alzata, la risolvono. Non la giudicano in nessun modo, la risolvono! Allora adesso qual è la loro battaglia? Che fanno gli schiacciatori? Non dicono più ‘La voglio così’, perché sanno che io sto lì con l'ascia in mano, non lo dicono, cosa fanno? Ogni volta che è buona dicono ‘Perfetta’, non dicono che quella era brutta, ma se dicono questa è perfetta vuol dire che l'altra non lo era, e in definitiva parlano dell'alzata – e io mi innervosisco –, continuano a parlare

dell'alzata! Sono esperti dell'alzata gli schiacciatori, sanno tutto dell'alzata; uno li trova al bar e parlano degli alzatori, gli schiacciatori. Piccolo problema: loro schiacciano, non alzano. Allora io voglio schiacciatori che schiacciano bene palloni alzati male. Voglio questi! ... voglio quelli lì! Quindi non ne parliamo, risolviamo. Se la realtà è com'è e non come io voglio che sia, e la palla è bassa, il mio cervello – che è un computer straordinario –, deve aprire tutti i file con il titolo 'Palla alzata bassa' e in questi file ci sono le soluzioni per le palle alzate basse, che sicuramente non è schiacciarla come se fosse alta" (Velasco, 2010).

Non si possono descrivere certi elementi del reale senza richiamarne altri con i quali essi hanno un rapporto essenziale: non si può trattare il parlare senza far riferimento al silenzio. *"Esiste un momento per tacere, così come esiste un momento per parlare. Nell'ordine, il momento di tacere deve venire sempre prima: solo quando si sarà imparato a mantenere il silenzio, si potrà imparare a parlare rettamente"* (Dinouart, 1991, pag. 46).

Ci sono situazioni, nella vita di un gruppo, nelle quali la collaborazione è resa possibile o "riparabile" riconfigurando l'equilibrio tra silenzio e parola.

La comunicazione interpersonale

di Fabrizio Pirovano

Esperto in comunicazione persuasiva e dinamiche comportamentali, AD Studio Pirovano Consulting Srl; e-mail: fabrizio.pirovano@studiopirovano.com

La teoria della Programmazione Neuro Linguistica: un modello di relazione interpersonale

La Programmazione Neuro Linguistica (di seguito PNL) nasce alla fine degli anni Settanta negli Stati Uniti, a opera del matematico Richard Bandler e del linguista John Grinder. Essi studiarono migliaia di ore di registrazione delle sedute dell'ipnoterapeuta Milton Erickson, di Virginia Satir – esperta in terapia della famiglia – e di Fritz Perls, creatore del modello terapeutico della Gestalt, cercando di capire i segreti della loro efficacia comunicativa. Il risultato di questa lunga ricerca fu la creazione di un modello comunicativo avanzato, denominato Programmazione Neuro Linguistica (Dilts *et al.*, 1982).

Questo modello fu poi arricchito dagli studi dell'antropologo Gregory Bateson e dei linguisti Alfred Korzybsky e Noam Chomsky, nonché – successivamente – di altri studiosi tra cui Robert Dilts, Judith De Lozier, Leslie Cameron-Bandler e David Gordon, che hanno contribuito in modo determinante allo sviluppo e alla diffusione della PNL nel mondo.

La PNL nasce dunque da una sintesi tra psicologia, linguistica e cibernetica, pur avendo preso le mosse dal contesto terapeutico. Essa ha esercitato, nel corso degli anni, una profonda influenza in diversi ambiti: la salute, lo sport, l'educazione, il mondo degli affari, la comunicazione, e ha contribuito a trasformarli profondamente.

Definizione di Programmazione Neuro Linguistica

La PNL si definisce come lo studio della struttura dell'esperienza soggettiva e del modellamento dell'eccellenza.

Il termine "Programmazione Neuro Linguistica" indica l'integrazione di tre differenti componenti:

- 1) la componente "neuro" riguarda il funzionamento del sistema nervoso dell'uomo. L'esperienza umana è la combinazione delle informazioni che riceviamo attraverso i nostri sensi e dell'elaborazione che il sistema nervoso ne produce.
- 2) La componente "linguistica" considera il linguaggio come lo strumento principale di rappresentazione delle elaborazioni suddette.
- 3) La componente "programmazione" indica che ciascun individuo interagisce con il mondo esterno attraverso una sorta di "programmi" mentali, che differiscono da persona a persona.

L'intuizione di Bandler e Grinder fu quella di comprendere che il talento dei migliori terapeuti, da loro analizzati, aveva una struttura ed era quindi riproducibile.

Da tale considerazione nasce il concetto di "modellamento". Il modellamento presuppone il capire come funziona il cervello (neuro) attraverso l'analisi del linguaggio (linguistica) e della comunicazione non verbale. I risultati di tale analisi sono poi organizzati in un programma (programmazione), o strategia che può essere usata per trasferire una certa abilità ad altre persone e in diverse aree di applicazione (Dilts, 1998). L'eccellenza rappresentata dai migliori terapeuti americani è così divenuta un modello che può essere insegnato a tutti quanti vogliono apprendere i segreti.

I principi della PNL

Una volta definita la PNL, riportiamo di seguito i presupposti fondamentali (Dilts *et al.*, 1982).

1) *La mappa non è il territorio.* Una cartina geografica, per quanto sia dettagliata e particolareggiata, non coinciderà mai con il territorio, ma ne sarà sempre una rappresentazione. Allo stesso modo il menù di un ristorante è una descrizione del cibo, non il cibo stesso. Fuor di metafora si può dire che ogni individuo percepisce il mondo attraverso i propri sensi e si crea, attraverso "filtri" personali, una rappresentazione interna della realtà che è unica e differente da quella degli altri individui.

Se si trasferisce questo principio nell'ambito della relazione interpersonale, si capirà come uno degli errori principali che compiono molti comunicatori consiste nel pensare che l'interlocutore percepisca il messaggio esattamente come essi stessi lo considerano. Il medico che applica i principi della PNL si sforza invece di "dimenticarsi", momentaneamente, della propria mappa del mondo per concentrarsi sulla comprensione della mappa del mondo del paziente, per capire le sue esigenze e ciò che per lui è davvero importante.

2) *Non si può non comunicare.* Ogni comportamento, anche se a volte inconsapevolmente, costituisce una forma di comunicazione. La comunicazione non verbale (o linguaggio del corpo: gesti, posture, movimenti) rappresenta una potentissima forma di comunicazione. Il silenzio poi, in tante occasioni, vale molto più di mille parole! Proprio perché ogni comportamento comunica e influisce sugli altri, una delle capacità più importanti del buon comunicatore è quella di padroneggiare quanto più possibile la qualità della sua comunicazione.

3) *La mente e il corpo fanno parte dello stesso sistema.* Sin dall'antichità l'uomo si è reso conto dello stretto legame che unisce la mente con il corpo. La PNL presta particolare attenzione all'uso della fisicità per influire positivamente

su stati d'animo negativi. Cambiando alcuni elementi della condizione fisica (per esempio, la postura o l'espressione del volto) è possibile influire immediatamente sulle sensazioni ed emozioni.

4) *Il risultato di ogni comunicazione non sta nelle intenzioni di chi comunica, ma nella risposta che si ottiene.* Questo principio discende dall'enunciato "la mappa non è il territorio". Ogni paziente possiede una propria "mappa del mondo" che gli fa percepire la realtà in modo proprio e differente; per questo, se ad esempio ci si rivolge a un paziente volendogli fare un complimento (intenzione di chi comunica), ma se ne riceve un insulto (risposta che se ne ottiene), probabilmente non è il paziente che non ha capito cosa volevate dirgli, ma siete voi che dovete modificare la vostra strategia di comunicazione, sino a riuscire a trasferire con chiarezza il vostro messaggio.

5) *Dietro ogni comportamento c'è una intenzione positiva.* Probabilmente vi sarà capitato, durante la vostra attività professionale, di non riuscire a comprendere del tutto alcuni particolari comportamenti dei vostri colleghi. Invece di etichettare tali comportamenti come incomprensibili o irrazionali, bisognerebbe cercare di considerare quale sia la intenzione positiva dell'altro che ne giustifica il comportamento. Se egli ha agito in quel determinato modo, evidentemente ciò ha un significato preciso nella sua mappa del mondo. Comprendere tale intenzione positiva potrà contribuire notevolmente ad avvicinare la vostra mappa del mondo a quella dell'altro, in un'ottica di reciproca comprensione (Dilts, 1995).

6) *Ogni individuo possiede già dentro di sé tutte le risorse necessarie.* Vi è mai capitato di leggere una parola di cui conoscete il significato, ma di non riuscire a ricordarvelo immediatamente? Lo stesso accade con le risorse interne: pur avendo dentro di voi grandi capacità, non sempre sapete come esprimerle.

7) *Se un individuo è in grado di fare qualche cosa, chiunque la può imparare.* Questo principio è alla base del modellamento. Ogni capacità umana ha una sua struttura: una volta compresa questa struttura, la capacità può essere trasferita e insegnata ad altre persone.

La PNL considera con particolare attenzione gli aspetti relazionali del rapporto ed evidenzia come spesso le difficoltà nei rapporti medico-paziente siano dovute a divergenze di carattere.

Solo i professionisti della Sanità che si sforzano davvero di capire la mappa del mondo del proprio interlocutore possono riuscire a instaurare un rapporto duraturo con lui, a prescindere dalle differenze caratteriali.

La tecnica di PNL che aiuta il professionista ad andare incontro alle esigenze del cliente è rappresentato dalle posizioni percettive.

Le posizioni percettive

Partiamo dal presupposto che in ogni relazione sia possibile individuare quattro diversi punti di vista, che denominiamo posizioni percettive (Dilts e De Lozier, 1998)

Si definisce posizione percettiva una particolare prospettiva o punto di vista dal quale un individuo percepisce una situazione o una relazione. Di seguito le quattro diverse posizioni percettive identificate dalla PNL.

1. *Prima posizione (se stessi):* si sperimenta una situazione o una relazione attraverso il proprio punto di vista. In tale posizione si è completamente associati al proprio corpo e alla propria mappa del mondo. Dal punto di vista linguistico si usa il termine "io".
2. *Seconda posizione (altri):* si sperimenta una situazione o una relazione attraverso il punto di vista dell'altro – per esempio, del cliente. In tale posizione, si è completamente dissociati dal proprio corpo e associati alla prospettiva del proprio interlocutore. Dal punto di vista linguistico si usa il termine "tu".
3. *Terza posizione (osservatore):* si sperimenta una situazione o una relazione tra il venditore e il cliente a partire da una prospettiva di osservatore neutrale. In tale posizione si è completamente dissociati sia dal proprio corpo che dalla prospettiva del proprio interlocutore, come se non si partecipasse all'azione. Dal punto di vista linguistico si usa il termine "loro".
4. *Quarta posizione (sistema):* si sperimenta una situazione o una relazione dal punto di vista del sistema più generale entro cui gli interlocutori – per esempio, il medico e il collega – agiscono. La quarta posizione è la posizione privilegiata per poter effettuare un efficace controllo ecologico che tenga conto delle relazioni tra le prime tre posizioni percettive. Dal punto di vista linguistico si usa il termine "noi".

È però impossibile definire quale sia la migliore posizione percettiva, in quanto ognuna di esse presenta nei confronti delle altre vantaggi e svantaggi.

L'infermiere che trascorre la maggior parte del suo tempo in prima posizione avrà molto ben in mente i propri obiettivi ed esigenze, ma farà fatica a comprendere i bisogni dell'altro. Tali necessità invece saranno ben capite dal collega che predilige la seconda posizione, ma l'altro lato della medaglia è rappresentato dal fatto che egli può essere troppo influenzato dal paziente nel corso della trattativa. Il professionista che predilige invece la terza posizione riuscirà spesso a cavarsela nelle situazioni di stress, ma darà l'impressione di essere poco coinvolto nella relazione. Infine, il medico concentrato solo sulla prospettiva del sistema generale potrà cogliere le relazioni in un'ottica più ampia, ma il suo operato risulterà troppo astratto e poco funzionale.

La figura tradizionale del medico è principalmente concentrata sulla prima posizione; questo può portarlo a pensare: "ciò che è importante sono le mie convinzioni e il mio ruolo; la mia diagnosi è quella giusta; il mio obiettivo è quello di far capire ciò al paziente". Il medico efficace invece si sforza, oltre che di proporre con coerenza le proprie idee, di mettersi nei panni dell'interlocutore, per scoprire insieme se ciò che gli sta proponendo sia per lui chiaro

ed efficace. Fatto questo, il professionista valuta in un'ottica di sistema (quarta posizione percettiva) come l'ascolto attivo dell'interlocutore produca conseguenze positive anche in altri ambiti della sua vita.

Gli errori principali da cui guardarsi sono dunque:

- non prendere in considerazione il punto di vista dell'altro;
- pensare che l'altro abbia il proprio stesso punto di vista;
- considerare la prospettiva dell'altro irrilevante o, addirittura, sbagliata.

I canali della comunicazione

Provate a rievocare un vostro recente dialogo: cosa vi ricordate maggiormente della relazione con il paziente? Quale aspetto vi ha colpito di più di quella persona, incontrata per la prima volta? Il contenuto che egli vi ha trasmesso, espresso tramite vocaboli densi di significato, i verbi con i loro tempi, gli aggettivi che hanno colorito il suo discorso? Oppure vi ha colpito maggiormente il volume, la velocità piuttosto che il ritmo accelerato o lento della sua voce? Magari non sono state tanto le parole o la voce a rimanervi impresse, bensì l'espressione del volto che aveva mentre parlava.

Certamente è l'insieme di diversi aspetti della comunicazione a caratterizzare il messaggio. In particolare, distinguiamo tre diversi canali attraverso cui "passa" il messaggio che giunge al destinatario:

1. comunicazione verbale;
2. comunicazione para-verbale;
3. comunicazione non verbale.

La comunicazione verbale

L'elemento costitutivo della comunicazione verbale è il vocabolario linguistico (Pirovano e Ongaro, 2010).

Attraverso questo canale si comunica una gran quantità di informazioni, che però non sempre sono recepite dall'interlocutore secondo il proprio schema semantico (di significato). Infatti, la comunicazione verbale prende anche il nome di comunicazione digitale in quanto, facendo riferimento a un'intuibile analogia informatica, per trasferire significato si deve codificare quest'ultimo in simboli – come avviene, appunto, nella trasmissione digitale di dati (combinazione di 0 e 1, nel calcolo binario). Le lingue del mondo, da questo punto di vista, non sono altro che la codificazione di significati in simboli (vocabolario, appunto) utili a trasferire il medesimo contenuto coerentemente con il contesto culturale dato: il paese di appartenenza. Per fare un semplicissimo esempio, provate a pensare alla lingua straniera: acqua in inglese si dice *water*, mentre in tedesco si dice *wasser* e in francese *eau*. Cosa cambia? Solamente la codificazione del suo referente, il liquido (chimicamente H₂O), in termini di simbolo linguistico; ma la sostanza "liquida" è pur sempre la stessa.

Il vocabolario personale cambia a seconda dell'ambiente in cui si è cresciuti, del livello di scolarità raggiunto, della familiarità al dialogo con altre persone, dell'amore per la

lettura e, perché no, anche dalla capacità di ascoltare e memorizzare parole nuove.

Purtroppo si sta assistendo ad un crescente indebolimento della capacità espressiva a causa di una continua riduzione del vocabolario utile per esprimersi e per la preoccupante perdita del gusto di esprimersi bene. Una certa responsabilità va attribuita anche all'avvento di *internet*: la rete ha infatti drasticamente ridotto il vocabolario personale dei giovani utenti (Pirovano e Ongaro, 2010).

La comunicazione para-verbale

Usare le parole senza la voce è ovviamente impossibile.

Per questa ragione è stata data la definizione di para-verbale all'insieme dei segnali messi in atto, nella comunicazione verbale, a livello fisiologico, ovvero l'insieme di modalità con le quali si manifesta la vostra voce: registro, volume, velocità, timbro, ritmo, cadenza, tono, modulazione, dizione, ecc.

A seconda di come usate la voce generate stati d'animo diversi nell'interlocutore, tanto che – per esempio – nel lavoro teatrale si dedica molto tempo a perfezionare dizione e gestione della variabilità fonetica.

Non è forse vero che riuscite a riconoscere facilmente qualcuno al telefono in base alla sua voce? Proprio perché la voce viene registrata dal vostro cervello come un'informazione che prescinde dal contenuto dei messaggi che essa porta con sé, essa dovrebbe essere curata tanto quanto il contenuto stesso, se non di più. Che dire poi dell'impatto seducente della voce? Una voce dotata di una bella impostazione vocale, ben modulata, calda, avvolgente e "stereofonica" sicuramente vi può ammaliare, così come solitamente allontana una voce stridente e priva di calore.

Il bravo ipnotista accompagna il paziente verso lo stato di *trance* sia attraverso le parole – le quali hanno intrinsecamente un significato specifico – sia attraverso la voce, la quale deve variare in volume e velocità in modo mirato.

Normalmente il personale sanitario non è abituato a dare il giusto peso alla voce nell'interazione con gli altri, e per questo ne perde spesso la potenzialità persuasiva. La caratteristica fondamentale per il bravo comunicatore è, quindi, il saper modulare la voce adattandola, come nella tecnica di approccio telefonico, a quella dell'interlocutore (processo di ricalco). Allenatevi a essere attori della voce, imparando ad alzarne il volume per abbassarlo subito dopo, quando desiderate sottolineare una frase; a rallentarne la velocità per evidenziare concetti complessi, oppure ad accelerarla per sfuggire all'attenzione dell'interlocutore.

La comunicazione non verbale

Il secondo canale della comunicazione analogica è quello del non verbale.

Di comunicazione non verbale si è detto molto e scritto altrettanto: in questa "categoria", infatti, rientrano il linguaggio

gio del corpo e i suoi derivati: espressione facciale, mimica, abbigliamento, postura, sguardo, gestualità, movimento.

“Il corpo non mente”, si sente dire spesso. Il che equivale a dire che mentre è estremamente facile manipolare la parola, non è altrettanto semplice governare le espressioni del corpo. Prestate attenzione per esempio all’atteggiamento di apertura fisica che normalmente si accompagna a sentimenti di gioia, o alla postura dimessa che assume il corpo in caso di stati d’animo di tristezza o, peggio, di depressione.

Uno dei principi fondamentali della PNL, come detto sopra, recita: “la mente e il corpo fanno parte dello stesso sistema”.

Nella fase iniziale di conoscenza con una persona, il linguaggio del corpo (non verbale) gioca un ruolo di fondamentale importanza: tramite gesti, posture e contatto visivo, esso incide sul processo comunicativo con una percentuale del 55%. Per il 38% incidono invece il tono della voce e tutte le componenti paraverbali, mentre il significato letterale delle parole espresse influisce solo per il 7% (verbale) (Mehrabian, 1971).

Questo studio del Professor Mehrabian ha suscitato e suscita tutt’ora diverse riflessioni.

Il rapporto 7 – 38 – 55, a prima vista, parrebbe evidenziare che ciò che diciamo non ha praticamente significato rispetto a come lo diciamo: solo un misero 7% del “peso” della comunicazione si ascrive al contenuto, contro ben il 93% che dipende da elementi non contenutistici. Effettivamente, se così interpretate, queste percentuali paiono quasi inquietanti, soprattutto in una realtà in cui la società pone maggiore attenzione al “cosa” dire, piuttosto che al “come” dirlo. Precisiamo che esse si riferiscono al contesto americano e a una comunicazione orientata alla creazione dell’empatia.

Nel caso di comunicazione orientata alla negoziazione, invece, i rapporti cambiano: per il 53% “pesa” il verbale, per il 15% il para verbale e per il 32% il non verbale. In tali contesti infatti, il contenuto (il cosa) prevale sulla forma (il come) (Burgoom *et al.*, 1995).

Strategie comunicative: sintonia o distonia?

Ci sono due diversi approcci alle relazioni tra persone: sintonico e distonico (Pirovano e Ongaro, 2010).

Quando parliamo di sintonia parliamo, di fatto, di similitudine tra gli interlocutori; un approccio sintonico è tale quando si imposta una comunicazione che tende a valorizzare i punti in comune tra le parti invece che le differenze.

L’approccio sintonico genera più facilmente *feeling* in quanto l’interlocutore si sente capito, è a suo agio e scopre una base comune d’esperienza in chi gli sta di fronte, sentendosi viceversa compreso dal suo interlocutore.

L’approccio distonico, invece, si basa sulle diversità: ovvero, nella relazione uno dei due interlocutori si pone in una posizione di prevalenza sull’altro.

La distonia genera tensione in chi la subisce e la voce, che incide per il 38% sull’efficacia della comunicazione, è il canale attraverso il quale principalmente “passa” l’informazione relativa alla distonia. Posture e parole di chiusura, sguardi sfuggenti e una buona dose di arroganza sono gli ingredienti migliori per un *cocktail* distonico veramente fastidioso!

Quando usare i diversi approcci: pro e contro

In base a quanto appena descritto, risulta ovviamente preferibile un approccio sintonico alla relazione.

