
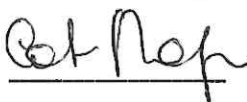
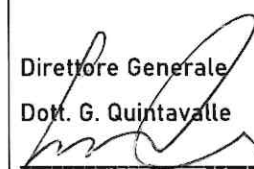
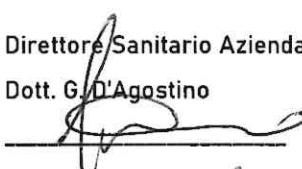
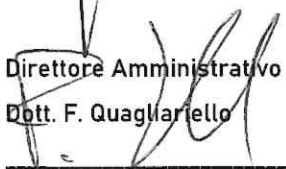


 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP		REV. 0 DEL 25/03/2025	PAG. 1 DI 14
			RLCP POS 03	

Rev	Data	Redatto	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	25/03/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa Rita Lucchetti  <hr/> Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa Caterina Magnani  Data: 16/04/2025	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle  <hr/> Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino  <hr/> Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliarello 

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali

Dott. Fabrizio Caporali, Dirigente Psicologo, UOSD Psicologia Ospedaliera

Dott.ssa Laura Cianci, Dirigente Psicologo, UOSD Psicologia Ospedaliera

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative

Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera Referente Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Giorgia Grisolia, Assistente Sociale Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO

Dott.ssa S. Greghini, F.O. Risk Management UOC Risk Management

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI.....	4
4.1 IL CONFLITTO	4
4.2 RICONOSCIMENTO E GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ	7
5. MODALITÀ OPERATIVE	8
5.1 LA NEGOZIAZIONE INTEGRATIVA	9
5.2 LA MEDIAZIONE	10
5.3 ATTITUDINI PER MASSIMIZZARE IL POTENZIALE DI TRASFORMAZIONE DEL CONFLITTO.....	10
5.4 GESTIONE DEI CONFLITTI INTERNI ALL'ÉQUIPE E RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA GESTIONE DEI CONFLITTI	11
6. BIBLIOGRAFIA.....	13

1. PREMESSA

I conflitti sono un “prodotto naturale della diversità” (Weeks D. 1994), una componente ineliminabile, strutturale e permanente delle relazioni umane; come ci conferma l’esperienza comune, personale e professionale, i conflitti fanno parte del nostro agire quotidiano.

Il conflitto è percepito nel pensiero comune come patologia della relazione, da evitare quando è possibile e, quando non lo è, da eliminare velocemente. Nel tempo il concetto di conflitto ha assunto connotati differenti, trasformandosi in motore di cambiamento e preziosa risorsa da utilizzare in un’ottica creativa e costruttiva.

La gestione dei conflitti rappresenta un processo complesso e cruciale nell’ambito delle relazioni umane, sia a livello individuale che organizzativo. Non è solamente una serie di passaggi sequenziali, ma un processo dinamico che richiede flessibilità, empatia e capacità di adattamento alle situazioni specifiche. Combinando una comprensione approfondita delle cause sottostanti con un’ampia gamma di strategie e tecniche, è possibile affrontare i conflitti in modo costruttivo, trasformandoli da fonte di tensione a opportunità di crescita e sviluppo. Questo approccio non mira solamente a risolvere il conflitto stesso, ma anche a trasformarlo in un’opportunità di crescita e miglioramento delle relazioni.

All’interno delle strutture sanitarie i conflitti sono frequenti con un conseguente possibile impatto negativo sulla cura del paziente, sul benessere del personale e sulla produttività organizzativa (Almost et al., 2016; Pavlakis et al., 2011). Tra le fonti di conflitto si possono annoverare caratteristiche individuali, scarsa comunicazione, ambiguità nei ruoli e problematiche organizzative (Almost et al., 2016; Vesperi et al., 2020).

