

Caleidoscopio *Italiano*



Maurizio Lozzi



Sociologia clinica e Mediazione pacifica dei conflitti in ambito medico-sanitario

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

196

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

Caleidoscopio

Italiano



Maurizio Lozzi

*Università degli Studi di Cassino
Sociologia per la Persona*



Sociologia clinica e Mediazione pacifica dei conflitti in ambito medico-sanitario

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

196

... il futuro ha il cuore antico  **MEDICAL SYSTEMS SpA**

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI



INFORMAZIONI GENERALI. *Caleidoscopio* pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. La rivista segue i requisiti consigliati dall'International Committee of Medical Journal Editors. Gli Autori vengono invitati dal Direttore Responsabile. La rivista pubblica anche monografie libere, proposte direttamente dagli Autori, redatte secondo le regole della Collana.

TESTO. La monografia deve essere articolata in paragrafi snelli, di rapida consultazione, completi e chiari. I contenuti riportati devono essere stati sufficientemente confermati. E' opportuno evitare di riportare proprie opinioni dando un quadro limitato delle problematiche. La lunghezza del testo può variare dalle 60 alle 70 cartelle dattiloscritte ovvero 100-130.000 caratteri (spazi inclusi). Si invita a dattilografare su una sola facciata del foglio formato A4 con margini di almeno 25 mm. Usare dovunque doppi spazi e numerare consecutivamente. Ogni sezione dovrebbe iniziare con una nuova pagina.

FRONTESPIZIO. Deve riportare il nome e cognome dell'Autore(i) -non più di cinque- il titolo del volume, conciso ma informativo, la Clinica o Istituto cui dovrebbe essere attribuito il lavoro, l'indirizzo, il nome e l'indirizzo dell'Autore (compreso telefono, fax ed indirizzo di E-mail) responsabile della corrispondenza.

BIBLIOGRAFIA. Deve essere scritta su fogli a parte secondo ordine alfabetico seguendo le abbreviazioni per le Riviste dell'Index Medicus e lo stile illustrato negli esempi:

1) Björklund B., Björklund V.: Proliferation marker concept with TPS as a model. *Apreliminary report. J. Nucl. Med. Allied. Sci* 1990 Oct-Dec, VOL: 34 (4 Suppl), P: 203.

2) Jeffcoate S.L. e Hutchinson J.S.M. (Eds): *The Endocrine Hypothalamus*. London. Academic Press, 1978.

Le citazioni bibliografiche vanno individuate nel testo, nelle tabelle e nelle legende con numeri arabi tra parentesi.

TABELLE E FIGURE. Si consiglia una ricca documentazione iconografica (in bianco e nero eccetto casi particolare da concordare). Figure e tabelle devono essere numerate consecutivamente (secondo l'ordine di citazione nel testo) e separatamente; sul retro delle figure deve essere indicato l'orientamento, il nome dell'Autore ed il numero. Le figure realizzate professionalmente; è inaccettabile la riproduzione di caratteri scritti a mano libera. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari ovunque e di dimensioni tali che, se ridotti, risultino ancora leggibili. Le fotografie devono essere stampe lucide, di buona qualità. Gli Autori sono responsabili di quanto riportato nel lavoro e dell'autorizzazione alla pubblicazione di figure o altro. Titoli e spiegazioni dettagliate appartengono alle legende, non alle figure stesse. Su fogli a parte devono essere riportate le legende per le figure e le tabelle.

UNITÀ DI MISURA. Per le unità di misura utilizzare il sistema metrico decimale o loro multipli e nei termini dell'International system of units (SI).

ABBREVIAZIONI. Utilizzare solo abbreviazioni standard. Il termine completo dovrebbe precedere nel testo la sua abbreviazione, a meno che non sia un'unità di misura standard.

PRESENTAZIONE DELLAMONOGRAFIA. Riporre il dattiloscritto, le fotografie, una copia del testo in formato .doc oppure .rtf, ed copia di grafici e figure in formato Tiff con una risoluzione di almeno 240 dpi, archiviati su CD in buste separate.

Il dattiloscritto originale, le figure, le tabelle, il dischetto, posti in busta di carta pesante, devono essere spediti al Direttore Responsabile con lettera di accompagnamento. L'autore dovrebbe conservare una copia a proprio uso. Dopo la valutazione espressa dal Direttore Responsabile, la decisione sulla eventuale accettazione del lavoro sarà tempestivamente comunicata all'Autore. Il Direttore responsabile deciderà sul tempo della pubblicazione e conserverà il diritto usuale di modificare lo stile del contributo; più importanti modifiche verranno eventualmente fatte in accordo con l'Autore. I manoscritti e le fotografie se non pubblicati non si restituiscono.

L'Autore riceverà le bozze di stampa per la correzione e sarà Sua cura restituirle al Direttore Responsabile entro cinque giorni, dopo averne fatto fotocopia. Le spese di stampa, ristampa e distribuzione sono a totale carico della Medical Systems che provvederà a spedire all'Autore cinquanta copie della monografia. Inoltre l'Autore avrà l'opportunità di presentare la monografia nella propria città o in altra sede nel corso di una serata speciale.

L'Autore della monografia cede tutti i pieni ed esclusivi diritti sulla Sua opera, così come previsti dagli artt. 12 e segg. capo III sez. I L. 22/4/1941 N. 633, alla Rivista *Caleidoscopio* rinunciando agli stessi diritti d'autore (ed accettandone il trasferimento ex art. 132 L. 633/41).

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al seguente indirizzo:

Restless Architect of Human Possibilities sas
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari

Caleidoscopio

Italiano

Editoriale

La Dr.ssa Jacqueline Morineau, fondatrice e direttrice del “Centre de la Mediation et de la Formation à la mediation” di Parigi, prendendo spunto dalle recenti manifestazioni di violenza nelle periferie di Parigi e in altre città francesi ha sottolineato come queste manifestazioni violente possano essere lette come “..il risultato di una sofferenza” e come “la violenza diventi l’unico linguaggio per essere ascoltati, quando nessuno vuole o può sentire la sofferenza dell’altro”. La mediazione diventa quindi la possibilità di “dare spazio alla parola”. Questi concetti così semplici ma con implicazioni talmente profonde da diventare culturalmente rivoluzionarie costituiscono il nucleo di questa splendida e dotta monografia dedicata a questo tema che ben sottolinea come “l’incapacità di ascoltare, di ascoltarsi e di essere ascoltati conduce sempre ed inevitabilmente ogni individuo a dinamiche di chiusura e di isolamento che contribuiscono a snaturare invece l’indole estremamente comunicativa di ogni essere umano” ed ancora “la stragrande maggioranza dei conflitti ... nasce sostanzialmente da perverse dinamiche di *non ascolto*”. La preparazione sociologica dell’autore sicuramente costituisce la base di questa monografia ma è pur vero che finalmente, come lo stesso rileva, “la sociologia deve accelerare l’uscita dalla sua torre d’avorio, iniziare ad essere praticata qualitativamente nell’ambiente sociale per rivelare così le potenzialità di applicazione alla vita di tutti i giorni”. Questo volume vuol costituire proprio un primo passo, non definitivo né tantomeno risolutivo, in questa direzione partendo dalla consapevolezza che non necessariamente “i propri bisogni si possano soddisfare solo penalizzando quelli di qualcun altro” ma, piuttosto che con lo sviluppo della capacità di ascolto e la creatività, si possono prevenire non solo i conflitti, ma rendere praticabile la stessa mediazione.

Maurizio Lozzi, laureatosi ad Urbino in Sociologia, è nello staff del Laboratorio per lo Studio dei Nuovi Servizi (www.lans.it) ed in quello neocostituito di Comunicazioni Sociali diretti ambedue dal Prof. Francesco M. Battisti, professore ordinario di Sociologia presso l’Università degli Studi di Cassino. In questa sede accademica è docente a contratto in discipline sociologiche, tra cui Sociologia del Lavoro, Sociologia Generale, Tecniche di Comunicazione Pubblica e Metodi di analisi del contenuto dei Media. Acquisito il *Master Europeo in A.D.R. Alternative Dispute Resolutions* ha consolidato le sue attività di formatore nel campo della Mediazione pacifica dei conflitti e delle strategie anti-Mobbing contribuendo anche in campo ospedaliero, attraverso l’ap-

proccio sociologico clinico, alla promozione di percorsi di formazione orientati allo sviluppo di G.M.R. (Gruppi di Miglioramento Relazionale). Attualmente sta portando a termine il Dottorato di Ricerca riguardante gli Studi strategici e la Difesa della pace presso la Libera Università "San Pio V" di Roma ed è anche attivo nel campo della Mediazione ambientale e dello sviluppo sostenibile. Iscritto alla sezione di Sociologia dell'Educazione dell'A.I.S., Associazione Italiana di Sociologia, fa parte del gruppo italiano di Sociologia della Persona dedicato all'infanzia. Ha presieduto la sezione provinciale di Frosinone dell'A.D.I., Associazione Dottorandi e Dottori di Ricerca Italiani, ed EuroMedias, l'Unione Euromediterranea per la Mediazione consensuale dei conflitti. Membro dell'Ordine Nazionale Giornalisti, collabora con "Quaderni Satyagraha", la prima rivista italiana di *Peace Studies* oggi edita dalla Libreria Editrice Fiorentina per cui scrisse Don Milani, con "Conflitti", la rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogia del Centro Psicopedagogico per la Pace e la gestione dei Conflitti, con il semestrale "Mediars" delle Edizioni Dedalo di Bari, con la rivista "Mediare" delle Edizioni Carlo Amore di Roma, con "Quaderni di Mediazione" della Punto di Fuga Editore di Cagliari, con ".ECO", la rivista per l'educazione sostenibile di Torino e con la rivista "Childhood and Society" edita dalla Lulu Press di New York. Sulla Mediazione ha pubblicato recentemente una scheda sul 6° Rapporto Nazionale sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza edito ogni anno dall'istituto di ricerca Eurispes e dall'associazione nazionale Telefono Azzurro ed è tra i firmatari del consensus internazionale "Giù le mani dai bambini", campagna nazionale per la difesa del diritto alla salute dei bambini realizzata con il patrocinio del Segretariato Sociale della RAI. Frequentemente invitato a diversi convegni nazionali ed internazionali, è stato uno dei rappresentanti italiani e dei relatori al III World Mediation Forum (Cagliari - 2000), al V World Mediation Forum (Crans Montana - 2005) ed al *First Ambassadors of Peace World Congress* (Trieste - 2001).

Sergio Rassu

Per corrispondenza:
Prof. Maurizio Lozzi
Università degli Studi di Cassino
Facoltà di Lettere e Filosofia
Laboratorio per lo Studio dei Nuovi Servizi
tel. 3397020295
m.lozzi@unicas.it

Introduzione

Alla luce della prospettiva sociologica, il conflitto può essere considerato un elemento di specificità sul quale è indubbiamente utile ragionare. E' chiaro però che va necessariamente fornita una definizione del conflitto, o meglio, vanno definiti – e questo è il compito di questa monografia - almeno i confini in cui può venire collocata questa dinamica relazionale di cui tutti, anche in ambito medico-sanitario, almeno una volta nella vita abbiamo fatto esperienza. Essendo uno stato, o meglio, un processo nelle relazioni ritenuto generalmente non desiderabile, il conflitto ha sempre attirato l'attenzione degli scienziati sociali dando impulso a interventi e stimoli idonei o al suo superamento o, come vedremo, alla sua trasformazione(17). L'interesse e, quindi, l'attenzione per questa tematica sociologicamente parlando appaiono più che evidenti, tanto da farci legittimamente domandare perché sia in particolar modo la Sociologia ad avere competenza nel parlare di conflitto. La risposta a questa domanda va ricercata nel semplice fatto che il conflitto di per sé è un fenomeno puramente sociale. Un assunto questo che permette di farcelo osservare almeno da due angolature: una di carattere puramente *macro-strutturale*, e quindi riferibile ai diversi livelli di aggregazione sociale che comprendono gruppi, classi, comunità, ecc. e la seconda, invece, sostanzialmente *micro-strutturale* ed in grado quindi di porre in evidenza le dirette interazioni con gli altri, i relativi comportamenti e le relazioni ovviamente attivabili. Questa seconda angolatura tesa a focalizzare l'ambito micro-strutturale, ci permette di porre le basi per iniziare a parlare anche in ambito sanitario delle possibilità offerte e praticabili attraverso la Mediazione pacifica dei conflitti, risorsa utilissima per valorizzare quello spazio puramente sociale esistente all'interno delle relazioni ed anche all'interno delle altre forme di comunicazione possibili tra i medici, i pazienti ed ovviamente i parenti di questi ultimi. La monografia si limiterà in fondo a ricordare essenzialmente alcuni aspetti generali, riprendendo però quelli che comunque appaiono interessanti per focalizzare il contributo offerto a livello disciplinare dalle modalità di Mediazione pacifica dei conflitti applicabili anche in ambito medico-sanitario.

1. La riflessione sociologica

Una prima analisi disciplinare di rilievo passa inevitabilmente attraverso l'osservazione sociologica delle dinamiche conflittuali fornita dall'orientamento posto da Wallace e Wolf(68), i quali, superando la divisione macro e micro-strutturale, sostengono come in ogni conflitto sia possibile individuare comunque le tre componenti comuni esposte nella Tabella n. 1:

GLI INDIVIDUI	Componente che di fondo possiede un certo numero di interessi per la cui realizzazione si impegna. Si tratta di interessi spesso non solo personali o specifici di singole comunità o società, ma invece piuttosto comuni in tutte.
IL POTERE	Componente che non è solamente fonte di conflitto poiché disponibile in maniera limitata e suddivisa spesso in modo diseguale, ma anche perché viene esercitato fundamentalmente in maniera coercitiva. Il potere permette agli individui che lo detengono di perseguire principalmente i propri interessi.
L'ESISTENZA DI VALORI E DI IDEE IN UN GRUPPO	Componente che, diversa spesso da quella esistente in un altro gruppo, si rivela frequentemente più come strumento di antagonismo che di integrazione.

Tabella 1. Le componenti comuni nelle dinamiche conflittuali.

Fonte: Wallace, R. A. e Wolf, A. - *La teoria sociologica contemporanea* - Il Mulino - Bologna - 1985. Adattamento: m.lozzi@unicas.it - Università degli Studi di Cassino

Preso atto di un sostanziale accordo possibile su questi tre elementi, prima di sviluppare il percorso educativo orientato alla Mediazione pacifica dei conflitti, è opportuno valutare i diversi orientamenti teorici espressi in Sociologia che, proprio riguardo al conflitto, hanno consentito lo sviluppo di quello che è definito "approccio sociologico clinico" (47). Dato che l'evoluzione stessa della medicina pone comunque sempre più di frequente i medici di fronte alla necessità di valorizzare i momenti comunicativi e gli aspetti relazionali, diventa opportuno indagare queste dinamiche - focalizzando ovviamente quelle di tipo conflittuale - cominciando ad incontrare almeno i pensatori che ne hanno teorizzato le basi. Ci si avvicina così inevitabilmente a due scuole di pensiero, una legata a Karl Marx¹ e quindi ai sostenitori della

critica alla società della Scuola di Francoforte², ed un'altra invece ispirata al pensiero di Max Weber³, la cui tradizione ha spinto invece al rispetto dei canoni di oggettività delle scienze naturali.

¹ Karl Heinrich Marx nasce il 5 maggio del 1818 a Treviri. Il padre è un affermato avvocato di origine ebraica e così anche la madre, Henrietta Pressburg. Giovane ardente e un pò scapestarto, si iscrive al Liceo-ginnasio di Treviri dove si dedica agli studi classici e letterari, trascurando la storia. Per volontà del padre, Karl si reca all'Università di Bonn a studiare diritto. Frequenta le lezioni di filosofia e di letteratura del vecchio A.W. Schlegel e poi parte per Berlino per proseguire i suoi studi di diritto in un ateneo ancora più austero e prestigioso dove aveva insegnato Hegel e dove l'impronta intellettuale di questo filosofo era ancora particolarmente radicata. Da qui ad entrare nel circolo dei giovani della "sinistra hegeliana", il passo fu breve. Si trattava di giovani sintonizzati sulla sua stessa lunghezza d'onda, caratterizzati da un forte impegno sociale che sfociava spesso e volentieri nel radicalismo di un'ideale e di una vagheggiata lotta rivoluzionaria che pervase buona parte della sua produzione letteraria.

² Il nucleo originario della Scuola di Francoforte si forma dal 1922, attorno all'Istituto per la ricerca sociale, fondato da F. Weil e diretto da K. Grünberg, uno storico austriaco fondatore dell'Archivio per la storia del socialismo e del movimento operaio.

³ Max Weber nacque a Erfurt il 21 aprile del 1864. Fu storico, economista, sociologo e uomo politico; i problemi metodologici gli furono suggeriti dalle esigenze di queste sue attività. Nato da famiglia di tradizione liberale, partecipò in gioventù alle discussioni del *Verein für Sozialpolitik*, associazione dei «socialisti della cattedra». Dopo alcune ricerche sulla divisione del lavoro e sull'economia agricola, Weber orientò la sua ricerca verso la metodologia delle scienze sociali (sociologia della religione e sociologia del potere) e dell'economia. Nel 1894 divenne professore di economia politica alle università di Friburgo in Brisgovia e nel 1896 si spostò a quella di Heidelberg. Dopo aver preso posizione a favore dell'intervento nella I guerra mondiale, partecipò alla redazione della Costituzione della repubblica di Weimar, per la quale pensò a una compresenza di democrazia parlamentare e di potere affidato al «capo carismatico».

2. Studi e teorie sulle dinamiche conflittuali

2.1 L'utilità del conflitto

Iniziando da queste basi, l'analisi delle dinamiche conflittuali non può affatto però trascurare il pensiero di G. Simmel⁴. Per questo illustre teorico il vero nemico dell'integrazione e dell'ordine sociale non era minimamente il conflitto, ma l'indifferenza, la fuga, l'allontanamento. Questa visione ci è sicuramente più chiara se collochiamo il pensiero di questo sociologo nel periodo storico in cui è stato espresso, e cioè a cavallo delle due guerre mondiali. Simmel sosteneva che il conflitto sviluppa un processo inevitabile di interazione, poiché, ad esempio, in presenza di un conflitto esterno, ogni gruppo riesce ad acquisire una percezione più chiara dei suoi confini, la sua identità si rafforza – prende corpo il senso di appartenenza comune - e la struttura interna si centralizza. Con Simmel, anche Coser⁵ sostiene che una delle ragioni per le quali il conflitto non ha di per sé caratteristiche distruttive, è che esso tende in fondo ad autolimitarsi. Una disamina questa estremamente rivoluzionaria e chiara perché mette in luce la necessità di non rischiare tra due parti, come possono essere medico e paziente, di distruggere la loro relazione, ma fondamentalmente di orientarsi verso una limitazione dei danni prodotti nel corso di alcuni reciproci chiarimenti. Si tratta di un punto di vista confermato anche dalla cosiddetta "Teoria pluralista"⁶, enunciata specificatamente da Coser che ha infatti sostenuto e sviluppato il cosiddetto principio di *auto-limitazione del conflitto*.