Un possibile “svantaggio” dell’approccio sintonico è che chi crede nella sintonia tende a cercarla e a crearla a ogni costo, anche in quelle circostanze in cui potrebbe essere strategico “fare la voce grossa”.

L’approccio distonico, specularmente, prepara il terreno per il conflitto, se dall’altra parte abbiamo interlocutori forti; altrimenti, può essere risolutivo.

Conoscere i due tipi di approccio relazionale consente di scegliere quale adottare in funzione delle situazioni che si verificano: tuttavia, nella maggior parte dei casi l’obiettivo sarà preferibilmente quello di impostare una relazione sintonica, innegabilmente vantaggiosa.

Come costruire una relazione su base sintonica: la calibrazione

Il processo richiede anzitutto un ascolto attivo e un adattamento progressivo (man mano che aumenta la nostra conoscenza dell’interlocutore) allo stile comunicazionale di chi vi è di fronte. Questi “avvicinamenti progressivi” alla sintonia perfetta sono detti, con un termine che ne definisce l’intero procedimento, calibrazione.

Per calibrare bene, è necessario che allertiate tutti i vostri sensi, per carpire meglio i messaggi che l’altra persona vi invia. Questo è ciò che vi consente di percepire gli atteggiamenti corporei, le espressioni facciali e quelle linguistiche del vostro interlocutore.

Una volta raggiunta l’empatia, però, è necessario mantenerla e verificarla costantemente, per far sì che la persona ci “segua” nella nostra visione del mondo. Come fare?

La tecnica del ricalco e guida

“Ricalcare” significa, dopo aver individuato con la calibrazione le modalità espressive dell’interlocutore, riproporre a questo tali modalità, creando così una sensazione di confidenza, di identità di vedute e comportamento: in altri termini, significa “entrare in risonanza” con l’interlocutore.

L’attività di lettura corrisponde al ricalco (in inglese, appunto, ricalcare = *to pace*), mentre la seconda, quella dello stimolo, indica la guida (in inglese *to lead* che, non a caso, è anche la radice di *leader, leadership*).

Si definisce, pertanto, “guida” la tecnica che permette, attraverso una “sovrapposizione di mappe” – ottenuta tramite sintonia e ricalco – di condurre l’interlocutore a seguirvi verso il vostro obiettivo. Sarà così più semplice portar-

lo a comprendere i vostri messaggi e i vostri punti di vista creando empatia.

Tipologie di ricalco

Il primo tipo di ricalco è il cosiddetto *rispecchiamento*, altrimenti detto ricalco formale in quanto si riferisce alla forma della comunicazione. Esso corrisponde alla riproduzione della fisiologia, degli atteggiamenti corporei e delle posture dell'interlocutore: è un ricalco, quindi, non verbale. Corrisponde all'atteggiamento che abbiamo sopra descritto, riguardo alla comunicazione sintonica e alla creazione del rapporto attraverso la calibrazione: la progressiva conduzione dell'interlocutore a una sempre maggiore apertura nei vostri confronti, attraverso l'utilizzo delle posture corporee, è un tipico esempio di rispecchiamento utilizzato al fine del ricalco e guida. Come abbiamo visto, è importante seguire lo stesso ritmo gestuale dell'interlocutore, non però "scimmiottandone" ogni gesto, bensì trovando un'armonia nel ricalcare le sue posture e il suo modo di muoversi: per un buon effetto, è sufficiente ricalcare al 50% – il massimo è l'80% – la sua gestualità (Pirovano e Granchi, 2005).

Vi è poi il *ricalco paraverbale*, che consiste nell'adottare uno stile di conversazione simile, con il medesimo tono di voce, ritmo di parola, volume, ecc. Evidentemente, se avete di fronte una persona che parla in modo concitato, con un alto volume di voce, senza pause tra un periodo e l'altro, non potrete pensare di calibrarla utilizzando un volume e un tono bassi, esasperando la lentezza dell'eloquio e facendo lunghe pause di riflessione mentre parlate. Dovrete, invece, stabilizzarvi su una frequenza vicina a quella dell'interlocutore, cercando pian piano di guidare il paraverbale della persona a equilibrarsi, rallentando man mano il ritmo delle parole e riportando gradualmente il volume della voce al livello della normale conversazione. È evidente che, per far questo, dovrete considerare il paraverbale anche come "spia emotiva" dello stato della persona: qui entra in gioco anche il concetto di ricalco emotivo.

Mentre rispecchiamento posturale e ricalco paraverbale sono compresi nella definizione di ricalco extraverbale o analogico, gli altri tipi di ricalco si definiscono, nell'ordine, ricalco emotivo, culturale e verbale: vediamoli, nell'ordine.

Ricalco emotivo. Utilizzare tale ricalco significa cercare di vivere e manifestare le emozioni vissute dall'altro, intanto che racconta un fatto, trasmette un'esperienza o una sensazione.

Il *ricalco culturale* mira invece ad adeguarsi al registro (stile e livello di discorso) dell'interlocutore. Esso prevede l'utilizzo di particolari terminologie, stili espositivi e argomentazioni specifici della persona. È un tipo di ricalco non semplice, che presuppone – per risultare efficace – una buona preparazione da parte di chi lo mette in atto e la capacità di destreggiarsi nel discorso.

Infine, naturalmente, vi è il *ricalco verbale*. Quest'ultimo ri-

guarda le modalità espressive del linguaggio: l'uso prevalente di alcuni termini o locuzioni specifiche, anche legate alla percezione sensoriale. In particolare, ognuno di noi tende a utilizzare alcune parole cui si attribuisce una particolare valenza espressiva: spesso, il pronunciarle si associa a un gesto specifico, che ricorre sovente nella conversazione.

Ogni informazione che riusciamo a cogliere è preziosa. Provate a immaginare di avere una valigetta dentro la quale sono contenute tutte le parole calde e le espressioni utilizzate dal vostro interlocutore durante le varie telefonate o incontri. Sono questi i termini che vi consentono una comprensione chiara e un ricalco immediato dell'interlocutore. Le sottolineature analogiche (gesti, espressioni, ecc.), che spesso le accompagnano, sono un'altra traccia importante per il ricalco. Che fare?

Il vostro lavoro sarà quello di rielaborare le informazioni contenute nella valigetta affinché ciò che viene detto o fatto possa essere usato come rinforzo del vostro agire, attraverso, appunto, il ricalco e guida.

Di fatto, le parole calde aprono uno spiraglio sul livello profondo della personalità dell'interlocutore: il ricalco a esse relativo si chiama, infatti, ricalco profondo che agisce sui valori interiori, sulle convinzioni maturate in una vita, sui contenuti delle esperienze.

Conclusione

Saper costruire una relazione sintonica con il paziente, con il collega – o con chiunque – è una abilità necessaria. La PNL, di cui abbiamo evidenziato solo alcune caratteristiche in questa sede, è riconosciuta come la disciplina che meglio supporta la qualità della comunicazione interpersonale, ingrediente indispensabile in tutte le relazioni d'aiuto, dove l'intensità del rapporto fa e deve fare sempre la differenza.

Certamente non è solo la tecnica neurolinguistica che permette di costruire delle ottime relazioni interpersonali, ma soprattutto la volontà e la consapevolezza che la cura del dettaglio relazionale sia la chiave per la costruzione della fiducia nel tempo con chi abbiamo di fronte.

Sperimentare sul campo, ogni giorno, con i colleghi e con i pazienti l'efficacia e la forza della sintonia è il modo migliore per rendere questa abilità naturale, semplice e spontanea. Non dovremmo impegnarci a comunicare bene solo perché la professione ce lo richiede, ma dovremmo fare della affabilità dialettica ed efficacia relazionale il nostro stile di vita, al lavoro come a casa.

Proprio per questo vogliamo essere incisivi su queste tecniche di comunicazione; non possiamo più accettare, da pazienti, da colleghi, il fraintendimento, l'arroganza, la saccenza come modo d'essere: si può cambiare, sempre e in meglio. Bisogna volerlo e applicarsi per farlo; gli strumenti non mancano, e le occasioni di approfondimento neppure.

Gestire i conflitti. Andare oltre la comunicazione efficace

di Fabrizio Lertora

Formatore e consulente Centro Psicopedagogico per la pace e la gestione dei conflitti (CPP) di Piacenza; e-mail: fabrizio.lertora@cphp.it

Gestire i conflitti: negoziare per non subire

Sul tema della gestione dei conflitti esiste una letteratura vasta e in crescita; l'interesse per il tema, infatti, sembra in costante aumento da parte delle più disparate discipline e pratiche professionali, alla luce del ruolo sempre più decisivo che sembra avere oggi la qualità della relazione con il cliente, l'utente o il paziente nei criteri di valutazione dei servizi.

Esiste nella letteratura sul tema una vasta produzione che spesso collega la gestione dei conflitti alle pratiche di comunicazione efficace. L'idea alla base di tali proposte è semplificabile nello *slogan* "basta comunicare in modo efficace per poter gestire un conflitto". Il conflitto è visto come area di ambiguità e incomprensione comunicativa: siamo in conflitto perché non ci siamo capiti bene o non ci siamo capiti del tutto; sarà sufficiente un maggiore investimento sul piano della comunicazione per rendere questa più efficace e intrinsecamente capace di gestire (in un'ottica essenzialmente preventiva) anche i possibili conflitti. Sembra prevalere in tale approccio l'urgenza di allontanarsi dal conflitto, individuandone velocemente una soluzione che ne rappresenta la via di uscita. Il conflitto fa paura o quanto meno è vissuto come fastidiosa minaccia dallo stato delle cose, e non ci si sofferma quindi a esplorare i significati profondi e a indagare sulla dinamica intrapersonale di riconoscimento e trasformazione dei bisogni, che il conflitto mette in gioco, in oggetti "negoziabili", quelli che più avanti definiremo "interessi", dinamica che è invece fondamentale nella logica del conflitto come risorsa.

Secondo un più recente e innovativo approccio al tema¹, il conflitto è visto come potenziale risorsa e la gestione dei conflitti rappresenta qualcosa di più della semplice gestione del dissenso e risoluzione pacifica delle controversie. Si tratta piuttosto di un'area di lavoro strutturalmente collegata alla dimensione delle relazioni professionali, sia nella loro dimensione interna al gruppo di lavoro, sia in quella esterna che coinvolge il cliente. Quando la relazione diventa difficile, quando si definisce come luogo del con-

trasto, spesso acceso e profondo, non si tratta dunque, di ricercare una via di uscita sufficientemente soddisfacente per entrambe le parti, ma piuttosto di cogliere e trattare il fenomeno del conflitto come spazio simbolico di "ri-significazione" della relazione (anche di quella professionale) e dei problemi che porta con sé.

Il conflitto è inteso come esperienza ineliminabile e fisiologica all'interno delle relazioni e propone di stare con competenza all'interno del conflitto considerandolo un portatore di informazioni sui significati specifici della relazione e della situazione in atto. Il conflitto deve essere considerato innanzitutto quindi come elemento informativo, decisivo in quanto capace per la sua dinamica propria, di rompere alcuni copioni precostituiti e di intercettare e dare voce, spesso con forme non facilmente e immediatamente comprensibili e sostenibili, a istanze più profonde (Sclavi, 2003). In tal senso viene guardata con sospetto ogni via, spacciata per gestione dei conflitti, che in un modo o nell'altro si propone di allontanarci e di farci uscire, con la messa a punto di una immediata soluzione, da tale esperienza.

Affrontare il conflitto come risorsa significa guardare alla gestione del conflitto come a un processo dal significato simbolico e operativo, che va ben oltre la dimensione tecnica di comunicazione efficace dedicata alla ricerca della soluzione del conflitto, ma che stimola piuttosto a osservare la complessità del fenomeno e a ricercare il suo potenziale di sviluppo della relazione. Il termine *negoziazione*, ampiamente utilizzato per tradurre tecnicamente l'aspetto operativo e interattivo di tale processo, rimanda etimologicamente a una dimensione attiva, "*negare l'ozio*" (Spaltro, 2002, p. 341); negoziare un conflitto significa, infatti, prenderlo in mano, non assumere nei suoi confronti un atteggiamento di estraneità, di passività e di fatalità, ma considerare la possibilità che possa evolvere grazie a una nostra partecipazione consapevole e intenzionale. La gestione del conflitto è quindi in primo luogo un movimento interno, un assumersi la responsabilità di quello che ci sta accadendo. Ed è solo in conseguenza di questo che la negoziazione diventa strumento di trasformazione davvero possibile all'interno della relazione. In questo senso la negoziazione è la specifica modalità di trattamento del conflitto che mi consente di mantenerne la natura relazionale,

¹ Si può vedere in proposito il sito del Centro Psicopedagogico per la Pace e la gestione dei Conflitti (CPP) all'indirizzo [web www.cphp.it](http://www.cphp.it).

proprio perché ha come condizione e come risultato quello di ridefinire la relazione, se pur nei termini contingenti e parziali collegati agli aspetti specifici che quel conflitto aveva messo in questione.

La negoziazione si presenta quindi come un modo di stare nel conflitto che va al di là della messa in campo di semplici competenze comunicative (Lertora, 2011). Da forma a un processo ricorsivo, interno ed esterno alla persona, che ha come obiettivo la ricerca di un continuo riposizionamento rispetto all'oggetto del conflitto. Riposizionamento che scaturisce via via dall'acquisizione personale di apprendimenti rispetto a sé e rispetto all'altro, ed è quindi qualcosa di diverso dalla negoziazione intesa classicamente perché non è tecnica di comunicazione sul conflitto finalizzata a spiegare, né una procedura lineare finalizzata a risolvere definitivamente il conflitto.

Gestire i conflitti non significa risolverli a tutti i costi

Nella maggior parte dei casi il conflitto assume la forma di una disparità di posizioni: le parti non si ritrovano sintonizzate rispetto a un qualcosa che non solo genera distanza tra di loro, ma soprattutto attiva un'esperienza di contrasto e di lotta, dal forte significato emotivo, orientata più o meno consapevolmente ad annullare la disparità, solitamente pretendendo un movimento esclusivamente dalla parte avversa.

Possiamo ritrovare in questa cornice molti dei conflitti che caratterizzano anche i contesti sanitari: conflitti tra medico e paziente, tra personale medico e infermieristico o paramedico, conflitti interni all'*équipe* multi professionali che sempre più si trovano ad agire all'interno di progetti e servizi sanitari.

I nostri conflitti ci parlano soprattutto di un livello di bisogni profondo, che caratterizza la nostra identità e orienta la nostra socialità. Se il conflitto è l'ambito in cui le persone, in relazione tra loro e all'interno di una specifica situazione comune, manifestano ed esprimono la diversità delle proprie visioni, delle proprie attese e dei propri bisogni potremmo dire che è l'esperienza cognitiva ed emotiva che segnala la precarietà, la limitatezza e il senso di minaccia che sempre accompagna l'incontro-scontro tra tali strutture.

Per comprendere tutto ciò introduciamo il concetto di "pretesa". Quando un individuo si trova in una situazione che sollecita l'espressione di un suo bisogno, perché ad esempio il soddisfacimento di una sua esigenza è minacciato o limitato o manipolato e così via, accade solitamente che si instauri un meccanismo naturale per cui l'individuo mette in atto una posizione di resistenza attraverso una dinamica di aspettativa inconsapevole e scontata: ecco la pretesa. Questa resistenza sarà probabilmente tanto più forte e radicale quanto più profondo risulta essere il bisogno sollecitato. Nel momento in cui uno o più dei miei bisogni spingono per essere riconosciuti, accolti, protetti o soddisfatti, finiscono per attivare uno stato di attesa difensiva, cioè

una pretesa. Si pretende nel senso che si costruisce un'attesa, di fronte a quella situazione e all'altro che è il mio avversario in quella situazione, fondata sull'assunto implicito che qualcuno o qualcosa risponderà e soddisferà tale attesa, attesa che a poco a poco, per il solo fatto che esiste e che ne sto vivendo gli effetti, tende a cristallizzarsi in quella che comunemente è definita una "posizione". I bisogni delle parti entrano in interferenza tra loro e, probabilmente anche in relazione ad altri precedenti e più complessi vissuti relativi alla specifica situazione, finiscono per manifestarsi in pretese reciproche, capaci, anche se in minima parte, di tutelare l'area di bisogno a rischio. Questa dinamica trasforma il mio modo di porsi in un conflitto in un collocamento rigido e, non a caso, si parla tecnicamente di lotta di posizioni. Nel momento in cui a partire da un mio bisogno sollecitato dò per scontato, di fatto implicitamente, di riuscire a ottenere una risposta o una soddisfazione e su questo mi costruisco un'attesa, vado in stallo e diventa impossibile così riuscire a far evolvere la situazione conflittuale evitando la risoluzione fondata su una prova di forza e di potere personale.

In pratica mi aspetto che l'altro, con cui sono in conflitto, veda il mio bisogno, lo riconosca e ovviamente risponda, ma la possibilità reale che l'altro può avere di accedere ai miei significati specifici legati a quell'esperienza conflittuale è molto limitata, complessa, con buone probabilità di fallimento: per quanto io pretenda che l'altro possa e sappia riconoscere il mio bisogno, accade spesso che in realtà io non abbia nessuna intenzione di facilitare il riconoscimento reale di quello che sto provando o di cui ho bisogno o che si è mosso internamente. Si tratta, infatti, di uno svelamento profondo che la situazione conflittuale non sostiene immediatamente e in modo naturale. La pretesa quindi mette sempre l'altro in difficoltà e non lo responsabilizza nel conflitto, cioè non facilita la sua possibilità di "rispondere" al senso di minaccia che quel conflitto provoca in me.

Il conflitto e la sua gestione è quindi un processo, con una sua dimensione temporale significativa, di continuo e congiunto riposizionamento delle parti in causa al fine di poter esplorare gli esiti possibili del conflitto stesso, tenendo a bada l'ansia della risoluzione che rischia di risultare un fattore aggravante delle dinamiche non costruttive precedentemente esaminate. Gli esiti da esplorare devono essere operativi e sostenibili da parte degli attori del conflitto stesso: risulteranno parziali e temporanei a volte, e avranno poco a che fare con la soluzione ideale, ma consentiranno di "stare nel conflitto", di esplorarne in profondità i significati riconducibili all'area profonda dei nostri bisogni, di sintonizzare le nostre risorse personali, di vivere il conflitto come esperienza significativa di crescita e di sviluppo sia a livello personale che di relazione.

Ricerca la gestione del conflitto è impegnarsi per una disponibilità interiore prima che esteriore che si fonda allora sul riconoscimento della necessità di agire nel conflitto al-

la ricerca del nostro benessere, qualcosa di più e di diverso rispetto alla semplice risoluzione di un problema. Negoziare ("negare l'ozio" di fronte al conflitto) implica l'andare in profondità, esplorare cosa sta dietro la posizione che mi identifica all'interno di un conflitto per decodificarla e individuare le istanze interiori, i bisogni, i desideri e le attese che la costituiscono e la sostengono.

Grazie a questo lavoro interiore possiamo agire senza restare imprigionati all'interno di automatismi e di meccanismi reattivi, ma definendo uno spazio di incontro con la controparte e con le sue istanze. In tal modo consentiremo al conflitto di rivelare pienamente la propria natura informativa sullo stato di salute della relazione, su quali aree di conoscenza e di autoconoscenza la caratterizzano e quali è invece ancora necessario sviluppare.

Passare dalle posizioni agli interessi per trasformare il conflitto

È importante quindi riuscire a focalizzare l'interesse collegato al bisogno in questione nel conflitto che stiamo vivendo, che deve poter trovare spazio nella costruzione di una "attesa" piuttosto che di una "pretesa". Non si tratta di un semplice gioco di parole: l'attesa è la forma non difensiva con cui il bisogno prende voce, non soffocata a priori dalle barriere innalzate dal senso di minaccia e dalla paura di una possibile mancata risposta. L'attesa è una forma riconoscibile di espressione del bisogno capace di mantenersi sulla soglia dello spazio mentale dell'altro e così facendo capace di non trasformarsi in pretesa. L'attesa è una dimensione tutt'altro che passiva: etimologicamente *ad-tendere* richiama al mettersi in moto, al prendere una direzione precisa, all'avvicinarsi a qualcosa e nel nostro caso potremmo dire a qualcuno, colui con cui siamo in conflitto e il problema specifico che abbiamo in comune. Ciò che la gestione del conflitto ci chiede è di saper dare al nostro bisogno una "forma" comprensibile e utilizzabile dall'altro. Si tratta di dare voce al bisogno che quel conflitto mette alle corde, di chiedersi quando, dove e come mostrare all'altro quel bisogno e dargli espressione non generica, ma accessibile e sostenibile, capace di incontrarne la possibile misura, capace di aprire uno spazio di risposta possibile, perché l'altro non sarà mai la risposta completa al mio bisogno anche nel caso in cui direttamente o indirettamente ne sia la causa di movimento. Chiamiamo questa forma "interesse" e la caratterizziamo come contestualizzata, sensibile cioè allo spazio, al tempo, alla struttura relazionale di quel particolare conflitto all'interno del quale il bisogno si manifesta.