Le competenze relazionali e comunicative sono rilevanti in tutte le professioni di aiuto. È di fondamentale importanza che tutto il personale sanitario coinvolto acquisisca una formazione nella risoluzione dei conflitti, la cui realizzazione ha dimostrato risultati positivi, tra cui il miglioramento del lavoro di squadra e la riduzione delle lamentele dei pazienti (León-Pérez et al., 2016; Overton & Lowry, 2013 in Fiorini e Granata, 2019).

Oltre alla formazione di base di tutto il personale sanitario è importante la presenza di figure professionali competenti per i compiti di mediazione e consulenza.

Nell’ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) la gestione costruttiva dei conflitti rappresenta una competenza imprescindibile poiché impatta globalmente sulla qualità delle relazioni e dell’assistenza.

2. SCOPO

Questa procedura operativa ha l’obiettivo di fornire elementi per la comprensione delle dinamiche conflittuali e strategie per la gestione dei conflitti all’interno della Rete Locale di Cure Palliative

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 3 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

(RLCP) della ASL Roma 1. La procedura è applicabile a tutti i nodi della rete e mira a garantire una gestione efficace e tempestiva dei conflitti che possano sorgere tra i membri dell'équipe e fornire un approccio strutturato per risolvere conflitti tra l'équipe e il paziente o tra l'équipe e i familiari, mantenendo l'orientamento alla cura e al benessere del paziente. Mira infine ad implementare le conoscenze in materia di gestione dei conflitti attraverso interventi di formazione, comunicazione e supporto psicologico.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari
- RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale): strutture residenziali che forniscono assistenza ai pazienti anziani e terminali.

È rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nei suddetti ambiti, inclusi medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, e altri membri del team multidisciplinare (rif. Procedura organizzativa RLCP).

4. DEFINIZIONI

Si forniscono di seguito alcune definizioni fondamentali relative al conflitto, inclusi i concetti chiave come cause, fasi e stili conflittuali. Vengono inoltre esplorate le dinamiche di gestione dell'aggressività, con focus sulle tecniche di de-escalation e la gestione dei comportamenti aggressivi nel conteso sanitario.

4.1 IL CONFLITTO

Il conflitto si verifica quando due o più persone entrano in disaccordo a causa di interessi, bisogni, valori o obiettivi incompatibili, spesso alimentati e sostenuti da emozioni e sentimenti contrastanti. Le emozioni intense come la rabbia, la frustrazione, o la paura possono esacerbare le differenze, rendendo le parti meno disposte al compromesso. A seconda di come viene gestito, un conflitto può rafforzare o indebolire la relazione tra le parti coinvolte. Questo fenomeno è parte della vita sociale e può verificarsi in qualsiasi tipo di relazione, sia personale che professionale, come nel contesto sanitario, dove conflitti tra colleghi, pazienti, famiglie e reparti possono essere frequenti. In tale contesto, è essenziale che gli operatori sanitari coinvolti sviluppino competenze relazionali specifiche per gestire efficacemente le dinamiche conflittuali.

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 4 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

Gli elementi che compongono il conflitto

Gli elementi che compongono il conflitto sono:

- Le parti: individui (l'operatore, l'assistito), gruppi (un'équipe di lavoro), organizzazioni (ospedale, associazione), categorie (medici, infermieri...).
- Le cause (*issues*): la relazione (come aspettative o come percezioni), i valori (politici, ideologici, religiosi ecc.), le convinzioni/opinioni/credenze, il controllo delle risorse (materiali o di posizione), gli interessi.
- Gli obiettivi (che possono essere macroscopicamente suddivisi in obiettivi che prevedono il mantenimento dello status-quo e quelli che mirano a cambiarlo).
- L'equilibrio del potere: connesso al ruolo (tra membri dell'équipe) o in relazione alla competenza tecnico-scientifica (rapporto medico-paziente).
- Gli atteggiamenti: dimensione soggettiva del conflitto ovvero "l'insieme delle percezioni, emozioni e disposizioni degli attori, originati dal conflitto o preesistenti ad esso, e che determinano il comportamento e l'interpretazione della situazione" (Arielli E. Scotto G. 1998).

