

Cultura e umanizzazione

Report incontri di lavoro 26 marzo e 9 aprile 2026

Introduzione

a cura di **Mariateresa Dacquino**, Direttore Centro Studi Cura e Comunità per le Medical Humanities DAIRI AOUL

L'enciclopedia Treccani definisce le Medical Humanities come l'incontro tra la medicina (e più in generale le pratiche sanitarie) e l'insieme delle scienze umane e sociali. È proprio attraverso questa lente interpretativa, fondata sul contributo della cultura nelle sue molteplici espressioni, che è possibile comprendere in modo più pieno il significato di umanizzazione delle cure.

L'umanizzazione, infatti, non si esaurisce in un miglioramento organizzativo o relazionale, ma trova nella cultura intesa come patrimonio di saperi, pratiche, linguaggi e forme espressive, una cornice interpretativa capace di restituire complessità all'esperienza di malattia e di cura. Le scienze umane consentono di leggere il vissuto del paziente, il ruolo dei professionisti e i contesti di cura in una prospettiva più ampia, integrando dimensione clinica, etica, sociale e simbolica.

In questo senso, le Medical Humanities rappresentano lo spazio di intersezione tra medicina e un insieme articolato di saperi: antropologia culturale e, in una prospettiva più ampia, antropologia medica, sociologia, psicologia, diritto, economia, storia e storia della medicina, filosofia morale (inclusa la bioetica), oltre alle arti espressive quali letteratura, musica, arti figurative e performative. A tali ambiti (come evidenziato anche nelle indicazioni del prof. Pirone) è necessario affiancare in modo esplicito la medicina sociale, disciplina fondamentale per comprendere i determinanti sociali della salute e per orientare i sistemi sanitari verso modelli più equi e inclusivi. Si tratta di un perimetro estremamente ampio, che consente di riconoscere come la cultura non sia un elemento accessorio, ma una componente strutturale dei processi di cura.

Per quanto riguarda il rapporto tra cultura e salute, la letteratura scientifica internazionale offre contributi numerosi e sempre più consolidati.

- Istituto Superiore di Sanità. Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico degenerative. Sanità. Il Sole 24 ore 2015;24 feb-2 mar 2015:3-24. <https://www.iss.it/documents/20126/0/Linee+Indirizzo+MN+ISS.pdf/e5e7b637-0da0-140b-f70d-4bef3f4240d1?t=1695104944954>
- Fancourt D., Finn S. (2019), What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review, World Health Organization, Report 67. Tradotto in

italiano dal Cultural Welfare Center. Illustra come la cultura, quale determinante di salute, possa essere introdotta e applicata sempre di più nei vari contesti per migliorare salute e benessere.

https://culturalwelfare.center/?sdm_process_download=1&download_id=9147

- Arts and Health Promotion (2021) Tools and Bridges for Practice, Research, and Social Transformation Book. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-56417-9>
- Culture for Health (2022), Il contributo della cultura alla salute e al benessere. Un rapporto sulle evidenze e sulle raccomandazioni politiche per l'Europa. https://www.cultureforhealth.eu/app/uploads/2023/06/Culture_for_Health_ITA.pdf
- Economia della Cultura. Rivista dell'Associazione per l'Economia della Cultura, numero Speciale/2023, marzo <https://www.rivisteweb.it/issn/1122-7885/issue/9421>
- “A toolkit on how to implement social prescribing” https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/pdf/prescrizione_sociale_ITA_GENNAIO_24_LAST.pdf

Risulta necessario lavorare per **trasformare le azioni da eventi spot ad azioni di sistema**. Questo è possibile quando le organizzazioni sanitarie considerano la **relazione** un elemento particolarmente significativo e da tenere in considerazione con lo stesso rigore scientifico e metodologico utilizzato negli altri campi. Alcuni esempi di azioni che possono essere incorporate nel sistema, insieme alla ricerca correlata (revisioni sistematiche e meta analisi), riguardano, per esempio, la **Musicoterapia**, realizzata con collaborazioni stabili con il conservatorio o altri enti. La **Medicina narrativa**, che favorisce l'approccio e lo scambio tra le persone, con reparti che si trasformano in reparti narrativi che, con alcune modifiche al loro modello organizzativo, riescono a realizzare impatti positivi sugli esiti. E ancora la **valorizzazione del patrimonio storico** dei luoghi di cura e dell'identità che essi portano con sé, con la possibilità di creare non solo mostre ma anche centri di documentazione e dedicare momenti specifici di attività con pazienti di varie patologie. Perché anche il contesto favorisce l'aggregazione e la cura.