Costruire un interesse significa offrire all'altro la propria visione trasformativa del conflitto e porre, attraverso la costruzione di un "oggetto simbolico", una distanza tra sé e la propria aspettativa sulla situazione. L'interesse è un "oggetto negoziabile" (contrariamente alle posizioni che generalmente scivolano sulla dimensione delle questioni di principio), nel senso che è qualcosa su cui è lecito, pos-

sibile e necessario "mettere le mani" al fine di trovarne la forma accettabile da entrambe le parti, senza sentirsi minacciati nel proprio essere. C'è una distanza strutturale tra l'interesse proposto nel conflitto e la persona che lo propone. Una distanza che tutela, che permette di esprimersi, che permette di riconoscersi.

L'interesse è una domanda all'altro che parla di sé costruita sulla specifica situazione e su misura della controparte, perché nasce dalla consapevolezza che chiedere all'altro qualcosa che non c'entra o che non serve, così come chiedere qualcosa che l'altro non può fare, non sarebbe di alcuna utilità per trasformare il conflitto che si sta vivendo. Ad esempio il mio bisogno di riconoscimento da parte del capo, spesso e volentieri all'origine di tensioni e difficoltà, può trasformarsi in un interesse oggetto di negoziazione nel momento in cui si esplicita in una domanda di *feedback* sistematico e in tempi definiti rispetto alle mie proposte piuttosto che in altri modi che comunque dovranno apparire concreti, contestuali e operativi.

A partire da questa valenza specifica che assume la domanda, la riscoperta della maieutica (Dolci, 1996) e la sua rivisitazione come dispositivo originale nella gestione dei conflitti ha permesso di mettere a punto un approccio particolarmente innovativo ed efficace nell'ambito della gestione dei conflitti (Novara, 2011). La negoziazione centrata sugli interessi e arricchita da una specifica competenza collegata all'arte della domanda (Novara *et al.*, 2012) rende possibile l'esplorazione della struttura relazionale che il conflitto ha modificato e la costruzione collaborativa di una nuova mappa comune che serva per fare tutti e due un passo avanti. L'altro mi interessa nel conflitto perché il conflitto parla di noi, e solo se entrambi possiamo e sappiamo stare nel conflitto quest'ultimo potrà dispiegare la propria potenzialità trasformativa ed evolutiva per ciascuno di noi e per la nostra relazione.

Esplicitare il conflitto per poterlo utilizzare

Esplicitare un conflitto è qualcosa di diverso dalla comunicazione immediata di quello che, a diversi livelli, il conflitto sta muovendo dentro di me. Troppe volte infatti, parlando di esplicitazione, tornano alla mente situazioni in cui le persone, in nome di una quanto meno dubbia autenticità, ritengono legittimo e funzionale dare voce immediata a quello che sentono e pensano. Chiaramente niente è più distante da una cultura trasformativa del conflitto che, come già accennato, chiede, in vista di più articolati processi di negoziazione, in primo luogo una temporizzazione: il distanziamento, la decantazione dei vissuti emotivi e cognitivi che il conflitto ha generato. Esplicitare significa pianificare percorsi di graduale emersione e definizione (in primo luogo a se stessi) dei bisogni percepiti minacciati, di una strategia efficace che ne favorisca la comunicazione e la comprensione per la controparte attraverso la costruzione degli "interessi", di un progetto di trattamento di questi che presenti caratteristiche di soste-

nibilità e di vantaggio in una logica di assunzione di responsabilità.

I passaggi operativi chiave di un processo comunicativo di esplicitazione sono:

- scegliere il momento e il luogo adatto per poter affrontare la questione;
- circoscrivere e definire il conflitto: l'oggetto del conflitto, il "cosa" all'origine della situazione di difficoltà (azione, comportamento, atteggiamento, ecc.);
- condividere il significato specifico del conflitto con l'attenzione a descrivere la propria visione del problema, descrivere le conseguenze pratiche della situazione su di sé, esprimere proprie emozioni e stati d'animo collegati a quanto accade;
- fare una richiesta sostenibile alla controparte in relazione al conflitto;
- proporre quali vantaggi penso possiamo ottenere.

Ovviamente questo percorso è tanto più efficace nella mi-

sura in cui non si banalizza a semplice procedura comunicativa, ma scaturisce dal naturale sviluppo di un percorso interiore di esplorazione del significato del conflitto.

In questa prassi comunicativa nel conflitto non c'è pretesa orientata al cambiamento dell'altro in quanto tale. Gestire il conflitto diventa comunicazione verso l'altro in termini di richiesta e/o proposta contestualizzata e motivata sulle situazioni, operativa verso i comportamenti e attenta alla sostenibilità reciproca.

La necessità primaria quindi è di acquisire una sempre maggior competenza, complessa e variegata, capace di permetterci di sostare nel conflitto, di leggerne i significati profondi, di abbassare i meccanismi difensivi-reattivi che suscita, di facilitare la disponibilità a coglierne il potenziale evolutivo per la propria crescita e di poterlo efficacemente utilizzare nella relazione con la consapevolezza che l'altro rappresenta il *partner* necessario in questo percorso.

Bibliografia

- AIROLDI G., *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano, 1980.
- ANOLLI L., *Psicologia della comunicazione*, Società editrice il Mulino, Bologna, 2002.
- ARGENTI P.A., *Corporate Communication*, McGraw-Hill/Irwin, 2003.
- AUTERI E., *Management delle risorse umane. Fondamenti professionali*, Guerini e Associati, Milano, 2004.
- BECK U., *La società del rischio*, Carrocci, Roma, 2000.
- BENASAYAG M., *Il mito dell'individuo*, MC Editrice, Milano, 2002.
- BERGAMASCHI M. (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- BERGER D.M., *L'Empatia clinica*, Astrolabio, Roma, 1989.
- BERGER P.L. e LUCKMANN T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969.
- BONAMINI E., *La comunicazione per l'integrazione del gruppo*, in *Maps*, 2013, n. 1.
- BONAMINI E., *Lavorare in équipe sanitaria: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà*, in *Maps*, 2013, n. 1.
- BONAMINI E., *Professionalità e cooperazione: relazioni possibili*, in *Mondo Infermieristico*, 2003, n. 1, pag. 11.
- BORELLA V.M., *Comunicazione medico sanitaria*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- BOYETT J.H. e BOYETT J.T., *The guru guide to the knowledge economy: the best ideas for operating profitability in a hyper-competitive world*, Wiley, New York, 2001.
- BOZEK P., *Comunicare con efficacia*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- BROUS R., POSTAL N. e POVOLI R., *Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri*, in *Assist. Inferm. Ric.*, 2006, (25) n. 2, pag. 84.
- BROWN R., *Psicologia sociale dei gruppi*, Il Mulino, 2005.
- BRUSCHI A., *Metodologia delle scienze sociali*, Mondadori, Milano, 1999.
- BURGOON J.K., BULLER D. e WOODALL W.G., *Nonverbal communication*, USA, 1995.
- BUTERA F., DONATI E. e CESARIA R., *I lavoratori della conoscenza: quadri, middle management e alte professionalità tra professione e organizzazione*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- BUTERA F., *Professionisti nelle organizzazioni*, in *Studi Organizzativi*, 1991, n. 3-4.
- CAMPAGNA L.E. e PERO L., *Lavoro in team e ruoli professionali*, in *Sviluppo & Organizzazione*, 2001, n. 187, pag. 21.
- CAMUFFO A., *Management delle risorse umane. Casi e materiali didattici*, Giappichelli Editore, Torino, 1993.
- CANOTTI R., *Filosofia e teoria del Nursing*, Edizioni Summa, Padova, 2002.
- CARACCI G. e CAZZANIGA S., *I risultati della ricerca AGENAS. Definizione, modello di analisi, strumenti di rilevazione ed esperienze significative di empowerment in sanità*, in *Il Quaderno di Monitor, Elementi di Analisi e osservazione del sistema salute, "Il sistema sanitario e l'empowerment"*, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 6° Supplemento al numero 25, 2010.
- CAVALLARI S., *Aspetti psicologici nella prevenzione degli infortuni*, Ed. Studio SC, 2000.
- CHARVET S.R., *The customer is bothering me*, Kendall/Hunt Publishing Company, 2010.
- CILLI A., *Empowerment: una tecnica per il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei collaboratori*, in *Global Empowerment System*, CS Formazione, 2005.
- COCCO G., *La comunicazione interna*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- COCH L. e FRENCH J.R.P., *Overcoming resistance to change*, in *Human Relation*, 2003, n. 11, pag. 512.
- COHEN P. e HINDE R.A., *La comunicazione non verbale*, Laterza, Bari, 1974.
- COSTA G., *Economia e direzione delle risorse umane*, Utet, Torino, 2002.
- COZZI G., GAMBARDILLA A. e VACCÀ S., *La gestione della conoscenza nell'impresa postfordista*, in SBRANA M. e TORRE T. (a cura di), *Conoscenza e gestione del capitale umano: la learning organization*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- CROCE D., SEBASTIANO A. e GENDUSO G., *Le innovazioni organizzative in ambito ospedaliero: i meccanismi operativi del S. Gerardo di Monza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, (2007b), 4:56-61.

- CROCE D., SEBASTIANO A. e MAZZEI B., *Innovazione nella progettazione degli assetti organizzativi in sanità*, in *Sanità Pubblica e Privata*, (2007a), 1:26-31.
- D'INCERTI D., SANTORO M. e VARCHETTA G., *Nuovi schermi di formazione*, Guerini e Associati, Milano, 2007.
- DAMIANI M., *La gestione della complessità nei progetti*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- DE BIASI L., *L'inter-disciplinarietà come paradigma della crisi epistemocentrica e filosofia*, in <http://www.edscuola.it/archivio/ped/interdisciplinaria.htm>.
- DE GRADA E., *Elementi di psicologia di gruppo*, Mario Bulzoni Editore, 1969.
- DI GIULIO P. et al. (a cura di), *Integrazione medico-infermiere in oncematologia pediatrica: condizione indispensabile per una assistenza qualificata. Laboratorio triennale di studio, formazione e intervento*, in *Assist. Inferm. Ric.* 2004, (23) n. 3.
- DI RACO A e SANTORO G., *Il manuale della Comunicazione interna*, Guerini e Associati, 1996.
- DI SAURO, R., *Principi di psicologia clinica per l'operatore sanitario*, Aracne, Roma, 2007.
- DILTS R., *The principle of positive intentions*, in *Anchorpoint*, 1995.
- DILTS R., *Modeling with NLP*, USA, 1998.
- DILTS R. e DE LOZIER J., *The evolution of perceptual positions*, in *Anchorpoint*, 1998.
- DILTS R., GRINDER J., BANDLER R., BANDLER L.C. e DELOZIER J., *Programmazione Neurolinguistica. Studio della struttura dell'esperienza soggettiva*, traduzione di Augusto Menzies, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1982.
- DINOUART J.A.T., *L'arte di tacere*, Sellerio, Palermo, 1991.
- DI SAURO R., *Principi di psicologia clinica per l'operatore sanitario*, Aracne, Roma, 2007.
- DOLCI D., *La struttura maieutica e l'evolerci*, Ed. La Nuova Italia Editrice, Scandicci (Firenze), 1996.
- DOMENIGHETTI G., *Il mercato della salute: ignoranza od adeguatezza? Analisi degli effetti dell'informazione sul mercato sanitario*, CIC Edizioni Internazionali, 1996.
- EDMONDSON A.C., BOHMER R.M. e PISANO G.P., *Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals*, in *Administrative Science Quarterly* 2001, (46) n. 4, pag. 685.
- ELIAS N., *Sport e aggressività*, Bologna, Il Mulino, 1989.
- EU-OSHA EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, *Health Evidence Network report*, 2007. Disponibile al link: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
- FARINA L., MALINCONICO M. e RISPO A., *La comunicazione quale tramite per una assistenza infermieristica personalizzata; un diritto del malato, un dovere dell'infermiere. Aspetti Filosofici, Metodologici, Applicativi*, Servizio Infermieristico AORN Monaldi NA, 2011.
- FERRUCCI P., *Crescere. Teoria e pratica della psicosintesi*, Ed. Astrolabio, 1981.
- FISCHER R., URY W. e PATTON B., *L'arte del negoziato*, Corbaccio, Milano, 2005.
- FLAMENT C., *Reti di comunicazione e strutture di gruppo*, Iseidi, Milano, 1974.
- FOCARILE F. (a cura di), *La condivisione del processo di cura: strumenti per la qualità dei servizi*, in *La condivisione del processo di cura: la competenza infermieristica nella logica multidisciplinare*, Convegno CNI 2010, Firenze 21-23 ottobre.
- FREEMAN R.E., *The politics of stakeholder theory*, in *Bus. Ethics Quart.* 1994 4(4):409-421.
- FREEMAN R.E. e PHILLIPS R., *Stakeholder theory: A libertarian defense*, in *Bus. Ethics Quart.* 2002 12(3):331-350.
- FREEMAN R.E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Cambridge University Press, 1985.
- FREIDSON E., *La dominanza medica*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- FREUD A., *L'io e i meccanismi di difesa*, Ed. G. Martinelli&C, 1967.
- GIANGRECO A. e SEBASTIANO A., *Attitudine e Motivazione: il binomio del successo*, in *Arel Informazioni*, 2004, 4:44-52.
- GIANGRECO A. e SEBASTIANO A., *La resistenza al cambiamento: trattazione di un modello empirico*, in *Amministrazione & Finanza Oro*, 2007, 18(4):73-92.
- GOLEMAN D., *Intelligenza Emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, Bur Biblioteca Univ. Rizzoli, 2011.

- GRANDI R. e MIANI M., *L'impresa che comunica*, ISEDI, 2006.
- HILLMAN J., *Il Potere. Come usarlo con intelligenza*, Rizzoli, 2002.
- INVERNIZZI E., *La comunicazione organizzativa nel governo dell'impresa*, Giuffrè, 1996.
- KELLY D., *Issues for Policy: SME's, Other Constituencies, and the Contested Definitions of Human Resource Development*, Dual Perceptions of HRD, 2001.
- KEMPER D. e METTLER M., *Information Therapy: Prescribed Information as a Reimbursable Medical Service*, Paperback, 2002.
- KÖRNER M., *Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach*, in *Clin Rehabil* 2010, n. 24, pag. 745.
- KORNHAUSER, W., *Scientists in Industry*, University of California Press, Berkeley, 1962.
- KRAVETZ D.J., *La rivoluzione delle risorse umane: guida ai nuovi metodi di organizzazione, di supervisione e di direzione partecipativa*, Franco Angeli, Milano, 1989.
- LEAVITT H.J., *Some effects of certain communication patterns on group performance*, in *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1951, n. 46, pag. 38.
- LEONI R., CARRA N. e UBIALI N., *Perché valutare il rendimento della formazione?*, *Lavoro e relazioni industriali*, 1:219-238, 1998.
- LERTORA F., *La negoziazione nell'ottica dell'apprendimento*, in Novara D., *La grammatica dei conflitti. L'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Ed. Sonda, Casale Monferrato, 2011, cap. 7, pp. 127-148.
- LEWIN K., *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna, 1972.
- MAKOWSKY P., *Storia delle teorie sociologiche*, Ed. Zanichelli, 1996.
- MAYO E., *La civiltà industriale*, Unione Tipografici – Editricce Torinesi, Torino, 1969.
- MAYO E., *The human problems of an industrial civilization*, MacMillan, London, 1933.
- MAZZEI A., *La comunicazione interna nelle fasi di sviluppo, crisi e ripresa dell'azienda*, FrancoAngeli, Milano, 2009.
- MEHRABIAN A., *Silent Messages (1st ed.)*, Wadsworth, Belmont, CA, 1971.
- MINTZBERG H., *Structure in five. Designing effective organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1983.
- MORELLI U., *Mente e bellezza. Arte, creatività e innovazione*, Umberto Allemandi & C. con SusaCulture project, Torino, 2010.
- MOSCOVICI S. e DOISE W., *Dissensi e consensi. Una teoria generale delle decisioni collettive*, Il Mulino, Bologna, 1992.
- NOVARA D. et al., *Dossier "La domanda crea"* in *Conflitti – Rivista Italiana di Ricerca Psicopedagogica*, Anno 2012, n. 3, pp. 7-18.
- NOVARA D., *La grammatica dei conflitti. L'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Ed. Sonda, Casale Monferrato, 2011.
- NOVARA F. e SARCHIELLI G., *Fondamenti di psicologia del lavoro*, Il Mulino, Bologna, 1996.
- PANEFORTE S., *La gestione delle persone nell'impresa*, Cedam, Padova, 1999.
- PELLEGRINO F., *Oltre lo stress, burn-out o logorio professionale*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
- PELLEGRINO F., *Valorizzare le risorse umane*, Mediserve, Milano-Firenze-Napoli, 2007.
- PENSIERI C., *La Comunicazione Infermieristica*, pubblicato su *Bollettino di informazione sul mondo della PNL e News*, 2010.
- PERINI M., *L'organizzazione nascosta*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- PETERS T., *Alla ricerca dell'eccellenza*, Sperling & Kupfer, 2005.
- PEVERADA S., *Nietzsche e il naufragio della verità. Critica, nichilismo, volontà di potenza*, Ed. Mimesis, 2003.
- PHILLIPS R., FREEMAN R.E. e WICKS A., *What stakeholder theory is not. Bus*, in *Ethics Quart.* 2003, 13(4):479-502.
- PICCARDO C., *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaele Cortina Editore, 1995.
- PIROVANO F. e GRANCHI G., *PNL Manuale per la vendita*, De Vecchi, Milano, 2005.

- PIROVANO F. e ONGARO B., *La comunicazione persuasiva*, De Vecchi, Milano, 2010.
- QUAGLINO G.P., CASAGRANDE S. e CASTELLANO A.M., *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- REBORA G., *Manuale di organizzazione aziendale*, Carocci, Roma, 2001.
- ROMANO D.F. e VECCHIO L., *Comunicare e organizzare*, in ARGENTERO P., CORTESE C.G. e PICCARDO C. (a cura di), *Psicologia delle organizzazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- ROSSER W.W., COLWILL J.M., KASPERSKI J. e WILSON L., *Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home*, in *Ann Fam Med* 2011, n. 9, pag. 165.
- ROTONDI M., *Formazione outdoor: apprendere dall'esperienza. Teorie, modelli, tecniche, best practices*, Franco-Angeli, 2011.
- RUFFINI R. (2004), *Fondamenti di economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*, Collana "Economia e Finanza", vol. 9, DeAgostini Professionale, Roma.
- SAARNI C., *The Development of Emotional Competence*, Guilford Press, 1999.
- SCHEIN E.G., *La consulenza di processo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- SCHEIN E.G., *Le forme dell'aiuto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- SCIAMI M., *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Mondadori, Milano, 2003.
- SCIAMI M., *Marketing, Brainstorming e Arte di Ascoltare*, in DE PERINI A. e DE VECCHI R. (a cura di), *L'oro dell'impresa sociale*, Mag, Verona, 2004.
- SEBASTIANO A., *Clinical governance, comportamento organizzativo e gestione del personale*, in DAL NEGRO R.W., CROCE D. e SEBASTIANO A. *Elementi di clinical governance in Pneumologia*, Maggioli, Rimini, 2010a.
- SEBASTIANO A., *La valutazione della formazione. Alla ricerca di un nuovo equilibrio tra teoria e pratica*, in *Risorse Umane*, 4-5:39-68, 2010b.
- SEBASTIANO A. e CROCE D., *Linee evolutive nello sviluppo organizzativo delle strutture ospedaliere: case history e riflessioni sistemiche*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2007, 6:34-38.
- SEBASTIANO A., CROCE D. e SILVESTRI N., *Nuovi modelli organizzativi in ospedale: la separazione del ciclo di cura in elezione da quello in urgenza-emergenza e l'attribuzione temporanea dei posti letto ai reparti*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2007, 3:32-37.
- SELZNICK P., *Leadership and Administration*, Row Peterson, Evanston, 1957.
- SENNETT R., *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano, 2012.
- SHANNON C.E. e WEAVER W., *La teoria matematica delle comunicazioni*, tradotto da Paolo Cappelli, Etas Kompas, Milano, 1971.
- SHERIF M., HARVEY O.J., WHITE B.J., HOOD W.E. e SHERIF C.W., *Intergroup Conflict and Cooperation: The Robber's Cave Experiment*, Norman, Book Exchange, University of Oklahoma, 1961.
- SHERIF M., SHERIF C. e NEBERGALL R.E., *Attitude and Attitude Change: The Social Judgement Involvement Approach*. Saunders, Philadelphia, 1965.
- SPALTRO E., *Psicologia per le organizzazioni*, Carrocci, Roma, 2002.
- SPELTINI G. e PALMONARI A., *I gruppi sociali*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- TAJFEL H., *Differentiation between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relation*, Academic Press, London, 1978.
- TAJFEL H., *Gruppi umani e categorie sociali*, Il Mulino, Bologna, 1995.
- TAYLOR F.W., *L'organizzazione scientifica del lavoro*, Etas Kompas, Milano, 1967.
- TODOROV T., *Michail Bachtin: il principio dialogico*, Einaudi, Torino, 1997.
- TOSI H.L. e PILATI M., *Comportamento organizzativo. Attori, Relazioni, Organizzazione, Management*, Egea, Milano, 2008.
- TOUSIJN W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2000.