In ambito sanitario, in base alle parti interessate, possiamo individuare diversi livelli di conflitto secondo la seguente classificazione:

- Livello interpersonale (micro):
 - Conflitti tra operatore sanitario e paziente;
 - Conflitti interprofessionali orizzontali (tra colleghi);
 - Conflitti interprofessionali verticali (gerarchici).
- Livello intergruppo/organizzazione (meso):
 - Conflitti all'interno dell'équipe di lavoro;
 - Conflitti all'interno di reparti e Unità Operative;
 - Conflitti all'interno di Comitati Etici;
 - Conflitti all'interno di Aziende Sanitarie.
- Livello di sistema (macro):
 - Conflitti tra cittadini e sistema socio-sanitario;
 - Conflitti di interesse, bisogni dei cittadini e leggi di mercato;
 - Allocazione delle risorse.

Le cause che innescano i conflitti possono essere estremamente variegate e complesse. Spesso, la radice dei conflitti può essere rintracciata in una combinazione di fattori che vanno oltre le semplici differenze di opinioni. Comprendere la diversità di queste cause può aiutare a individuare

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 5 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

le origini di un conflitto specifico e ad adottare strategie mirate per affrontarlo in modo efficace e costruttivo. Tra le cause ritroviamo:

- differenze di opinione e valori.
- interessi e bisogni contrastanti.
- problemi di comunicazione: la comunicazione inefficace o distorta è una causa comune di conflitto. La mancanza di chiarezza, l'equivoco o il fraintendimento nelle interazioni possono portare a interpretazioni errate e a sentimenti di frustrazione o rabbia. La mancanza di ascolto attivo, la scarsa capacità di esprimere in modo chiaro i propri pensieri o la presenza di barriere linguistiche possono intensificare i conflitti.
- differenze culturali: i conflitti interculturali sorgono quando le differenze culturali non vengono comprese o rispettate adeguatamente.
- interpretazioni contrastanti: un'azione o un evento può essere interpretato in modo diverso da persone diverse, portando a percezioni contrastanti e a disaccordi.

Le fasi del conflitto

Il conflitto si sviluppa generalmente in quattro fasi:

1. **Conflitto latente:** Le parti coinvolte percepiscono che i propri obiettivi sono incompatibili, ma non sempre sono consapevoli di come ciò possa evolvere in conflitto in quanto ciascuna parte ritiene di essere nella ragione.
2. **Percezione del conflitto:** Gli interessi divergenti diventano evidenti, anche se inizialmente possono manifestarsi attraverso l'inazione ed il silenzio.
3. **Escalation:** La situazione diventa più intensa con un passaggio ad una fase più attiva ed esplicita. Dall'assunto di poter ancora far valere il proprio punto di vista, si può arrivare ad una sorta di "ultimatum" reciproci. In questi casi può risultare cruciale l'intervento di un mediatore terzo per arginare una escalation incontrollata.
4. **Conflitto aperto:** Le parti si ritrovano in un'impasse, convinte di avere ragione, e deluse per non essere riuscite nel persuadere l'altra parte e/o nel risolvere la situazione.

Il compito di chi vorrà gestire costruttivamente un conflitto sarà quello di intercettare la fase di latenza e, se possibile, agire prima delle fasi successive, facendo emergere i bisogni e le questioni. Nel caso in cui sia già in atto la fase di escalation sarà necessario cercare di arrestarla il prima possibile per evitare danni eccessivi, soprattutto in termini di relazione. Infatti, se il conflitto non viene risolto tempestivamente, può creare un significativo disagio emotivo per cui è utile, per tutte le parti, individuarlo e risolverlo cercando una soluzione soddisfacente per tutti.

I componenti dell'équipe che riescano, sia con i colleghi che con il paziente e/o familiare, a cogliere l'emergere del conflitto nelle sue fasi iniziali avranno maggiore possibilità di comprendere i bisogni

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 6 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

delle parti e potranno agire efficacemente prima che le componenti emotive dell'escalation rendano ogni azione costruttiva estremamente difficile.