2.2 La distribuzione del potere

Successivamente Ralf Dahrendorf⁷ ripropose al centro della riflessione il conflitto di classe, ritenuto invece da Simmel e Coser poco particolare nella categoria generale dei conflitti. La divisione di classe, di origine chiaramente marxiana, viene però rivista e giustificata da Dahrendorf nell'ottica di una reinterpretazione legata alle divisioni di potere⁸. Per lui infatti non è la proprietà dei mezzi di produzione e di ricchezza a creare le classi, ma la totale asimmetria nella distribuzione delle forme di potere che generano profonde spaccature tra le persone, divisibili in:

- classi sociali che danno ordini;
- e classi sociali che invece li ricevono.

Il modello di Dahrendorf ha in ogni caso il vantaggio di mettere in evidenza la presenza di molteplici linee di potere, esistenti - non a caso - anche all'interno di un'organizzazione sanitaria. La molteplicità delle linee di potere analizzate da questo teorico, ha permesso di individuare prima e di spiegare poi, sia la multidimensionalità, che la complessità stessa delle dinamiche conflittuali. Ma la cosa davvero fondamentale nel pensiero di Dahrendorf è il contributo che ha saputo offrire ad una chiara interpretazione del cambiamento sociale fondato sul fatto che, tra due parti in conflitto, una - quella che ad esempio dà ordini - è portata al mantenimento di questo privilegio, mentre l'altra - quella che invece gli ordini li riceve - è fortemente orientata al cambiamento di questa subalternità.

⁴ Georg Simmel nasce il 1° marzo del 1858 a Berlino, settimo figlio di genitori ebrei convertiti, il padre al cattolicesimo e la madre al culto evangelico a cui viene educato anche il figlio. Alla morte del padre, nel 1874, trova un tutore, che poi lo adotta, in Julius Friedlander, il fondatore delle edizioni musicali Peters. Nel 1876, dopo aver frequentato il *Gymnasium* "Friedrich Werber", si iscrive all'università di Humboldt di Berlino. Segue i corsi ed i seminari di storia di Theodor Mommsen, studia psicologia presso Moritz Lazarus e Heymann Steinthal, fondatori della *volkerpsychologie*, filosofia presso Friedrich Harms ed Eduard Zeller, storico del pensiero greco. Studia anche storia dell'arte presso Hermann Grimm, e l'italiano del Trecento, che porterà poi come materia secondaria all'esame di laurea. Importanti restano i suoi contributi alla Sociologia del conflitto e l'affermazione del concetto di interazione da lui ritenuto elemento portante della stessa struttura sociale

⁵ Lewis Coser è uno degli esponenti americani della sociologia del conflitto di impronta liberale. Se il filone conflittuale ha avuto modo di svilupparsi nella seconda metà degli anni '60 e '70, in un qualche modo a lui e ad altri studiosi affini può essere riconosciuto il ruolo di una sorta di cerniera, di un *trait d'union* tra l'impostazione fortemente integrata e conservatrice della sociologia consensuale dello struttural-funzionalismo e le effervescenze di quegli anni riconoscibili nelle contestazioni, nelle rivendicazioni sociali, nella politicizzazione delle forme e dei soggetti devianti, nella denuncia dei processi di criminalizzazione operati nei loro confronti e nella critica radicale dello Stato, delle strutture profonde dell'economia capitalista e dell'ideologia borghese. La sua posizione è da ritenersi intermedia nel senso di collocarsi, ad una attenta lettura, fondamentalmente all'interno di una prospettiva grossomodo consensuale, cercando però di ovviare ad alcune carenze significative, *in primis*, la rivalutazione in termini positivi della conflittualità *inter* e *intra* sociale. Fondamentale tra i suoi scritti il volume "*Le funzioni del conflitto sociale*" stampato da Feltrinelli (Milano, 1967).

⁶ La teoria pluralista, di origine americana, affonda le sue radici nella tradizione madisoniana ed è stata sviluppata analiticamente da A.F. Bentley, D. Truman e R.A. Dahl. Descrive il processo politico come un sistema competitivo in cui gli interessi e le pressioni si bilanciano, facendo in modo che nessun gruppo prevalga sugli altri.

⁷ Nato in Germania nel 1929, Dahrendorf ha studiato Filosofia e Sociologia ad Amburgo e Londra, iniziando nel 1958 una brillante carriera accademica. Eletto parlamentare nel 1969, l'anno dopo inizia a lavorare nel Ministero degli Esteri divenendo infine membro della Commissione Europea. Tornato all'Università ha diretto per un decennio la prestigiosa London School of Economics e per altri dieci anni è stato Decano al St. Anthony College della Oxford University. Per la sua attività accademica e per le sue opere di saggistica è internazionalmente ritenuto uno dei più grandi sociologici e politologi contemporanei.

⁸ Con Dahrendorf la teoria del conflitto si stacca completamente dall'ottica del marxismo.

2.3. “La profezia che si autoadempie”

“Se gli uomini definiscono reali le situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze”. Con questa affermazione - meglio nota grazie alla definizione di Merton⁹, come “la profezia che si autoadempie” - Thomas¹⁰ indica un principio riferibile all’intera struttura sociale nel suo complesso, lasciando intendere che sia nei suoi aspetti positivi, che in quelli negativi tutto il sistema sociale è retto da un insieme di “definizioni”, ed a sua volta il potere - secondo invece l’interpretazione di Collins¹¹ - consiste nella capacità di mantenere il controllo su tali definizioni. Enunciata da Thomas e Znaniecki¹², la “profezia che si autoadempie” ha analizzato nei sistemi sociali il concetto di “atteggiamento”, inteso come la capacità di interpretazione simbolica alla quale, di conseguenza, sono collegabili i “valori”, ovvero quegli elementi che costituiscono la cultura condivisa di ogni gruppo. L’attenzione alla “definizione” sociale della realtà e la capacità dell’uomo di agire in base a rappresentazioni simboliche divennero così gli ideali preamboli per una teoria più vasta e complessa, divenuta poi nota come *interazionismo simbolico*.

2.4 L’interazionismo simbolico

La seguente Tabella n. 2, indagando la definizione della realtà, propone alcune affermazioni.

GLI ESSERI UMANI	Agiscono nei confronti delle cose in base ai significati che per loro esse possiedono;
IL SIGNIFICATO DELLE COSE	Emerge dall’interazione sociale di un individuo con il suo interlocutore;
IL PROCESSO DI INTERPRETAZIONE	I significati delle cose vengono manovrati e modificati proprio attraverso un processo di interpretazione utilizzato da tutti gli esseri umani nell’affrontare le dinamiche in cui in ogni contesto si imbattono.

Tabella 2. La definizione della realtà

Fonte: H. Blumer – *Collective Behavior in New Outline of the Principles of Sociology* a cura di G. Lindzey – New York – Barnes & Noble - 1969. Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino

Blumer¹³, autore di questa classificazione, basava la sua posizione sulla definizione della realtà proprio su questi tre assunti e, d'altra parte, anche il punto di vista proprio dell'interazionismo simbolico a ciò si richiama, sostenendo però che la realtà si definisce secondo due tipologie di processi: quelli cognitivi e quelli emotivi. Nel primo caso le situazioni sono in pratica ciò che le persone pensano che esse siano, nel secondo invece ogni situazione - o meglio ogni definizione che di questa si può dare - diventa emozionalmente più sentita, anziché pensata solo a livello razionale. Per Blumer sono dunque gli individui stessi a definire ogni situazione attivando un processo nettamente autoreferenziale, perché qualunque definizione della situazione provenga da altri, ognuno poi può ridefinirsela a proprio piacimento. E' una dinamica questa che frequentemente accade in ambito medico-sanitario, tanto più nello stretto rapporto di interazione che coinvolge da una parte il medico e dall'altra il paziente o i suoi parenti. Esiste infatti in questa dinamica un processo di interazione simbolica nel quale ogni individuo, prima di ridefinire la situazione a suo modo, si trova inizialmente ad assumere la prospettiva dell'altro per poi crearsene una nuova. Un esempio riguardante l'uso di queste teorie nell'ambito del conflitto consente di osservare proprio la dinamica del suo scatenamento. E', infatti, questa la fase nella quale partendo dal modo con il quale una delle parti - in questo caso medico o paziente che sia - definisce il suo approccio - dal "semplicemente scortese" al "particolarmente offensivo" - che possono prendere fondamento interazioni in grado

⁹ Meyer Robert Schkonick - questo il vero nome di Robert King Merton - nasce il 5 luglio del 1910 a Philadelphia, da una famiglia di immigranti est-europei residenti in uno dei quartieri poveri della città. Durante l'adolescenza Merton fa parte di una gang del suo quartiere, ma, incoraggiato dalla madre, inizia a frequentare biblioteche e musei, riuscendo così ad acquisire una notevole preparazione culturale già durante gli anni di scuola. Diviene Professore di Sociologia nel 1947 e fino al 1971 opera al fianco di Paul Felix Lazarsfeld come direttore associato dell'Ufficio per la Ricerca Sociale Applicata della Columbia University. La sua opera forse più ponderosa è "Teoria e struttura sociale", pubblicata per la prima volta nel 1949 e poi ampliata nel 1957 e nel 1968.

¹⁰ Negli anni immediatamente successivi alla prima guerra mondiale, insieme a Znaniecki, Thomas ha inaugurato come strumento di indagine sociologico, il metodo delle storie di vita lavorando ad un famoso studio sull'immigrazione dei contadini polacchi negli Stati Uniti. Il contributo forse più significativo dato da questa ricerca fu di mostrare la significatività dei dati qualitativi raccolti. L'uso delle biografie e delle autobiografie fu successivamente riproposto all'attenzione dei ricercatori sociali anche da Lewis, formulatore del discusso concetto di *culture of poverty*.

¹¹ Randall Collins è ritenuto il massimo esponente mondiale di micro-sociologia.

¹² Per Znaniecki vale quanto detto alla nota n. 10 per Thomas e per il volume *The Polish Peasant in Europe and America*.

¹³ Herbert Blumer ha insegnato alla facoltà di Sociologia presso l'Università di Chicago dal 1927 al 1952, dove aveva concluso il suo dottorato nel 1928. Studente di G.H. Mead, che ha insegnato in questo ateneo fino alla sua morte nel 1931, ne ha portato avanti la tradizione metodologica di Mead nello stesso ateneo. Ha poi continuato a difendere instancabilmente le idee del suo maestro all'Università della California a Berkeley, dove ha insegnato dal 1952, sostenendo sempre che gli esseri umani agiscono nei confronti delle cose, sempre in base ai significati che esse possiedono per loro. Per Blumer, la consapevolezza è infatti un elemento chiave nella comprensione dell'agire significativo.

di condurre ad esiti diversissimi. Considerando anche lo sviluppo delle nuove tecnologie, bisogna ovviamente tenere conto che grazie ad esse, oggi i territori dell'agire umano continuano ad espandersi ponendo ogni medico davanti ad interrogativi etici continuamente nuovi. Il progresso scientifico rende infatti ancor più complessa la figura stessa del medico, il quale si trova a rivestire un ruolo che, quanto più è arricchito di competenze dalla tecnologia e dalla scienza, tanto più attiva proiezioni salvifiche nei confronti dei pazienti, con gratificanti quanto impegnative santificazioni, ma spesso anche con frequenti sentimenti di frustrazione e di aggressività, soprattutto nei casi in cui dal medico ci si può ritrovare traditi o delusi. Portatrice di luci ed ombre, ma anche dispensatrice di vita e, pur se involontariamente, di dolore, la figura del medico è chiamata da sempre a risvegliare e a stimolare le proprie qualità umane migliori per poter assicurare agli assistiti:

- comunicazione autentica,
- disponibilità,
- consapevolezza,
- compassione,
- senso dell'umorismo,
- saggezza,
- coraggiosa dedizione alla verità
- e, da non dimenticare affatto, accettazione delle proprie e delle altrui vulnerabilità.

2.5. Il ragionamento pratico di senso comune

Si approda invece ai concetti dell'etnometodologia di Harold Garfinkel¹⁴ attraverso lo "studio del ragionamento pratico di senso comune", definizione attribuita da questo teorico ai modi in cui le persone preferiscono utilizzare determinati metodi, anziché altri, nella loro vita quotidiana. Tra le teorie che studiano la fenomenologia sociale, l'interesse dell'etnometodologia è orientato a capire come facciano le persone a trovare un senso comune nelle attività di tutti i giorni. Garfinkel sostiene che quando l'individuo "attribuisce un senso" alle situazioni che vive riconoscendovi implicite norme sociali, è il momento in cui sta costruendo la realtà sociale. Ad esempio, in ambito sanitario, spesso alla cura che ad un paziente viene assegnata, può essere attribuito più di un senso. La cura, in ogni modo, rappresenta sia "l'insieme di medicamenti e rimedi per il trattamento d'una malattia", sia "l'interessamento sollecito e costante per qualcuno" (21). Infatti nel concetto di cura possono riunirsi sia il significato di *to care*¹⁵, che quello di *to cure*¹⁶. In effetti, ciò che sostanzia il rapporto

tra medico e paziente è fondamentalmente la cura. Il prendersi cura dell'altro motiva, fin dall'inizio, l'incontro con il paziente e consente il realizzarsi etico dell'atto clinico. Grazie infatti all'atteggiamento di cura, il momento oggettivante della diagnosi e della terapia riesce ad acquistare una profonda e autentica umanità, e non è un caso se anche Heidegger¹⁷ sosteneva nel suo *Essere e tempo* che "l'essere nel mondo è essenzialmente cura". Curare l'altro e aver cura dell'altro: la centralità del rapporto tra medico e paziente trova il suo fondamento proprio in questo. Quindi trattare con cura, delicatezza e attenzione l'altro, significa prendersi cura della relazione, compito al quale la Mediazione pacifica dei conflitti è da sempre vocata. La Mediazione come risorsa socio-relazionale sancisce infatti un "primato etico del tu", e promuove lo sviluppo di responsabilità, parola che per Emmanuel Levinas¹⁸ è ritenuta "il nome severo dell'amore" (42).

¹⁴ Harold Garfinkel nacque in una piccola cittadina del New Jersey, Newark, il 29 ottobre 1917. La sua formazione fu inizialmente economica, per imposizione del padre ed infatti frequentò corsi di contabilità e amministrazione gratuiti presso l'università di Newark, lavorando poi la notte nel negozio paterno. Nel frattempo entrò in contatto con un gruppo di studenti ebrei interessati alla sociologia, tra cui M. Tumin, H. McClosky e S. Sarason, che frequentavano un corso di statistica sociale tenuto da Paul F. Lazarsfeld. Le discussioni con questi suoi compagni di corso fecero nascere in lui l'interesse per gli studi sociologici e così, nel 1939, iniziò a frequentare il dipartimento di sociologia nell'università del North Carolina, Chapel Hill, grazie ad una borsa di studio. Qui venne introdotto allo studio di una vasta gamma di prospettive teoriche che avrebbero determinato in modo significativo lo sviluppo dell'etnometodologia, approccio sociologico americano rimasto per anni una sorta di tabù per la sociologia italiana.

¹⁵ To care in questo caso assume il significato di prendersi cura dell'altro.

¹⁶ To cure che significa curare, assume in questo contesto il significato di risanare.

¹⁷ Martin Heidegger, filosofo tedesco (Messkirch 1889-Friburgo in Brisgovia 1976). Studiò a Friburgo, dove ebbe come docenti H. Rickert ed E. Husserl e si laureò nel 1914. Nel 1916 fu nominato libero docente e dal 1923 al 1927 insegnò a Marburgo. Nel 1928 ottenne la cattedra di Husserl a Friburgo e nel 1933 fu per alcuni mesi rettore di quell'università. In quel tempo aderì al partito nazista e scrisse a favore del regime, ma poi si chiuse in un silenzioso riserbo. Nel 1945 venne epurato dall'insegnamento per i suoi trascorsi nazisti, ma nel 1952 vi fu riadesso come "professore emerito". Nel decorso del suo pensiero Heidegger partì da un'adesione alla fenomenologia husserliana, ma se ne staccò nel 1927 proseguendo la propria ricerca filosofica in campo esistenzialistico sulla falsariga di una metafisica essenzialmente neoplatonica. A questo primo periodo del suo pensiero, gli studiosi ne fanno seguire un secondo.

¹⁸ Emmanuel Lévinas è nato a Kaunas (Lituania) nel 1905 da una famiglia ebrea e ha vissuto la rivoluzione russa in Ucraina. Nel 1923 si trasferisce in Francia a Strasburgo, dove inizia gli studi universitari, seguendo i corsi di Blondel e di Halbwachs. Nel 1928-1929 si reca a Friburgo, dove assiste alle ultime lezioni di Husserl e conosce Heidegger di cui rimase affascinato. L' "apprendistato della fenomenologia", come egli lo ha definito, orienterà poi la sua ricerca personale.

2.6 La frame analysis

Per Goffman¹⁹ invece, la complessità delle interazioni e delle relazioni nella realtà può essere spiegata con il concetto di *frame* che pur non avendo un corrispettivo nella nostra lingua, possiamo ritenere riconducibile e traducibile con i termini “cornice” oppure “struttura”. Il *frame* di Goffman consente di spiegare la complessità della realtà perché si configura come una struttura o una cornice in cui gesti, suoni o normali situazioni della vita quotidiana diventano parte di un “linguaggio” ed acquistano un senso comune grazie ad attività, in parte interne al *frame* - che Goffman chiama “trasformazioni” (come le finzioni, le competizioni, i cerimoniali, ecc.) - ed in parte anche esterne. Per Goffman gli individui si orientano innanzitutto grazie al mondo naturale o a quello sociale che assumono la definizione di *frame primari*, ma successivamente intervengono attività - come ad esempio quella medico-sanitaria - che consentono riformulazioni o riposizionamenti del *frame* costruendo livelli di complessità sempre più elevati attraverso processi detti di *reframing*. Questi rappresentano la base tanto di normali interazioni, come ad esempio la semplice conversazione, quanto di rituali sociali più complessi, come appunto i conflitti. Presentando la *frame analysis* di Goffman, Collins procede alla elaborazione di alcune applicazioni significative che vediamo esposte a pag. 15 nella Tabella n. 3.