TUCKER D., BECHTEL G., QUARTANA C., BADGER N., WERNER D., FORD I. e CONNELLY L., *The OASIS Program: Redesigning Hospital Care for Older Adults*, in *Geriatric Nursing* 2006, 2 (27), pag. 112.

VACCA R., *Comunicare come*, Ed. Garzanti, 1990.

VALDAMBRINI A., *La gestione dei conflitti in ambito sanitario*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2008.

VALENTINE M.A., NEMBARD I.M. e EDMONDSON A.C., *Measuring teamwork in health care settings: A review of survey instruments* in *Journal of Interprofessional Care* 2011, 26 (5), pag. 429; e in *Working Paper*, Harvard Business School, 2012.

VELASCO J., *La cultura degli alibi*, Berlino, 13 maggio 2000.

WALLERSTEIN N., *What is the evidence on effectiveness of*

empowerment to improve health?, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H. e FISCH R., *Change. La formazione e la soluzione dei problemi*, Ed. Astrolabio, 1974.

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H. e JACKSON D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.

WEIZMANN H.C. e WEIZMANN J.K., *Gestione delle risorse umane e valore dell'impresa: un nuovo modello per migliorare performance e fedeltà dei collaboratori*, Franco Angeli, Milano, 2001.

WILLIAMS B., *Genealogia della verità*, Fazi, Roma, 2005.

ZANETTI E., *Il lavoro in équipe. Potenzialità, indicazioni e risultati*, in *Assistenza Anziani*, 2007, feb, pag. 41.

La formazione come strumento di *empowerment*

Un'indagine sul fabbisogno formativo e il bilancio di competenze

di Elena Simona Molteni*

Premessa

Il d.l. 229/1999 definisce la formazione continua come comprensiva dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'analisi del fabbisogno formativo non si connota però solo come *gap* da colmare, bensì anche quale ricerca di soluzioni a criticità esplicite, implicite o latenti e come desiderio di sviluppo. La lettura di queste differenti istanze è di fondamentale importanza per la strutturazione di un programma formativo utile, pertinente e appropriato. L'analisi dei bisogni emergente dalla definizione condivisa dagli operatori rappresenta quindi il passo iniziale e preliminare di ogni iniziativa di formazione e si qualifica dunque 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.

Esiste un'ampia letteratura che esamina l'efficacia della formazione continua in funzione della pertinenza degli obiettivi formativi, dell'appropriatezza del piano di formazione, delle verifiche della *performance*, del contributo al miglioramento dell'organizzazione. In questo contesto l'innovazione didattica comporta una costante sinergia e integrazione tra ricerca, didattica e dimensione organizzativo-istituzionale.

Nel modello delle competenze, oltre ai fabbisogni organizzativi di efficienza ed efficacia, assumono rilevanza strategica i fabbisogni individuali degli operatori in termini di riconoscimento professionale. La finalità ultima certo non è la gestione del personale, ma le funzioni collega-

ABSTRACT

La formazione rappresenta una leva importante per lo sviluppo della qualità dei servizi al cittadino, ma non è la risposta esaustiva ai bisogni, che sono anche di natura organizzativa e gestionale. Spesso anzi questi due aspetti di bisogno sono in antitesi, elemento centrale della natura conflittuale della relazione tra individui e organizzazione. Conosciamo i bisogni aziendali, che rispondono agli obiettivi prioritari nazionali e regionali interpretati dal POFA, quelli organizzativo-gestionali definiti dal SITRA, ma non conosciamo il punto di vista dei professionisti, veri attori dei processi di cura. La tendenza a trascurare questi ultimi e le loro definizioni di bisogno è molto diffusa ed è per questo motivo che attraverso questa ricerca si è voluto dare un contributo alla raccolta dei dati mancanti per l'analisi del fabbisogno formativo nell'ottica dell'*empowerment* del cliente interno, ovvero il *professional*.

Parole chiave

Qualità, competenze, bisogni, partecipazione, motivazione.

* Educatrice professionale, PO – Coordinamento Ufficio Relazioni con il Pubblico, A.O. G. Salvini Garbagnate, e-mail: elenasimolteni@libero.it.

te al processo primario, cioè le prestazioni sanitarie rivolte all'utente e l'obiettivo strategico quindi è il governo clinico in tutte le sue implicazioni. Non si tratta solo di ottimizzare le risorse, ma di mettere i *professional* nelle condizioni migliori per operare.

Il governo e il coordinamento in un contesto simile debbono essere basati prevalentemente sulla standardizzazione delle capacità, in base a ben precisi *curricula* e percorsi formativi, su meccanismi di controllo non sofisticati e non meccanici, ma garantiti dell'autonomia dei professionisti, su piani di aggiornamento continuativo e su stili di *leadership* non autoritari e arbitrari.

La considerazione del cliente interno come agente-base per la gestione dei processi di miglioramento aziendale orientati alla soddisfazione del cliente esterno appartiene alla valutazione del cosiddetto *Total quality management (TQM)* nei servizi alla persona, eppure quasi assente nella realtà italiana, ove manca ancora l'interesse a una gestione – se non scientifica almeno di buon senso – delle risorse umane.

Obiettivi e metodologia

Il disegno dello studio empirico: la ricerca esplorativa sul campo

Il confronto tra approccio quantitativo e qualitativo si traduce qui nella scelta di effettuare un'indagine quantitativa sul fabbisogno formativo mediante questionario con domande a scelta multipla, e un'indagine qualitativa sul bilancio di competenza mediante narrazioni. L'analisi del fabbisogno formativo rappresenta l'attività di raccolta di dati e informazioni utili per la prosecuzione del processo formativo. Si tratta di un progetto per la realizzazione di una ricerca/azione a scopo conoscitivo/progettuale e di attività formative orientative e organizzative finalizzate alle *best practices*. Le metodologie qualitative sono inerenti sia alla ricerca sia all'operatività didattica, orientativa, motivazionale, di accompagnamento e comportano una particolare attenzione anche sul piano dei servizi.

Anche se predisposte sulla base di interviste narrative libere, le biografie professionali sono state finalizzate a far emergere la rilevanza dei diversi percorsi di studio, di lavoro, di vita; la motivazione, la progettualità e le aspettative; i blocchi, gli impedimenti e gli ostacoli personali, ambientali e di contesto, per la realizzazione di efficaci processi di apprendimento e di studio.

Per ciò che concerne la metodologia del bilancio delle competenze, la sua utilizzazione in questo ambito può consentire di conoscere le carenze dei soggetti, i livelli di presenza o assenza di consapevolezza sulle proprie difficoltà e/o potenzialità e risorse, in funzione del sostegno alla motivazione, allo sviluppo del potenziale, all'orientamento fine e al rafforzamento della capacità di auto progettarci.

In entrambi i casi le metodologie adottate comportano una disponibilità e un coinvolgimento responsabile dei soggetti impegnati, che può essere già considerata un agire a valenza formativa e quindi un intenso lavoro preliminare

per creare le condizioni di fattibilità della ricerca e degli interventi stessi.

C'è una costante sinergia tra la dimensione teorica e quella operativa; in questo senso si può parlare di ricerca-azione per l'insieme del progetto. L'impiego delle storie di vita, integrate opportunamente con ricerche di carattere quantitativo, può essere adeguato all'analisi del fabbisogno formativo in contesto lavorativo. È ormai acquisito, anche sul piano scientifico, che questa metodologia risulta particolarmente adatta a indagare fenomeni sociali complessi o in cambiamento, per i quali non sono disponibili teorie consolidate. Essa consente di individuare categorie centrali, ovvero quegli aspetti del fenomeno che meglio integrano le molteplici esperienze dei singoli soggetti e di giungere alla formulazione di quelle che sono definibili come teorie fondate sui dati o di modelli esplicativi del fenomeno analizzato, anche in funzione di scelte operative successive.

Per lo svolgimento dell'indagine conoscitiva oggetto della ricerca si sono utilizzati diversi materiali in due differenti fasi: dapprima sono stati consegnati i questionari per l'analisi del fabbisogno formativo ai Collaboratori Professionali di Area Riabilitativa; successivamente quelli per l'elaborazione del *portfolio* agli Educatori Professionali (di seguito EP) (tracce autobiografiche, schede di autovalutazione del bilancio delle competenze, *curriculum vitae* e dossier formativo).

In entrambe i casi si sono presi in considerazione coloro che si sono resi disponibili alla compilazione e si è utilizzato il formato cartaceo, spedito a mezzo posta interna aziendale. La rilevazione dei dati per auto-compilazione ha previsto consultazioni preliminari con i diversi Referenti aziendali, che hanno supervisionato lo svolgimento dell'indagine conoscitiva e concordato il metodo di diffusione.

Il questionario

Nella formulazione del questionario si è tenuto conto dell'importanza di alcuni parametri legati alle caratteristiche personali e professionali dei singoli individui in relazione al contesto in cui operano presso l'Azienda Ospedaliera Guido Salvini di Garbagnate Milanese, contesto in cui è stata effettuata l'indagine conoscitiva. Esso è composto da quattro aree:

1. dati anagrafici e professionali (età, sesso, ruolo, percorso formativo, anzianità di servizio, area di appartenenza, inquadramento orario);
2. attività professionale (attività principali, gravidanza del *team work*, *tutor/docenze*, abilità riconosciute importanti per il ruolo rivestito, giudizio sul livello di supporto alla formazione da parte dell'azienda);
3. conoscenze linguistiche e informatiche (autovalutazione delle conoscenze possedute, giudizio sull'utilità di tali conoscenze in ambito lavorativo, valutazione del *gap* formativo da colmare);
4. formazione (giudizio sull'attenzione che l'*équipe* riserva all'aggiornamento del personale, tempo dedicato alla formazione, valutazione dell'efficacia dei diversi

metodi formativi, tipologia dell'attività formativa più frequentemente fruita, giudizio sul valore/utilità dell'attività di tutoraggio/docenza, descrizione delle aree di maggior interesse formativo, giudizio sull'efficacia dell'offerta formativa aziendale nei suoi diversi aspetti).

La fase esplorativa preliminare è nata sul campo essendo la scrivente stessa un'EP. Nella fase progettuale e di campionamento si è considerato un bacino di utenza che fosse il più omogeneo possibile per caratteristiche ambientali, culturali e storiche dei contesti operativi, nonché per l'assetto normativo e organizzativo. A tal fine si è scelto di operare l'indagine sul fabbisogno formativo dei Collaboratori Professionali di Area Riabilitativa, ai quali è stato somministrato un questionario composto da 30 *item* (MCQ).

Il portfolio

Nella seconda fase dell'indagine conoscitiva, la popolazione di riferimento è stata ristretta ai soli EP, ai quali è stato distribuito un *format/portfolio* per la rielaborazione delle esperienze maggiormente significative del loro sviluppo professionale.

La scelta è stata motivata dal fatto che l'EP dovrebbe possedere, indipendentemente dal servizio in cui opera, delle competenze di base che includono la capacità di utilizzo del metodo narrativo autobiografico. Nel processo di aiuto i contenuti riguardano anche le strategie di fronteggiamento dei problemi, quali l'auto-esplorazione, la comprensione, l'azione, che richiede la volontà e l'opportunità di investire sulle motivazioni del portatore di bisogni. Ciò che unisce i diversi modelli di servizio sociale, dal *problem solving* al modello psicosociale fino ai recenti orientamenti olistici, è appunto il lavoro motivazionale sul soggetto. Per lo svolgimento del *portfolio* sono stati utilizzati materiali biografici e schede di autoanalisi. Il racconto narrativo della propria biografia professionale (riflessioni personali sul proprio apprendimento e sviluppo professionale), strutturato in quattro aree di competenza, è il cuore del *portfolio*. Essa rappresenta la parte più complessa, difficile e impegnativa, ma è proprio in questa fase che si esprime il massimo di partecipazione e di coinvolgimento del soggetto beneficiario.

Gli obiettivi fondamentali della formulazione di un *portfolio* sono:

- identificare e ricostruire conoscenze, abilità e risorse psicosociali in ambito formativo, ma anche conoscenze e saperi esperienziali, stili cognitivi e strategie di apprendimento; si tende a far emergere stati interiori del soggetto in termini di preferenze, risorse e intuizioni (riconoscere le proprie emozioni e i loro effetti, i propri punti di forza e i propri limiti, il grado di sicurezza nel proprio valore e nelle proprie capacità, la fidatezza, l'iniziativa, l'ottimismo, la costanza nel perseguire gli obiettivi, il saper differire le gratificazioni, il grado di resistenza alle frustrazioni, la capacità di auto motivazione); parimenti sotto il profilo delle competenze emotive emergono abilità sociali quali la capacità di usa-

re tattiche di persuasione efficienti, di ispirare e guidare gruppi di persone, di negoziare, di lavorare con altri per obiettivi comuni;

- valorizzare le conoscenze e le risorse disponibili, attraverso l'individuazione dei fili con cui annodare il passato al futuro, favorendo la spendibilità del proprio sapere e saper fare, secondo la duplice prospettiva dell'acquisizione di nuovi saperi eventualmente ritenuti necessari per svolgere una determinata attività e dell'applicazione dei saperi posseduti in nuovi campi professionali o in nuove attività nate all'interno dei vecchi ambiti professionali; individuando i punti di forza e le eventuali aree di sviluppo;
- analizzare e valorizzare le competenze professionali rappresenta l'obiettivo più complesso, per la complessità stessa del concetto di competenza e la varietà degli approcci possibili, e svolge una funzione di *empowerment*.

Nella situazione in oggetto, lo strumento è utilizzato come occasione formativa in senso autobiografico, autoriflessivo, auto-valutativo, non disponendo di *coach* e di un *setting* formativo strutturato. Si tratta di una procedura distinta da quella relativa all'analisi, accertamento, certificazione delle competenze, poiché non ha alcun intento valutativo. Si può invece sostenere che si tratta di una serie di attività di ricerca-azione nel senso di un agire formativo.

Infine il *format* europeo del *curriculum vitae* invita il soggetto a elencare tutti i lavori fatti scomponendoli per attività e mansioni svolte. Vi è inoltre un'area relativa alle competenze relazionali ed emotive: capacità di stabilire relazioni positive in contesti diversi, capacità di adattamento, spirito d'iniziativa, *leadership*, capacità di riflettere sulla propria esperienza lavorativa in corso d'opera e a posteriori, grado di resistenza alle frustrazioni, capacità di auto-valutarsi. Il *Dossier* documentale certifica quanto dichiarato e completa il quadro.

Risultati

1° Parametro indagato — La motivazione del personale all'aggiornamento professionale

L'obiettivo del sistema ECM/CPD dovrebbe concretizzarsi in un'offerta formativa efficace e in un intento partecipativo dei *professional*, che non sia l'obbligo amministrativo, bensì il desiderio di sviluppo e di *empowerment*. Tale obiettivo risulta ancora da raggiungere se solo il 14% si dichiara soddisfatto e viene lamentato il fatto che il sistema condiziona in modo controproducente la scelta formativa, che ricade inevitabilmente sulle offerte gratuite e logisticamente favorevoli, con scarsa specificità e valore formativo per i partecipanti, indotti alla corsa al credito, senza nessuna ricaduta organizzativa della formazione stessa. Il 68% dei compilatori riconosce comunque validità anche all'offerta formativa non ECM, considerando importante la formazione nei modi e nei tempi in cui è funzionale che venga erogata per rispondere ai bisogni emergenti, al di là che risponda o meno ai parametri dell'accreditamento, dimostrando di ricono-

scere il valore in sé della formazione, non solo il valore aggiunto della certificazione. A questo dato si aggiunge che la percentuale maggiormente rappresentativa fra i sistemi di valorizzazione percepiti dai professionisti è risultata essere la formazione (24%).

A conferma del buon livello di motivazione dei compilatori rispetto all'aggiornamento professionale si aggiunge che circa il 35% di loro dedica tempo e risorse aggiuntive alla propria formazione (10-20 o più giornate, contro le 8 previste dal contratto della P.A.), dimostrando di riconoscere il valore in termini di sviluppo personale e professionale. A questo dato positivo in riferimento alla motivazione, va riconosciuto un valore aggiunto, se si considera che il 13% segnala una totale assenza di attenzione all'interno del proprio servizio per i bisogni formativi del personale e circa il 30% sceglie di omettere l'informazione, offrendo alla rilevazione un dato nascosto riferibile al clima relazionale non motivante e a *leadership* non favorevoli.

2° Parametro indagato – La soddisfazione in merito all'offerta formativa aziendale

I professionisti coinvolti nell'indagine riconoscono utile un miglioramento in tutti gli aspetti della formazione fino a ora ricevuta in Azienda (contenuti, capacità dei docenti, metodi, valutazione), ma il dato prevalente fa riferimento al bisogno di una formazione che risponda nei contenuti ai bisogni clinici specifici della professione e a quelli orientati all'integrazione funzionale delle diverse figure nella metodologia di lavoro *core* della riabilitazione ovvero l'*équipe* multidisciplinare (80%), come si evince anche dai suggerimenti in merito ai contenuti che desidererebbero venissero trattati. Nelle proposte trovano spazio rivendicazioni da parte delle figure professionali numericamente meno rappresentate in Azienda, che lamentano la pressoché inesistente offerta formativa specifica interna, motivata dal rapporto sfavorevole costi/benefici di una formazione *ad hoc* per poche unità di personale. Nel 50% dei casi viene sottolineato che l'Azienda dovrebbe fornire l'aggiornamento obbligatorio interno a tutti i dipendenti, per il corrispettivo dei crediti ECM previsti. Nella stessa percentuale viene sottolineata ancora l'importanza della gratuità dell'offerta (contrattazione sindacale nazionale), della logistica interna e dello svolgimento dei corsi in orario di servizio (nella prima parte del questionario era emersa una prevalenza di lavoratori a giornata). L'84% dei compilatori giudica positivamente la formazione ECM/CPD interna all'azienda per le ragioni precedentemente analizzate (gratuità dell'offerta e logistica).

3° Parametro indagato – L'orientamento alle diverse aree tematiche e tipologie di offerta

La pressoché totalità dei compilatori (96%) identifica nelle competenze cliniche l'ambito formativo di maggiore utilità; altresì riconosce l'importanza delle competenze trasversali, tra cui quelle relazionali (84%). Assimilando per categorie generali i suggerimenti, si rileva che:

- n. 35 compilatori evidenziano il bisogno di approfondimenti clinici specifici della professione (aspetti psicologici della relazione con l'utente, gruppi di miglioramento su temi specifici della riabilitazione, metodiche riabilitative cardiovascolari, metodo *Feuerstein*, metodo *Tecacch*, metodo Terzi, nuove esperienze in riabilitazione psichiatrica, *Pettherapy*, riabilitazione in età evolutiva, riabilitazione nelle patologie neurodegenerative, riabilitazione respiratoria, *journal club* dipartimentale per figura professionale);
- n. 22 compilatori evidenziano il bisogno di strumenti formativi funzionali al miglioramento della qualità del lavoro in *équipe* (*audit* clinico educativo e riabilitativo, riconoscimento ruoli/responsabilità, gestione dei conflitti, integrazione tra figure professionali diverse, ricaduta organizzativa, restituzione all'*équipe* della formazione ricevuta, supervisione d'*équipe*);
- n. 12 compilatori evidenziano il bisogno di una formazione orientata all'acquisizione di competenze trasversali (aspetti medicolegali, farmacologia, inglese scientifico, informatica, obiettivi aziendali).

I professionisti coinvolti nell'indagine riconoscono quindi maggior valore ai corsi su temi specifici (97%), all'addestramento pratico e al confronto clinico (93%) e alla formazione sul campo (78%, di seguito FSC), declassando i seminari e i congressi, meno specifici e meno approfonditi (36%). Per contro solo il 57% dichiara di aver ricevuto una formazione su tematiche specifiche della professione e solo il 14% ha fatto esperienze di FSC strutturate e codificate, che invece tanta letteratura sta indicando come pratica formativa di maggior efficacia ed efficienza sotto tutti gli aspetti. La fonte di apprendimento più diffusa, anche per la facilità di reperimento, resta il confronto clinico e l'attività clinica individuale, ovvero la pratica quotidiana.

4° Parametro indagato – L'identificazione dei bisogni attraverso l'autovalutazione del bilancio di competenza

A fronte di un campione ristretto di soggetti (n. 5) che hanno elaborato il *portfolio*, non è possibile effettuare generalizzazioni, ma il dato maggiormente significativo, perché ricorrente e riproposto nelle diverse categorie riferite a competenze possedute/criticità/bisogni/desideri, è rappresentato dall'*équipe* multidisciplinare, che si era già evidenziato nella rilevazione del fabbisogno formativo (75,7% dichiara di lavorare spesso/abbastanza in *équipe*; la pressoché totalità dei compilatori riconosce l'importanza delle competenze trasversali, tra cui quelle relazionali; un terzo evidenzia il bisogno di strumenti formativi funzionali al miglioramento della qualità del lavoro in *équipe*). Essa viene riconosciuta come:

- competenza base del *professional* (saper collaborare);
- dimensione necessaria;
- mancanza quando assente o insufficiente;
- ambito di criticità per la difficoltà di gestione delle dinamiche relazionali e di potere;

- costituente fondamentale di un progetto educativo/riabilitativo integrato;
- indicatore di qualità della prestazione al cliente esterno;
- specchio della qualità del lavoro del cliente interno;
- contesto in cui si esprime il bisogno di riconoscimento e valorizzazione professionale.