Stili conflittuali

Durante un conflitto possono essere messi in atto stili conflittuali diversi di cui sinteticamente riportiamo le caratteristiche:

Stile competitivo: si tratta di uno stile in cui l'individuo cerca di "vincere" il conflitto a scapito dell'altro. È caratterizzato dall'attribuire la colpa all'altro, minimizzare le proprie responsabilità, pretendere cambiamenti di comportamento, fare domande ostili, far sentire in colpa, umiliare in pubblico ecc.. La finalità è il raggiungimento del proprio obiettivo. Si utilizza in questo approccio la negoziazione distributiva ed il fine è il raggiungimento dei propri obiettivi. Nel contesto di relazioni professionali e interpersonali questo approccio porta a peggiorare le relazioni creando un clima di opposizione e non sostenibile a lungo termine.

Stile elusivo: consiste nell'evitare il conflitto o nel rifiutare di affrontarlo. Caratterizzato da non risposte, risposte incomplete, cambi di argomento, negazione. Questo approccio rimanda la presa in carico del problema, permette di prendere tempo/distanza, non modifica lo status-quo ma allo stesso tempo il problema

rimane, non viene risolto con il rischio che possa crescere la frustrazione, non permette di chiarire le possibili percezioni errate e non migliora la relazione. Può essere utile per conflitti di minore importanza ma, se usato in modo eccessivo, può lasciare problemi irrisolti.

Stile cooperativo: Consiste nel ricercare una soluzione dove entrambe le parti possono essere soddisfatte. Comprende l'assertività, l'ascolto attivo, la comunicazione efficace, l'accettazione di responsabilità, l'utilizzo di tecniche di de-escalation, l'umiltà di ricorrere all'aiuto di terze parti. Si avvale della negoziazione integrativa che vedremo nel dettaglio in seguito. Questo approccio richiede tempo, è più faticoso, richiede l'apprendimento di competenze comunicative. Questo stile è da preferirsi se c'è l'intento di raggiungere soluzioni cooperative dove entrambe le parti possono trarne beneficio con un miglioramento anche della relazione.

4.2 RICONOSCIMENTO E GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ

Per poter fronteggiare o prevenire episodi di maggiore conflittualità e comportamenti aggressivi è necessario che il personale sanitario sia addestrato al riconoscimento degli indicatori comportamentali tipici. Ad esempio: l'alzarsi in piedi, volto paonazzo, innalzamento del tono e volume della voce, affanno, contatto oculare diretto o prolungato, aumento gestualità, tensione muscolare (volto, mandibole, corpo), pugni serrati, climax di agitazione, riduzione dello spazio interpersonale. I comportamenti descritti presentano una sequenzialità specifica che nel complesso viene definita come "escalation dell'aggressività" (Pompili et al., 2021).

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 7 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

Il ciclo dell'aggressività e la de-escalation

Un episodio aggressivo è caratterizzato da fasi successive che complessivamente costituiscono il "ciclo dell'aggressività", la cui conoscenza risulta utile al fine di individuare nella realtà clinica tutti gli interventi più efficaci. Il ciclo di aggressione è costituito da 5 fasi: nella prima fase sono presenti i "fattori scatenanti"; la seconda fase corrisponde all'escalation, in cui si osserva il progressivo aumento dell'aggressività fino al "punto di non ritorno"; la terza fase è denominata "fase della crisi"; la quarta fase è definita "di recupero", in cui l'aggressività tende a ridursi ma continua ad essere possibile l'innescare di ulteriori crisi; la quinta fase corrisponde alla "depressione post critica".