Appare evidente quanto alle tecniche di *reframing* bisogna fare ricorso per trasformare la diffusa visione negativa che generalmente si ha nei confronti del conflitto, per discriminare questo processo relazionale in maniera altra. Adottando queste tecniche nelle situazioni conflittuali, si riesce a condurre le parti antagoniste oggetto di incomprensioni verso una facilitazione di relazione, in grado di consentire loro di evidenziare gli elementi che uniscono le loro rispettive posizioni, piuttosto che focalizzare gli elementi di divisione. Questo permette di porre la comunicazione su un livello diverso (e nuovo) rispetto a modalità precedenti - generalmente distruttive - e spingere verso l'edificazione di orizzonti pacifici e costruttivi per relazioni altrimenti compromesse. Si è, infatti, ritenuto spesso che le dinamiche emotivo-affettive potessero restare confinate nelle stanze di analisi, ma oggi sappiamo invece che nelle relazioni intervengono frequentemente processi psicologici di *transfert* e *controtransfert*, tanto più se si tratta di relazioni motivate dal bisogno - come nel caso del malato - e asimmetriche - come nel caso del medico che per il suo ruolo è naturalmente posto in condizione non di parità con l'assistito. Al di là di questa valutazione, va in ogni caso sottolineata l'importanza della componente controtransferale perché mette in gioco i sentimenti e le emozioni provate dal medico nei confronti dei suoi pazienti durante la sua relazione di cura. Si tratta di una componente fondamentale nella

LA NATURA DEL LINGUAGGIO	osservabile in termini di <i>frame primari</i> , consiste semplicemente in una serie di suoni, i quali però attraverso la cultura vengono trasformati in significati. Il passaggio da suoni a significati, edifica un livello nuovo che va a sostituire quello primario, consentendo così al linguaggio di diventare un chiaro esempio delle trasformazioni che consentono appunto una riformulazione all'interno del <i>frame</i> ;
L'ORGANIZZAZIONE SOCIALE	viene considerata un esempio di <i>reframing</i> visto che ha l'abilità di trasformare, ad esempio, un medico ed una infermiera che sono in una stanza, in membri di una specifica organizzazione sanitaria che, anziché stare semplicemente collocati in una stanza, sono invece intenti in una qualche attività di lavoro;
I RITUALI	attraverso differenti processi di <i>reframing</i> , queste dinamiche assumono una differente importanza a seconda della "cornice" in cui sono officiati (ad esempio il rituale diagnostico o quello dell'accettazione);
LA COMUNICAZIONE INTELLETTUALE	è quella in grado di essere prodotta operando <i>reframing</i> su qualsiasi tipo di <i>frame</i> ;
LA CONVERSAZIONE	definita da Goffman "spazio di <i>frame rilassato</i> ", è la dinamica socio-relazionale nella quale i <i>frame</i> vengono trasformati in oggetti di discorso.

Tabella 3. Applicazioni della frame analysis

Fonte: R. Collins – *Conflict Sociology Toward and Explanatory Sciences* – New York – Academic Press - 1975. Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

¹⁹ Erving Goffman, 1922-1982, è stato sociologo tra i più raffinati della cultura odierna. Il suo studio fondamentale è il ritenere la "vita quotidiana come rappresentazione". L'idea di Goffman, frutto sia di una ricerca empirica, che di una speculazione teorica, è infatti che i gruppi sociali si dividano in due categorie: i gruppi di "performance" e i gruppi di "audience". La vita sociale per Goffman è, appunto, una rappresentazione - lui parla infatti di "metafora drammaturgica" - che i gruppi sociali mettono in scena di fronte ad altri gruppi. Per questo geniale studioso la vita sociale si divide in spazi di palcoscenico e di retroscena, cioè in spazi privati, in cui gli individui non "recitano", e spazi pubblici in cui "inscenano" invece una precisa rappresentazione.

Mediazione pacifica dei conflitti e per nulla trascurabile, come tra l'altro la ritenevano i cosiddetti "gruppi Balint"²⁰ che, non a caso, hanno segnato la prima via per favorire la comprensione delle dinamiche socio-relazionali nei rapporti tra medico e paziente al fine di contribuire alla edificazione di capacità di ascolto riflessivo, necessarie per lo sviluppo di un positivo scambio dialettico utile a far acquisire una comune sensibilità nel comprendersi.

2.7. Le teorie dello scambio

Un'ulteriore riflessione teorica sul conflitto, va poi sotto il nome di "Teorie dello scambio". Il principio base su cui si fondano è che il modo migliore per analizzare e capire gran parte del comportamento umano di relazione, è quello di considerarlo come uno scambio di beni e servizi tangibili e intangibili. In questo discorso possono essere compresi beni e servizi materiali o tangibili, come ad esempio una casa o del cibo, e beni invece immateriali o intangibili come possono essere considerati l'antipatia o la simpatia. Sono gli individui a decidere a quale tipo di scambio partecipare valutandone costi e benefici nelle azioni da intraprendere, per scegliere poi quella più attraente. In parole povere, gli individui assumono atteggiamenti da loro ritenuti "razionali" nell'interazione con gli altri. Riguardo a questo approccio Homans²¹ stabilisce alcuni principi-base del comportamento sociale, da lui ritenuto uno scambio di attività tra almeno due persone. Li vediamo nella Tabella n. 4:

²⁰ I gruppi Balint, chiamati originariamente General Practitioners Groups e successivamente con il nome del suo fondatore Michael Balint, noto psicoanalista della Società Britannica di origine ungherese, nacquero a seguito della sua esperienza di conduzione di seminari per medici generici e specialisti nella Londra degli anni '50. Successivamente il lavoro di Balint influenzò tutti i paesi europei ed in seguito quelli nord e sud americani. Furono così fondate molte Società Balint per promuovere la formazione di nuovi gruppi, non però solo di medici, ma anche di varie specialità professionali anche di tipo interdisciplinare, e nel 1972 fu costituita la Federazione Internazionale di Balint. Secondo il modello originale, i gruppi Balint sono formati da un piccolo numero di specialisti (da 8 a 14 elementi) interessati a migliorare i rapporti con i propri pazienti.

²¹ George C. Homans nato a Boston nel 1910 e scomparso nel 1989, è stato tra i sociologi statunitensi uno dei più importanti teorici del comportamentismo sociale. È, infatti, considerato il fondatore della sociologia dei piccoli gruppi.

IL SUCCESSO	fa riferimento a quanto può venire ricompensata una determinata azione, tanto da rendere più probabile che la persona la compia. Può essere il caso in cui il medico desidera che il paziente accetti la diagnosi e la cura;
LO STIMOLO	se riferito ad un successo ottenuto nel passato, provoca un'azione che possa venire ripetuta in maniera simile per ottenere di nuovo successo. In questo caso, l'esempio è la riuscita di una cura e quindi l'aumento della disponibilità a farsi curare;
IL VALORE	che riguarda invece la considerazione di una persona per il risultato di una azione, tanto da spingerla a ripetere l'azione. L'esempio è la sicurezza che un medico riesce a trasmettere ad un paziente, tanto da indurlo pienamente ad avere fiducia in lui;
LA PRIVAZIONE-SAZIETÀ	se riferita alle tante ricompense ricevute da una persona nel recente passato, porta a ritenere minore il valore della ricompensa stessa;
L'AGGRESSIONE-APPROVAZIONE	che, invece, dà luogo a due modalità: quella che si realizza quando l'azione di un individuo non riceve una ricompensa attesa o, anzi, riceve una punizione e allora l'impulsività spinge l'individuo ad assumere un comportamento aggressivo, e quella che si realizza, infine, quando un individuo, avendo ricevuto una ricompensa inattesa, o non avendo ricevuto una punizione attesa, assumerà un comportamento di approvazione e valuterà i risultati di tale comportamento in modo maggiore;
LA RAZIONALITÀ	tra azioni alternative una persona sceglierà quella per la quale il rapporto tra valore del risultato e probabilità di ottenerlo risulti maggiore.

Tabella 4. Il comportamento sociale e i principi base di Homans

Fonte: George C. Homans - *Le forme elementari del comportamento sociale* - 1961.

Adattamento: m.lozzi@unicas.it - Università degli Studi di Cassino.

3. Conflitto e società

Riguardo al conflitto Max Weber afferma che esso non può essere eliminato dalla vita sociale perché è comunque una forma di relazione. La pace - ritiene Weber - non è altro che una mutazione del conflitto riguardo agli antagonisti, agli oggetti o ai metodi di soluzione adottabili. Se battaglie e guerre hanno sempre avuto un posto preminente nella storia umana, è a partire infatti dal XIX secolo che quantità e qualità del conflitto iniziano ad assumere caratterizzazioni nuove. Si cominciano infatti a studiare, come mai avvenuto prima, le cause dei conflitti e le modalità per intervenire su di essi, confrontandone le diverse caratteristiche a cominciare dalla stessa considerazione della differente natura del conflitto. Con le teorie di Marx si rafforza l'idea del conflitto come elemento centrale nella storia della società, ma sarà Gandhi²², proponendo per la prima volta una forma disciplinata di resistenza non violenta a consentire al conflitto di essere rivalutato e riconsiderato in maniera costruttiva. Da una prospettiva pienamente sociologica Dahrendorf sosterrà in seguito che il conflitto presenta comunque due facce: quella di contribuire all'integrazione dei sistemi sociali e quella di provocare mutamenti all'interno della società stessa. Per queste ragioni Dahrendorf lo considera a pieno titolo come uno dei processi "tolleabili" in grado di rafforzare la stabilità dei sistemi sociali, anziché metterla in pericolo. Il conflitto assume dunque le caratteristiche di una forza propulsiva perché in grado di generare mutamenti e, quindi, evoluzione. Tornando però all'ambito micro-strutturale, è proprio questo microcosmo sociale che diventa infatti terreno fertile anche per conflitti interni o di stampo psicologico caratterizzati anch'essi da una loro dimensione sociale che, frequentemente, conduce all'emersione di reazioni individuali canalizzate contemporaneamente in aggressività sociale. In questi schemi si configurano esternazioni che vanno dal riso malizioso all'imprecazione, dall'assalto verbale al totale ribaltamento dell'etica professionale. Questi atteggiamenti - per citarne solo alcuni - esuberano ormai da una categoria prettamente psicologica in cui potevano fino a ieri venire incasellati, per assumere un'identità completamente nuova e sostanzialmente sociale. La percezione del conflitto cambia, come al tempo stesso, cambia anche la conoscenza della sua natura e delle sue dinamiche e così oggi gli vengono riconosciute caratteristiche in precedenza ignote e le analisi possibili consentono sia di differenziarne gli ambiti di espressione, sia di strutturare modalità altre attraverso le quali intervenire. Entrano infatti in gioco aspetti legati alle modalità espressive della comunicazione, tant'è che diventa possibile parlare di conflitto ogni volta che una comunicazione viene contraddetta o, scusate il gioco di parole, ogni volta che una contraddizione

viene comunicata. Si genera dunque conflitto quando due comunicazioni – come sostiene Luhmann²³ – si contraddicono a vicenda. Il conflitto emerge ogni qualvolta esistono attività incompatibili che possono avere origine in una persona o in un gruppo, ed in questi casi avremo o conflitti *intrapersonali* o *intragruppo*. Oppure è possibile avere azioni incompatibili in due o più persone o più gruppi. Sarà questo il caso dei cosiddetti conflitti *interpersonali* oppure *intergruppo*. Una volta accettato il fatto che il conflitto è, in ogni caso, inerente alle relazioni umane e che non può esistere un'interazione senza la possibilità che esso si produca, possiamo anche concludere che, nella sua accezione più ampia, il conflitto fa parte dell'ordine sociale, anzi è una autentica manifestazione dell'ordine sociale. Esiste pertanto una relazione strettissima tra ordine e conflitto, e non può esserci opposizione perché entrambi sono il risultato di interazioni tra gli esseri umani. I conflitti presenti in una società sono infatti ritenuti manifestazioni dell'ordine sociale e del sistema di relazioni nel quale quella società si è costituita e si sviluppa. In altre parole, l'ordine di tutta la società umana non è altro che una regolazione normalizzata del conflitto. Se, infatti, consideriamo l'ordine sociale come regolatore delle procedure attraverso le quali distribuire le risorse, la ricchezza, il prestigio o l'autorità, dobbiamo renderci allora conto che questa è la modalità con cui lo stesso ordine sociale definisce le forme del conflitto. Ciò equivale a dire che è l'ordine sociale a stabilire ciò che diventa oggetto di discussione, di concorrenza o di competizione ed anche quali strumenti o quali meccanismi possono essere utilizzati per decidere fino a quali limiti

²² Mohandas Karamchard Gandhi, detto il Mahatma (in sanscrito significa *Grande Anima*, soprannome datogli dal poeta indiano R. Tagore), è il fondatore della nonviolenza e il padre dell'indipendenza indiana. Nato il 2 ottobre 1869 a Portbandar in India, dopo aver studiato nelle università di Ahmrabad e Londra ed essersi laureato in giurisprudenza, esercita brevemente l'avvocatura a Bombay. Nel 1893 si reca in Sud Africa con l'incarico di consulente legale e diventa testimone di una realtà terribile, in cui migliaia di immigrati indiani sono vittime della segregazione razziale. L'indignazione per le discriminazioni razziali subite dai suoi connazionali (e da lui stesso) da parte delle autorità britanniche, lo spingono alla lotta politica. Il Mahatma si batte per il riconoscimento dei diritti dei suoi compatrioti e dal 1906 lancia, a livello di massa, il suo metodo di lotta basato sulla resistenza non violenta, denominato anche *Satyagraha*: una forma di non-collaborazione radicale con il governo britannico, concepita come mezzo di pressione di massa. Nel 1915 Gandhi torna in India dove circolano già da tempo fermenti di ribellione contro l'arroganza del dominio britannico e diventa il leader del Partito del Congresso che si batte per la liberazione dal colonialismo britannico. Spesso incarcerato, la "Grande Anima" risponde agli arresti con lunghissimi scioperi della fame (importante è quello che egli intraprende per richiamare l'attenzione sul problema della condizione degli intoccabili, la casta più bassa della società indiana). Il 15 agosto 1947 l'India conquista l'indipendenza e Gandhi vive questo momento con dolore, pregando e digiunando. Questo suo atteggiamento moderato suscita l'odio di un fanatico indù che lo uccide il 30 gennaio 1948, durante un incontro di preghiera.

²³ Niklas Luhmann nacque a Lüneburg, in Bassa Sassonia, l'8 dicembre 1927. Dopo aver frequentato la Facoltà di Giurisprudenza a Friburgo, città dove lavorava nell'ambito dell'amministrazione pubblica, passa ad Harvard dove iniziò a seguire i corsi di Talcott Parsons, sociologo di fama mondiale. In seguito a questo incontro illuminante, Luhmann decise di dedicarsi alle scienze sociali, divenendo dal 1968 professore di sociologia all'Università di Bielefeld (Westfalia). Riconosciuto come padre della Teoria dei sistemi, si è spento il 6 novembre 1998.

può arrivare il confronto. Il medico, ad esempio, è chiamato a condividere i momenti più significativi della esistenza di ogni essere umano nella sua relazione con il paziente, e comunque tutto quello che accade avviene all'interno dell'ordine sociale, attraverso regole non semplicemente accidentali o indeterminate, ma paradossalmente prevedibili. Queste, ad esempio, possono venire riconosciute nel caso in cui siano formalizzate come in un ospedale, organizzato attraverso disposizioni, leggi e norme alle quali soggiacciono tutti e che, in questo ambito, escludono la violenza, proponendo un modello di comportamento pacifico e cooperativo. Il dibattito sul conflitto nell'epoca attuale può consentirci di entrare inoltre nel merito delle cosiddette procedure di A.D.R. (Alternative Dispute Resolutions), acronimo che tradotto nella nostra lingua sta per risoluzione alternativa dei conflitti. Si tratta di modalità – come per l'appunto la Mediazione pacifica dei conflitti - riconosciute praticabili e sorte come conseguenza di una evoluzione storico-sociale e di una riflessione alla quale la Sociologia ha saputo ampiamente contribuire. Una volta assodato che il conflitto esprime l'ordine sociale nel quale si produce, va inoltre fatta una precisazione su come le diverse forme attraverso le quali si manifesta dipendano interamente dal carattere dell'interazione sociale all'interno della quale prende esso stesso forma e dalla percezione che gli individui che vi partecipano hanno. Non è, infatti, sufficiente analizzare il conflitto in sé o i motivi che lo hanno fatto emergere e manifestare, fondamentale è conoscere anche le relazioni precedenti, le aspettative delle parti e le relative posizioni. Un conflitto può pertanto essere compreso solo conoscendo, oltre che le caratteristiche generali del sistema sociale in cui si manifesta, anche le regole, le posizioni e le relazioni attraverso le quali quel sistema definisce la situazione nella quale il conflitto si esprime, e questa è un'attività per la quale il contributo della Sociologia diventa determinante. In ogni caso l'insieme della situazione conflittuale è il risultato di comportamenti oggettivi, ma non è solo da questi che dipende, essendo infatti fondamentale il modo con il quale le parti interessate percepiscono vicendevolmente i propri interessi. Prendere quindi atto del comportamento e delle percezioni soggettive rappresenta la chiave su cui è possibile agire per attivare forme di intervento diverse che possono essere sia di natura tradizionale, ma anche fondate – come per la Mediazione pacifica dei conflitti - su metodi alternativi.

4. Relazioni e Mediazione

Proprio perché radicato nella sua storia, l'uomo ha sempre cercato, sperimentato e messo in pratica nei confronti del conflitto forme di regolazione dell'ordine sociale. Poco più di vent'anni fa, Moore (51) ha sintetizzato le possibili modalità di soluzione di un conflitto ripartendole in quattro tipologie:

1. quelle fondate sulla decisione autonoma delle parti in causa;
2. quelle basate sulla decisione di un terzo, esterno alle parti ma sempre di natura privata;
3. quelle legate a decisioni di tipo pubblico;
4. quelle di tipo extra-legale.

E' abbastanza evidente come mano a mano che dalla prima tipologia si passa a quelle successive, ad aumentare è anche il carattere coercitivo delle decisioni da assumere e, di conseguenza, anche la probabilità che tali decisioni scontentino almeno una delle parti. La Mediazione è collocata tra le modalità di composizione/regolazione del conflitto che rientrano nella sfera delle decisioni autonome assumibili dalle parti e rappresenta, per certi versi, l'ultima possibilità che le parti come antagoniste hanno per ricomporre da sole il loro problema in piena autonomia prima di ricorrere ad una terza figura neutrale che, in varia forma ed a vario titolo, assumerà per loro una decisione. A questo punto è però opportuno soffermarsi brevemente sul termine "mediazione". Nella sua origine latina, "mediare" esprime, infatti, una pluralità di significati che vanno dal collocarsi in una posizione mediana, all'atto del «dividere» o dell'«interporsi», inteso però come azione che consente di mettere in relazione due parti. Assumendo questa accezione possiamo iniziare a schematizzare le forme di Mediazione possibili e riconducibili a due modelli di base. Il primo detto della *Mediazione classica* è espresso graficamente nella Figura n. 1 dove un triangolo formato da «M» che può rappresentare sia l'azione della mediazione che la figura del Mediatore, vede A e B, ovvero i confliggenti, posti ai bordi della base in modo da evidenziare in questo caso la loro totale simmetria. Sia A che B sono poi collegati tra loro da una relazione interrotta o inefficace (la doppia freccia di base con la X al cen-

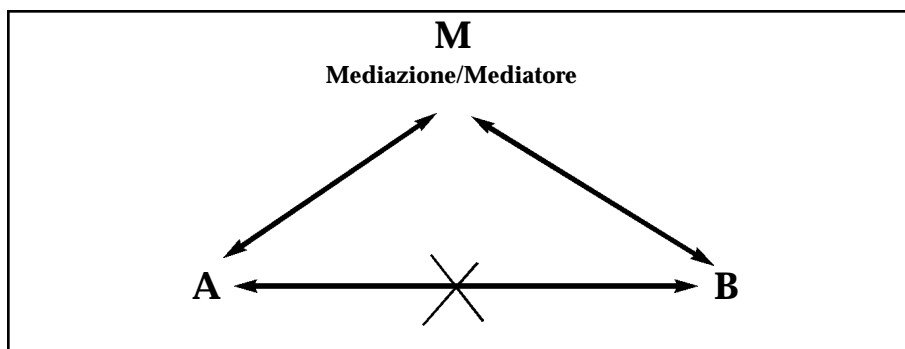


Figura 1. La Mediazione classica

Fonte: Luison L., Liaci S. (a cura di) - *Mediazione sociale e sociologia. Riferimenti teorici ed esperienze* - Franco Angeli - Milano - 2000

Adattamento: m.lozzi@unicas.it - Università degli Studi di Cassino.

tro) e da interazioni effettive nei confronti di «M» rappresentate invece dalle frecce che formano i lati del triangolo.