L'*équipe* multidisciplinare si ritrova, infatti, menzionata anche nella categoria del desiderio (supervisione esterna all'*équipe* multidisciplinare, esperienza formativa di *counseling* per una migliore gestione delle dinamiche relazionali interne all'*équipe*, iscrizione al *Master* per funzioni di coordinamento, orientamento a un futuro incarico organizzativo-gestionale). A conferma di ciò, nel *format/portfolio* relativo all'autovalutazione delle competenze, 3 su 5 compilatori segnalano una certa difficoltà nel collocarsi, nell'ambito della propria autonomia, in posizione dialettica nei confronti dei vari referenti. A fronte dell'importanza riconosciuta al lavoro d'*équipe*, al tempo a esso dedicato, alla gravidanza e all'incidenza sulla qualità della prestazione, alle competenze relazionali necessarie per gestirlo e ai bisogni espressi in merito, solo nel 50% dei questionari i compilatori dichiarano che l'A.O. dedica tempo e risorse formative per lo sviluppo delle competenze relazionali (nei confronti dell'utente e dell'*équipe*), e solo il 7% dichiara di aver ricevuto in qualche momento del proprio percorso professionale una supervisione d'*équipe*, evidenziando un *gap* nell'offerta formativa, che ha trovato conferma anche nell'analisi dei *portfolio*.

5° Parametro indagato – La crescita di una cultura partecipativa

L'indagine in oggetto ha permesso di elaborare lo strumento del *portfolio*, di riflettere con i Referenti aziendali sul suo potenziale formativo, di metterlo all'attenzione dei dipendenti, che hanno in piccola parte familiarizzato con lo strumento (compilatori volontari) e nella maggioranza dei casi preso almeno visione e ricevuto informazione sull'opportunità rappresentata dallo stesso (*professional* a cui è stato proposto).

L'esito dell'indagine è risultato poco rappresentativo in termini quantitativi ovvero solo 69/173 Collaboratori sanitari di Area Riabilitativa hanno compilato il questionario sull'analisi del fabbisogno formativo e 5 EP hanno scelto di sperimentarsi nell'elaborazione del proprio *portfolio*, riconoscendo il valore di una partecipazione attiva nella rilevazione dei bisogni, presupposto indispensabile di un processo formativo orientato all'*empowerment* (saper sapere) del cliente interno. Da un punto di vista qualitativo invece, i dati emersi dal questionario hanno fornito dati significativi per orientare le future offerte formative aziendali e dall'analisi dei *portfolio* è emerso un *gap* di competenze non previsto, riferibili alla formazione di base, che possono essere colmate solo se inserite in un percorso personalizzato di sviluppo; ciò richiede ancora una volta che il *professional* si attivi per trovare gli strumenti formativi ido-

nei (saper apprendere).

Avviare processi *bottom-up*, come nel caso dell'indagine conoscitiva in oggetto, frutto di un tirocinio universitario, richiede inevitabilmente di procedere per gradi, sollecitando a livello orizzontale i *professional* ad avviarsi verso un processo di *empowerment*, che richiede loro di interrogarsi sulle motivazioni personali e professionali, e a livello gerarchico sensibilizzando gli organismi deputati al *management* attraverso l'offerta di dati, strumenti, riflessioni, maturate all'interno di processi orientati alla qualità, di cui la soddisfazione del cliente interno è parte integrante.

Conclusioni

La formazione è un problema individuale, del singolo operatore, cui viene chiesto di dimostrare al sistema il proprio continuo aggiornamento, ma è necessariamente anche la definizione di un progetto che parte dalle mutevoli esigenze delle organizzazioni sanitarie per definire la natura delle competenze di cui il sistema ha necessità. In questo senso è parte integrante dello sviluppo strategico delle strutture sanitarie.

La tradizionale dimensione autoreferenziale del sistema formativo non regge più e nessuna organizzazione, tanto meno una *learning organization*, può funzionare con un modello burocratico, gerarchico e autoreferenziale in cui l'organizzazione decide regole, tempi e condizioni a cui i suoi utenti e/o clienti devono adeguarsi, a prescindere dalla loro situazione soggettiva e oggettiva. Appare così evidente l'intreccio tra gli aspetti connessi alla riorganizzazione dei servizi, le condizioni strutturali (risorse, orari ecc.), qualità e flessibilità dell'offerta formativa; ciò mette l'accento su una forte differenziazione e personalizzazione del percorso formativo. Le storie di vita parlano una lingua assai convincente e indicano un bisogno di individualizzazione dei percorsi formativi stessi non solo come necessità, ma anche come scelta dei soggetti.

L'approccio qualitativo del progetto mette quindi l'accento sulla connessione tra produttività e congruenza dell'offerta formativa, dei servizi e dell'organizzazione con le esigenze dei soggetti. Come si sottolinea nelle storie di vita, molto spesso le difficoltà negli studi e nell'adempimento dell'aggiornamento obbligatorio sono dovuti a un'offerta complessiva di formazione carente sul piano organizzativo e progettata senza tener conto delle esigenze dei soggetti in formazione.

Si conferma la necessità di un cambiamento generale, di una negoziazione del progetto formativo, che abbia come quadro di riferimento la flessibilità e il contratto formativo di apprendimento, il *project work*, l'utilizzo di strategie personalizzate, il riconoscimento delle competenze pregresse e come idea guida e principio organizzativo il *lifelong learning*, la formazione permanente e continua. Il lavoro su progetti, anche a partire dalle esperienze dei soggetti, con *tutor*, docenti e *coach*, attraverso il bilancio delle competenze, sono forme di organizzazione didattica che possono fa-

vorire l'apprendimento. L'utilizzo degli studi (esperienze precedenti o in essere) e delle attività di lavoro possono costituire una forma concreta di personalizzazione del *curriculum vitae* e favorire lo sviluppo di nuovi percorsi formativi di aggiornamento. In quest'ottica il sistema ECM/CPD favorisce la FSC attraverso i Gruppi di Miglioramento.

Dall'elaborazione dei *portfolio* è emerso che lo strumento necessita di essere condiviso all'interno di un percorso formativo, perché l'autoriflessione è utile, ma può anche risultare frustrante, se all'emergere dei *gap* di competenza non corrisponde un'offerta o un orientamento formativo per lo sviluppo professionale auspicato. Il potenziale meta-riflessivo dello strumento necessita quindi per manifestarsi del confronto tra pari o in *équipe* e della guida di un *tutor* all'interno di un *setting* dedicato.

Infine, per rispondere ai bisogni emersi rispetto al lavoro d'*équipe*, oltre alla supervisione esplicitamente richiesta, si palesa l'opportunità di valorizzare le stesse riunioni accreditandole all'interno del sistema ECM/CPD, quale momento cardine della progettualità dei servizi, contesto in cui far emergere criticità e bisogni, nell'ottica di un miglioramento della qualità del servizio reso all'utenza.

L'utilizzo delle metodologie qualitative sperimentate nell'ambito dell'indagine conoscitiva in oggetto possono costituire un *input* nella direzione della promozione e del sostegno all'innovazione didattica, ovviamente senza alcuna pretesa di presentare modelli *tout court* riproducibili, ma come occasione di riflessione *in itinere*, in funzione dello sviluppo della ricerca (*research learning*) per la facilitazione dei processi di apprendimento e delle buone pratiche.

Se si vuole promuovere la qualità, l'efficienza e l'efficacia della formazione, la carta vincente è puntare al successo formativo dei soggetti più o meno motivati. Ciò comporta la necessità di adottare un punto di vista radicale, che vada oltre la dimensione puramente funzionale dei *curricula* e dei titoli, che dia veramente la parola ai soggetti (processo di *empowerment*), come persone reali che hanno un nome e una vita, non solo come astrazione o categoria professionale e sociale. Anche questo è il senso della ricerca-azione e delle attività realizzate con le metodologie qualitative, che intrecciano sempre il fascino delle idee (teoria) con la forza e le contraddizioni dell'agire (didattica), un agire formativo che è certamente una delle più ardue imprese "scientifiche".

Bibliografia

AIELLO A.M. e MAGNAGHI S., *La competenza tra flessibilità e organizzazione*, Franco Angeli, Milano, 1998.
 ALBERICI A., *La dimensione lifelong learning nella teoria pedagogica* in MONTEDORO C., *Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica*, Isfol, Franco Angeli, Milano, 2001.

ALBERICI A., *Educazione in età adulta. Percorsi biografici nella ricerca e nella formazione*, Armando Editore, Roma, 2001.

ALBERICI A., *La parola al soggetto. Le metodologie qualitative nella ricerca e nella didattica universitaria*, Studio Guerini, 2001.

ALBERICI A., *Per una pratica riflessiva integrata. La progettazione curricolare orientata alle competenze nella dimensione del lifelong learning*, Rapporto sul quadro teorico pedagogico delle scienze della formazione, Isfol, 2002.

ALFANO A. e ZANOLINI A., *La formazione continua in sanità*, Salute e Territorio, 2003.

ALHEIT P. e BERGAMINI S., *Storie di vita. Metodologia di ricerca per le scienze sociali*, Guerini, Milano, 1996.

ANZALDI L., BELLA S., BOLZONI A., CASTIGLIONI M., DEMETRIO D., GHEDINI A. e ROSSETTI A., *L'educatore autobiografo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni d'aiuto* Unicopli, Collana Chiaroscuri, Milano, 1999.

BANDURA A., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento, 2000.

BLACK P., *The formative purpose: Assessment must first promote Learning* in WILSON M., *Towards coherence between classroom assessment and accountability*, The University of Chicago Press, Chicago, 2005.

COMMISSIONE CE, *Memorandum sull'istruzione permanente e la formazione permanente*, Bruxelles, 2000.

DEMETRIO D., *Raccontarsi. La biografia come cura di sé*, Cortina Editore, Milano, 1996.

GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996.

KNOWLES M.S., *La formazione degli adulti come autobiografia*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

MAIOLI S. e MOSTARDA M.P., *La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie. Tra contributi pedagogici e modelli operativi*, Mc Graw Hill, Milano, 2008.

MANTOVANI S., *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi*, Mondadori, Milano, 2000.

PICCARDO C., *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.

QUAGLINO G.P., *Coping, emozioni e autostima. Un possibile strumento per l'orientamento* Relazione alla giornata di studio dell'Isfol sull'orientamento, Roma, 2002.

QUAGLINO G.P., *Il processo di formazione. Scritti di formazione 1981-2005*, Franco Angeli, Milano 2009.

TRINCHERO R., *Manuale di ricerca educativa*, Franco Angeli, Milano, 2002.

VISIOLI S., ZANNINI L., RONCALLI M. e GIANLUCA V., *La valutazione formativa nella formazione medica: riflessioni ed esperienze*, Gruppo di Innovazione Pedagogica, Milano, 2010.

ZANNINI L., *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

Comunicazione interpersonale efficace in geriatria. Un programma didattico di formazione per superare l'elderspeak

di Domenico Nigro*

Introduzione

Una comunicazione efficace è ampiamente considerata come un fattore determinante per la soddisfazione del paziente. Faulkner (1998) afferma che "essere in grado di comunicare efficacemente con gli altri è al centro di tutte le cure del paziente".

Per questo motivo, la comunicazione e la capacità di comunicazione dovrebbero svolgere un ruolo importante nella formazione e nella pratica sanitaria/assistenziale. Tuttavia, negli ultimi decenni, è cresciuta la preoccupazione che gli operatori sanitari possano essere spesso inefficaci comunicatori e che esistano carenze in termini di didattica della capacità di comunicazione in professioni sanitarie quali quella infermieristica (Jarrett e Payne, 1995). Le prove dal 1960 a oggi hanno anche suggerito che i problemi di comunicazione e la mancanza di informazioni sulle loro condizioni rappresentano problemi chiave per i pazienti (Audit Commission, 1993; Jarrett e Payne, 1995).

In particolare, gravi carenze nella formazione delle capacità di comunicazione sono state identificate in relazione alla cura delle persone anziane (Caris-Verhallen *et al.*, 1997).

In Italia la popolazione ultra 65enne ammonta a 12,3 milioni di persone, di cui 16.000 ultracentenarie (Istat, 2011). Si prevede che entro il 2065 la popolazione ultra 65enne aumenterà a 20 milioni di persone (proiezione Istat, 2011). Oltre 2 milioni di anziani sono non autosufficienti (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2011).

Per quanto riguarda le strutture dedicate alla popolazione anziana, nel nostro Paese esistono 13.207 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, 429.220 posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari e 404.170 ospiti delle strutture residenziali al 31 dicembre 2009 (Istat, 2012).

Questi pochi dati statistici possono essere sufficienti a evidenziare quanto, anche in Italia, il problema delle barriere alla comunicazione interpersonale tra assistenti di cura e pazienti anziani vada preso in seria considerazione.

ABSTRACT

La comunicazione efficace è determinante per il buon esito delle cure del paziente, ma gli operatori sanitari sono spesso inefficaci comunicatori, particolarmente in relazione alla cura delle persone anziane. Questo articolo descrive un programma di formazione che ha portato a forme di comunicazione più rispettose ed efficaci e strategie da utilizzare per la valutazione e il miglioramento della comunicazione interpersonale con i pazienti anziani.

Parole chiave

Capacità di comunicazione, strategie di comunicazione, comunicazione in età avanzata, elderspeak.

* Infermiere senior, I.R.C.C.S. Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; e-mail: domeniconigro66@gmail.com.

L'*elderspeak*

L'interazione sociale o la capacità di relazionarsi con gli altri è un bisogno fondamentale di tutti gli esseri umani ed è indispensabile ai fini del benessere delle persone anziane.

Per *successful aging* (invecchiare con successo) si intende non solo il mantenimento dello stato di salute fisica e delle capacità funzionali, ma anche di un'alta funzionalità cognitiva e capacità di partecipazione attiva con la società (Rowe e Kahn, 1997).

Il potere dell'interazione sociale è dimostrato dal fatto che gli anziani vivono più a lungo e rispondono meglio agli interventi e alle cure sanitarie quando hanno sostegno sociale e si relazionano al meglio con i *care provider* (Estes e Rundall, 1992; Kiely *et al.*, 2000).

Gli infermieri che lavorano con gli anziani si sforzano di essere sensibili alle loro esigenze specifiche e di consolidare i loro attuali punti di forza, cercando di mettere in atto un adeguato processo di promozione della salute. Purtroppo, molti operatori sanitari che lavorano con pazienti anziani, inconsapevolmente utilizzano uno stile di discorso che non riesce a sostenere questi obiettivi e ha un potenziale impatto negativo: il cosiddetto *elderspeak* (Williams *et al.*, 2003).

L'*elderspeak* si basa su stereotipi che considerano gli anziani persone meno competenti, per cui i *partner* comunicativi più giovani semplificano la loro modalità di comunicazione, tentando di renderla più chiara, e modificando il tono emotivo dei messaggi (Ryan *et al.*, 1995).

Le persone giovani, gli adulti di mezza età – e anche oltre la mezza età – hanno stereotipi negativi nei confronti degli anziani, stereotipi così fortemente radicati nella società da influenzare marcatamente la comunicazione intergenerazionale (Hummert *et al.*, 1994).

La ricerca ha anche dimostrato quanto questi stereotipi sono forti nelle interazioni operatori/pazienti anziani in ambito sanitario. Per esempio, è stato riscontrato che i medici sono più propensi a fornire maggiori informazioni, maggior sostegno e disponibilità alla condivisione decisionale con i pazienti più giovani rispetto a quelli anziani (Adelman *et al.*, 1991).

Viene qui presentato e descritto un programma di formazione in comunicazione incentrato sulla formazione del personale sanitario circa l'*elderspeak* e le sue conseguenze, con l'obiettivo di fornire strumenti pratici atti a sviluppare capacità di comunicazione efficace (Williams *et al.*, 2004).

La fase di valutazione dell'efficacia del programma di formazione (Williams *et al.*, 2003) ha evidenziato riduzioni significative nell'uso di *elderspeak* da parte del personale assistenziale e ha rilevato la comparsa di una modalità di comunicazione valutata come più rispettosa e meno "di controllo", a parità di qualità di cure, dopo la formazione.

Revisione della letteratura

L'*elderspeak* è comunemente utilizzato nella comunicazione tra giovani e anziani e si verifica frequentemente in ambienti in cui l'assistenza sanitaria è fornita ai pazienti anziani. Questo stile di discorso è di tipo infantile ed è caratterizzato da una parlata lenta, intonazione esagerata, tono e volume elevati, molte ripetizioni e un vocabolario molto semplice rispetto alla grammatica del normale discorso tra adulti.

Poiché gli anziani percepiscono l'*elderspeak* come linguaggio paternalistico e che sottintende incompetenza, essi possono reagire con un abbassamento del livello di autostima, con l'insorgere di stati depressivi, col ritiro dalle interazioni sociali e/o con l'assunzione di comportamenti di dipendenza coerenti con il proprio stereotipo di persone anziane (Kemper e Harden, 1999; Ryan *et al.*, 1991).

Quindi, non solo l'*elderspeak* non riesce a migliorare l'efficacia della comunicazione con gli anziani (Kemper e Harden, 1999), ma i messaggi veicolati con tale modalità possono inconsapevolmente rafforzare il senso di dipendenza e l'isolamento, generando depressione e contribuendo ad accelerare la spirale di declino fisico, cognitivo e dello stato funzionale (Ryan *et al.*, 1986). Risultati incongruenti con l'obiettivo infermieristico di promuovere l'indipendenza nell'invecchiamento dei pazienti (Ryan *et al.*, 1995).

In generale, le forme di comunicazione tra *caregiver* e pazienti rivelano uno squilibrio di cura e controllo (Hummert e Ryan, 1996). Spesso tale squilibrio può essere causato da esigenze derivanti, per i *provider* di assistenza sanitaria, da eccessivi carichi di lavoro.

Un parlare eccessivamente diretto o prepotente riflette un alto grado di controllo, ma non riconosce l'autonomia dell'ascoltatore, e questo può verificarsi quando il personale assistenziale è sotto pressione per la necessità di completare attività di lavoro multiple (Ryan *et al.*, 1991). Nel caso di pazienti anziani, un linguaggio eccessivamente mieloso e/o infantile riflette un'inappropriata intimità, elevati livelli di cura, e poca enfasi sul controllo (Hummert *et al.*, 1998), e può essere un tentativo da parte dei *caregiver* di ammorbidire la direttività nella comunicazione (Hummert e Ryan, 1996).

Al contrario, la maggior parte dei pazienti adulti preferisce un valido tono emotivo che bilanci adeguatamente cura e controllo, che lasci intendere che l'ascoltatore è in grado di comprendere il messaggio e possa avere la possibilità di agire in modo indipendente rispetto al messaggio stesso (Ryan *et al.*, 1995).

La Tabella 1 fornisce esempi di come un *caregiver* può comunicare in modo diverso con un anziano nello stesso scenario comunicativo, creando squilibri contrastanti di cura e di controllo o trasmettendo messaggi con un valido tono emotivo.

Tabella 1 – Variazioni del tono emotivo nelle interazioni assistente di cura-residente

La signora W., nuovo residente nella casa di cura, sta camminando verso la stanza di un altro residente e sta per entrare. La sua assistente la osserva dall'infermeria. Gli scenari seguenti illustrano tre diversi stili di comunicazione che il <i>caregiver</i> può adottare.	
Linguaggio eccessivamente mieloso (molto premuroso, non di controllo, impropriamente intimo)	Assistente: Dove pensi di andare? Non è la tua camera, stupidina... [La signora W. continua ad entrare nella stanza.] Assistente: Oh, Signore! Ti sei proprio persa, vero, tesoro? Su, ora dammi la mano e cerchiamo la tua camera. Andiamo, tesoro.
Linguaggio direttivo (alto grado di controllo, scarso riconoscimento dell'autonomia di chi ascolta, poco di cura)	Assistente: Non è la sua camera. Non ha motivo di essere lì. I residenti non possono andare nelle camere di altri residenti. [Signora W. sembra preoccupata e si ferma] Assistente: Si muova e vada nella sua camera.
Linguaggio affermativo (bilanciato tra cura e controllo, sottintende che il <i>partner</i> comunicativo è competente e indipendente)	Assistente: Signora W., sembra che lei si sia persa. Ha difficoltà a ritrovare la sua camera? Signora W: Mi sembra di aver perso la mia strada. Voglio andare in camera mia. Assistente: Beh, tutte queste porte si somigliano. La sua camera è in fondo, vicino al <i>solarium</i> . Lasci che le mostri come ritornare alla sua camera.