Gli interventi di de-escalation sono volti a prevenire o invertire la fase di escalation. Risultano inefficaci, invece, qualora sia stata raggiunta la fase della crisi. Simile intervento è costituito da una serie di tecniche di desensibilizzazione con lo scopo di contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività. Affinché risulti efficace è indispensabile che chi la mette in atto abbia buone capacità di ascolto, comprensione empatica, capacità di problem solving, assertività e capacità di mantenere la calma e il controllo. È utile creare uno spazio di ascolto (anche fisico), apparire fiduciosi, mostrare calma, parlare lentamente, con dolcezza e in modo chiaro, abbassare la voce, mantenere un contatto oculare adeguato e non persistente, non discutere, ma ascoltare con interesse e comprensione. Non è conveniente formulare domande dirette. Risulta importante la conoscenza e utilizzo di tecniche comunicative di tipo verbale e non verbale, ad esempio: non anticipare le risposte, tono di voce calmo e chiaro, individuare con la persona l'eventuale trigger, evitare posture che possano suggerire atteggiamento di chiusura o autorità, controllare la propria mimica facciale in modo che sia coerente con i contenuti espressi.

5. MODALITÀ OPERATIVE

La gestione costruttiva dei conflitti ha due ambiti di azione: la negoziazione integrativa e la mediazione. La negoziazione integrativa è orientata alla gestione costruttiva dei conflitti integrando i bisogni di una parte con quelli dell'altra. La mediazione è una negoziazione che prevede la presenza di una figura esterna che aiuta le parti a gestire la controversia. La mediazione può essere formale ovvero istituzionalizzata in uno spazio predisposto e con personale specificatamente formato oppure informale gestita da chi svolge compiti di coordinamento di gruppi di lavoro o di gestione delle risorse umane.

La prima strategia di gestione dei conflitti potrebbe essere considerata la prevenzione. Prendendoci cura del potenziale conflitto ancora prima che questo si manifesti aumenta la possibilità di ottenere in seguito benefici in termini di relazione, sostenibilità degli esiti, contenimento del costo emotivo di uno scontro. Bisogna quindi investire tempo ed energie nella

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 8 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

cura delle relazioni, la buona comunicazione, la predisposizione all'ascolto e lo spazio per la critica costruttiva. L'approccio cooperativo ha bisogno anche dei feedback negativi, bisogna quindi predisporre spazi e tempi anche per l'emersione delle criticità.

5.1 LA NEGOZIAZIONE INTEGRATIVA

La negoziazione integrativa prevede la gestione del conflitto con uno stile cooperativo. L'obiettivo è la ricerca di un esito condiviso e la cura della relazione. Le fasi della negoziazione, che possono non seguire un ordine preciso, sono: l'esplicitazione del conflitto, l'individuazione dei bisogni, la ricerca delle opzioni e l'accordo di mutuo beneficio.

Nell'esplicitazione del conflitto è bene chiarire da subito alla controparte che stiamo cercando un esito che sia buono per tutti e che per noi è importante mantenere una buona relazione. In questa fase è utile chiarire le posizioni delle parti in merito alla percezione del conflitto (quali sono i contenuti del conflitto) e della relazione (che tipo di relazione le parti vorrebbero avere). L'empatia è in questa fase uno strumento prezioso perché ci aiuta a comprendere il punto di vista dell'altro. Esplicitando le nostre percezioni diamo informazioni a noi stessi e alla controparte. E' bene descrivere gli eventi nella maniera più obiettiva possibile, limitare i giudizi e le interpretazioni, rispettare i principi di onestà, non-menzogna e non-manipolazione. Sospendere il giudizio ci permette di ascoltare l'altro, con i suoi significati, con la sua visione del mondo, con le sue ragioni.

La qualità dell'accordo finale è fortemente correlata con la qualità delle informazioni che le parti si sono scambiate.

Nell'individuazione dei bisogni è di aiuto l'osservazione, la raccolta di informazioni esplicite o implicite, l'attenzione al linguaggio del corpo, porre domande e successivamente dare feedback per verificare se la nostra interpretazione è esatta. Lo strumento più efficace per facilitare questo processo di apertura comunicativa è "una buona domanda". Dopo aver fatto le domande serve la competenza chiave delle dinamiche relazionali che consiste nell'ascolto attivo. "Ascoltare in maniera attiva significa impegnarsi in un ascolto attento, partecipato e non giudicante, durante il quale periodicamente si verifica la qualità della propria comprensione parafrasando (rispecchiando) quello che la controparte ha detto e chiedendone la conferma" (Rumiati R, Pietroni D. 2001).