Tutte queste attività devono essere svolte in collaborazione con soggetti pubblici e/o privati del territorio per fare sistema intorno all'umanizzazione delle cure e alla cultura e al valore che quest'ultima può portare alle persone, a partire dagli operatori della sanità (curare i curanti).

Principio di umanizzazione e fase del percorso di cura

Per garantire un linguaggio comune, sono stati definiti gli ambiti di contaminazione tra narrazione, arte e scienza. Le **Health Humanities** sono un'area di contaminazione tra le narrazioni e le espressioni artistiche e le scienze, non solo la medicina, con la finalità di promuovere la salute e il benessere. Nei contesti sanitari sono definite come **Medical Humanities** e fanno parte del



percorso di cura. Si parla invece di **Medicina Narrativa** quando avviene l'uso sistematico delle narrazioni nelle diverse forme (parole, immagini, suono) all'interno del percorso di cura del singolo paziente, come emerso nell'ambito di "LIMeNar - Uso e contesti applicativi delle Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale e associativo", progetto di ricerca del Laboratorio di Health Humanities del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Narrativa ([Conferenza finale](#) LIMeNar, 24/05/2024, ISS, Roma).

Risulta fondamentale una **comunicazione trasparente** sia con gli utenti, dedicando delle apposite campagne di sensibilizzazione, sia con il **personale sanitario**. I professionisti della sanità devono essere i primi destinatari dei progetti di Medical Humanities per poter agire poi come facilitatori verso i pazienti.

Tra le dimensioni più rilevanti dell'umanizzazione rispetto al tema della cultura viene evidenziata la **qualità della relazione di cura**: è proprio nella relazione intesa come interfaccia tra persone, professionisti, servizi e comunità che i significati che noi attribuiamo alla salute e alla malattia, le differenze culturali, le differenze sociali, i bisogni di partecipazione, le condizioni di vulnerabilità possono essere riconosciuti e integrati in quelli che sono i percorsi assistenziali. Ed è proprio in questa prospettiva che **la relazione costituisce il luogo in cui la cultura diventa pratica di cura**, orientando l'organizzazione verso una maggiore accessibilità, appropriatezza, equità e qualità.

Coerentemente, la dimensione relazionale deve essere accompagnata da un approccio strutturato alla **misurazione degli esiti**, al fine di rendere l'umanizzazione non solo un principio, ma un elemento osservabile, valutabile e migliorabile nel tempo. In ambito sanitario, strumenti consolidati come i PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) e i PREMs (Patient-Reported Experience Measures) consentono di rilevare, rispettivamente, gli esiti percepiti dai pazienti e la qualità dell'esperienza di cura, includendo in modo sistematico anche la dimensione della relazione e della comunicazione. In tale cornice si colloca l'esperienza del [progetto PERLA](#) – Cura per la Persona, presentato anche nel convegno La cura a misura di persona, co-organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto rappresenta uno strumento concreto per rendere visibile e misurabile la qualità della relazione e della comunicazione nei servizi sanitari, attraverso indicatori specifici e validati, ma soprattutto giudicati dai pazienti. La valorizzazione di tale esperienza consentirebbe di rafforzare un approccio integrato alla qualità della cura, in cui cultura, relazione e misurazione convergono in un modello orientato alla persona.