La grafica, oltre che indicare gli elementi in interazione (A, B e M), esprime anche la continuità del processo che li impegna e, quindi, il carattere dinamico della Mediazione. Un analogo dinamismo nelle relazioni tra gli individui è assicurato e svolto anche da ogni sistema sociale, come può essere appunto considerato anche un ospedale, attraverso le sue diverse forme di regolazione, tanto da far apparire la Mediazione come un meccanismo di regolazione sociale in grado di assumere una doppia funzione: quella di rafforzare l'integrità del sistema sociale e quella di regolarne in maniera costruttiva i conflitti. In quest'ottica avremmo così sia una «mediazione interindividuale» (regolativa dei conflitti), sia una «mediazione sociale» (rafforzativa dell'integrità stessa del sistema). Secondo Palau e de Briant (23), la Mediazione:

- incarna un modello globale di società in quanto postula la presenza di un terzo tra due individui o due "parti" confliggenti;
- partecipa alla strutturazione di uno spazio pubblico nel senso che attiva, veicolandoli valori, visioni del mondo e, talvolta, ideologie;
- si sviluppa in favore di cambiamenti nelle istituzioni pubbliche, (esercito, chiese, scuole, ospedali, ecc.)

In questa prospettiva il termine "mediazione" esprime pertanto una valenza più ampia, schematizzabile attraverso la seguente rappresentazione. Inserendo, come si vede nella Figura n. 2, allo schema della *Mediazione classica* un nuovo elemento che denominiamo Z con il quale rappresentiamo la società nel suo insieme, o magari un suo sottoinsieme come ad esempio un'a-

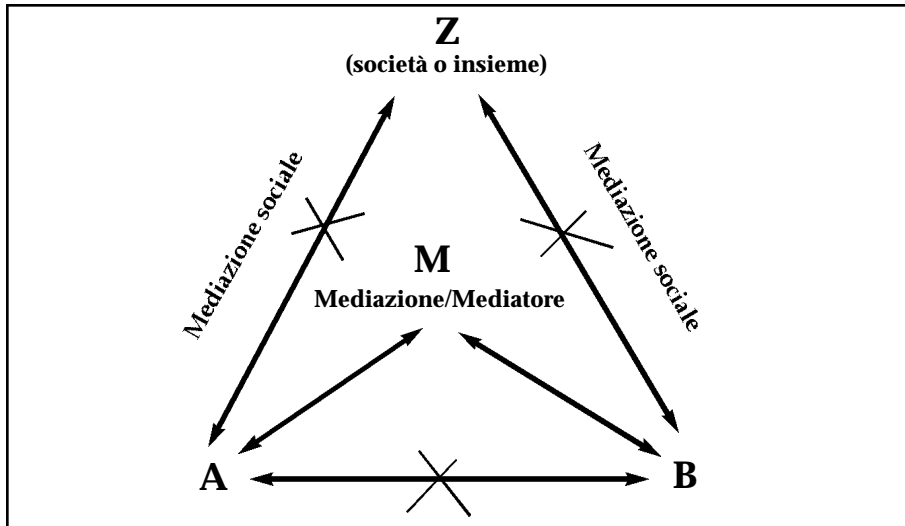


Figura 2. La Mediazione nelle Scienze sociali

Fonte: Luison L., Liaci S. (a cura di) - *Mediazione sociale e sociologia. Riferimenti teorici ed esperienze* - Franco Angeli - Milano - 2000

Adattamento: m.lozzi@unicas.it - Università degli Studi di Cassino.

zienda sanitaria, M, vale a dire il mediatore o l'azione stessa della mediazione si trova a svolgere una doppia funzione, legata sia ad una relazione riguardante come visto prima soltanto i confliggenti A e B, sia un'altra relazione riguardante i rapporti sia di A che di B con Z.

In questo schema, detto della *Mediazione nelle scienze sociali*, il mediatore o l'azione attivata con la Mediazione non risultano però neutrali, perché orientati al mantenimento dell'ordine sociale nell'insieme o nel sottoinsieme di riferimento.

5. Dequalificazione e riqualificazione socio-relazionale

Lavorando nell'ambito dei suoi studi per l'elaborazione della "Teoria della personalità e del comportamento" allo sviluppo dell'Approccio Educativo Centrato sulla Persona, Carl Rogers (57) affermò che: "Non possiamo insegnare direttamente nulla ad un'altra persona, possiamo solo facilitare il suo apprendimento.....". E' una proposizione questa che può senz'altro essere ritenuta ideale per introdurre il cammino di conoscenza verso quelli che definiamo "orizzonti pacifici di relazione" e che possono essere considerati risultati concretamente raggiungibili in ogni sistema sociale attraverso la diffusione delle pratiche di Mediazione pacifica dei conflitti. Anthony Giddens²⁴, sociologo britannico padre della "Teoria della strutturazione" invita, ad esempio, a "sot-toporre ad esame e rivedere continuamente le nostre pratiche sociali...alla luce di sempre nuovi elementi" e non è certo un caso, se proprio in un ambiente ospedaliero, "i pazienti non desiderano solo essere assistiti bene, ma vogliono anche la certezza di essere ascoltati" (56). Le dinamiche di ascolto rafforzano il rapporto di fiducia tra medico e paziente, ma è opportuno, per non dire fondamentale, che ogni medico dia certezza ai suoi pazienti di avere:

- competenza tecnica;
- e competenza relazionale.

Le vediamo sviluppate a pag. 25 nella Tabella n. 5.

Saper ascoltare l'altro e con lui giungere insieme ad una scelta, non può comunque voler dire per un medico rinunciare alla propria leadership nei confronti del paziente. Non è infatti credibile che un rapporto corretto tra medico e paziente passi dal paternalismo di una volta, ad una simmetria paritetica. Sarebbe, infatti, assolutamente disastroso e soprattutto inautentico considerare simmetrico un rapporto fondato sui bisogni e, spesso, sulle paure dei pazienti. Queste vanno infatti debitamente riposte nelle mani di chi è preposto alla cura e qui custodite amorevolmente e con ferma delicatezza. Le aspettative dei pazienti riversano infatti sui medici il desiderio di avere spiegazioni sulla cura, sulle scelte e sull'evoluzione della loro malattia. Per questo il buon medico è colui che sa spiegare e rendere meno nebuloso possibile il mondo delle malattie, e se saprà essere in grado di riuscire a far osservare e conoscere al paziente in modo adeguato il suo malessere, se lo ritroverà sempre suo alleato e pronto alle terapie di cura. La Tabella n. 6 inserita a pag. 26 traccia poi uno spaccato delle aspettative dei pazienti nei confronti del medico:

COMPETENZA TECNICA	COMPETENZA RELAZIONALE	AMBITO RELAZIONALE
Esperienza	Saper ascoltare	Ascolto
Essere aggiornato	Apertura e disponibilità	
Partecipazione meeting, congressi e tavole rotonde	Saper favorire un buon rapporto con il paziente	
Scrittura di articoli	Dimostrare di avere cuore	
Saper gestire le relazioni con altri colleghi e specialisti	Capacità di comprensione psicologica	Empatia
	Saper credere al paziente	
	Aperura alle cure alternative	Sicurezza professionale e personale
	Apertura al confronto ed all'accettazione delle idee altrui	
	Saper fornire spiegazioni	
	Saper fornire informazioni sulle scelte terapeutiche	
	Consapevolezza dei propri limiti	
	Sapersi assumere responsabilità	Leadership
	Saper infondere sicurezza	

Tabella 5. Caratteristiche auspicabili nella figura del medico per la valorizzazione di rapporti di fiducia

Fonte: Maurizio Lozzi – *Mediazione sociale dei conflitti e Sociologia* – Università degli Studi di Cassino – Facoltà di Lettere e Filosofia - A. A. 2002/03

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

Saper ascoltare le emozioni dà consistenza alle azioni, sia a quelle di un medico, sia a quelle di qualsiasi altra figura professionale impegnata in relazioni con altri individui. Watzlawick²⁵ ha sempre sostenuto che nello scambio socio-relazionale, è in gioco la relazione e non solo il contenuto di quanto si può comunicare.

²⁴ Anthony Giddens, sociologo inglese nato a Londra nel 1939 è noto per le sue opere di divulgazione critica dei classici. Teorico della strutturazione e della globalizzazione, Giddens ha delineato una teoria complessiva delle relazioni sociali partendo dal concetto di struttura, inteso come insieme di regole e di risorse implicate ricorsivamente nella riproduzione della società stessa.

OGNI MEDICO DOVREBBE:	Adeguare il proprio linguaggio alla capacità di comprensione del malato	Mostrare “fedeltà” nei confronti dell’assistito	Assumersi la responsabilità per la scelta della cura
	Essere franco e sincero	Dimostrare di essere disponibile in termini di tempo all’ascolto	Dare speranze e rassicurazioni
	Dimostrarsi sempre orientato all’individuo fornendo attenzione personalizzata	Creedere nel paziente	Essere sincero e chiaro nelle spiegazioni
	Saper essere un riferimento chiaro per sedare dubbi	Dimostrarsi esaustivo e completo	Essere attento alla propria personale percezione del paziente
	Avere coscienza del disorientamento che spesso può provocare	Fornire informazioni sempre con gradualità ed in maniera delicata	

Tabella 6. Aspettative dei pazienti nei confronti dei medici

Fonte: Maurizio Lozzi – *Mediazione sociale dei conflitti e Sociologia* – Università degli Studi di Cassino – *Facoltà di Lettere e Filosofia* - A. A. 2002/03

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

²⁵ Paul Watzlawick (Villach, Austria, 25 luglio 1921) psicologo austriaco è considerato il primo esponente della Scuola statunitense di Palo Alto. Conseguì la laurea in Lingue moderne e Filosofia presso l’Università di Venezia ed ha poi proseguito gli studi presso l’Istituto Carl Gustav Jung di Psicologia analitica di Zurigo. Dopo un periodo di insegnamento di Psicoterapia all’Università di El Salvador, dal 1960 ha il ruolo di ricercatore associato al Mental Research Institute di Palo Alto ed ha assunto nel 1976 l’incarico di professore associato presso l’Università di Stanford. È oggi ritenuto il massimo studioso della pragmatica della comunicazione umana e delle teorie del cambiamento e del costruttivismo radicale. Watzlawick, tra l’altro, è una figura di spicco per le teorie dell’approccio sistemico e per la teoria breve. Alle sue opere si deve la diffusione degli studi sulla comunicazione e sui problemi umani della Scuola di Palo Alto.

6. Sociologia Clinica

Considerata e valorizzata come un processo sociale flessibile, in grado di (ri)generare nelle relazioni d'ogni giorno spazi di accoglienza e di ascolto altrimenti compromessi, la Mediazione pacifica dei conflitti si è rivelata fondamentale per recuperare nei rapporti il giusto linguaggio emozionale, essenziale per restituire dignità alle relazioni interpersonali e ricondurre così ogni altro tipo di relazione su basi di chiarezza comunicativa e di buon senso. Queste esperienze hanno dimostrato di cogliere in pieno il senso che Carl Rogers – poco fa ricordato - attribuisce all'apprendimento e che anche Berelson e Steiner (9) confermano riconoscendolo come una serie di “*cambia - menti nel comportamento, derivanti da precedenti comportamenti in situazioni ana - loghe*”. L'apprendimento delle pratiche di Mediazione ha potuto configurarsi così come lo studio per una efficace dinamica sociale di mutamento dal grande impatto “*trasformativo*” (16) e, proprio per questo, in grado di immunizzare contesti delicati ed a volte stressogeni contraddistinti da climi relazionali pesanti e conflittuali. In questo scenario le scienze sociali, la Sociologia in particolare - meglio un certo modo di fare Sociologia che è indubbiamente più chiaro definire “pratica”, anche se ormai da noi viene codificata con l'aggettivo “clinica” - offrono risorse e prospettive interessanti. Il primo impegno nasce dallo stimolare la modifica di quell'atteggiamento negativo prevalente nella nostra cultura nei confronti del conflitto. Le esperienze di Mediazione pacifica dei conflitti finora fatte, hanno avuto la forza di contribuire allo sviluppo di un approccio educativo e sociale tale da far riconoscere invece nel conflitto una potente risorsa per la crescita. Ed è sostanzialmente questo il punto di vista della cosiddetta Sociologia Clinica che infatti spinge ad osservare e a ritenere i conflitti scatenati all'interno delle relazioni sociali, non con una stigmatizzante valenza negativa, ma come elementi fondanti per la produzione di cambiamenti creativi, costruttivi e dinamizzanti per l'edificazione di positive modalità di relazione. E' chiaro però che la parola “*conflitto*” continua nella nostra cultura ad evocare *tout court* concetti o immagini sgradevoli, facendoci pensare allo scontro, all'aggressività ed al contendere, ma questo possiamo rendercene conto tutti è purtroppo una resistenza culturale. I sociologi sanno però che i mutamenti culturali avvengono sedimentando nuova comprensione e spingono pertanto a riconoscere il conflitto come un fatto naturale ed inevitabile e, in ragione di ciò, a discriminarlo non certo come un bene, ma nemmeno come un male. Ed anche se in questo possono venirci in aiuto i teorici e gli studiosi ai quali abbiamo accennato e per la maggior parte dei quali, il conflitto non va rimos-

so, soppresso o visto come qualcosa di negativo, ma anzi valorizzato come un elemento dinamizzante da non temere, ma da guardare con interesse in quanto stimolatore di cambiamenti nei sistemi sociali che altrimenti apparirebbero statici ed irreali, difficoltà per far passare all'interno dei sistemi sociali questa nuova comprensione continuano ad esistere. Persino olttralpe, dove il sociologo francese Jean-Pierre Bonafé-Schmitt (12) pur operando in un paese dove la Mediazione ha già - rispetto a noi - anni di consolidata tradizione, rivela come continui ad essere difficile "attivare progetti che non rispecchiano la cultura dominante, ma sono - come nel caso dei progetti formativi di Mediazione - piuttosto espressione di una contro-cultura". In fondo fare contro-cultura, significa attivare processi ad alta intensità di innovazione in grado, in questo caso, di disintegrare i pregiudizi che continuano a nutrirsi da fonti profondamente inconse, le quali contribuiscono a generare distorsioni in grado di essere però fortunatamente modificate. Questo però può accadere solo attraverso il consolidamento nel tempo di esperienze positive e costruttive legate alla diffusione della Mediazione pacifica dei conflitti. Parlare di contro-cultura significa per certi versi anche ritenere oggi non più i pazienti degli oggetti passivi dell'atto medico, ma promuoverli ed assumerli come soggetti attivi nella relazione, in grado di esigere ed attendere prestazioni qualitativamente accettabili. Il valore di un servizio si misura oggi poi esclusivamente attraverso la valutazione di indicatori di qualità e sarebbe sinceramente auspicabile che per misurare le possibili dimensioni della qualità di un servizio ospedaliero o medico-sanitario orientato anche allo sviluppo di socio-relazionalità costruttiva, si facesse riferimento anche a strumenti semplici come il cosiddetto "modello delle 5 P"²⁶ che vediamo nella Tabella n. 7:

Come si vede appaiono diversi aspetti misurabili in termini di qualità e come hanno legittimamente sostenuto più volte diversi studiosi, è possibile

GLI ATTORI	DIMENSIONI DELLA QUALITA'	LE DOMANDE
Concorrenza	Qualità Paragonata	Come mi posiziono?
Pazienti/Clienti	Qualità Prevista	Cosa desidera il paziente?
	Qualità Percepita	Cosa ritiene di ricevere il paziente?
Azienda/Ente	Qualità Progettata	Cosa desidero fornire e come?
	Qualità Prestata	Cosa effettivamente erogo?

Tabella 7. Il modello delle 5 P

Fonte: Galgano Group – www.galganogroup.it

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

individuare numerosi aspetti della qualità, avendo però al tempo stesso anche molteplici metodi per misurarla. Questo sta a significare che non è possibile misurare la qualità in senso assoluto, ma soltanto tenere conto di alcuni indicatori più o meno affidabili e che possono pertanto essere ritenuti attributi stessi della qualità, in grado però di raffigurarla in modo indiretto e parziale, e quindi non nella sua interezza. Assumere però soltanto come parametro di misurazione della qualità il modello delle 5 P appena visto, significa escludere indicatori più coniugabili con il processo ad alta intensità di innovazione nelle relazioni che è rappresentato dalla Mediazione. Vanno fatti allora i conti anche con altre dinamiche rese classificabili dalla scala di indicatori proposta da Donabedian²⁷ ed esposta nella seguente Tabella n. 8:

INDICATORI	OBIETTIVI	MISURE
Risorsa/Struttura	Dove?	Caratteristiche dell'ambiente: natura, tipologia e organizzazione dei servizi
Attività/Processo	Cosa?	Cosa viene fatto
Risultato/Outcome	Quali vantaggi?	Cosa si è realizzato per il paziente

Tabella 8. Classificazione degli indicatori di qualità

Fonte: A. Donabedian – Facoltà di Medicina – New York University
Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

²⁶ Il Modello delle 5 P viene adottato dalle aziende come supporto per poter impostare un sistema di programmazione e controllo della qualità. Il concetto di "controllo" segue la logica della Qualità Totale e rappresenta l'insieme delle attività di prevenzione, di presidio e di regolazione dei processi attivabili in un sistema organizzato. Le aziende evolute sono oggi orientate a far lavorare insieme in staff fin dall'inizio, con l'obiettivo della qualità, tutte le figure professionali in esse operanti.

²⁷ Avedis Donabedian (1919 – 2000) nacque il 7 giugno 1919 a Beirut in Libano, e visse sia i piaceri che gli orrori della maggior parte del ventesimo secolo. Dopo essersi laureato all'Università Americana di Beirut, giunse all'Università di Harvard dove nel 1955 ottenne la cattedra di Salute Pubblica. Trascorso un breve periodo d'insegnamento alla Facoltà di Medicina di New York, fu assunto nella Scuola di Salute Pubblica dell'Università del Michigan, della quale divenne uno dei membri più rinomati. Nel 1986 ricevette il Premio come Ricercatore nei Servizi per la Salute. Nel 1999 ricevette la Medaglia Segdwick al Servizio Nobile per la Salute Pubblica, la più alta onorificenza conferita dall'Associazione Nordamericana della Salute Pubblica. Al momento della morte, avvenuta il 9 novembre 2000, deteneva la cattedra Nathan Sinai di Professor Emerito di Salute Pubblica. Era inoltre membro dell'Istituto di Medicina dell'Accademia Nazionale di Scienze degli Stati Uniti d'America e membro onorario del Collegio Reale di Medicina Generale del Regno Unito e dell'Accademia Nazionale di Medicina del Messico. I suoi studi sono ancora alla base dell'attività dei gruppi di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità).