La fase di ricerca delle opzioni rappresenta la fase creativa del processo di negoziazione e possiamo far ricorso a tecniche di *problem solving* per raggiungere un accordo di mutuo beneficio. Si definisce di mutuo beneficio un accordo che cerca di soddisfare i bisogni/interessi di entrambe le parti che ha come obiettivo il miglioramento della relazione complessiva e la sua sostenibilità nel tempo. In caso in cui la negoziazione abbia un connotato di formalità l'accordo assume anche

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 9 di 14
---	-------------	--------------------------	--------------

una forma scritta.

5.2 LA MEDIAZIONE

La mediazione può essere intesa come l'intervento di una parte esterna alla controversia, con l'intento di facilitare il processo di negoziazione tra le parti del conflitto. La mediazione è praticabile solo con il consenso di entrambe le parti che si rivolgono volontariamente ad una terza parte esterna alla controversia. Il mediatore può sostenere il processo di gestione del conflitto solo se gode della fiducia delle parti e se viene riconosciuta la sua competenza ed il suo ruolo di garante delle regole. Il mediatore, per essere credibile, deve essere indipendente dalle parti in conflitto e non deve avere interessi personali nell'esito della controversia. Nei casi di squilibrio di potere tra le parti in conflitto si deve prendere in considerazione l'opportunità di implementare strategie di *empowerment* affinché la differenza di potere non condizioni il processo e determini i suoi esiti. Il mediatore non può risolvere i conflitti ma può aiutare chi è nel conflitto a trovare la sua soluzione, il suo scopo è facilitare la comunicazione tra le parti in conflitto. I passaggi essenziali del processo di mediazione sono gli stessi della negoziazione: esplicitazione del conflitto, abbandono della posizione e l'individuazione dei bisogni, la ricerca delle opzioni e l'accordo di mutuo beneficio.

5.3 ATTITUDINI PER MASSIMIZZARE IL POTENZIALE DI TRASFORMAZIONE DEL CONFLITTO

Di seguito si riportano alcune attitudini atte a rendere più distesa la comunicazione e massimizzare il potenziale di trasformazione del conflitto ricavate dal documento del Ministero della Salute "comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Elementi teorici della comunicazione" di maggio 2015.

1. Ascolta, fai spazio anche a te stesso, alle tue sensazioni ed emozioni
2. Assumi la responsabilità delle tue azioni e reazioni
3. Cerca cause e non colpe
4. Parla chiaro, sii diretto
5. Attieniti alla verità, per quanto a tua conoscenza
6. Vedi il conflitto come un'opportunità
7. Ricorda: non sei solo, ma siete almeno in due - anche l'altro è portatore di parte della soluzione
8. Concentrati sulle soluzioni, non sul problema o su "quanto è grave"
9. Allenati nei piccoli conflitti quotidiani - non aspettare le catastrofi

Infine, il Metodo organizza il procedere del processo secondo 9 Passi, da percorrere in sequenza lungo le Fasi:

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 10 di 14
---	-------------	--------------------------	---------------

1. Osserva i fatti, evitando il più possibile interpretazioni
2. Nomina le emozioni in gioco e assumi la responsabilità delle tue
3. Domanda e raccogli informazioni dirette, dai nulla per scontato
4. Esprimi i tuoi Fondamenti con chiarezza e indaga gentilmente quelli dell'altra parte
5. Indaga quali Bisogni Essenziali sono messi in pericolo nella situazione per tutte le parti
6. Situa il conflitto a livello giusto, così da poter utilizzare mezzi adeguati per risolverlo
7. Chiarisci bene il tuo obiettivo: è dispersivo e inefficace perseguire obiettivi vaghi e mutevoli
8. Individua soluzioni Win/Win - poniti l'obiettivo di soddisfare i Bisogni Essenziali di entrambi
9. Agisci in modo adeguato al livello e mantieni ben chiaro e in vista l'obiettivo