Fonte – Williams et al., 2004, pag. 19

Il personale assistenziale raramente possiede una specifica formazione e competenza in materia di comunicazione in ambito geriatrico (Grant et al., 1998) e non è dunque in grado di valutare la propria pratica comunicativa. La maggior parte degli operatori sanitari non si rende conto di usare l'*elderspeak*, e di trasmettere quindi messaggi negativi. Tuttavia, fare in modo che i *caregiver* possano prendere coscienza di ciò può consapevolmente ridurre l'uso di *elderspeak*, accrescere l'efficacia della comunicazione e migliorare i loro rapporti professionali con i pazienti.

Descrizione del programma

Nel 2003 Kristine Williams (docente presso la *University of Kansas School of Nursing*), Susan Kemper (psicologo e gerontologo presso il *Gerontology Center della University of Kansas*) e Lee Hummert (gerontologo e docente di Studi sulla Comunicazione presso il *Communication Studies Department della University of Kansas*) hanno progettato e sperimentato un programma di studio per valutare se gli operatori sanitari messi a conoscenza dell'*elderspeak* e dei suoi potenziali effetti negativi sugli anziani riescono a ridurre l'uso dello stesso nelle interazioni con i destinatari delle loro cure (Williams et al., 2003).

Un intervento riassuntivo sulla base del Modello di Miglioramento della Comunicazione (Ryan et al., 1995) è stato utilizzato per mettere in guardia il personale assistenziale delle Case di Cura riguardo l'*elderspeak*, i suoi messaggi e i potenziali effetti negativi.

Il programma è stato sviluppato tenendo conto dei limiti di organico assistenziale delle Case di Cura e con l'obiettivo di sviluppare un intervento possibile negli ambienti sanitari moderni, per cui è stato limitato a tre sessioni da 60 minuti l'una.

Dato che gli anziani residenti nelle Case di Cura sono particolarmente dipendenti dal personale assistenziale sia per l'interazione sociale sia per le cure sanitarie (si stima che in questo tipo di strutture, infermieri e altre figure assistenziali forniscono l'80% dei contatti sociali) (Feldt e Ryden, 1992), proprio questi professionisti sono stati scelti come partecipanti allo studio.

Il programma è stato presentato a piccoli gruppi formati da tre a cinque operatori (N = 20) in cinque Case di Cura differenti in Kansas (U.S.A.). Il programma si è incentrato sul rendere consapevoli i partecipanti dei bisogni di socializzazione degli anziani, gli ostacoli alla comunicazione nelle Case di Cura, la comprensione dell'*elderspeak* e i suoi potenziali effetti negativi sui pazienti, e sul come praticare una comunicazione efficace basata sulle competenze. Alcune particolari strategie di insegnamento sono state selezionate per la loro adeguatezza nei confronti di studenti adulti (lezione limitata, gruppo di discussione, gioco di ruolo per mettere in pratica le nuove competenze) (Cervantes et al., 1995).

Una caratteristica centrale del programma era l'inclusione di videoregistrazioni delle interazioni tra il personale assistenziale e i pazienti di una Casa di Cura attuale e scenette simulate tra due attrici. Queste scenette sono state utilizzate per illustrare le caratteristiche dell'*elderspeak* presentate nel corso delle lezioni. I partecipanti hanno criticato queste scenette e poi le hanno ricostruite sostituendo strategie di comunicazione efficaci a quelle basate sull'*elderspeak*.

I partecipanti hanno inoltre avuto l'opportunità di ascoltare brani di loro conversazioni con i pazienti registrati prima dell'inizio del programma di formazione. Questo è stato un modo non minaccioso per renderli consapevoli del loro personale uso dell'*elderspeak*. Il contenuto e gli obiettivi del programma di formazione in comunicazione sono elencati nella Tabella 2.

Programma di valutazione e risultati

Per valutare l'obiettivo specifico dell'incremento delle conoscenze sulla comunicazione efficace con anziani da parte dei partecipanti, è stato utilizzato un programma di valutazione. Ogni partecipante ha valutato in modo anonimo il programma di formazione, indicando tramite Scala Likert se erano in disaccordo (1) o in accordo (5), sul fatto che il programma abbia permesso il raggiungimento degli obiettivi indicati. Le valutazioni variavano da 4,1 a 4,8 per le otto voci e includevano la valutazione dei meto-

Tabella 2 – Aree di contenuti e obiettivi del programma di formazione didattica per la comunicazione

GIORNO	OBIETTIVI	CONTENUTI
Primo giorno: importanza della comunicazione nelle Case di Cura	<p>Individuare le barriere di comunicazione per i residenti delle Case di Cura.</p> <p>Identificare i comportamenti di comunicazione efficaci e inefficaci in una serie di videoregistrazioni delle interazioni personale assistenziale-residenti.</p> <p>Strategie pratiche sul posto di lavoro.</p> <p>Interazioni personali di contrasto che erano in vigore o problematiche.</p>	<p>Revisione degli studi di ricerca che dimostrano come la comunicazione incide sull'indipendenza e la qualità di vita dei residenti e sulla soddisfazione del personale assistenziale.</p> <p>Revisione delle caratteristiche di comunicazione efficaci rispetto a quelle inefficaci.</p>
Secondo giorno: problemi di comunicazione comuni per la Casa di Cura	<p>Individuare le caratteristiche di <i>elderspeak</i> e le forme di comunicazione condiscendente che possono influenzare negativamente gli anziani.</p> <p>Identificare le caratteristiche di <i>elderspeak</i> nelle interazioni videoregistrate.</p> <p>Individuare l'<i>elderspeak</i> nelle registrazioni dei contenuti dei propri discorsi.</p>	<p>Discutere i problemi connessi alla mancanza di opportunità di parlare, non dare importanza nel parlare e parlare formale.</p>
Terzo giorno: comunicazione affermativa	<p>Identificare i messaggi affermativi negli esempi videoregistrati delle interazioni personale assistenziale-residenti e l'importanza dei messaggi non verbali.</p> <p>Critica delle videoregistrazioni delle interazioni personale assistenziale-residenti, riscrittura delle scenette e <i>role-playing</i> senza <i>elderspeak</i>.</p>	<p>Caratteristiche di comunicazione affermativa.</p>

Fonte – Williams et al., 2004, pag. 20

di e dei contenuti dell'insegnamento, nonché l'applicabilità delle nuove competenze apprese nel loro ambito professionale.

Un secondo meccanismo è stato utilizzato per determinare se a seguito dell'istruzione ricevuta durante il programma sono state effettivamente sviluppate nuove competenze. Ogni partecipante ha visionato una videoregistrazione di interazioni in una Casa di Cura e ha valutato i comportamenti di comunicazione interpersonale che riflettono l'*elderspeak*.

Il *videotape* stesso è stato valutato prima e dopo le tre sessioni di insegnamento. Quello che segue è un estratto della trascrizione dell'interazione caregiver-paziente nella Casa di Cura che è stato utilizzato per la valutazione *pre* e *post-training*. Le parentesi indicano le caratteristiche di *elderspeak* utilizzate dall'operatore sanitario.

Operatore: no, questo non va bene là.

Residente: ma io lo voglio! Lo voglio là...

Operatore: bene, faremo (pronome collettivo) portare un po' di colla da giù, ok? Sei pronto per andare nella tua camera o fuori a vedere la TV o qualcosa del genere?

Residente: Non voglio andare nella mia camera! Ho appena iniziato questo dipinto.

Operatore: Va bene, su, ora andiamo...

Residente: Ma non sarà finito...

Operatore: Beh, è finito, dolcezza (vezzeggiativo infantile), guarda...

Residente: Ma non sarà mai finito...

Operatore: Vedi, è tutto finito (ripetizione). Tutto dipinto (abbreviato, dichiarazioni semplificate). Mettici sopra un nastro...

Sono stati fatti confronti a coppie, in fase di *pre* e *post*

formazione, per valutare l'interazione osservata nel *videotape*.

Tali confronti hanno rivelato variazioni significative nell'identificazione, da parte dei partecipanti, dell'uso del linguaggio infantile e della mancata soddisfazione di quanto richiesto dal paziente, e nella percezione del suo aumentato senso di inappropriatezza.

Sono state considerate, *pre* e *post-training*, le differenze di valutazione sulle voci in scala tramite *test* specifici (Tabella 3), mentre per valutare le differenze nelle proporzioni per gli elementi dicotomici è stato utilizzato il *test* binomiale di McNemar (Tabella 4). I risultati hanno dimostrato che il personale assistenziale ha acquisito conoscenze sulla comunicazione ed è diventato più sensibile alla comunicazione interpersonale coi pazienti a seguito del programma di formazione.

Gli operatori che hanno partecipato al programma, inoltre, sono stati in grado di identificare il proprio utilizzo di *elderspeak*. I partecipanti che hanno ascoltato le registrazioni delle loro interazioni con i pazienti durante i trattamenti di *routine* hanno espresso preoccupazione per il proprio uso personale dell'*elderspeak*, confermando la mancanza di consapevolezza cosciente dell'uso di questa forma comunicativa spontanea negli operatori sanitari.

Oltre alla valutazione dell'apprendimento, alcune registrazioni di conversazione dei partecipanti con i pazienti sono state effettuate prima e dopo le tre sessioni di *training*. L'analisi di quelle conversazioni, descritte in dettaglio altrove (Williams et al., 2003), erano volte sia alle caratteristiche psicolinguistiche che alla valutazione delle qualità di cura, rispetto e controllo. Tali analisi hanno rivelato meno funzioni psicolinguistiche di *elderspeak* dopo il *training* formativo, e le forme discorsive sono state percepite come più rispettose e meno di controllo rispetto alle registrazioni effettuate in fase di *pre-training*.

Tabella 3 – Confronti associati di differenze di valutazione pre e post-formazione su voci in scala (N = 20)

Valutazione voce	Detto in pre-training	Detto in post-training	Statistiche test t appaiati	P value
Il discorso del caregiver è stato:				
Effettivo (1=inefficace a 5=efficace)	2.75 (1.41)	2.25 (1.37)	1.14	.27
Appropriato (1=inadeguato a 5=del caso)	3.50 (1.43)	2.65 (1.14)	2.99	.01*
L'assistente di cura che si comporta in questo modo: (1=non sono d'accordo a 5=d'accordo)				
Non si interessa a quello che succede ai residenti	2.05 (1.18)	2.74 (1.15)	-1.99	.06
Sembra emotivamente svuotato dal lavoro	2.10 (.91)	2.30 (1.13)	-.75	.46
Probabilmente sente di influenzare positivamente la vita dei residenti	3.05 (1.09)	3.10 (.79)	-.21	.83
* p < .05				

Fonte – Williams et al., 2004, pag. 21

Tabella 4 – Valutazione delle differenze di proporzioni per confronto delle voci dicotomiche pre e post-formazione (N = 20). % di risposte affermative

Il caregiver	Pre-training	Post-training	P value del test Binomiale di McNemar
Ha usato una sorta di linguaggio infantile	10.0	52.4	.016*
Ha usato frasi brevi	66.7	71.1	1.000
Ha usato termini inappropriati di affetto	38.1	57.1	.375
Ha usato il "noi" quando si parla di cose che riguardano solo il residente	33.3	61.90	.227
Ha posto attenzione agli argomenti del residente	71.4	38.1	.092
Ha riconosciuto ciò che il residente ha detto	71.4	33.3	.039*
* p < .05			

Fonte – Williams et al., 2004, pag. 22

Tuttavia, la dimensione-cura non ha evidenziato variazioni tra le registrazioni pre e post-training, dimostrando che l'intervento ha modificato il tono emozionale del discorso, ridotto l'aspetto-controllo dei messaggi e aumentato il rispetto, mantenendo inalterati gli aspetti puramente terapeutici e assistenziali.

Discussione

Il successo di questo breve intervento didattico mirato a ridurre l'uso di elderspeak suggerisce che è un fattibile meccanismo per migliorare la comunicazione negli ambienti sanitari geriatrici. Sebbene i caregiver che hanno partecipato allo studio sono professionisti del settore delle lungodegenze, anche gli operatori sanitari che interagiscono con gli anziani a domicilio o altri tipi di istituzioni sanitarie potrebbero beneficiare dal migliorare la loro comunicazione con gli anziani.

La crescente prevalenza di anziani con demenza nelle Case di Cura sottolinea la necessità di indagare l'effetto dell'elderspeak nella comunicazione con questa popolazione in crescita di pazienti anziani. Marcatori specifici di elderspeak sono relativamente facili da individuare e auto-controllare nella propria comunicazione.

I vezzeggiativi come "dolcezza" o "brava ragazza" implicano impropriamente intimità e infantilismo.

I pronomi collettivi sono inappropriati (per esempio: "Sia-

mo pronti per il nostro bagno?"), perché comportano il messaggio che l'individuo più vecchio non può agire da solo o prendere decisioni indipendenti.

Domande retoriche (per esempio: "Tu vuoi prendere la tua medicina ora, non è vero?") sembrano offrire una scelta al destinatario, ma in realtà le caratteristiche di elderspeak della domanda veicolano il messaggio che il destinatario è incompetente e dipendente e alla fine è il caregiver che deciderà per lui. Aumentare il volume della voce è una frequente strategia per comunicare con gli anziani, e per alcuni con perdita dell'udito, questa strategia può essere opportuna. Tuttavia, per la maggior parte degli anziani con lieve e fisiologica perdita dell'udito, il volume notevolmente aumentato serve solo a distorcere ulteriormente le loro percezioni uditive, mentre l'uso di intonazioni acute, simile al parlare utilizzato con i bambini, fornisce ulteriori sfide per gli anziani che in gran parte hanno perso la capacità di comprendere queste frequenze acute più alte (Abrams et al., 1995).

Conclusioni

Lavorare per superare l'elderspeak attraverso la consapevolezza e l'auto-monitoraggio, nonché attraverso programmi educativi come quello sopra descritto, sono strategie che infermieri e altri operatori sanitari possono utilizzare per promuovere il successful aging dei pazienti

anziani. Nonostante la perdurante situazione di carenza cronica di personale assistenziale, coloro che lavorano con gli anziani dovrebbero periodicamente rivalutare e mettere a punto le loro competenze comunicative nei confronti dei pazienti, perché la comunicazione è uno strumento potente quando si lavora per promuovere la salute e il benessere.

Bibliografia

- ABRAMS, W., BEERS, M., e BERKOW, R., *The Merck manual of geriatrics*, Whitehouse Station, NJ, 1995.
- ADELMAN R.D., GREENE M.G. e CHARON R., *Issues in physician-elderly patient interaction*, in *Ageing and Society* 1991, n. 2, pag. 127.
- AUDIT COMMISSION, *What seems to be the matter*, in *Communication Between Hospitals and Patients*, HMSO, London, 1993.
- CARIS-VERHALLEN W.M.C.M., KERKSTRA A. e BENSING J.M., *The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature*, in *Journal of Advanced Nursing* 1997, n. 25, pag. 915.
- CERVANTES E., HEID-GRUBMAN J. e SCHUERMAN C.K., *The para-professional in home health and long-term care: training modules for working with older adults*, Health Professions Press, Baltimore, 1995.
- ESTES C.L. e RUNDALL T.G., *Social characteristics, social structure, and health in the aging population*, in *Aging, health and behavior*, M.G. Ory, R.P. Abeles, & P.D. Lipman Eds., Newbury Park, CA, 1992.
- FAULKNER A., *Effective Interaction with Patients*, Churchill Livingstone, London, 1998.
- FELDT K. e RYDEN M., *Aggressive behavior: educating nursing assistants*, in *Journal of Gerontological Nursing* 1992, n. 18, pag. 3.
- GRANT L., POTHOFF S., RYDEN M. e KANE R., *Assignment, staff ratios, and training in Alzheimer's special care units*, in *Journal of Gerontological Nursing* 1998, n. 24, pag. 9.
- HUMMERT M.L., GARSTKA T., SHANER J. e STRAHM S., *Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults*, in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1994, n. 49, pag. 240.
- HUMMERT M.L. e RYAN E.B., *Toward understanding variations in patronizing talk addressed to older adults: psycholinguistic features of care and control*, in *International Journal of Psycholinguistics* 1996, n. 12, pag. 149.
- HUMMERT M.L., SHANER J., GARSTKA T. e HENRY C., *Communication with older adults: the influence of age stereotypes, context, and communicator age*, in *Human Communication Research* 1998, n. 25, pag. 124.
- JARRETT N. e PAYNE S., *A selective review of the literature on nurse±patient communication: has the patient's contribution been neglected?*, in *Journal of Advanced Nursing* 1995, n. 22, pag. 72.
- KEMPER S. e HARDEN T., *Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not*, in *Psychology and Aging* 1999, n. 14, pag. 55.
- KIELY D.K., SIMON M.A., JONES R.N. e MORRIS J.N., *The protective effect of social engagement on mortality in long-term care*, in *Journal of the American Geriatrics Society* 2000, n. 48, pag. 1367.
- ROWE J.W. e KAHN R.L., *Successful aging*, in *The Gerontologist* 1997, n. 37, pag. 433.
- RYAN E.B., BOURHIS R.Y. e KNOPS U., *Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to elders*, in *Psychology and Aging* 1991, n. 6, pag. 442.
- RYAN E.B., GILES H., BARTOLUCCI R.Y. e HENWOOD K., *Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly*, in *Language and Communication* 1986, n. 6, pag. 1.
- RYAN E.B., HUMMERT M.L. e BOICH L.H., *Communication predicaments of aging: patronizing behavior toward older adults*, in *Journal of Language and Social Psychology* 1995, n. 14, pag. 144.
- RYAN E.B., MEREDITH S.D., MACLEAN M.J. e ORANGE J.B., *Changing the way we talk with elders: promoting health using the communication enhancement model*, in *International Journal of Aging and Human Development* 1995, n. 41, pag. 89.
- WILLIAMS K., KEMPER S. e HUMMERT M.L., *Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak*, in *The Gerontologist* 2003, n. 43, pag. 242.
- WILLIAMS K., KEMPER S. e HUMMERT M.L., *Enhancing communication with older adults overcoming elderspeak*, in *Journal of Gerontological Nursing* 2004, n. 30, pag. 17.

La mediazione dei conflitti: istruzioni d'uso per il coordinatore

di Sara Mutti*, Paola Cassini**, Eleonora Nazzani***, Anna Dadda°

1. Conflitti in Sanità

L'efficacia e l'efficienza della risposta alle necessità e ai bisogni della persona assistita dipendono dalla collaborazione, coordinazione e cooperazione fra medici, infermieri, tecnici, personale di supporto e amministrativi, poiché nessuna disciplina o specializzazione è in grado di garantire da sola il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale (Simeoni e De Santi, 2009). Ne consegue che per ottenere buoni risultati è necessario migliorare continuamente i processi di relazione e di integrazione delle competenze, delle professionalità e dei ruoli degli operatori sanitari e creare un clima di lavoro collaborativo.

È tuttavia inevitabile che in organizzazioni complesse come quelle sanitarie, in cui il grado di interdipendenza fra gli operatori è elevato, si verifichino occasioni di conflitto. Si possono avere divergenze fra le categorie professionali, i componenti di un'*équipe*, le diverse *équipe*, i dipartimenti e fra le Unità Operative (Calamandrei e Orlandi, 2009).

Le cause alla base di tali situazioni sono molteplici. Si pensi alla stanchezza dovuta al contatto quotidiano con la sofferenza, ai carichi di lavoro, alle contrapposizioni di comportamenti e di opinioni, alle divergenze tra obiettivi e interessi, a passati attriti mai risolti. Tutto ciò può generare pesanti situazioni di *stress* e favorire lo sviluppo di conflittualità (Macchi *et al.*, 2009). Vi sono poi conflitti che dipendono dai rapidi e profondi cambiamenti cui sono sottoposti attualmente i sistemi sanitari. La visione e il sistema di valori aziendali, ad esempio, tendono a considerare l'utente non più come un paziente portatore di bisogni la cui soddisfazione è affidata unicamente ai professionisti sanitari, ma come un consumatore (cliente) che ha diritto di scegliere. Non tutti però accettano di buon grado tale cambiamento (Calamandrei e Orlandi, 2009).

L'ambiente di lavoro può quindi trasformarsi in un teatro di conflitti distruttivi con importanti ripercussioni sia sul singolo operatore coinvolto (disagio fisico, psicologico e comportamentale), sia sulla qualità dei rapporti di collaborazione e sul clima lavorativo, sia sull'organizzazione (prolungati periodi di malattia, *turnover*, calo della produttività). Questo aumenta la possibilità di compiere errori con gravi danni a livello sociale, umano ed economico (Macchi *et al.*, 2009).

ABSTRACT

I conflitti in ambito lavorativo sono frequenti e il mondo della Sanità non fa eccezione. Se non gestiti in maniera appropriata, tali attriti e divergenze possono avere importanti ripercussioni sui rapporti e sulla collaborazione tra i professionisti sanitari, sulla loro attività lavorativa e sul clima organizzativo.