6.1 A.D.R., “oikos” e Peer Mediation

Misurare gli orizzonti qualitativi perseguibili spesso può non bastare se si desidera veramente procedere alla sedimentazione di un nuovo modo di praticare le relazioni. Bertold Brecht (14) dal canto suo non si è però scoraggiato, tant'è che in merito allo sviluppo di pratiche socio-relazionali costruttive, difficili da proporre in sistemi sociali abituati ad essere distruttivi, disse coraggiosamente: “non il fiume, non l'uragano hanno squarciato il grande tronco alle radici, ma le formiche, migliaia di formiche lavorando ogni giorno insieme”. Si può credere che mai premonizione possa essere ritenuta più esatta almeno per questo ambito di lavoro. Un ambito che è fondamentale sviluppare di volta in volta all'interno anche dei “gruppi dei pari”, vale a dire medici con medici, infermieri con infermieri e così via. Infatti consolidate esperienze metodologiche nel campo della Mediazione sono codificate appunto come “peer Mediations” (43) e ricadono come interventi proprio nella fattispecie delle A.D.R. Perché anche Mediazione “tra pari” e non come qualcun altro pensa o ha pensato un'altra forma magari anche più suggestiva di Mediazione? La risposta è semplice e consente di proporre ad ogni intervento “peer to peer” di far assumere alla Mediazione i connotati di un enzima sociale capace di immunizzare gruppo dopo gruppo tutti gli attori sociali che operano ed interagiscono nel contesto in cui si ritiene di intervenire. La modalità di intervento adottata per “gruppi dei pari” diventa così patrimonio condivisibile tra individui che si esprimono con lo stesso codice comunicativo e comprendono e decodificano i messaggi con le stesse modalità, in modo tale da riuscire a strutturare un *modus operandi* condiviso e che possa diventare comune e diffuso nel sistema sociale di riferimento. Questo approccio adottato finora con successo aumenta, rafforza e rende visibile il processo di *community empowerment* del gruppo aiutandolo a saper condividere nello stesso ambiente - *oikos* per i greci - tutte le forme di comunicazione che andrà ad esprimere, trasformandole da perturbate in ecologiche e, non è davvero un caso, se ad una comunicazione efficace e costruttiva sia attribuito l'aggettivo di ecologica, etimologicamente derivante proprio da *oikos* il sostantivo greco che abbiamo appena visto significa ambiente. L'attivazione quindi di un processo di arricchimento completo dell' “ambiente sanità” capace di educare, istruire, insegnare e far assumere prospettive relazionali, anziché individualistiche, plurali. In un certo senso il “pensar doppio” di Pat Patfoort (55) che, con questo gioco di parole, spinge a saper riconoscere parallelamente nelle incomprensioni, nelle dispute e nel conflitto, non solo le proprie legittime esigenze, ma anche gli interessi ed i bisogni altrettanto legittimi dell'altro. In fondo la vastità e la dimensione delle problematiche umane e sociali che oggi caratterizzano il nostro mondo contemporaneo

richiedono interventi, progetti e, consequenzialmente, azioni che non possono più essere centrate su logiche autoreferenziali, ma sappiano invece rivelarsi in grado di favorire la produzione di modalità innovative di organizzazione della vita umana, e la Sociologia in questo ambito ha grandi responsabilità davanti alle quali come disciplina scientifica non può affatto retrocedere. Ampie sono infatti le opportunità che questa disciplina ha a disposizione per impegnarsi nell'individuare le rotte ideali da seguire e dimostrare così - visto che per qualcuno purtroppo ce n'è ancora bisogno - di non essere affatto quell'inferma scienza di cui miopemente parlava Benedetto Croce.

6.2 Il rallentamento del ritmo delle relazioni

Nell'ambito della Mediazione pacifica dei conflitti e non solo, un fatto comunque è certo: la Sociologia deve accelerare l'uscita dalla sua torre d'avorio, iniziare a venire praticata qualitativamente nell'ambiente sociale e rivelare così le potenzialità di applicazione alla vita di tutti i giorni che, in fondo, in quanto scienza sociale, le sono proprie. In poche parole può - anzi deve - iniziare a fare esclusivo riferimento ad azioni di pubblico servizio e a valori socialmente condivisi, ma insufficientemente realizzati. Un percorso questo sicuramente ideale, sul quale però in molti hanno cominciato a spingere consentendo a discipline scientifiche - come appunto la Sociologia - di fuoriuscire dai "congelamenti" del potere/sapere in cui si era preferito mantenerle e favorirne finalmente lo "scioglimento" in favore di approcci pratici ed autentici. Quello della Sociologia Clinica è appunto uno di questi ed è in grado di consentire di avvicinarsi fisicamente ai fenomeni sociali che si desidera indagare, farsi coinvolgere nei fatti o nelle situazioni in cui si ritiene opportuno agire e, quindi, "intervenire per cambiare" (17). Anche se l'aggettivo "clinico" è usato solo da noi italiani nella sua radice etimologica greca originale *kliné*, che sta ad indicare appunto la vicinanza dell'osservatore all'osservato e quindi il coinvolgimento pratico del primo con i fatti e le situazioni in cui è chiamato, o autonomamente si trova, ad intervenire, questo approccio negli Stati Uniti è sostanzialmente conosciuto come Sociologia Pratica, tant'è che S.P.A., la Sociological Practice Association²⁸, è il sodalizio statunitense che annovera la maggior parte dei sociologi "clinici" d'oltreoceano. Al di là però di queste disquisizioni puramente territoriali, in Italia la Sociologia Clinica o Pratica che dir si voglia, è riuscita ad aprirsi degli spazi per nulla trascurabili, promuovendo attraverso la Mediazione modalità di

²⁸ www.socprattice.org

intervento e di lavoro sul conflitto e sulle conseguenze che questo particolare stato della relazione genera all'interno dei rapporti sociali tra individui e gruppi. Questo ha significato sostanzialmente lavorare al recupero di valori migliorativi per favorire una comunicazione più efficace ed ecologica tra le parti, promuovere la riscoperta emozionale ed empatica dell'altro ed edificare spazi di accoglienza e di ascolto di cui nella nostra frenetica vita contemporanea stiamo purtroppo perdendo traccia credendo, stupidamente, di poterne fare tranquillamente a meno, anche se poi in fondo sappiamo che non è affatto così. L'incapacità di ascoltare, di ascoltarsi e di essere ascoltati conduce sempre ed inevitabilmente ogni individuo a dinamiche di chiusura e di isolamento che contribuiscono a snaturare invece l'indole estremamente comunicativa di ogni essere umano. La stragrande maggioranza delle tensioni, delle incomprensioni, dei disagi ed ovviamente dei conflitti riscontrabili nelle relazioni interpersonali nasce sostanzialmente da perverso dinamiche di "non ascolto". Qualche esempio? Quante volte è capitato di sentire un collega ripetere a voce alta "Mi sembra di parlare a sordi e ciechi!" oppure al lavoro, ascoltare familiari di pazienti che lamentando un inconveniente riferiscono in maniera sofferente di aver parlato con medici o infermieri dicendo: "Tanto è stato inutile, mi è sembrato che parlassi ad un muro!". C'è poco da sorprendersi, episodi come questi sono fin troppo presenti, ma benché di ciò ci accorgiamo, il più delle volte restiamo semplicemente ad osservare inerti oppure, se ci lasciamo coinvolgere, preferiamo farlo avvalendoci di "meccanismi di fretta", capaci solo di generare avventati giudizi o peggio ancora pregiudizi. La chiave di volta davanti alle relazioni frettolose ed alle reazioni impulsive di cui tutti siamo vittime, nasce invece non dai "meccanismi di fretta", ma dalle possibilità di "rallentamento del ritmo delle relazioni". E' solo grazie al "rallentamento del ritmo delle relazioni" che diventa infatti possibile incontrare autenticamente l'altro, entrarci pienamente e non superficialmente in contatto, prendere coscienza del suo punto di vista ed iniziare ad edificare quegli "orizzonti pacifici di relazione" verso i quali la Mediazione pacifica dei conflitti può condurci.

7. Un percorso “a somma positiva”

Oggi infatti la Mediazione si colloca come uno strumento relazionale di facilitazione, sia nell'apprendimento di modalità per la composizione creativa e costruttiva dei conflitti, sia nel recupero delle capacità relazionali di ognuno, perché grazie alle sue peculiarità metodologiche non esistono “perdenti” e “vincitori” come nella logica negativa del conflitto a cui il nostro sistema sociale ci ha da sempre abituati, ma esistono solo parti confliggenti che, facilitate nell'apprendimento di modalità “altre” di relazione, risultano infine ambedue “vincitrici”. Superare l'atavica convinzione che i propri bisogni si possano soddisfare solo penalizzando quelli di qualcun altro, certo è difficile, ma non impossibile. Prendendo ad esempio nella “Teoria dei giochi” (67) il “gioco a somma zero”, questo dimostra che quando la posta è limitata e non è quindi sufficiente per soddisfare le esigenze di tutti, si assumono immediatamente atteggiamenti conflittuali e fortemente competitivi che sfociano troppo spesso in quella che, comunemente, apostrofiamo come “legge del più forte”. L'accesa competizione che tende a scatenarsi va a generare così sempre un “vincitore” che, iconograficamente possiamo indicare con il simbolo numerico (+1), ed inevitabilmente un “perdente” che invece possiamo indicare con il simbolo (-1). La matematica ci insegna che tirando la somma tra i due numeri (+1 -1) possiamo ottenere solo “zero”. Ma la Mediazione non è affatto un gioco e, anche se lo fosse, non potrebbe essere affatto “a somma zero”, ma solo “a somma positiva”, perché le dinamiche messe in atto attraverso il percorso mediativo orientato secondo l'approccio sociologico clinico, permettono di apprendere come l'arricchimento di uno, non necessariamente corrisponde all'impoverimento dell'altro, ma anzi l'arricchimento diventa maggiore se ambedue le parti in disputa vengono aidate equamente ad ottenerlo. E se anche in questo caso decidessimo di avvalerci nuovamente della “Teoria dei giochi”, scopriremmo che utilizzando lo stesso sistema di simbolici iconografici, avremmo due “vincitori”, in pratica due simboli (+1) che sommati danno praticamente (+2) e quindi una “somma positiva”. Appare dunque evidente che attraverso la diffusione delle pratiche di Mediazione pacifica dei conflitti quelle che inevitabilmente prendono corpo e si rafforzano sono appunto dinamiche relazionali fondate non più su dissensi proiettati verso forme di asprezza, ma su consensi orientati verso atteggiamenti di morbidezza e quindi verso forme di cambiamento migliorativo CON gli altri e non SU gli altri. Svilupparle significa accettare allora la sfida della Mediazione ed edificare quelle forme di comunicazione nuove fondate su un'autentica capacità di trasformazione e di accrescimento in senso qualitativo delle relazioni interpersonali. Questo atteggiamento saprà rivelarsi in

grado di essere quell'efficace antidoto ai conflitti che da sempre abbiamo a portata di mano, ma che per miopia spesso non siamo in grado di vedere. Anche in ambito lavorativo, ad esempio, la Mediazione pacifica dei conflitti genera un miglioramento del "clima relazionale", contribuendo a sviluppare effetti per nulla trascurabili a livello socio-relazionale. La Tabella n. 9 esposta a pag. 35 li evidenzia.

Gli effetti positivi messi in evidenza, si manifestano ovviamente soltanto se il conflitto è limitato e controllabile, ed è palesemente evidente che questo dipende dalla natura dei nostri rapporti nell'ambito del lavoro e dal valore che attribuiamo ad essi. M. Argyie e M. Henderson (6) sostengono che la tendenza alla superficialità dei rapporti di lavoro, rispetto a quelli familiari o amicali, li fa sfociare più frequentemente in dinamiche di conflitto, perché in fondo dal lavoro ci attendiamo sostanzialmente vantaggi di carattere economico e conseguente crescita a livello personale, mentre in un rapporto di amicizia, l'altro o il rapporto stesso con lui costituiscono il nostro interesse di base. In effetti, i nostri rapporti di lavoro sono generalmente formali e funzionali all'attività lavorativa stessa ed è per questo che rapporti di tipo competitivo, nel lavoro sono molto frequenti, in modo particolare poi fra colleghi che operano a livelli gerarchici uguali o simmetrici. La competizione può non costituire però uno scontato preludio al conflitto, soprattutto se permette a tutte le persone in essa coinvolte di riuscire a soddisfare le proprie aspettative. Ma quali sono, in termini di rapporto fra costi e benefici, i livelli di soddisfazione che possono scaturire dalle relazioni nell'ambiente lavorativo? A questa domanda si può rispondere prendendo in considerazione due modelli socio-psicologici.

MODELLO 1 – Si fa riferimento in questo caso alla cosiddetta *teoria dell'equità* (69). In pratica gli estensori di questo modello ritengono che "le relazioni più appaganti sono quelle in cui i benefici sono in equilibrio con i costi" ed è quindi fin troppo chiaro che nel lavoro, una relazione con un collega sarà considerata soddisfacente solo se entrambe le parti sapranno di poter contare reciprocamente una sull'altra, e questo sia nella divisione delle responsabilità e dei carichi di lavoro che nella reciproca disponibilità alla collaborazione. Infatti i sostenitori di questa teoria ritengono che l'introduzione di un elemento di disequilibrio o di disuguaglianza nella relazione lavorativa conduce irrimediabilmente ad una diminuzione del livello di soddisfazione.

MODELLO 2 – Il riferimento in questo caso è al *modello dell'investimento* (60) secondo il quale ognuno di noi può trarre nell'ambiente lavorativo maggiori soddisfazioni da quelle relazioni che possono assicurargli alti compensi e fargli superare le proprie aspettative, il tutto naturalmente a fronte

RIGENERAZIONE E RAFFORZAMENTO DEI RAPPORTI INTERPERSONALI	Se le due parti protagoniste della dinamica conflittuale vengono aiutate a riconoscere di avere punti di vista diversi, a comprendere meglio i perché delle loro specificità, a discutere ed infine a mediare le loro rispettive ragioni, il loro rapporto lavorativo e le loro relazioni future ne usciranno rafforzati.
RIOTTENIMENTO RECIPROCO DELLA FIDUCIA	Se i soggetti coinvolti nell'azione conflittuale accettano di ricomporre il loro conflitto, probabilmente riacquisteranno per il futuro fiducia maggiore l'uno con l'altro, imparando a considerare che le loro posizioni, pur se diverse non si escludono a vicenda
ACCRESCIMENTO E POTENZIAMENTO DI AUTOSTIMA	Per ambedue le parti protagoniste del conflitto l'esito positivo derivante da un percorso condiviso di mediazione è in grado di produrre un aumento del rispettivo grado di autostima.
SOLLECITAZIONE ALLO SVILUPPO DI MAGGIORE CREATIVITÀ E PRODUTTIVITÀ	Se gestito e guidato ad una composizione in modo appropriato, il conflitto si rivela per le parti protagoniste addirittura come una condizione di stimolo ad una maggiore creatività e come un confronto maggiormente produttivo in termini di soluzioni, fra persone di opinioni ed interessi diversi.
ARRICCHIMENTO EMOTIVO E FONTE DI SODDISFAZIONE	In "Toward an understanding of conflict" apparso nel 1971 sul Vol. n. 1 della rivista "International Journal of Group Tensions", M. Deutsch sostiene che per alcuni individui il conflitto stimola interesse e curiosità. Questo assunto spendibile nelle dinamiche socio-relazionali può contribuire a facilitare l'utilizzo pieno delle capacità emotive di ognuno e, per questo, è considerato uno strumento di soddisfazione e di valutazione delle proprie abilità.

Tabella 9. Effetti della Mediazione in ambito lavorativo

Fonte: Maurizio Lozzi – *Mediazione sociale dei conflitti e Sociologia* – Università degli Studi di Cassino – Facoltà di Lettere e Filosofia - A. A. 2002/03

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

di bassi costi. Come si può notare il modello dell'investimento fotografa bene alcuni tipi di rapporto di lavoro esistenti tra superiore e subordinato. E' infatti fuor di dubbio che una relazione soddisfacente con un capoufficio che sappia dimostrarsi amico, riesca inevitabilmente ad aiutare il lavoratore subalterno nello sviluppo di particolari abilità in grado di favorirne poi la carriera.

E' ovvio quindi che un rispettabile livello di lealtà nei rapporti di lavoro aiuti a diminuire i rischi di conflitto ma, considerando che - specie nel mondo del lavoro - gli obiettivi delle persone non collimano mai perfettamente, viene da sé che il conflitto resta anche in questo contesto una dinamica relazionale inevitabile e quindi naturale. Bisogna allora imparare a comprendere meglio soltanto come agirlo.

8. Educarsi alla Mediazione

Esiste pertanto lo spazio per iniziare a consolidare sfide educative nuove che, come quella della Mediazione, si fondano sul recupero delle capacità di dialogo, di scambio, di consapevolezza e, soprattutto, di competenza comunicativa. Quella che sempre più emerge è infatti l'esigenza di un recupero del "linguaggio emozionale" nei rapporti socio-relazionali. Con essa cresce però al tempo stesso anche la necessità di valorizzare e proporre percorsi che sappiano rivelarsi distanti dalla pura e semplice concezione nozionistica e vicini invece al recupero di quelle attitudini e potenzialità umane necessarie a ricondurre ogni relazione su basi di buon senso e di chiarezza comunicativa. Il più delle volte, infatti, quelli che possiamo definire "circuiti del disagio" e le conseguenti reazioni di aggressività davanti alle quali si continua a dimostrare impotenza, o nei casi peggiori indifferenza, non sono generati ed alimentati altro che da una mancanza di chiarezza nella comunicazione. Questa certezza riesce a farci comprendere quanto i processi stessi di comunicazione non siano solamente da considerare semplici strumenti di cui l'individuo può fare più o meno uso, ma piuttosto quanto invece siano a fondamento del suo stesso modo di essere. Ciò conferma senza alcuna ombra di dubbio che ogni individuo, medico o paziente che sia, non sceglie se essere o meno comunicante, l'unica cosa che caso mai può intenzionalmente scegliere è soltanto il modo in cui desidera esserlo. E visto che fra le capacità razionali dell'essere umano, la disposizione dell'uomo alla comunicazione è certamente la più evidente, se non la più importante, sono andate consolidandosi nel tempo, oltre alle teorie ed agli studi sino ad ora trattati, anche metodologie ecologiche di comunicazione concepite attraverso una logica educativa dei sentimenti ed una armonizzazione costruttiva delle emozioni. Pur se nella società stanno riuscendo ad entrare un po' ovunque concetti legati ad esperienze di educazione all'accettazione e al rispetto dell'altro ritenuto spesso diverso, quella che continua a resistere è purtroppo una sorta di irrazionalità legata profondamente ad un approccio culturale negativo che continuiamo ad avere un po' tutti nei riguardi delle relazioni conflittuali. La parola "conflitto" continua infatti ad evocare nella nostra cultura concetti o immagini sgradevoli, facendoci pensare *tout court* allo scontro, al contendere, all'aggressività, all'impulsività e, inevitabilmente, persino alla violenza. Questa resistenza culturale è però possibile rimuoverla, stimolando percorsi di nuova comprensione che inizialmente aiutino ed educino a riconoscere il conflitto come un fatto naturale e quindi inevitabile nelle relazioni umane. Ciò diventa possibile favorendo lo sviluppo di un approccio educativo nuovo che sappia riconoscere nelle dinamiche conflittuali una potente risor-

sa per la crescita di ognuno. In Oriente, ad esempio, la lingua cinese mette in evidenza l'ambivalenza della parola "conflitto". Infatti l'ideogramma *Wei ji* che la compone sintetizza con grande eloquenza la nozione di conflitto che, in questa cultura, può significare allo stesso tempo "pericolo" e "opportunità" confermando appunto come le dinamiche conflittuali possano essere considerate distruttive o costruttive, a seconda ovviamente di come vengono agite. Questo ideogramma ha infatti una duplice composizione che rimanda oltre che ai concetti di "dolore" e di "pericolo", anche a quello di "opportunità per il cambiamento", potendo risultare a prima vista persino contraddittorio. Ma così non è. Pur apparendo difficile considerare secondo il punto di vista occidentale l'unione di due concetti completamente diversi, la logica orientale ne legittima invece l'unione che, pur apparendo provocatoria e, al tempo stesso, simbolica, conferma nell'esistenza del conflitto dinamiche controverse, ma comunque emotivamente intense.