5.4 GESTIONE DEI CONFLITTI INTERNI ALL'ÉQUIPE E RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA GESTIONE DEI CONFLITTI

I conflitti tra i membri dell'équipe sono inevitabili in contesti complessi e ad alta intensità emotiva come le cure palliative. È fondamentale gestirli tempestivamente per garantire un ambiente di lavoro sereno e focalizzato alla cura del paziente. Lo psicologo in cure palliative attua un costante monitoraggio del clima lavorativo nell'équipe attraverso strumenti e tecniche idonee ai vari setting assistenziali. È sua competenza specifica facilitare l'espressione delle emozioni e rilevare le dinamiche di gruppo nella discussione dei casi e nel supporto all' équipe. Riconoscere la necessità di una supervisione esterna è competenza specifica dello psicologo anche se può essere evidenziata da vari membri dell'équipe.

Incontri di équipe periodici: Organizzare regolari incontri di équipe in cui si possa discutere apertamente di difficoltà relazionali, divergenze professionali o emozionali legate al lavoro. È essenziale che i membri dell'équipe mantengano una comunicazione aperta, onesta e rispettosa. Ogni membro del team deve sentirsi libero di esprimere le proprie opinioni e preoccupazioni senza temere ritorsioni o giudizi.

Mediazione: Quando i conflitti interni sono gravi o persistenti, può essere necessario ricorrere a un mediatore esterno, come uno psicologo o un consulente, per facilitare la risoluzione del conflitto. Lo psicologo interno all' équipe non può esserne contemporaneamente supervisore.

Formazione Continua: Programmare corsi di formazione e aggiornamenti per migliorare le competenze comunicative, la gestione dello stress e il lavoro in team

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 11 di 14
---	-------------	--------------------------	---------------

5.5 Gestione dei Conflitti tra Équipe e Paziente/Familiari

Il conflitto interpersonale tra l'operatore sanitario e l'assistito presenta delle peculiarità rispetto altri tipi di relazione, in primo luogo l'asimmetria delle parti. È presente una disparità di competenze e conoscenze di carattere tecnico a favore dell'operatore sanitario (comune ad ogni relazione tra professionista e cliente) ed un particolare stato di vulnerabilità e debolezza dovuto alla malattia e allo stato di necessità in cui si trova il malato. Il principio di autonomia e la pratica del consenso libero e informato ha permesso di ridurre la distanza tra le due posizioni dando all'assistito la possibilità di partecipare attivamente alle scelte diagnostiche e terapeutiche. Ogni soggetto porta infatti con sé competenze specifiche che determinano responsabilità differenti. L'operatore sanitario, con la sua competenza, è responsabile delle scelte cliniche che propone, mentre il paziente, con l'esperienza diretta della malattia, è responsabile delle decisioni relative all'impatto delle stesse nella propria vita e nel proprio vissuto. La qualità della relazione deriva dalla valorizzazione delle rispettive competenze e dall'assunzione condivisa di responsabilità. Nel modello patient-centred assume rilevanza clinica accanto alla malattia, di cui è esperto il medico, l'esperienza che della malattia fa il malato, di cui è esperto l'assistito.

L'approccio cooperativo nella relazione medico-paziente, ispirato alla negoziazione integrativa, implica che il medico non solo trasmetta informazioni, ma consideri anche le esigenze, i desideri del paziente o nel caso del familiare, integrando le conoscenze tecniche con il vissuto e le preferenze personali del paziente specifico.