Nel presente contributo sono pertanto descritte alcune delle principali strategie di mediazione che il coordinatore può utilizzare per ridisegnare le situazioni conflittuali, ristabilire il dialogo tra le parti confliggenti e trasformare i conflitti in opportunità di crescita personale e di sviluppo organizzativo.

Parole chiave

Conflitto in Sanità, coordinatore, mediazione.

* Coordinatrice dell'U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta, A.O. Ospedale Civile di Legnano; *e-mail*: muttisara@virgilio.it.

** Tecnico di neurofisiopatologia e responsabile dell'ambulatorio di neurofisiologia presso il Policlinico di Monza.

*** Infermiera libera professionista presso CAM Centro Analisi Monza.

° Coordinatrice infermieristica del Blocco Operatorio di Lodi e responsabile Area Dipartimentale Chirurgica A.O. Lodi; *e-mail*: anna.dadda@virgilio.it.

Nonostante tali evidenze in ambito ospedaliero, come in altri luoghi di lavoro (Allari, 2010), si tende generalmente a negare la presenza di conflitti aperti e latenti, a isolarli semplicisticamente nella sfera delle relazioni personali o a credere che la loro gestione sia un "accessorio" non necessario per poter lavorare efficacemente.

In realtà, la parte visibile del conflitto corrisponde spesso alle posizioni assunte delle parti coinvolte, a quello che le stesse "dicono" di volere. Le reali cause della divergenza rimangono invece nascoste, così come nella celebre metafora dell'*iceberg*¹ (Baccaro, 2011).

L'identificazione puntuale delle caratteristiche del conflitto, dei contendenti e del contesto conflittuale assume quindi un ruolo fondamentale per la risoluzione di qualsiasi contenzioso.

Nel contesto sanitario, nessuno meglio del coordinatore, grazie alla sua posizione intermedia, la sua esperienza diretta e continua con tali problematiche, la conoscenza profonda dei propri collaboratori, può intraprendere la più efficace strategia di risoluzione delle diverse e più disparate situazioni conflittuali.

2. La mediazione: significato e modalità di applicazione

In Sanità, come in ogni organizzazione, può avvenire di dover affrontare una situazione conflittuale sostanzialmente su due livelli: direttamente con i propri colleghi o come soggetto esterno a colleghi in contrasto. Nel primo caso gioca un ruolo fondamentale la negoziazione, il processo in cui due o più persone, portatori di interessi diversi, si impegnano a ridurre la divergenza per arrivare a soluzioni utili per tutti o per raggiungere un obiettivo comune di accordo (Saggin, 2003). Nel secondo caso la soluzione può essere raggiunta attraverso un'efficace processo di mediazione.

La mediazione dei conflitti è la procedura di gestione e di risoluzione dei conflitti caratterizzata dall'intervento di una terza persona neutrale in grado di ridisegnare la situazione negoziale (Pietroni e Rumiati, 2008) dopo un processo che non ha ottenuto un buon esito o che si è protratto oltre il dovuto con costi divenuti insostenibili. A causa della sua struttura tripartita (Bindi, 2005), nella mediazione si confrontano almeno tre vissuti diversi: le due realtà dei confliggenti e quella del mediatore.

Il processo di mediazione inizia con l'ammissione del problema (Buzzi e Pinna, 1999), ovvero il riconoscimento del conflitto dalle parti coinvolte e la conseguente accet-

tazione dell'inserimento di una terza parte che guidi nel raggiungimento di una soluzione comune (Bruni, 2007). Tecnicamente, l'attività del mediatore può essere suddivisa in due fasi.

Nella prima, definita *empowerment*, il mediatore è chiamato, in colloqui separati, ad ascoltare le singole parti in conflitto e a sollecitarle a formulare una lista delle loro priorità rispetto al contenzioso in oggetto (Bindi, 2005). Si tratta di identificare la storia del conflitto, le cause, la natura e la sua gravità. La raccolta di tali informazioni, oltre a permettere il riconoscimento delle esigenze e dei bisogni fondamentali che i confliggenti desiderano realmente soddisfare, consente al mediatore di costruire un rapporto confidenziale e di fiducia con le parti in causa e di costruire le basi per la successiva fase di confronto.

La seconda fase, *recognition*, consiste nell'incontro e nel confronto tra le parti. Il mediatore ha di fronte persone che ritengono di avere interessi incompatibili e quindi deve adoperarsi affinché le stesse si misurino colloquialmente, si ascoltino e confrontino i rispettivi punti di vista e richieste (Bindi, 2005). In tale fase il mediatore, tramite l'applicazione di opportune strategie e tattiche, aiuta a sviluppare una definizione congiunta del problema e a vedere come esigenze e bisogni, apparentemente contrastanti, possano essere compatibili se non complementari.

3. Il coordinatore e la mediazione

Il coordinatore, per la sua posizione intermedia, nei conflitti generati dall'organizzazione e tra i propri collaboratori, si trova spesso a interpretare il ruolo di mediatore: terzo imparziale che si interpone tra le parti confliggenti.

È da rilevare che l'imparzialità richiesta al coordinatore in qualità di mediatore è problematica.

Infatti, l'appartenenza al gruppo di lavoro in cui si è sviluppato il conflitto rende la sua neutralità spesso non possibile, in contrasto con l'articolo 1754 e seguenti del Codice Civile che definisce il mediatore come "*colui che mette in relazione due o più parti [...], senza essere legato ad alcuna di esse da rapporti di collaborazione, di dipendenza e di rappresentanza*" (Bruni, 2007).

Inoltre, il mediatore dovrebbe avere autorevolezza, ma non autorità (Caputo, 2005) se non quella concessa dalle parti confliggenti. Il coordinatore, per il ruolo che riveste, si trova in molte situazioni nella necessità di imporre una risoluzione, con il rischio di creare una pacificazione forzata e apparente (Quattrocchio, 2005). Il conflitto, ridotto nell'immediato, può però riemergere nel lungo periodo. Per evitare ciò, il coordinatore non deve decidere con autorità, ma condurre le parti in conflitto verso l'ammissione del problema, favorendo la riattivazione della comunicazione e mettendole nella posizione di dialogare in maniera sintonica e complementare (Bruni, 2007) al fine di indirizzarle verso la soluzione. Mediare, in un simile contesto, significa aiutare a riformulare la relazione tra le parti. Per prevenire e gestire i conflitti giocano quindi un ruolo

¹ La teoria in base alla quale il conflitto possa essere rappresentato come un *iceberg*. La punta di questo *iceberg*, la parte visibile, costituisce normalmente il 10% della sua massa e corrisponde alle pretese delle parti, alla parte apparente del conflitto, a quello che le parti dicono di volere. La parte sommersa dell'*iceberg* corrisponde, invece, agli interessi delle parti e quindi non a ciò che la parte dice ma al motivo per cui lo dice (<http://www.mediatoreraranto.it/mediatore/teoria-iceberg-del-conflitto-mediazione.html>).

fondamentale l'abilità intrinseca e acquisita del coordinatore nel creare un ambiente motivante in grado di smussare gli attriti tra colleghi che inevitabilmente si creano quando interessi e bisogni diversi si scontrano.

Le principali capacità che il coordinatore dovrebbe possedere e cercare di sviluppare e affinare per attivare una mediazione efficace sono:

- 1) *capacità di rilevare e riconoscere le situazioni conflittuali* evidenti o latenti, attraverso una costante attenzione ai segnali e alla sintomatologia che il gruppo manifesta quali: *turnover*, periodi prolungati di malattie (Macchi *et al.*, 2009) e deterioramento della comunicazione interna;
- 2) *forte capacità di comunicazione*. Per mediare occorre sviluppare capacità di dialogo, comprensione e ascolto empatico degli altri. Dipende dall'abilità del mediatore trasformare gli incontri di mediazione in occasioni di dialogo e non di nuove liti, di incomprensioni e ostilità, puntando sull'informalità e la colloquialità (Bindi, 2005). Occorre consentire ai propri interlocutori di scaricare la propria energia, derivante dalla situazione conflittuale, senza minimizzare né banalizzare. È opportuno mettere in atto una comunicazione efficace che si sviluppi nel reciproco rispetto dei punti di vista, lasciando che la discussione si alterni liberamente senza interruzioni e imposizioni. Applicare l'ascolto attivo permette a tutte le idee di svilupparsi sino in fondo senza limitare la possibilità di esprimersi (Goi, 2004);
- 3) *capacità di facilitare il processo di decisione*. Il mediatore deve essere in grado di controllare e far convergere le emozioni e le decisioni delle parti in gioco verso un punto comune (Giommi, 2002). La focalizzazione degli interessi rende possibile il raggiungimento di accordi migliori perché i contendenti di solito possiedono alcuni interessi comuni anche quando occupano posizioni contrarie;
- 4) *capacità di essere imparziale*. Per quanto difficile il mediatore deve assumere un ruolo di neutralità, lavorare sulla sua capacità di vedere oggettivamente, di far emergere i bisogni e superare le posizioni (Giommi, 2002). In sostanza, deve essere capace di uscire dal proprio quadro di riferimento, evitando stereotipi e pregiudizi (Goi, 2004);
- 5) *capacità di introdurre interpretazioni differenti delle situazioni*. Il mediatore deve essere in grado di introdurre letture diverse degli eventi, aprire nuove ipotesi e strade alternative nella ricerca di soluzioni, al fine di abbandonare la rigidità e muovere verso il cambiamento (Giommi, 2002).

4. Strategie e tattiche di mediazione

Non esiste un'unica strategia di mediazione. La corretta gestione del conflitto dipende dal contesto in cui si genera, dalle persone coinvolte, dal rapporto gerarchico esistente, dal tempo a disposizione per la risoluzione del conflitto. Ogni conflitto è quindi una realtà a sé stante con pro-

pri elementi di complicazione e distorsione (Bindi, 2006). I manuali sovente forniscono elenchi e nozioni chiave al fine di identificare le pratiche di mediazione più efficaci e omogenee (Bindi, 2006). In particolare è possibile distinguere quattro principali strategie di mediazione:

- 1) *pressione*. Si riferisce a quelle azioni volte a esercitare una pressione o a tentare in maniera assertiva di ridurre quelle aspirazioni espresse da una o da entrambe le parti che appaiono sproporzionate rispetto al contenuto e al valore della trattativa (Pietroni e Rumiati, 2008). Il coordinatore potrebbe, ad esempio, trasformare un'alternativa vantaggiosa per una parte in qualcosa di svantaggioso per entrambe o paventare conseguenze negative per entrambe le parti in gioco in caso di mancato accordo (Carnevale, 1986);
 - 2) *compensazione*. Implica l'adozione di azioni di compensazione, grazie alle quali il mediatore fornisce degli incentivi aggiuntivi per aiutare le parti a trovare un accordo o un compromesso (Pietroni e Rumiati, 2008). Tale strategia può essere adottata solo se il mediatore conosce gli interessi delle parti configgenti per poter offrire qualcosa di desiderabile in cambio del raggiungimento dell'accordo. Il coordinatore potrebbe ad esempio decidere di giocare sull'autostima di una delle parti (Carnevale, 1986);
 - 3) *integrazione*. Questa strategia riunisce le azioni volte a favorire l'integrazione degli interessi divergenti espressi dalle parti. Il mediatore presenta la trattativa in termini di *problem solving*, cioè come una situazione in cui necessariamente le parti dovranno concorrere per trovare una soluzione mutuamente vantaggiosa alla disputa (Pietroni e Rumiati, 2008). Condizione necessaria all'implementazione di tale strategia è che il mediatore abbia a disposizione informazioni dettagliate sul conflitto e sulle parti in gioco. A tale scopo, il coordinatore potrebbe decidere di incontrare le parti confliggenti più volte e separatamente per ottenere informazioni confidenziali e testare l'accettabilità di alcune possibili alternative (Carnevale, 1986);
 - 4) *inazione*. Dall'analisi della situazione conflittuale potrebbe risultare che la soluzione migliore è non intervenire attivamente, lasciare che il conflitto segua il suo corso e che le persone coinvolte trovino l'accordo fra loro. Questa scelta può essere vantaggiosa quando le parti che si scontrano mostrano un atteggiamento abbastanza conciliante. L'astensione dall'intervenire deve essere e apparire motivata. In caso contrario può sembrare che il coordinatore si preoccupi solo degli obiettivi di lavoro e non delle relazioni interpersonali o che cerchi di mantenere una distanza di sicurezza dalle questioni più spinose che è chiamato ad affrontare (Calamandrei e Orlandi, 2009).
- Le prime tre strategie coinvolgono il coordinatore direttamente e attivamente nella gestione del conflitto, mentre la quarta lo colloca in una posizione più defilata e consente

alle parti confliggenti di assumere un ruolo più attivo nella dinamica negoziale (Rumiati e Pietroni, 2001). Nel corso della trattativa, il coordinatore può anche ricorrere all'utilizzo congiunto di più strategie in base al contenzioso che sta affrontando. La scelta della strategia da utilizzare dipende essenzialmente dalle valutazioni sulla probabilità con cui le parti riusciranno a trovare un accordo congiunto e sul livello di ambizione dell'aspirazione delle parti rispetto ai vantaggi dell'accordo.

In particolare, quando entrambe le valutazioni sono sfavorevoli, si tende generalmente a fare pressioni sulle parti. In caso contrario si opta per lo sviluppo di una strategia di tipo integrativo. Se prevale solo un'elevata aspirazione rispetto ai vantaggi conseguibili o solo un'alta probabilità di raggiungere un accordo integrativo, si tende a impiegare rispettivamente una strategia compensatoria e una strategia di inerzia (Rumiati e Pietroni, 2001).

Altre variabili che possono avere un peso decisivo nell'orientare la strategia del coordinatore sono:

- 1) *l'importanza del conflitto*. Se l'esito del conflitto può avere ripercussioni importanti, la strategia di intervento scelta dovrebbe dare al coordinatore un certo controllo sia sul processo di mediazione, sia sugli esiti del conflitto (Sheppard, 1984). Il coordinatore dovrebbe quindi cercare di facilitare l'interazione, assistere la comunicazione, chiarire le questioni in gioco, mantenere l'ordine e dirigere verso il raggiungimento di una soluzione condivisa;
- 2) *la probabilità di impegno*. Se la probabilità che i contendenti si impegnino per una soluzione percepita come "imposta" dal coordinatore è bassa, la strategia di intervento scelta dovrebbe fare in modo che gli stessi percepiscano un certo livello di autonomia sull'esito del conflitto (Sheppard, 1984);
- 3) *la pressione temporale*. Se la pressione temporale è alta, il coordinatore potrebbe optare per la sola "riduzione" del conflitto, intervenendo con "soluzioni tampone" che aiutino a contenere le dimensioni dello stesso (Salvatore, 2007). Se la pressione temporale è bassa, il coordinatore ha il tempo di gestire il conflitto ricercando le cause che lo hanno generato, portandolo a una risoluzione definitiva. La strategia adottata in questo caso dovrebbe essere orientata al miglioramento dei flussi comunicativi tra le persone coinvolte e alla creazione di un senso di condivisione facendo in modo che gli individui sviluppino obiettivi comuni;
- 4) *la natura del conflitto*. Se il conflitto è incentrato sulle competenze, la strategia scelta dovrebbe dare un certo controllo sull'esito del conflitto. Se il conflitto tra i contendenti verte su interessi più complessi legati a valori, norme e obiettivi con implicazioni sullo *status quo*, il mediatore dovrebbe concedere alle parti maggior autonomia nel processo di mediazione (Sheppard, 1984). Se la ragione del conflitto è lo *stress*, potrebbe essere giusto far in modo che il conflitto abbia luogo e che si

possa risolvere da solo, in modo naturale (Salvatore, 2007). In questo caso il coordinatore dovrebbe comunque tenere la situazione conflittuale sotto controllo, osservarla e "monitorarla", per essere sicuro che non degeneri ed essere pronto eventualmente ad intervenire.

Un'ultima strategia che il coordinatore ha a sua disposizione è il "corretto dosaggio" tra la sua capacità di *leadership* e la sua autorità al fine di creare un clima che renda i conflitti meno frequenti, che favorisca la collaborazione e la comunicazione tra gli individui, insistendo per avere una critica costruttiva e non distruttiva (Bruni, 2007).

5. Conclusioni

L'intervento di mediazione non ha solamente il fine di trovare una soluzione al conflitto. Si propone anche di aiutare le parti a elaborarlo positivamente e di ridurre gli effetti indesiderabili e distruttivi conseguenti alla situazione conflittuale. Il coordinatore nel ruolo di mediatore, deve impegnarsi ad accompagnare i confliggenti verso la consapevolezza che non è valida la logica secondo cui "dimostrare di aver ragione significa che l'altro ha necessariamente torto" (Quattrocchio, 2005) o che le parti per raggiungere un accordo debbano necessariamente rinunciare ai propri punti di vista e ai propri valori.

Il coordinatore deve diventare un ponte tra le parti, analizzare il conflitto e cogliere le incomprensioni tra i confliggenti nel tentativo di ristabilire una comunicazione che faccia emergere quei blocchi emotivi e cognitivi che hanno impedito fino a quel momento la gestione costruttiva della vicenda. Infine, deve sviluppare la capacità di dialogo e comprensione delle parti al fine di facilitare la trasformazione del conflitto da distruttivo a costruttivo (Bruni, 2007).

Bibliografia

- ALLARI C., *La mediazione: una pratica di confine*, in *AIF Learning News* 2010, Anno IV, n. 11.
- BACCARO L., *Le emozioni in mediazione*, in *Rivista di psicologia criminale*, aprile 2011, Anno IV, n. 1.
- BINDI L., *Pratiche di mediazione. Origine e definizione dei processi di gestione positiva dei conflitti*, in *Quaderni di Mediazione: teorie tecniche e pratiche operative di gestione positiva dei conflitti di mediazione* 2005, Anno I, n. 0, pp. 6-12.
- BINDI L., *Sbrogliare la matassa. Tempi, spazi, modi della mediazione*, in *Quaderni di Mediazione: teorie tecniche e pratiche operative di gestione positiva dei conflitti di mediazione* 2005/2006, Anno I, n. 2, pp. 6-15.
- BRUNI A., *La gestione costruttiva del conflitto attraverso la mediazione*, in *Quaderni di Mediazione: teorie tecniche e pratiche operative di gestione positiva dei conflitti di mediazione* 2007, Anno II, n. 5, pp. 37-43.
- BUZZI I. e PINNA S., *Esperienze pratiche per mediare i conflitti*, Punto di Fuga editore, Cagliari, 1999.
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C., *La dirigenza infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2009.

CAPUTO G., *Il ruolo del mediatore*, in *Quaderni di Mediazione: teorie tecniche e pratiche operative di gestione positiva dei conflitti di mediazione 2005*, Anno I, n. 0, pp. 28-32.

CARNEVALE, P.J.D., *Mediating disputes and decisions in organizations*, in BAZERMAN M., LEWICKI R. e SHEPPARD B. (Eds.), *Research on negotiation in organizations*, JAI Press, Greenwich Connecticut, 1986, Volume I, pp. 251-269.

GIOMMI R., *La mediazione nei conflitti familiari. Aiutare e risolvere i conflitti all'interno della famiglia, nella separazione e nel divorzio*, Giunti Editore, Firenze, 2002.

GOI A., *Professione manager. Teoria e pratica della gestione strategica delle risorse umane*, FrancoAngeli, Milano, 2004.

MACCHI G., BALDAN O. e ESPOSITO A., *I conflitti in sanità: il punto di vista degli operatori*, in *Management infermieristico 2009*, n. 3, pp. 2-5.

PIETRONI D. e RUMIATI R., *La mente che negozia*, allegato Il Sole 24 Ore, Milano, giugno 2008.

QUATTROCOLO A., *La mediazione trasformativa. Un modo di intendere e praticare la mediazione dei conflitti*, in *Qua-*

derni di Mediazione: teorie tecniche e pratiche operative di gestione positiva dei conflitti di mediazione 2005, Anno I, n. 1, pp. 29-36.

RUMIATI R. e PIETRONI D., *La negoziazione. Psicologia della trattativa: come trasformare il conflitto in opportunità di sviluppo personale, organizzativo e sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

SAGGIN A., *Le competenze necessarie per lavorare nelle organizzazioni sanitarie con soddisfazione: competenze per il benessere individuale e competenze per lavorare con gli altri*, relazione al Convegno "Sanità in Movimento. Complessità, cooperazione professionale e competenze", Empoli 20-21 novembre 2003.

SALVATORE A., *Conflitti e potere in azienda*, in *PMI 2007*, n. 3, pp. 30-32.

SHEPPARD B.H., *Third party conflict intervention: A Procedural framework*, in Staw B.M. e Cummings L.L. (Eds.), *Research in organizational behavior*, JAI Press, Greenwich Connecticut, 1984, Volume 6, pp. 141-190.

SIMEONI I. e DE SANTI A.M., *Comunicare in medicina: collaborazione tra professionisti sanitari*, SEEd, Torino, 2009.

La relazione medico-paziente: fattori che aumentano il rischio di *escalation* del conflitto

di Anna Maria Pincirolì*, Roberto Pacifico**, Margherita Lugo***, Alessandro Frati***, Alessandro Motta***

Introduzione

E così accadeva...