Abbiamo già visto come un simile punto di vista sia sostenuto, ad esempio, da molti studiosi – Dahrendorf *in primis* - che spingono a ritenere il conflitto non solo una dinamica sociale da osservare, ma soprattutto da guardare con interesse in quanto stimolatore di innovazione per una società che altrimenti apparirebbe statica ed irrealistica. Come guidare però il cambiamento di un clima pesante caratterizzato da prepotenze, isolamento, aggressività o turbolenze all'interno di un sistema sociale in cui – come ad esempio avviene in un ospedale – si relazionano continuamente posizioni asimmetriche – tipo medico/paziente – e posizioni invece simmetriche – tipo gruppi dei pari? Diventa indispensabile aprire accessi verso la trattazione del conflitto che siano in grado di mostrarne gli aspetti positivi. E dell'apertura di questi accessi si occupano da anni i percorsi educativi e formativi che sviluppano competenze nell'ambito della Mediazione pacifica dei conflitti.

9. L'origine del conflitto

Per rendersi più conto delle possibilità che attraverso l'approccio sociologico clinico orientato alla Mediazione diventa possibile esercitare, è opportuno avere un quadro sintetico degli indicatori che generalmente nei sistemi sociali contribuiscono all'affioramento dei conflitti nelle relazioni interpersonali. A venirci in aiuto è la Figura n. 3, in cui viene rappresentato lo schema dedicato all'origine generica del conflitto.

Riuscire a riconoscere preventivamente bisogni, interessi e valori può di sicuro evitare l'emersione stessa del conflitto e - paradossalmente parlando - anche il ricorso alla Mediazione. Sappiamo tutti però che se anche le origini del conflitto sono riconducibili alle generiche fattispecie sopra indicate, questo non è affatto sufficiente a garantire modalità pacifiche di comportamento. Bisogna allora educare ed educarsi all'interno delle comunità sociali alle quali si appartiene, nel far emergere il vero sé in ogni individuo per guidarlo a ritrovare quelle potenzialità umane necessarie a ricondurre ogni relazione su basi di buon senso e di chiarezza comunicativa. Si ha così la possibilità di restituire alla parola "educare" il suo significato prettamente etimologico e vero che, in latino, rende *educare* sinonimo di "tirare fuori". Attraverso la

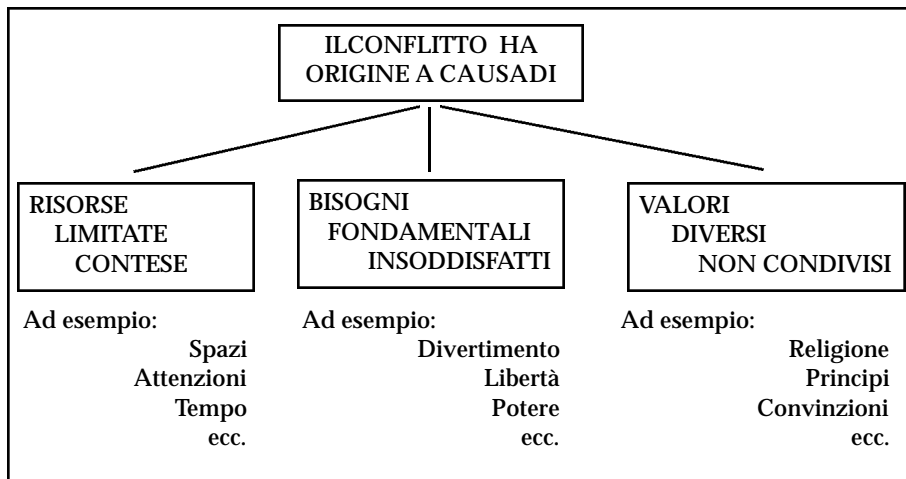


Figura 3. L'origine generica del conflitto

Fonte: Maurizio Lozzi – La Mediazione dei conflitti in “Comportamenti di Pace – Agenda Libro” – Icone Edizioni – Roma - 2002

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

Mediazione pacifica dei conflitti si intende lavorare infatti a tirare fuori ed a restituire ad ogni attore sociale capacità comunicative efficaci grazie alle quali riuscire a comprendere i punti di vista degli altri per poter generare così idee creative, indispensabili per poter uscire positivamente e costruttivamente dai conflitti e dalle incomprensioni. Non è infatti un caso se nella Mediazione, alle parti in conflitto, viene richiesta proprio la capacità di dimostrarsi creativi e propositivi. Si tratta per i più di uno sforzo mentale notevole e sul cui alleggerimento ognuno può provare ad impegnarsi per tentare di stimolare ambedue le parti confliggenti verso la ricerca di accordi, idee ed intese in grado di rivelarsi condivisibili, accettabili e soddisfacenti.

10. L'allargamento del campo delle possibilità

Nella Mediazione ognuno è chiamato a guidare se stesso verso un allargamento del campo delle proprie possibilità, stando però attento a non imporre soluzioni che potrebbero apparire a *decisione orientata* e che rischierebbero così di vanificare irrimediabilmente le possibilità di un'uscita costruttiva dal conflitto. L'obiettivo iniziale della Mediazione diventa infatti quello di far riuscire a mettere in contatto con la loro dimensione più immaginativa e sensibile gli stessi protagonisti della disputa, invitandoli ad andare oltre i loro – spesso impulsivi – punti di vista. Solo così si può entrare nell'ottica del cosiddetto “*cambio di prospettiva*” che comporta per ognuna delle parti coinvolte nel conflitto uno sforzo: quello cioè di comprendere meglio il comportamento dell'altro e di saper accettare sul problema esistente la presenza di più visioni. E' evidente che si tratta di una competenza chiave che non scatta automaticamente, ma sulla cui acquisizione si rende necessario lavorare per evitare soprattutto che possa perdere di lucidità, soprattutto in condizioni di sovraccarico emotivo o di stress, frequenti spesso all'interno delle strutture medico-sanitarie. Di esercizi pratici da proporre per sviluppare ed amplificare negli individui una ritrovata capacità creativa, indispensabile per alzare davvero lo sguardo oltre il conflitto, ne esistono diversi e ricadono per lo più nelle cosiddette tecniche di *brainstorming*²⁹. Si tratta, è ovvio, di esercizi che non comportano alcuna valutazione, ma solo un notevole impegno di visualizzazione immaginativa, dote questa indispensabile per superare quelle che nel conflitto frequentemente appaiono come barriere insormontabili per il risanamento della relazione. Per lavorare al recupero consensuale e pacifico delle relazioni conflittuali è opportuno che le metodologie legate alla Mediazione pacifica dei conflitti risultino indirizzate su un piano psico-sociale e relazionale, in modo tale da rivelarsi come stimolo, oltre che per un arricchimento personale, soprattutto per un miglioramento del clima interno ad ogni struttura sociale.

²⁹ Termine di natura anglosassone che può essere tradotto come tempesta di idee. Esercitarsi a generare idee per uscire dalla relazione conflittuale è una delle azioni alla quale le parti antagoniste vanno educate. Lo scopo è quello di far generare direttamente da parte dei protagonisti del conflitto le opzioni migliori e soddisfacenti per uscire entrambi dal loro problema.

11. I livelli di acquisizione

Esistono diversi livelli, che possiamo definire *di acquisizione*, riguardo alle metodologie utilizzabili nei percorsi di Mediazione ed essendo questi, anche se strutturati, decisamente flessibili, risultano all'atto pratico oltre modo adattabili ad ogni sistema sociale, tanto più se di tipo medico-sanitario. Per iniziare a considerare il conflitto come una dinamica relazionale tollerabile, diventa opportuno acquisire una serie di abilità e di competenze relazionali basilari per poi poter procedere verso la Mediazione. Questo è un primo passo indispensabile per giungere a ritenere il conflitto positivo, in quanto generatore in ogni caso di elementi di vitalità. La Tabella n. 10 indica a quali abilità è consigliabile educarsi.

Dallo schema proposto quello che appare evidente è che attraverso la pratica della Mediazione pacifica dei conflitti prendono corpo dinamiche relazionali fondate su una autentica capacità di trasformazione in senso qualitativo e di accrescimento. In un ambiente medico-sanitario questo consente di lavorare ad un cambiamento migliorativo del clima, restituendo anche un valore di simmetria reciproca tra i diversi attori sociali che in esso operano. In questo processo possiamo trovare assonanze con la tecnica tipica del *feed-back*³⁰ che, in base alle reazioni, consente un continuo aggiustamento dell'intervento, fondato nel caso della Mediazione, sulla ricalibrazione delle forme di comunicazione tra le parti confliggenti.

³⁰ Il *feed-back* è l'interscambio che avviene tra ricevente ed emittente quando l'informazione di ritorno permette all'emittente di percepire se il messaggio è stato ricevuto, compreso e capito da parte del destinatario.

PENSARE SEMPRE AL CONFLITTO COME UN PROBLEMA DA GESTIRE NON COME UNA GUERRA DA COMBATTERE	questo primo livello riguarda il campo della PERCEZIONE, una facoltà che nella Mediazione bisogna imparare a ristrutturare per acquisire la capacità di affrontare le situazioni di conflitto non contrastandole, ma assumendole sotto una prospettiva praticabile fondata sul recupero di risorse da condividere
FRENARE L'IMPULSIVITA' E PRIMA DI AGIRE PROVARE OGNI VOLTA A CONTARE FINO A 10	questo secondo livello è legato al RITMO della RELAZIONE, in genere sempre accelerato e superficiale. Nel conflitto è

segue

<p>EVITARE DI METTERSISI A FARE IL MURO CONTRO MURO</p>	<p>opportuno invece abituarsi a rallentare, si entra così vicendevolmente in contatto e ci si predispone meglio ad osservare e comprendere.</p> <p>questo terzo livello investe l'ambito della TENSIONE. Le parti antagoniste desiderano prevalere ad ogni costo e anziché privilegiare dinamiche di accordo, sviluppano strategie negative di superiorità. E' opportuno intervenire nell'edificazione di una COMPRESIONE ALTRA del conflitto, indispensabile per l'abbassamento del livello di tensione.</p>
<p>VALORIZZARE E RISPETTARE LE RAGIONI E I CONTENUTI ESPRESSI DALL' ALTRO</p>	<p>questo quarto livello è collegato alle dinamiche di COMUNICAZIONE del momento. Si consiglia di evitare di fare riferimento a vicende passate e di avere soprattutto riguardo per quanto l'altro esprime. Non farlo contribuisce a generare ancor più fastidi e circuiti di disagio.</p>
<p>EVITARE DI RIMPROVERARE E IMPEGNARSI AD ADOTTARE METODI DI CRITICA COSTRUTTIVA</p>	<p>questo quinto livello riguarda l'area del (PRE)GIUDIZIO. Va evitato assolutamente un atteggiamento "che bolla" in quanto porta a dinamiche di chiusura suscitando sensi di umiliazione. Si lavora su osservazioni non lesive, mantenendo l'attenzione solo sul problema e non come frequentemente accade sulla persona</p>
<p>NON AVERE PAURA DI DIRE DI NO QUANDO INVECE E' NECESSARIO</p>	<p>questo livello investe l'ambito della RESPONSABILITA', condizione a cui è necessario educarsi per avere atteggiamenti opportuni nei contesti adeguati. I medici, anche a rischio di innescare dinamiche di frustrazione che allontanano i pazienti o i loro familiari da rapporti di amichevolezza, hanno il dovere di dire no, favorendo così crescite di responsabilità visibili però con il tempo</p>

Tabella 10. Tabella delle abilità di base per la Mediazione

Fonte: Maurizio Lozzi – Mediazione sociale dei conflitti e Sociologia – Università degli Studi di Cassino – Facoltà di Lettere e Filosofia - A. A. 2002/03

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

12. Risposte al conflitto e vantaggi della Mediazione

Comporre, regolare e riuscire infine a venir fuori dal conflitto, è un cammino lungo e – forse non dovremmo dirlo – molto faticoso. Il conflitto, infatti, non appare mai nella sua interezza, ed è per questa ragione che per ricondurlo e guidarlo verso una costruttiva composizione necessita di un approfondito riconoscimento. Può venirci in aiuto in questo momento la metafora freudiana dell'iceberg, gigantesco blocco di ghiaccio galleggiante, la cui parte nota è – come nel conflitto – quella emergente, indicativa in ogni caso di una struttura più complessa ed estesa che resta invece sommersa. Usando l'immagine evocativa dell'iceberg, raffigurata nella Figura n. 4, si riesce con chiarezza a fornire una eloquente stratificazione del conflitto:

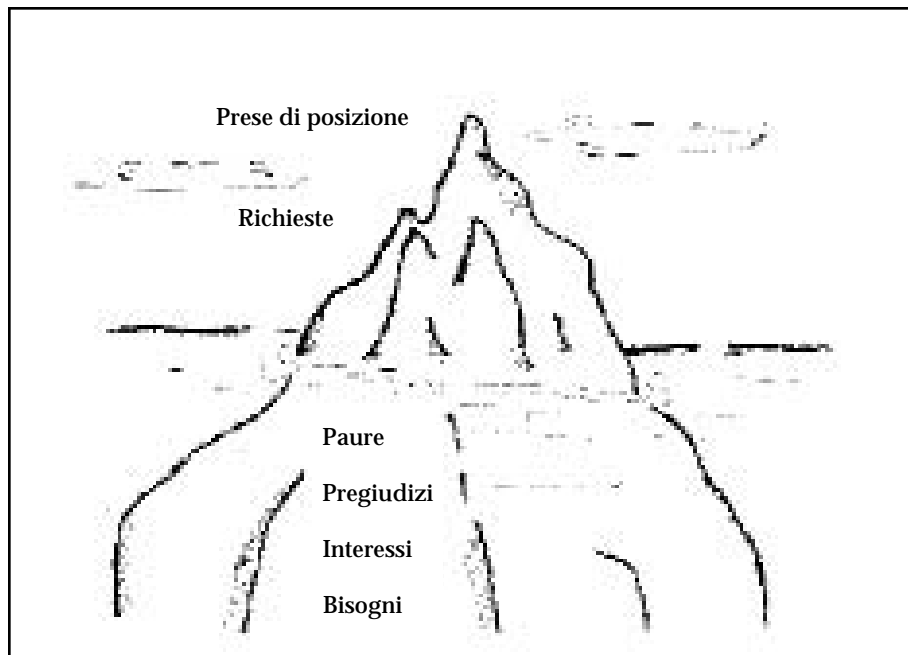


Figura 4. L'iceberg del conflitto

Fonte: Maurizio Lozzi – *Mediazione nella scuola: strategie di regolazione dei conflitti* – F.I.V.O.L. Edizioni – Roma - 2001

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

Diventa fondamentale allora conoscere anche le possibili modalità di risposta che possiamo avere nei confronti del conflitto e ricondurle sostanzialmente a tre distinte categorie:

1. risposte morbide;
2. risposte dure;
3. risposte regolamentate.

Alle prime fanno, di solito, riferimento relazioni tra persone che mantengono un rapporto di amichevolezza o che puntano ad essere reciprocamente gentili e che spesso, per evitare il confronto, preferiscono prendere le distanze dal conflitto, ignorando il problema emerso o negandone persino l'esistenza. L'accomodamento è, infatti, la loro *risposta morbida* che vede una delle parti antagoniste adattarsi alle posizioni dell'altra senza cercare di far rispettare i propri interessi. E' la classica situazione di passività che, pur apparendo nell'immediato accettabile, con il tempo si complica portando a galla sentimenti di delusione, insicurezza, paura o ansia nel futuro. Le *risposte dure* implicano invece un rapporto relazionale tra parti che si considerano avversarie ed il cui unico obiettivo è la supremazia di uno sull'altro. Sono, infatti, caratterizzate da scontri che possono comprendere persino aggressioni e minacce, e le soluzioni - se in queste modalità di risposta se ne riescono a trovare - fanno spesso capo a ritorsioni e pressioni. Meglio affidarsi dunque alle *risposte regolamentate*. Consentono ai contendenti di riconoscersi come reciproci artefici della composizione del conflitto e di poter raggiungere un obiettivo comune e condiviso in modo amichevole. E' evidente però che in questo percorso riescono persone che hanno sviluppato abilità comunicative ed empatiche e quindi in grado di comprendere come la comunicazione possa risultare tra le parti efficace, solo se e quando torna ad essere condivisa. E solo a questo punto che diventa possibile sviluppare la necessaria interazione collaborativa grazie alla quale diventa poi praticabile generare spazi di ascolto, di accoglienza e di comprensione reciproca. Le risposte regolamentate al conflitto hanno la grande caratteristica di rivelarsi infatti risposte attive e non reattive. Con un necessario approfondimento legato sempre alle modalità di risposta al conflitto, è possibile fornire ora un quadro sinottico ed esplicativo dei risultati a cui le parti giungono facendo ricorso all'una o all'altra procedura. Lo troviamo esposto nella Tabella n. 11 pubblicata a pag. 46.