L'operatore sanitario è chiamato a mettere in atto azioni di *empowerment* che aumentino la capacità del paziente di essere consapevole del proprio potere e di utilizzarlo effettivamente. Utilizzare il proprio potere per aumentare il potere dell'altro può essere considerato un compito peculiare per chi, come l'operatore sanitario, viva una relazione d'aiuto. L'obiettivo è la decisione condivisa, dove entrambe le parti si sentano responsabili e ascoltate nelle scelte che vengono fatte. Qui entrano in gioco le competenze comunicative e relazionali del professionista sanitario. Un altro aspetto distintivo del rapporto tra l'operatore sanitario e l'assistito è la correlazione presente tra il rapporto di fiducia tra le parti, segno di una relazione positiva, ed una maggiore aderenza terapeutica (*compliance*). Le competenze relazionali per il professionista sanitario diventano strumenti necessari per la buona riuscita della relazione di aiuto.

- **Ascolto Attivo e Comunicazione Empatica:** È fondamentale che l'équipe ascolti attivamente le preoccupazioni del paziente e dei familiari, senza giudicare. Ascoltare attivamente significa impegnarsi in un ascolto attento, partecipato e non giudicante, durante il quale si verifica periodicamente la qualità della propria comprensione, parafrasando e chiedendo conferma alla controparte. La comunicazione deve essere chiara, rispettosa e empatica, spiegando le decisioni terapeutiche con un linguaggio comprensibile. La comunicazione in

medicina rappresenta un aspetto fondamentale del percorso clinico. Il codice di deontologia medica, all'articolo 20, sottolineando l'importanza della relazione con il paziente fondata sull'alleanza di cura, riconosce il valore della comunicazione quale strumento necessario e imprescindibile per fornire al paziente un'informazione che sia sempre comprensibile e completa; pertanto considera "il tempo della comunicazione già quale tempo di cura".

- **Condivisione delle Decisioni:** Il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nelle decisioni è essenziale. In questo processo, l'approccio cooperativo permette di integrare i bisogni e le preferenze del paziente con le competenze tecniche del medico, favorendo un dialogo aperto ed una negoziazione degli obiettivi terapeutici. L'équipe deve discutere apertamente le opzioni terapeutiche, il controllo del dolore e le aspettative del paziente, cercando di conciliare ove possibile le esigenze del paziente con le possibilità terapeutiche.
- **Interventi di Mediazione:** Se il conflitto persiste, può essere utile il coinvolgimento di un mediatore o di un consulente psicologico che aiuti a trovare un terreno comune, favorendo il dialogo e la comprensione reciproca.
- **Documentazione:** Le decisioni prese durante la gestione del conflitto devono essere adeguatamente documentate, comprese le discussioni con il paziente e la famiglia, al fine di garantire trasparenza e chiarezza.

6. BIBLIOGRAFIA

- Arielli, E., Scotto, G. (1998). I conflitti. Introduzione a una teoria generale. Milano: Bruno Mondadori.
- Bovero, A., Gollo, G., Varani, S. (2023). Lo psicologo e l'équipe di cure palliative. La Rivista Italiana di Cure Palliative.
- Farro, G. (2023). La comunicazione in medicina palliative. La Rivista Italiana di Cure Palliative.
- Il Core Curriculum dello Psicologo in cure palliative, SICP 2013.
- Parisi, G. (2003) Comunicazione e relazione. In: Caimi V, Tombesi M (A cura di). Medicina Generale. Torino: UTET.
- Rumiati, R., Pietroni, D. (2001). La negoziazione. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Valdambrini, A. (2008). La gestione dei conflitti in ambito Sanitario. Roma: Il pensiero Scientifico Editore.
- Weeks, D. (1994). The eight essential steps to conflict resolution: preserving relationships at work, at home and in the community. New York: G.P. Putman's Sons Publishers.
- Pompili et al., 2021 in Nicolò e Pompili. (2021). Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fiorini, F., Granata, A. (2019). Il conflitto in sanità: un problema di comunicazione. Giornale

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 13 di 14
---	-------------	--------------------------	---------------

GESTIONE DEI CONFLITTI NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 03	Rev. 0 del 25/03/2025	pag. 14 di 14
---	-------------	--------------------------	---------------