Altra determinante è l'**educazione per pazienti, caregiver e familiari** affinché abbiano informazioni sicure e validate scientificamente. Questa educazione deve essere fatta con un linguaggio adatto ai cittadini, capace di tradurre la complessità scientifica in strumenti di consapevolezza. Esempi possono essere incontri su specifiche malattie o spazi su internet (es blog) dove mettere a disposizione dei pazienti il materiale informativo che può tornare utile per farli partecipare al dialogo con i sanitari con una maggiore consapevolezza e instaurare una relazione di fiducia più autentica.

Nella medicina narrativa (NBM - Narrative Based Medicine) rientra anche l'anamnesi umanizzata. La medicina narrativa, infatti, è un approccio clinico-assistenziale basato sull'ascolto attivo e la

valorizzazione delle storie dei pazienti. Integra la medicina basata sulle evidenze (EBM - Evidence Based Medicine) con l'esperienza soggettiva di malattia, migliorando la diagnosi, la personalizzazione della cura e la relazione medico-paziente

Inoltre, come già evidenziato in premessa, l'integrazione dell'antropologia medica nell'ambito delle Medical Humanities, consentirebbe la corretta applicazione di strumenti e pratiche evitando fraintendimenti in contesti caratterizzati da differenti riferimenti culturali e religiosi.

Una delle sfide principali riguarda la "messa a terra" burocratica delle attività di Medical Humanities. Questo può essere fatto sostituendo procedure rigide con atti agili, come **protocolli d'intesa**, per permettere l'ingresso degli artisti nelle strutture. Il protocollo individua una forma gestionale concreta che dà valore operativo ai progetti, uscendo da una dimensione puramente episodica. Il framework di riferimento è quello dell'OMS nel quale l'umanizzazione è tra i determinanti sociali della salute e la cura è centrata sul paziente (patient-centred care).

L'umanizzazione deve anche estendersi oltre le mura ospedaliere: la cultura può essere utilizzata per promuovere comportamenti sani in ogni ambito, **dalla prevenzione ai corretti stili di vita** da praticare una volta dimessi, come per esempio i Bonus culturali, un incentivo culturale inserito nella documentazione di dimissione per favorire il benessere psicofisico post-ricovero (Nati per leggere, Passaporto culturale, ecc). La ricerca scientifica internazionale dimostra gli effetti significativi della **prescrizione sociale** sulla salute mentale, i legami sociali e sulla riduzione degli accessi impropri ai servizi sanitari.

L'umanizzazione deve permeare l'intero percorso di cura, ma alcuni **momenti chiave** vengono ritenuti particolarmente rilevanti:

- **Accoglienza e Pronto Soccorso.** Sono fasi ad alto stress dove l'arte può ridurre l'ansia e le situazioni di conflitto tra pazienti e operatori sanitari
- **Tempi di attesa**, da trasformare in occasioni di offerta culturale per la riduzione dello stress
- Quando il paziente è costretto a permanere **periodi lunghi o day hospital**, per esempio per le cure oncologiche o reparti di lungodegenza
- **Dimissioni.** È stata proposta una revisione terminologica: la "lettera di dimissioni" dovrebbe diventare una "lettera di presa in carico" o "di accompagnamento", per evitare che il paziente si senta abbandonato.
- **Obitorio.** È stata sollevata l'urgenza di dare dignità ai luoghi dedicati alla morte (spesso trascurati), garantendo un supporto olistico e spirituale alle famiglie.
- Anche il momento della **prevenzione** viene indicato come un momento chiave in cui l'utilizzo delle forme artistiche può aiutare ad adottare i corretti stili di vita.

È da questi snodi che passa la qualità della relazione, la comprensione reciproca e l'attenzione ai contesti culturali e sociali che poi incidono in modo diretto sull'accessibilità e sull'appropriatezza della cura.