Appare evidente che il caso delle risposte regolamentate è proprio dell'approccio mediativo. Qui infatti non viene lasciato spazio né all'antagonismo, né all'uso della sopraffazione, ma soltanto alla messa in gioco del patrimonio di risorse positive che ogni individuo possiede. E' fondamentale sull'emersione ed il conseguente recupero di queste risorse che la Mediazione pacifica dei conflitti - negli ambienti medico-sanitari, come in altri sistemi sociali - matura la sua forza, per:

RISPOSTE MORBIDE Quando si nega il conflitto o le parti non ottengono quanto desiderano, oppure quando una delle parti si adatta al volere dell'altra	PRIMI RISULTATI TRA LE PARTI Perdente / Perdente Perdente / Vincitore
RISPOSTE DURE Quando la persona più aggressiva vince e l'altra perde, oppure Quando uno vede l'altro come nemico, oppure Quando ognuno è guidato da spirito vendicativo per punire o accanirsi contro l'altro	SECONDO RISULTATO TRA LE PARTI Vincitore / Perdente
RISPOSTE REGOLAMENTATE Quando le parti generano opzioni per raggiungere risultati efficaci ed amichevoli, oppure Quando le parti si assumono la responsabilità per le loro azioni e mantengono la capacità di scegliere risposte condivisibili	TERZO RISULTATO TRA LE PARTI Vincitore/ Vincitore

Tabella 11. Le modalità di risposta al conflitto socio-relazionale

Fonte: Maurizio Lozzi – *Mediazione sociale dei conflitti e Sociologia* – Università degli Studi di Cassino – *Facoltà di Lettere e Filosofia* - A. A. 2002/03

Adattamento: m.lozzi@unicas.it – Università degli Studi di Cassino.

1. favorire la riduzione delle ostilità tra le parti;
2. aiutare nella ricostruzione del dialogo;
3. consentire ad ognuno di comprendere meglio i punti di vista dell'altro;
4. identificare i bisogni e le posizioni delle parti;
5. permettere di esaminare opzioni creative e possibilità innovative;
6. gettare le basi per lo sviluppo di una relazione nuova e attiva dopo l'incomprensione o il conflitto;
7. offrire opportunità flessibili e non rigide;
8. coinvolgere direttamente gli antagonisti in un processo di matura responsabilizzazione;
9. limitare al massimo danni e tempi nelle controversie;
10. garantire spazi neutrali di ascolto ed accoglienza;
11. assicurare opportunità di riservatezza.

Si tratta sostanzialmente di vantaggi che anche nell'ambiente medico-sanitario acquistano indubbiamente la forza per migliorare il clima socio-relazionale, per aumentare l'autostima degli attori sociali in esso presenti, per contrastare l'accrescimento di sfiducia e per abbassare anche le soglie – spesso elevate – di irritabilità e maleducazione. E' bene precisare però che la Mediazione pacifica dei conflitti può essere una risorsa condivisibile e non potrà mai, in ogni caso, sostituire altre dinamiche, ma solo divenire uno strumento nuovo per iniziare ad edificare anche nel mondo della sanità “orizzonti pacifici” e pienamente condivisibili di relazione.



*A Francesco e Gianmarco,
estensioni della mia anima*



Bibliografia

- 1) Adorno T.W. e Jarisch U.: “Note sul conflitto sociale oggi”, in M. Livolsi (a cura di), *La riproduzione dei rapporti sociali*, Marsilio Editori, Venezia ripreso da *Giovane Critica*, autunno 1967, n. 17, 1976.
- 2) Advanced Practitioner Membership Work Group., *Report and Recommendations for Advanced Practitioner Member (AMP) Status*, Association for Conflict Resolution, 2003.
[www.acrnet.org/about/taskforces/APWorkgroup.htm]
- 3) Ahrens E.: *When We Listen, People Talk*, 2002.
[www.mediate.com/articles/ahrens8.cfm]
- 4) Alfini J. J.: (a cura di), *Mediation Theory and Practice*, Newark, N.J., Matthew Bender/LEXIS, 2001.
- 5) Antes J. R.: (a cura di), “Is a Stage Model of Mediation Necessary?” in *Mediation Quarterly*, 1999.
- 6) Argyle M., Henderson M.: *The anatomy of relationship*, Harmondsworth, Penguin, New York, 1985.
- 7) Barker E.: *Tips for Dealing with Emotion in Mediation*, [www.mediate.com/articles/ebarker2.cfm], 2003.
- 8) Battisti F. M., Tosi M.: *Sociologia clinica e sistemi socio-sanitari. Dalle premesse epistemologiche allo studio di casi e interventi*, Franco Angeli, Milano, 1995.
- 9) Bernard Berelson e Gary A. Steiner: *Il comportamento umano*, FrancoAngeli, Milano, 1969.
- 10) Blau P.M.: *Exchange and Power in Social Life*, Wiley, New York, 1964.
- 11) Blumer H.: *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, 1968.

- 12) Bonafé-Schmitt J.P.: *La médiation scolaire pour les élèves*, Collection Actions Sociales Confrontation, ESF, Paris, 2000.
- 13) Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. R.: *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*, Brunner/Mazel, New York, 1986.
- 14) Brecht B.: *Poesie e canzoni*, Einaudi, Torino, 1961.
- 15) Bush R.A.B.: *The Dilemmas of Mediation Practice: A Study of Ethical Dilemmas and Policy Implications*, National Institute for Dispute Resolution, Washington, D.C., 1992.
- 16) Bush R.A.B.: “‘What Do We Need a Mediator For?’: Mediation’s ‘Value-Added’ for Negotiators.” in *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, 1996
- 17) Bush R.A. B. and Folger J. P.: *The promise of Mediation: Responding to conflict through Empowerment and Recognition*, Jossey-Bass, San Francisco, 1994.
- 18) Cesareo V. (Gruppo Spe, a cura del), *Verso una sociologia della persona*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- 19) Cipriani, R. (a cura di), *Compendio di Sociologia. Fondamenti, ambiti e temi*, Monolite Editore, Roma, 2002
- 20) Collins R.: *Teorie sociologiche*, Il Mulino, Bologna, 1992.
- 21) Cortelazzo M., Zolli P.: *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Bologna, Zanichelli, 1979.
- 22) Darhendorf R.: *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Ed. Laterza, Roma/Bari, 1971.
- 23) De Briant V., Palau Y.: *La médiation: définition, pratiques et perspectives*, Nathan, coll. « Sciences sociales », Paris, 1999.
- 24) Della Noce D. J.: “Seeing Theory in Practice: An Analysis of Empathy in Mediation.” in *Negotiation Journal*, 1999.
- 25) Deutsch M.: *The resolution of conflict: constructive and destructive processes*, Yale University Press, New York, 1973.

- 26) Domenici K., Littlejohn S. W.: *Mediation: Empowerment in Conflict Management*, Prospect Heights, Waveland Press, 2001.
- 27) Fisher R., Brown S.: *Getting Together*, Viking Penguin, New York, 1989.
- 28) Fisher R., Ury W.: *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, Houghton Mifflin, Boston, 1981.
- 29) Folberg J., Taylor A.: *Mediation: A Comprehensive Guide to Resolving Conflicts Without Litigation*, Jossey-Bass, San Francisco, 1984.
- 30) Folger J. P., Bush R.A.B.: "Transformative Mediation and Third-Party Intervention: Ten Hallmarks of a Transformative Approach to Practice." in *Mediation Quarterly*, 1996.
- 31) Folger J. P., Bush R.A.B.: *Designing Mediation: Approaches to Training and Practice Within a Transformative Framework*, Institute for the Study of Conflict Transformation, New York, 2001.
- 32) Folger J. P., Poole M. S.: *Working Through Conflict: A Communication Perspective*, Scott, Foresman, Glenview, 1984.
- 33) Folger J. P.: (a cura di), *Working Through Conflict: Strategies for Relationships, Groups and Organizations*, Addison-Wesley, Reading, 2001.
- 34) Garfinkel I-L: *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.
- 35) Gonsalves P., Hudson D. T.: *Supporting Difficult Conversations: Articulation and Application of the Transformative Framework at Greenwich Mediation*, Greenwich Mediation Center, Greenwich, [www.greenwichmediation.org.uk], 2003.
- 36) Goffman E.: *Frame Analysis*, Harper Row, New York, 1974.
- 37) Habermas J.: *The Theory of Communicative Action*. Vol. 1 e 2, Beacon Press, Boston, 1984.
- 38) Haley, J.: *Problem-Solving Therapy*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987.
- 39) Homans G.C.: *Le forme elementari del comportamento sociale*, Franco Angeli, Milano, 1975.

- 40) Kohn A.: *The Brighter Side of Human Nature: Altruism and Empathy in Everyday Life*, Basic Books, New York, 1990.
- 41) Kolb D. M. and Associates: *When Talk Works: Profiles of Mediators*, Jossey-Bass, San Francisco, 1994.
- 42) Levinas E., Ricœur P.: *Giustizia, amore e responsabilità*, in Levinas E., Marcel G., Ricœur P., *Il pensiero dell'altro*, Edizioni Lavoro, Roma, 1999.
- 43) Lozzi M.: *Prefazione in Mediatori efficaci: come gestire i conflitti a scuola* di K. Jefferys-Duden, Edizioni La Meridiana, Molfetta, 2001.
- 44) Lozzi M.: "Dieci in condotta: una riflessione sull'uso della mediazione nella scuola" in Luison, L. e Liaci, S. (a cura di), *Mediazione sociale e Sociologia*, FrancoAngeli, Milano, 2000.
- 45) Lozzi M.: "Sociologia della Mediazione educativa: orizzonti pacifici di relazione" in Altieri R., (a cura di), *Quaderni Satyagraha*, Edizioni Plus – Università degli Studi di Pisa – Centro Gandhi Pisa, n. 4, Pisa, 2003.
- 46) Luhman N.: *Sistemi sociali*, il Mulino, Bologna, 1990.
- 47) Luison L: (a cura di), *Introduzione alla sociologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- 48) Martínez de Murguía B.: *Mediacion y resolucion de conflictos, una guía introductoria*, Paidós, Barcellona, 1999.
- 49) McNamee S., Gergen K. J.: *Relational Responsibility: Resources for Sustainable Dialogue*, Sage, Thousand Oaks, 1999.
- 50) Menkel-Meadow C.: "The Many Ways of Mediation: The Transformation of Traditions, Ideologies, Paradigms, and Practices." in *Negotiation Journal*, 1995.
- 51) Moore B. Jr.: *Le origini sociali della dittatura e della democrazia*, Einaudi, Torino 1990.
- 52) Moore C. M.: "Why Do We Mediate?" in *New Directions in Mediation: Communication Research and Perspectives*, Sage, Thousand Oaks, 1994.

- 53) Moore C. M.: *The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict*, Jossey-Bass, San Francisco, 2003.
- 54) Parry D.: *I guerrieri del cuore*, Edizioni Amrita, Torino, 1999.
- 55) Patfoort P.: *Bouwen Aan Geweldloosheid*, I.O.T., Brussel – Infodok, Leuven – Den Haag, 1989. L'edizione italiana dal titolo "Costruire la nonviolenza" è a cura delle Edizioni La Meridiana, Molfetta (Bari), 1992.
- 56) Roberts P.: "Fast Company", aprile, 1999.
- 57) Rogers C.: *Libertà nell'apprendimento*, Giunti Barbera, Firenze, 1973.
- 58) Rosen R., and Berger L.: *The Healthy Company: Eight Strategies to Develop People, Productivity, and Profits*, Tarcher, Los Angeles, 1992.
- 59) Ross H.M.: *La cultura del conflicto. Las diferencias interculturales en la practica de la violencia*, Paidos, Barcellona, 1995.
- 60) Rusbult C.E.: *A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual investments* – *Journal of Personality and Social Phsycology*, Vol. 45 - 1983.
- 61) Scheff T.: *Microsociology: Discourse, Emotion, and Social Structure*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- 62) Shailor J.: *Empowerment in Dispute Mediation: A Critical Analysis of Communication*, Praeger, New York, 1994.
- 63) Simmel G.: *Der Streit in Soziologie*, Lipsia 1908, Berlino 1958; trad. Italiana in C. Morgandini (a cura), *Il conflitto nella cultura moderna*, Roma, 1976.
- 64) Six J.F.: *Mussaud, V., Médiation*, Seuil, Paris, 2002.
- 65) Straus R.A.: "Cambiare la definizione della situazione: verso una teoria dell'intervento sociologico", in L. Luison (a cura di), *Introduzione alla Sociologia clinica*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- 66) Thomas W. I. e Thomas D.: *The child in America*, Knopf, New York, 1928
- 67) Thurow L.C.: *La società a somma zero*, Il Mulino, Bologna, 1981.

- 68) Wallace R. A. e Wolf A.: *La teoria sociologica contemporanea*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- 69) Walster E.H., Walster G. W. e Berscheid E.: – *Equity theory and research* – Boston, Allyn & Bacon, 1978.
- 70) Weber M.: *Il metodo delle scienze storico sociali*, Einaudi, Torino, 1958.

Indice

Editoriale	pag. 3
Introduzione	» 5
1. La riflessione sociologica	» 6
2. Studi e teorie sulle dinamiche conflittuali	» 8
2.1 - L'utilità del conflitto	» 8
2.2 - La distribuzione del potere	» 8
2.3 - "La profezia che si autoadempie"	» 10
2.4 - L'interazionismo simbolico	» 10
2.5 - Il ragionamento pratico di senso comune	» 12
2.6 - La frame analysis	» 14
2.7 - Le teorie dello scambio	» 16
3. Conflitto e società	» 18
4. Relazioni e Mediazione	» 21
5. Dequalificazione e riqualificazione socio-relazionale	» 24
6. Sociologia Clinica	» 27
6.1 - A.D.R., "oikos" e Peer Mediation	» 30
6.2 - Il rallentamento del ritmo delle relazioni	» 31

7. Un percorso “a somma positiva”	» 33
8. Educarsi alla Meditazione	» 37
9. L’origine del conflitto	» 39
10. L’allargamento del campo delle possibilità	» 41
11. I livelli di acquisizione	» 42
12. Risposte al conflitto e vantaggi della Mediazione	» 44
Bibliografia	» 48
Indice	» 54

Caleidoscopio

Italiano

...il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

1. Rassu S.: *Principi generali di endocrinologia*. Gennaio '83
2. Rassu S.: *L'ipotalamo endocrino*. Giugno '83
3. Rassu S.: *L'ipofisi*. Dicembre '83
4. Alagna., Masala A.: *La prolattina*. Aprile '84
5. Rassu S.: *Il pancreas endocrino*. Giugno '84
6. Fiorini I., Nardini A.: *Citomegalovirus, Herpes virus, Rubella virus (in gravidanza)*. Luglio '84.
7. Rassu S.: *L'obesità*. Settembre '84
8. Franceschetti F., Ferraretti A.P., Bolelli G.F., Bulletti C.: *Aspetti morfofunzionali dell'ovaio*.
Novembre '84.
9. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (1)*. Dicembre '84.
10. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte prima*. Gennaio '85.
11. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte seconda*. Febbraio '85.
12. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte prima*. Aprile '85.
13. Nacamulli D., Girelli M.E., Zanatta G.P., Busnardo B.: *Il TSH*. Giugno '85.
14. Facchinetti F. e Petraglia F.: *La β -endorfina plasmatica e liquorale*. Agosto '85.
15. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (1)*. Ottobre '85.
16. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte seconda*. Dicembre '85.
17. Nuti R.: *Fisiologia della vitamina D: Trattamento dell'osteoporosi post-menopausale*.
Febbraio '86
18. Cavallaro E.: *Ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Marzo '86.
19. Fanetti G.: *AIDS: trasfusione di sangue emoderivati ed emocomponenti*. Maggio '86.
20. Fiorini I., Nardini A.: *Toxoplasmosi, immunologia e clinica*. Luglio '86.
21. Limone P.: *Il feocromocitoma*. Settembre '86.
22. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Flamigni C.: *Il Testicolo. Aspetti morfo-funzionali e clinici*. Novembre '86.
23. Bolcato A.: *Allergia*. Gennaio '87.
24. Kubasik N.P.: *Il dosaggio enzimoimmunologico e fluoroimmunologico*. Febbraio '87.
25. Carani C.: *Patologie sessuali endocrino-metaboliche*. Marzo '87.
26. Sanna M., Carcassi R., Rassu S.: *Le banche dati in medicina*. Maggio '87.
27. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Jasonni V.M., Flamigni C.: *L'amenorrea*. Giugno '87.
28. Zilli A., Pagni E., Piazza M.: *Il paziente terminale*. Luglio '87.
29. Pisani E., Montanari E., Patelli E., Trinchieri A., Mandressi A.: *Patologie prostatiche*.
Settembre '87.
30. Cingolani M.: *Manuale di ematologia e citologia ematologica*. Novembre '87.
31. Kubasik N.P.: *Ibridomi ed anticorpi monoclonali*. Gennaio '88.
32. Andreoli C., Costa A., Di Maggio C.: *Diagnostica del carcinoma mammario*. Febbraio '88.
33. Jannini E.A., Moretti C., Fabbri A., Gnessi L., Isidori A.: *Neuroendocrinologia dello stress*.
Marzo '88.

34. Guastella G., Cefalù E., Carmina M.: *La fecondazione in vitro*. Maggio '88.
35. Runello F., Garofalo M.R., Sicurella C., Filetti S., Vigneri R.: *Il gozzo nodulare*. Giugno '88.
36. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (2)*. Luglio '88.
37. Piantino P., Pecchio F.: *Markers tumorali in gastroenterologia*. Novembre '88.
38. Biddau P.F., Fiori G.M., Murgia G.: *Le leucemie acute infantili*. Gennaio '89.
39. Sommariva D., Branchi A.: *Le dislipidemie*. Febbraio '89.
40. Butturini U., Butturini A.: *Aspetti medici delle radiazioni*. Marzo '89.
41. Caffero F., Gipponi M., Paganuzzi M.: *Diagnostica delle neoplasie colo-rettali*. Aprile '89.
42. Palleschi G.: *Biosensori in Medicina*. Maggio '89.
43. Franciotta D.M., Melzi D'Eril G.V. e Martino G.V.: *HTLV-I*. Giugno '89.
44. Fanetti G.: *Emostasi: fisiopatologia e diagnostica*. Luglio '89.
45. Contu L., Arras M.: *Le popolazioni e le sottopopolazioni linfocitarie*. Settembre '89.
46. Santini G.F., De Paoli P., Basaglia G.: *Immunologia dell'occhio*. Ottobre '89.
47. Gargani G., Signorini L.F., Mandler F., Genchi C., Rigoli E., Faggi E.: *Infezioni opportunistiche in corso di AIDS*. Gennaio '90.
48. Banfi G., Casari E., Murone M., Bonini P.: *La coriogonadotropina umana*. Febbraio '90.
49. Pozzilli P., Buzzetti R., Procaccini E., Signore E.: *L'immunologia del diabete mellito*. Marzo '90.
50. Cappi F.: *La trasfusione di sangue: terapia a rischio*. Aprile '90.
51. Tortoli E., Simonetti M.T.: *I micobatteri*. Maggio '90.
52. Montecucco C.M., Caporali R., De Gennaro F.: *Anticorpi antinucleo*. Giugno '90.
53. Manni C., Magalini S.I. e Proietti R.: *Le macchine in terapia intensiva*. Luglio '90.
54. Goracci E., Goracci G.: *Gli allergo-acari*. Agosto '90.
55. Rizzetto M.: *L'epatite non A non B (tipo C)*. Settembre '90.
56. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Razzini E. e Gulminetti R.: *Infezione da HIV-1: patogenesi ed allestimento di modelli animali*. Ottobre '90.
57. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (I)*. Gennaio '91.
58. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (II)*. Febbraio '91.
59. Santini G.F., De Paoli P., Mucignat G., e Basaglia G., Gennari D.: *Le molecole dell'adesività nelle cellule immunocompetenti*. Marzo '91.
60. Bedarida G., Lizioli A.: *La neopterina nella pratica clinica*. Aprile '91.
61. Romano L.: *Valutazione dei kit immunochimici*. Maggio '91.
62. Dondero F. e Lenzi A.: *L'infertilità immunologica*. Giugno '91.
63. Bologna M. Biordi L. Martinotti S.: *Gli Oncogeni*. Luglio '91.
64. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Gulminetti R., Razzini E., Zambelli A. e Scevola D.: *Infezione-malattia da HIV in Africa*. Agosto '91.
65. Signore A., Chianelli M., Fiore V., Pozzilli P., Andreani D.: *L'immunoscintigrafia nella diagnosi delle endocrinopatie autoimmuni*. Settembre '91.
66. Gentilomi G.A.: *Sonde genetiche in microbiologia*. Ottobre '91.
67. Santini G.F., Fornasiero S., Mucignat G., Besaglia G., Tarabini-Castellani G. L., Pascoli L.: *Le sonde di DNA e la virulenza batterica*. Gennaio '92.
68. Zilli A., Biondi T.: *Il piede diabetico*. Febbraio '92.
69. Rizzetto M.: *L'epatite Delta*. Marzo '92.
70. Bracco G., Dotti G., Pagliardini S., Fiorucci G.C.: *Gli screening neonatali*. Aprile '92.
71. Tavani A., La Vecchia C.: *Epidemiologia delle patologie cardio e cerebrovascolari*. Luglio '92.
72. Cordido F., Peñalva A., De la Cruz L. F., Casanueva F. F., Dieguez C.: *L'ormone della crescita*. Agosto '92.