Il signor XY, ricoverato in ospedale, è sottoposto a intervento chirurgico a seguito del quale va incontro a due episodi settici. Le condizioni cliniche del paziente peggiorano giorno dopo giorno a causa di ulteriori complicanze, fino alla sera in cui, prima di allontanarsi dal capezzale del marito, la moglie richiede espressamente al personale infermieristico in turno di essere tempestivamente chiamata qualora le condizioni del signor XY si fossero aggravate ulteriormente. Durante quella stessa notte lo stato di salute del marito subisce un notevole peggioramento fino a causarne il decesso. La moglie, avvisata in ritardo, non riesce a essere accanto al marito nel momento critico. In seguito all'episodio la signora si rivolge all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP), la cui risposta arriva dopo quattro mesi dalla segnalazione. La moglie, insoddisfatta per la lunga attesa, pretende un confronto con il Direttore di Unità Operativa, incontro che avrà luogo quarantacinque giorni dopo. Il colloquio si svolge tra la moglie, il Direttore di U.O., il Direttore Sanitario e la responsabile dell'URP. Durante l'incontro le parti esprimono le loro posizioni: la moglie percepisce un'ingiustizia per non essere stata avvisata in tempo e avverte mancanza di umanità da parte del Direttore di U.O. e della struttura sanitaria in generale; il clinico interpreta la critica della signora come un attacco al proprio operato, afferma di aver svolto correttamente tutte le procedure e di essersi attenuto alla buona pratica medica. Il conflitto entra in escalation e la moglie apre un contenzioso verso Direttore e struttura.

La conflittualità tra l'utente e l'operatore sanitario è una tematica di sempre maggior interesse e da cui originano spesso implicazioni preoccupanti in relazione ai costi economici e soprattutto umani, dal momento che i rapporti tra professionisti della salute ed utenti dovrebbero essere palesemente costruiti sulla fiducia (De Palma e Quattrocchio, 2009).

ABSTRACT

L'articolo si prefigge di identificare i fattori responsabili dell'insorgenza di un'*escalation* del conflitto originata dalla divergenza tra chi fruisce del Servizio Sanitario e il personale della struttura ospedaliera. Partendo dall'analisi di un caso specifico, lo scopo dell'elaborato è quello di fornire all'operatore sanitario alcuni suggerimenti per migliorare la gestione dei conflitti e la qualità della relazione con l'utente. Prendendo spunto dalla Psicologia della negoziazione, possibili soluzioni al problema sono identificabili nell'acquisizione e nello sviluppo di un insieme di abilità comunicative, empatiche, relazionali e tecnico-operative in grado di facilitare i professionisti sanitari nella mediazione dei conflitti.

Parole chiave

Mediazione; *escalation* e gestione del conflitto; relazione medico-paziente.

* Laureanda magistrale in Scienze cognitive e processi decisionali presso l'Università degli studi di Milano. Coordinatore infermieristico c/o il Blocco Operatorio di Cuggiono, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano".

** Laureato magistrale in Scienze cognitive e processi decisionali presso l'Università degli studi di Milano.

*** Laureando magistrale in Scienze cognitive e processi decisionali presso l'Università degli studi di Milano.

Purtroppo l'ambiente sanitario è spesso caratterizzato da rapporti freddi, di pura facciata, come mostra il caso sopra proposto, in cui, proprio a causa della scarsa qualità di tali rapporti, si è manifestata l'insorgenza di un'*escalation* del conflitto. Per questo motivo diventa fondamentale l'acquisizione e lo sviluppo di abilità comunicative e relazionali al fine di migliorare le dinamiche interpersonali, educative e tecnico-operative con le persone assistite e i loro familiari.

L'obiettivo dell'articolo è indagare, a partire dal caso specifico, quali sono i fattori che possono contribuire a intensificare il conflitto che può emergere dall'insoddisfazione dell'utente per la scarsa qualità del servizio erogato da parte della struttura sanitaria, e proporre eventuali indicazioni per migliorare la gestione dei conflitti e la qualità della relazione con l'utente.

1. Fonte e tipologia di conflitto

La genesi del conflitto è ascrivibile principalmente al fatto che le parti in causa hanno due rappresentazioni diverse del conflitto.

La moglie manifesta l'insoddisfazione del bisogno fondamentale di autostima, a causa del forte senso di colpa che prova per non aver potuto essere accanto al marito negli ultimi momenti della sua vita. Questo provoca in lei dissonanza cognitiva. Secondo Aronson *et al.* (2010) si tratta di una sensazione di malessere provocata da un'incoerenza esistente tra due cognizioni: ciò che pensiamo di essere e il modo in cui ci comportiamo. Questo può arrivare a provocare nell'individuo una sensazione di immoralità riguardo a se stesso. Per questo la moglie è spinta ad attenuare il proprio malessere, cercando di giustificare il proprio comportamento mediante l'aggiunta di nuove cognizioni: il mancato avviso da parte della struttura. Le scuse del Direttore di U.O. rivestirebbero quindi una particolare importanza, in quanto potrebbero rappresentare l'assunzione di responsabilità del medico e attenuare il senso di colpa della moglie.

Per quanto riguarda il clinico, traspare l'insoddisfazione del bisogno di autostima, poiché percepisce un attacco al suo valore e alle sue abilità di medico-chirurgo. Di conseguenza vede le scuse come un'ammissione di colpa che implicherebbe la perdita del proprio prestigio. Inoltre, egli ritiene che l'incontro rappresenti una perdita di tempo rispetto alla sua attività, ritenuta più importante. Ciò rende quest'ultimo più propenso al rischio di rotture della relazione, producendo la tentazione di fuggire piuttosto che spingere verso l'apertura di un negoziato (Rumiati e Pietroni, 2001).

Questa percezione da parte di entrambi influenza gli atteggiamenti negativi verso la controparte inducendo la nascita del conflitto, che non si risolve durante l'incontro e si protrae in sede legale.

Per le ragioni sopra elencate questo conflitto è classificabi-

le inizialmente come divergenza, data la percezione d'incompatibilità degli obiettivi, in una situazione di cooperazione necessaria per preservare la salute del paziente (Arielli e Scotto, 2003). Tuttavia, a seguito del decesso del paziente, la necessità di cooperazione viene meno e le azioni delle parti sono dirette a un ostacolamento reciproco. Infatti, le azioni di ogni parte sono finalizzate a impedire all'altro di raggiungere il proprio obiettivo (Arielli e Scotto, 2003).

Il conflitto è di natura interpersonale, ma riflette un contesto più ampio legato alle dinamiche della relazione medico-paziente e utente-struttura sanitaria.

Negli ultimi vent'anni, si è verificato un incremento di conflittualità all'interno del rapporto tra il professionista sanitario e il paziente dovuto essenzialmente a un maggior livello di informazione autonoma da parte di quest'ultimo, grazie alle nuove tecnologie informative. Questo ha provocato l'abbandono di un modello paternalistico, privo di conflitti dal momento che non prevede proposte di autonomia da parte dell'utente (Quadrino e Bert, 2011).

2. Fasi dell'*escalation*

Per *escalation* si intende un aumento di violenza e di intensità di investimento di risorse materiali ed emozionali all'interno di un conflitto. Può implicare anche un aumento di durata nel tempo del conflitto (Arielli e Scotto, 2003). La struttura di base dell'*escalation* è ricorsiva poiché all'azione di una parte corrisponde una risposta della controparte che può essere del tipo "occhio per occhio", ovvero al comportamento di sfida si risponde con una sfida e all'attacco verbale con un attacco verbale, oppure con la decisione volontaria o involontaria di superare una soglia fino ad allora rispettata (Rumiati e Pietroni, 2001).

Benché Glasl (cit. in Arielli e Scotto, 2003) identifichi nove stadi che contraddistinguono l'incremento di conflittualità, il conflitto analizzato contempla solo le prime quattro fasi.

- 1) *Irrigidimento*. Le parti attivano una ricerca di conferma e irrobustimento della propria posizione, che si cristallizza in punti di vista contrapposti: la richiesta delle scuse da parte della moglie e la volontà di dimostrare di aver agito secondo la buona pratica medica da parte del Direttore.
- 2) *Dibattito*. Invece di cercare una soluzione al problema che possa soddisfare entrambi, il medico cerca di ottenere un certo margine di vantaggio nei confronti della moglie, aumentando il tono della voce e sovrapponendosi nella conversazione.
- 3) *Tattica del fatto compiuto*. Dagli scambi verbali tra le parti non è più possibile trarre beneficio alcuno, pertanto entrambe iniziano a perseguire i propri fini, non ritenendo di essere in una relazione di interdipendenza. Il medico si rifiuta di negoziare e la moglie di rimando

decide di intraprendere un'azione legale nei suoi confronti.

4) *Preoccupazione per l'immagine*. Le parti non hanno più obiettivi in comune. L'immagine negativa che ogni attore ha dell'altro si protrae fino al confronto in sede legale. Tale situazione di per sé non è mai positiva poiché questo tipo di contenzioso attiva un *frame* associato al concetto di "guerra". Ciò implica la volontà di prevaricare sull'avversario senza soluzioni di compromesso.

È stato riscontrato che la decisione da parte dei pazienti e dei loro familiari di intentare cause legali contro i medici e strutture sanitarie è determinata non solo dall'evento contestato, ma anche dai comportamenti poco sensibili e dalla scarsa comunicazione successiva. Chi intraprende un procedimento legale lamenta una carenza di onestà e di riconoscimento della gravità del trauma sofferto, manifestando il desiderio che la propria esperienza negativa possa essere di apprendimento per evitare disservizi futuri (Forster *et al.*, 2002).

L'*escalation* verbale si verifica solo durante le prime due fasi sopra citate poiché sono quelle in cui la comunicazione verbale riveste un ruolo dominante. Nel passaggio da una fase all'altra si può notare un cambiamento nella modalità di comunicazione: accanto alla comunicazione verbale è presente anche quella non verbale, per l'impazienza del Direttore di U.O. di concludere l'incontro, aumentando così ulteriormente la tensione.

Secondo Arielli e Scotto (2003), si può osservare che il venir meno della cooperazione durante i dialoghi conflittuali è un processo graduale che segue delle fasi *escalative*. Si passa dall'affermazione della propria posizione alla contraddizione esplicita del contenuto espresso dall'altra parte. Il primario orienta il suo stile comunicativo sul contenuto tecnico, soffermandosi sulle condizioni cliniche e facendo riferimento alla buona pratica medica e al rispetto dei regolamenti. A ciò segue una fase di svalutazione, poiché la conversazione passa dai contenuti ad attacchi alla persona fisica. Prima della rottura finale della comunicazione, vi è una fase di ostacolo comunicativo caratterizzata da sovrapposizione, prevaricazione da parte del medico, che tenta di usare la sua autorevolezza per intimidire la moglie.

3. Fattori comunicativi nella relazione medico-paziente

I fattori comunicativi che favoriscono l'*escalation* sono quelli che generano azioni non sempre prevedibili e determinabili. In termini psicologici l'azione è anche parola, sia in termini di tono che di contenuti.

Ricollegandosi al contesto più generale del rapporto tra medico e paziente, gli aspetti comunicativi sono regolati dall'antico Giuramento di Ippocrate, che richiede ai medici di astenersi dal danneggiare i pazienti e di lavorare seguendo un'etica professionale ben definita. Oggi, tale Giuramento è la base su cui medici, infermieri e altri ope-

ratore sanitari devono basarsi per migliorare l'assistenza erogata ai pazienti, tenendo in considerazione i principi, i valori e i doveri morali, nella fattispecie l'obbligo di parlare apertamente e onestamente con i pazienti circa le loro condizioni cliniche.

La comunicazione medico-paziente risente spesso della massiccia presenza di "non-detti" che si generano su entrambi i fronti (De Palma e Quattrocchio, 2009).

L'esperto in etica per la medicina Wu (1997) ricorda gli obblighi che hanno i medici verso il paziente, che scaturiscono dalla natura "fiduciaria" della relazione tra medico e assistito. Per fare il bene del paziente, il medico deve agire nell'interesse di quest'ultimo, anche a scapito del proprio benessere personale, finanziario o professionale. Inoltre, l'autore sostiene il principio etico della giustizia, la quale richiede che le persone ricevano quanto loro dovuto e che sarebbe ingiusto non compensare un paziente che sia stato danneggiato gravemente da un errore.

L'*Ethical and Judicial Council* dell'*American Medical Association* (2007) sostiene che comunicare il decesso di un paziente alla famiglia sia un dovere che esprime la vera natura della relazione medico-paziente, e non deve essere delegato ad altri. I bisogni emotivi della famiglia e l'integrità di tale relazione devono essere sempre tenuti nella massima considerazione. Dando risposte oneste e tenendo un comportamento rispettoso si può rafforzare la relazione medico-paziente e scoraggiare l'idea di intraprendere azioni legali. Infatti, un approccio umano e professionale può eliminare i problemi e ridurre i sentimenti negativi. Diversi studi dimostrano come una conversazione chiara e bidirezionale sia un elemento chiave nella prevenzione delle denunce per malasanità.

4. Possibili miglioramenti comunicativi

Il miglioramento della relazione medico-paziente non può avere come obiettivo un modello relazionale completamente esente dal conflitto, ma dovrebbe indirizzarsi verso la sperimentazione di modelli alternativi per la gestione dello stesso, con modalità cooperative e di negoziazione (Quadrino e Bert, 2011).

Secondo Halpern (2007) un fattore importante per favorire la comprensione condivisa tra medico e paziente è l'empatia, cioè la capacità di sapersi calare nei panni dell'altro, e la curiosità verso un'altra prospettiva emozionale.

Vi sono capacità basilari specifiche che possono aiutare il medico a sviluppare l'empatia verso il paziente:

1. riconoscere accuratamente le proprie emozioni in tempo reale. Le evidenze suggeriscono che aumentando la consapevolezza emozionale si possono ridurre gli errori, migliorare i processi decisionali e risolvere i conflitti;
2. riflettere sulle emozioni negative dopo il lavoro e manifestare curiosità nei confronti dei sentimenti provati dai pazienti;

3. interessarsi ai messaggi emozionali insiti nella storia dei pazienti. Diverse ricerche attestano che i medici perdono molte opportunità di sviluppo di empatia focalizzando l'attenzione su fatti che hanno per loro maggior salienza, piuttosto che concentrarsi sul vissuto emozionale che può scaturire ascoltando le parole del paziente;
4. implementare la comunicazione non verbale, in modo da far sentire i pazienti più fiduciosi e disponibili a un'apertura di dialogo;
5. accettare i *feedback* anche se negativi, per incrementare la soddisfazione del paziente e gestire al meglio le situazioni conflittuali.

Per quanto riguarda l'informazione dei pazienti e dei familiari in presenza di disservizi o errori da parte della struttura sanitaria, Woods (2004) afferma che esprimere dispiacere per il fatto che il paziente abbia subito un danno aiuta sia i medici sia i pazienti a superare le conseguenze emotive delle azioni che hanno portato ai risultati indesiderati. A questo proposito propone per i medici "Le quattro R delle scuse":

1. *Recognition*: dovete sapere quando le scuse sono d'obbligo;
2. *Regret*: rispondete in modo empatico. Dite ai pazienti o ai familiari che vi dispiace, riconoscendo la loro paura, rabbia e frustrazione;
3. *Responsibility*: assumetevi la responsabilità di quanto è accaduto;
4. *Remedy*: lavorate bene. Spiegate al paziente o ai suoi familiari che cosa state facendo per risolvere il problema e che non lo abbandonerete durante le fasi più critiche delle cure.

Conclusioni

Il caso che si è descritto è frutto di un'esperienza personale di uno degli autori dell'articolo. Questi lo ha esposto all'intero gruppo. Le soluzioni proposte possono diventare un modello per la soluzione dei conflitti in ambito sanitario. Dal momento che le situazioni conflittuali nelle strutture ospedaliere sono ineliminabili, la loro soluzione è un obiettivo molto ambizioso e di difficile soluzione: la complessità del sistema della cura, la molteplicità degli attori, l'intensità emotiva legata ai momenti della malattia, della cura, del successo o dell'insuccesso della cura rendono l'ambito sanitario particolarmente perturbato e propizio a occasioni di contrapposizione e di scontro.

Tenere conto della possibilità di un conflitto è in qualche modo già una modalità di gestione consapevole del conflitto stesso (Quadrino e Bert, 2011).

Per questo motivo risulta importante prevedere all'interno delle organizzazioni sanitarie una figura adeguatamente formata che sia in grado di svolgere un ruolo di mediazione dei conflitti tra utente e operatori sanitari.

Il mediatore dovrebbe essere in grado di aiutare le parti a prendere consapevolezza che nell'incontro di mediazione

non prevale la logica *win-lose*, ma è possibile trovare un punto d'incontro che garantisca alle parti un esito *win-win*. Per fare questo è fondamentale creare un clima di ascolto attivo e apertura comunicativa che predisponga le parti a tenere in considerazione le ragioni e le emozioni dell'altro in un'ottica empatica.

A questo proposito Scavi (2003) propone le "Sette regole dell'arte di ascoltare":

1. Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni.
2. Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista.
3. Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
4. Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali, se sai comprendere il loro linguaggio.
5. Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili.
6. Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione e affronta i dissensi come occasioni per la gestione creativa dei conflitti.
7. Per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica.

Tra le competenze del mediatore, fondamentale è poi la capacità di analisi del conflitto e la capacità di indirizzare le parti al dialogo per passare dal conflitto distruttivo alla negoziazione costruttiva.

Nel caso analizzato il ruolo del mediatore poteva essere svolto dal Direttore Sanitario o dal responsabile dell'URP, in quanto parti terze tra le due in conflitto.

Va sottolineata l'importanza di un'adeguata preparazione dell'incontro ai fini di un processo di mediazione efficace e soddisfacente per entrambe le parti che qui avrebbe potuto far emergere il bisogno incompreso di scuse della signora, evitando così l'*escalation* del conflitto in sede legale. L'attività di ascolto e di mediazione dà luogo a un autentico processo di ricostruzione e rinnovamento del rapporto tra medico e paziente. Tale legame, compromesso dalle ferite aperte dal conflitto, si risana e si rinnova attraverso il recupero di ciò che è alla base di ogni rapporto autentico e profondo: la fiducia.

Bibliografia

- ARIELI E. E SCOTTO G., *Conflitti e mediazione*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.
- ARONSON E., WILSON T.D. E AKERT R.M., *Psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna, 2010.
- DE PALMA A. E QUATTROCOLO A., *La mediazione tra medico e paziente. Un intervento imparziale sul fenomeno crescente del contenzioso per responsabilità professionale medica*, Athena Audiovisuals, Modena, 2009.
- FORSTER H.P., SCHWARTZ J. E DERENZO E.G., *Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine*, in *Archives of internal medicine*, 2002, 162, pp. 1217-1219.
- HALPERN J., *Empathy and Patient-Physician Conflicts*, in *Journal of General Internal Medicine*, 2007, 22, pp.696-700.

QUADRINO S. E BERT G., *Resuscitare il vecchio prozio, ovvero: una relazione aconflittuale fra medico e paziente è ancora possibile?*, in *Riflessioni sistemiche*, 2011, 4, pp. 163-169.

RUMIATI R. E PIETRONI D., *La negoziazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

SCLAVI M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.

WOODS S.M., *Healing words: the power of apology in medicine*, Doctors in touch, Oak Park, 2004.

Sitografia

American medical association, *Code of medical ethics* (2007) in <https://catalog.ama-assn.org/MEDIA/ProductCatalog/m1100080/AMA%20Code%20of%20Ethics.pdf>

Ministero della salute, *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori* (2012) in www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf

I corsi residenziali di Maggioli Formazione e Consulenza accreditati ECM

Alzheimer: idee per la qualità di vita.

Dal problema del disorientamento cognitivo al campo infinito delle possibilità

Bologna, 11 aprile 2013

Rodigo (MN), 7 maggio 2013

Documentare l'assistenza.

Costruire, implementare e valutare la cartella sanitaria

Bologna, 18-19 aprile e 16 maggio 2013

Tutela della privacy in ambito sanitario e sanità digitale

Sede e data in fase di definizione

I turni di servizio in sanità: progettazione e gestione

Sede e data in fase di definizione

Lo smaltimento e la gestione dei rifiuti sanitari

Sede e data in fase di definizione

Per consultare i programmi completi: www.formazione.maggioli.it

Maggioli Formazione e Consulenza (provider ECM n. 587) organizza anche **iniziative di studio ECM progettate su richiesta di un committente**, nel caso in cui gli obiettivi formativi dell'iniziativa rientrino fra quelli indicati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

Il programma, i relatori, gli strumenti didattici e i sistemi di misurazione dei risultati sono definiti dopo aver individuato insieme al committente gli obiettivi e il target del Corso.

Si tratta di un servizio particolarmente vantaggioso per gli Enti Pubblici che intendono formare il più ampio numero di dipendenti, offrendo la possibilità di adattare contenuti e metodologie alle proprie realtà specifiche.

Per informazioni

Tel 0541 628840 / E-mail formazione@maggioli.it