73. Contu L., Arras M.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (I)*. Settembre '92.
74. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio I*. Ottobre '92.
75. Gori S.: *Diagnosi di laboratorio dei patogeni opportunisti*. Novembre '92.
76. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio II*. Gennaio '93.
77. Pinna G., Veglio F., Melchio R.: *Ipertensione Arteriosa*. Febbraio '93.
78. Alberti M., Fiori G.M., Biddau P.: *I linfomi non Hodgkin*. Marzo '93.
79. Arras M., Contu L.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (II)*. Aprile '93.
80. Amin R.M., Wells K.H., Poiesz B.J.: *Terapia antiretrovirale*. Maggio '93.
81. Rizzetto M.: *L'epatite C*. Settembre '93.
82. Andreoni S.: *Diagnostica di laboratorio delle infezioni da lieviti*. Ottobre '93.
83. Tarolo G.L., Bestetti A., Maioli C., Giovanella L.C., Castellani M.: *Diagnostica con radio - nuclidi del Morbo di Graves-Basedow*. Novembre '93.
84. Pinzani P., Messeri G., Pazzagli M.: *Chemiluminescenza*. Dicembre '93.
85. Hernandez L.R., Osorio A.V.: *Applicazioni degli esami immunologici*. Gennaio '94.
86. Arras M., Contu L.: *Molecole di Membrana e funzione immunologica. Parte terza: I Info - citi B*. Febbraio '94.
87. Rossetti R.: *Gli streptococchi beta emolitici di gruppo B (SGB)*. Marzo '94.
88. Rosa F., Lanfranco E., Balleari E., Massa G., Ghio R.: *Marcatori biochimici del rimodel - lamento osseo*. Aprile '94.
89. Fanetti G.: *Il sistema ABO: dalla sierologia alla genetica molecolare*. Settembre '94.
90. Buzzetti R., Cavallo M.G., Giovannini C.: *Citochine ed ormoni: Interazioni tra sistema endocrino e sistema immunitario*. Ottobre '94.
91. Negrini R., Ghielmi S., Savio A., Vaira D., Miglioli M.: *Helicobacter pylori*. Novembre '94.
92. Parazzini F.: *L'epidemiologia della patologia ostetrica*. Febbraio '95.
93. Proietti A., Lanzafame P.: *Il virus di Epstein-Barr*. Marzo '95.
94. Mazzarella G., Calabrese C., Mezzogiorno A., Peluso G.F., Micheli P., Romano L.: *Im - munoflogosi nell'asma bronchiale*. Maggio '95.
95. Manduchi I.: *Steroidi*. Giugno '95.
96. Magalini S.I., Macaluso S., Sandroni C., Addario C.: *Sindromi tossiche sostenute da prin - cipi di origine vegetale*. Luglio '95.
97. Marin M.G., Bresciani S., Mazza C., Albertini A., Cariani E.: *Le biotecnologie nella dia - gnosi delle infezioni da retrovirus umani*. Ottobre '95.
98. La Vecchia C., D'Avanzo B., Parazzini F., Valsecchi M.G.: *Metodologia epidemiologica e sperimentazione clinica*. Dicembre '95.
99. Zilli A., Biondi T., Conte M.: *Diabete mellito e disfunzioni conoscitive*. Gennaio '96.
100. Zazzeroni F., Muzi P., Bologna M.: *Il gene oncosoppressore p53: un guardiano del genoma*. Marzo '96.
101. Cogato I., Montanari E.: *La Sclerosi Multipla*. Aprile '96.
102. Carosi G., Li Vigni R., Bergamasco A., Caligaris S., Casari S., Matteelli A., Tebaldi A.: *Malattie a trasmissione sessuale*. Maggio '96.
103. Fiori G. M., Alberti M., Murtas M. G., Casula L., Biddau P.: *Il linfoma di Hodgkin*. Giu - gno '96.
104. Marcante R., Dalla Via L.: *Il virus respiratorio sinciziale*. Luglio '96.
105. Giovanella L., Ceriani L., Roncari G.: *Immunodosaggio dell'antigene polipeptidico tis - sutale specifico (TPS) in oncologia clinica: metodologie applicative*. Ottobre '96.
106. Aiello V., Palazzi P., Calzolari E.: *Tecniche per la visualizzazione degli scambi cromatici (SCE): significato biologico e sperimentale*. Novembre '96.

- 107.Morganti R.: *Diagnostica molecolare rapida delle infezioni virali*. Dicembre '96.
108.Andreoni S.: *Patogenicità di Candida albicans e di altri lieviti*. Gennaio '97.
109.Salemi A., Zoni R.: *Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi*. Febbraio '97.
110.Meisner M.: *Procalcitonina*. Marzo '97.
111.Carosi A., Li Vigni R., Bergamasco A.: *Malattie a trasmissione sessuale (2)*. Aprile '97.
112.Palleschi G., Moscone D., Compagnone D.: *Biosensori elettrochimici in Biomedicina*.
Maggio '97.
113.Valtriani C., Hurle C.: *Citofluorimetria a flusso*. Giugno '97.
114.Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M., Barucci P.: *Alcol e problemi correlati*.
Settembre '97.
115.Piccinelli M.: *Depressione Maggiore Unipolare*. Ottobre '97.
116.Pepe M., Di Gregorio A.: *Le Tiroiditi*. Novembre '97.
117.Cairo G.: *La Ferritina*. Dicembre '97.
118.Bartoli E.: *Le glomerulonefriti acute*. Gennaio '98.
119.Bufi C., Tracanna M.: *Computerizzazione della gara di Laboratorio*. Febbraio '98.
120.National Academy of Clinical Biochemistry: *Il supporto del laboratorio per la diagnosi ed
il monitoraggio delle malattie della tiroide*. Marzo '98.
121.Fava G., Rafanelli C., Savron G.: *L'ansia*. Aprile '98.
122.Cinco M.: *La Borreliosi di Lyme*. Maggio '98.
123.Giudice G.C.: *Agopuntura Cinese*. Giugno '98.
124.Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (I)*. Luglio '98.
125.Rossi R.E., Monasterolo G.: *Basofili*. Settembre '98.
126. Arcari R., Grosso N., Lezo A., Boscolo D., Cavallo Perin P.: *Eziopatogenesi del diabete
mellito di tipo 1*. Novembre '98.
127.Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (II)*. Dicembre '98.
128.Muzi P., Bologna M.: *Tecniche di immunoistochimica*. Gennaio '99.
129.Morganti R., Pistello M., Vatteroni M.L.: *Monitoraggio dell'efficacia dei farmaci antivirali*.
Febbraio '99.
130.Castello G., Silvestri I.: *Il linfocita quale dosimetro biologico*. Marzo '99.
131.Aiello V., Caselli M., Chiamenti C.M.: *Tumorigenesi gastrica Helicobacter pylori - correlata*.
Aprile '99.
132.Messina B., Tirri G., Fraioli A., Grassi M., De Bernardi Di Valserra M.: *Medicina
Termale e Malattie Reumatiche*. Maggio '99.
133.Rossi R.E., Monasterolo G.: *Eosinofili*. Giugno '99.
134.Fusco A., Somma M.C.: *NSE (Enolasi Neurono-Specifica)*. Luglio '99.
135.Chieffi O., Bonferraro G., Fimiani R.: *La menopausa*. Settembre '99.
136.Giglio G., Aprea E., Romano A.: *Il Sistema Qualità nel Laboratorio di Analisi*. Ottobre
'99.
137.Crotti D., Luzzi I., Piersimoni C.: *Infezioni intestinali da Campylobacter e microrganismi
correlati*. Novembre '99.
138.Giovanella L.: *Tumori Neuroendocrini: Diagnosi e fisiopatologia clinica*. Dicembre '99.
139.Paladino M., Cerizza Tosoni T.: *Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management*.
Gennaio 2000.
140.La Vecchia C.: *Come evitare la malattia*. Febbraio 2000.
141.Rossi R.E., Monasterolo G.: *Cellule dendritiche*. Marzo 2000.
142.Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (I)*.
Aprile 2000.

143. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)*. Maggio 2000.
144. Croce E., Olmi S.: *Videolaparoscopia*. Giugno 2000.
145. Martelli M., Ferraguti M.: *AllergoGest*. Settembre 2000.
146. Giannini G., De Luigi M.C., Bo A., Valbonesi M.: *TTP e sindromi correlate: nuovi orizzonti diagnostici e terapeutici*. Gennaio 2001.
147. Rassu S., Manca M.G., Pintus S., Cigni A.: *L'umanizzazione dei servizi sanitari*. Febbraio 2001.
148. Giovanella L.: *I tumori della tiroide*. Marzo 2001.
149. Dessì-Fulgheri P., Rappelli A.: *L'ipertensione arteriosa*. Aprile 2001.
150. The National Academy of Clinical Biochemistry: *Linee guida di laboratorio per lo screening, la diagnosi e il monitoraggio del danno epatico*. Settembre 2001.
151. Dominici R.: *Riflessioni su Scienza ed Etica*. Ottobre 2001.
152. Lenziardi M., Fiorini I.: *Linee guida per le malattie della tiroide*. Novembre 2001.
153. Fazio P.: *Dermatofiti e dermatofitosi*. Gennaio 2002.
154. Suriani R., Zanella D., Orso Giaccone G., Ceretta M., Caruso M.: *Le malattie infiammatorie intestinali (IBD) Etiopatogenesi e Diagnostica Sierologica*. Febbraio 2002.
155. Trombetta C.: *Il Varicocele*. Marzo 2002.
156. Bologna M., Colorio V., Meccia A., Paponetti B.: *Ambiente e polmone*. Aprile 2002.
157. Corrao M., Paradiso A., Quaranta M.: *I Markers tumorali*. Maggio 2002.
158. Loviselli A., Mariotti S.: *La Sindrome da bassa T3*. Giugno 2002.
159. Suriani R., Mazzucco D., Venturini I., Mazzarello G., Zanella D., Orso Giaccone G.: *Helicobacter Pylori: stato dell'arte*. Ottobre 2002.
160. Canini S.: *Gli screening prenatali: marcatori biochimici, screening nel 1° e 2° trimestre di gravidanza e test integrato*. Novembre 2002.
161. Atzeni M.M., Masala A.: *La β -talassemia omozigote*. Dicembre 2002.
162. Di Serio F.: *Sindromi coronariche acute*. Gennaio 2003.
163. Muzi P., Bologna M.: *Il rischio di contaminazione biologica nel laboratorio biosanitario*. Febbraio 2003.
164. Magni P., Ruscica M., Verna R., Corsi M.M.: *Obesità: fisiopatologia e nuove prospettive diagnostiche*. Marzo 2003.
165. Magrì G.: *Aspetti biochimici e legali nell'abuso alcolico*. Aprile 2003.
166. Rapporto dello Hastings Center: *Gli scopi della medicina: nuove priorità*. Maggio 2003.
167. Beelke M., Canovaro P., Ferrillo F.: *Il sonno e le sue alterazioni*. Giugno 2003.
168. Macchia V., Mariano A.: *Marcatori tumorali nel cancro della vescica*. Luglio 2003.
169. Miragliotta G., Barra Parisi G., De Sanctis A., Vinci E.: *La Tuberculosi Polmonare: Diagnostica di Laboratorio*. Agosto 2003.
170. Aebischer T.: *Il Comitato Internazionale della Croce Rossa ed il Diritto Internazionale Umanitario*. Settembre 2003.
171. Martino R., Frallicciardi A., Tortoriello R.: *Il manuale della sicurezza*. Ottobre 2003.
172. Canigiani S. e Volpini M.: *Infarto acuto del miocardio: biochimica del danno cellulare e marcatori di lesione*. Novembre 2003.
173. La Brocca A., Orso Giaccone G., Zanella D., Ceretta M.: *Laboratorio e clinica delle principali affezioni tiroidee*. Dicembre 2003.
174. Savron G.: *Le Fobie*. Gennaio 2004.
175. Paganetto G.: *Evoluzione storica del rischio di patologie umane per contaminazione chimica ambientale*. Febbraio 2004.

176. Giovanella L.: *Iperparatiroidismo e tumori paratiroidei*. Marzo 2004.
177. Severino G., Del Zompo M.: *Farmacogenomica: realtà e prospettive per una "Medicina Personalizzata"*. Aprile 2004.
178. Arigliano P.L.: *Strategie di prevenzione dell'allergia al lattice nelle strutture sanitarie*. Maggio 2004.
179. Bruni A.: *Malattia di Alzheimer e Demenza Frontotemporale*. Giugno 2004.
180. Perdelli F., Mazzarello G., Bassi A.M., Perfumo M., Dalleria M.: *Eziopatogenesi e diagnostica allergologica*. Luglio 2004.
181. Franzoni E., Gualandi P., Pellegrini G.: *I disturbi del comportamento alimentare*. Agosto 2004.
182. Grandi G., Peyron F.: *La toxoplasmosi congenita*. Settembre 2004.
183. Rocca D.L., Repetto B., Marchese A., Debbia E.A.: *Patogeni emergenti e resistenze batteriche*. Ottobre 2004.
184. Tosello F., Marsano H.: *Scientific English Handout*. Novembre 2004.
185. La Brocca A., Orso Giaccone G., Zanella D.: *Ipertensione arteriosa secondaria: clinica e laboratorio*. Dicembre 2004.
186. Paganetto G.: *Malattie Neoplastiche: dalla Paleopatologia alle Fonti Storiche*. Gennaio 2005.
187. Savron G.: *La sindrome dai mille tic: il disturbo di Gilles de la Tourette*. Febbraio 2005.
188. Magrì G., Baghino E., Floridia M., Ghiara F.: *Leishmania*. Marzo 2005.
189. Lucca U., Forloni G., Tiraboschi P., Quadri P., Tettamanti M., Pasina L.: *Invecchiamento, deterioramento cognitivo e malattia di Alzheimer*. Aprile 2005.
190. Volpe G., Delibato E., Orefice L., Palleschi G.: *Tossinfezioni alimentari e metodiche recenti ed innovative per la ricerca dei batteri patogeni responsabili*. Maggio 2005.
191. Mazzarello M.G., Albalustri G., Audisio M., Perfumo M., L. Cremona G.: *Aerobiologia ed allergopatie*. Giugno 2005.
192. Scalabrino G., Veber D., Mutti E.: *Nuovi orizzonti biologici per la vitamina B12*. Luglio 2005.
193. Zepponi E.: *Guida pratica per gli utenti del laboratorio analisi*. Settembre 2005.
194. Faricelli R., Esposito S., Martinotti S.: *La sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi*. Ottobre 2005.
195. Baccini C., Bezzi F., Conti M., Tazzari V.: *Doping e antidoping nello sport*. Novembre 2005.
196. Lozzi M.: *Sociologia clinica e Mediazione pacifica dei conflitti in ambito medico-sanitario*. Dicembre 2005.



I volumi disponibili su Internet nel sito www.medicalsystems.it sono riportati in nero mentre in grigio quelli non ancora disponibili su Internet.

Inoltre sono disponibili un limitato numero di copie di alcuni numeri del Caleidoscopio che ormai sono "storiche". Qualora mancassero per completare la collana potete farne richiesta al collaboratore Medical Systems della Vostra zona. I numeri sono: Caleidoscopio 14, 18, 33, 40, 48, 49, 50, 54, 65, 68, 84, 100, 106, 118, 121, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134. I volumi verranno distribuiti sino ad esaurimento e non verranno ristampati se non in nuove edizioni.

Caleidoscopio
Rivista mensile di Medicina
anno 23, numero 196

Direttore Responsabile
Sergio Rasso
Tel. mobile 338 2202502
E-mail: sergiorasso@libero.it

Progettazione e Realizzazione



Restless Architect
of Human Possibilities s.a.s.

Consulenti di Redazione
Giancarlo Mazzocchi ed
Angelo Maggio

Responsabile Ufficio Acquisti
Giusi Cunietti

Segretaria di Direzione
Maria Speranza Giola
Giovanna Nieddu

Servizio Abbonamenti
Maria Grazia Papalia

EDITORE

...il futuro ha il cuore antico  **MEDICAL SYSTEMS SpA**

Via Rio Torbido, 40
16165 Genova (Italy)
Tel. 010 83401 Numero Verde 800 801005 (senza prefisso);
Telefax 010/8340310- 809070.

Internet URL: <http://www.medicalsystems.it>

La Medical Systems pubblica anche le seguenti riviste: Caleidoscopio Illustrato,
Caleidoscopio Letterario, Giornale della Associazione per l'Automazione del Laboratorio,
Guida Pratica Immulite[®], Journal of Clinical Ligand Assay, Pandora,
Tribuna Biologica e Medica.

Stampa

LA STAMPA - Industrie Grafiche S.p.A.
Salita Pino Sottano, 3/C - Genova
Tel. 010 8360167 - Fax 010 8367321

Registrazione Tribunale di Genova n. 34 del 31/7/1996
Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa n° 2661 del 2 Settembre 1989
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n° 1188

Finito di stampare: Dicembre 2005
Sped. in Abb. Post. 45%

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e
scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento
professionale continuo e riservata ai medici.

Caleidoscopio viene anche letto e rilanciato da:
"L'ECO DELLASTAMPA"
Via Compagnoni, 28 - Milano