Focus sugli standard

Gli standard minimi individuati sono relativi a cosa dovrebbe essere garantito perché il principio di umanizzazione delle cure in ambito culturale sia non solo applicato ma diventi una determinante del sistema. Questi sono:

1. Creazione e adozione, da parte delle strutture sanitarie, di una **Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure**. Nella carta dei servizi dovrebbero essere specificati i principi di umanizzazione, gli standard minimi e le possibili azioni, con un linguaggio chiaro. Si tratta di uno strumento di informazione per legittimare l'utilizzo dell'**arte come strumento di cura**.
2. **Atti amministrativi agili**, sburocratizzati, come per es. i protocolli di intesa, che vincolino ma che diano una prospettiva di medio lungo termine alle attività di Medical Humanities
3. **Formazione: curare i curanti**. Le organizzazioni sanitarie dovrebbero avere come i primi destinatari della formazione gli operatori della sanità che hanno la necessità di acquisire competenze di facilitazione culturale e comunicative. Una formazione specifica e standardizzata che deve anche tenere conto dell'uso del linguaggio artistico nella relazione di cura con il paziente.
4. **Spazi stabili per il dialogo, l'educazione e coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver**. La presenza di **dispositivi strutturati di ascolto e partecipazione**, che possano fare riferimento alla medicina narrativa, facilitano un accesso chiaro e trasparente alle informazioni e una presa in carico olistica, anche dal punto di vista psicologico e spirituale. Gli spazi devono essere appositamente studiati (design) per la sicurezza e per l'accoglienza e le informazioni devono avere l'obiettivo di legittimare l'arte come strumento di cura.
5. **Protocolli di prescrizione sociale**, modelli operativi che permettono a medici e professionisti sanitari di indirizzare i pazienti verso risorse non cliniche della comunità – come attività culturali e artistiche – per migliorare benessere e salute, riducendo l'isolamento e la medicalizzazione. Sarebbe auspicabile l'istituzione di una sorta di “albo” con una procedura di accreditamento, che garantisca la qualità degli interventi e semplifichi l'individuazione da parte delle organizzazioni sanitarie.
6. **Misurazione dei risultati**, una valutazione dell'efficacia dell'intervento di Medical Humanities per dimostrare che un ambiente più umano riduce lo stress del paziente, accelera la guarigione e diminuisce i conflitti. Attraverso una **costante raccolta di dati** la pratica viene **validata scientificamente e istituzionalmente**. Per la raccolta di dati possono essere utilizzati i questionari PREMs per evidenziare l'esperienza e la percezione del percorso di cura dei pazienti e i questionari PROMs per rilevare gli esiti clinici e il benessere e la metodologia del progetto PERLA per misurare la qualità della relazione di

cura. Sarebbe ottimale che i questionari fossero standardizzati a livello nazionale, come dimostra il progetto PERLA, presentato all'ISS.

Standard prioritari

Ogni partecipante ha votato 3 standard prioritari, valorizzando quelli **più rilevanti per l'umanizzazione e più generalizzabili nel sistema**. Gli standard ritenuti prioritari dal gruppo di lavoro sono:

1. **Misurazione dei risultati**
2. **Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure**
3. **Spazi stabili per il dialogo, l'educazione e coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver**
4. **Atti amministrativi agili**
5. **Formazione, curare i curanti**

Sviluppo della discussione sugli standard prioritari

Standard 1 - Misurazione dei risultati

La misurazione dei risultati rappresenta una dimensione trasversale e intrinseca a tutti i driver dell'umanizzazione. Per tale ragione, deve essere orientata da una **visione ampia e integrata, capace di connettere ospedale e territorio** e di ricomprendere, accanto alla cura della salute individuale, i principi della medicina sociale e della salute pubblica, promuovendo una **presa in carico globale e continuativa** delle persone e delle loro famiglie. In questa prospettiva, la valorizzazione dell'umanizzazione delle cure richiede di superare un approccio centrato esclusivamente sulla malattia, orientandosi verso le persone nella loro interezza e verso la **prevenzione** dei fattori di rischio, **inclusando le dimensioni del benessere sociale e ambientale**. Ciò implica l'adozione di un paradigma coerente con il modello **One Health**, che riconosce l'interdipendenza tra salute umana, animale e dell'ecosistema, e che trova applicazione operativa anche nella prescrizione sociale, contribuendo a superare il modello ospedale-centrico in favore di una **sanità più prossima, integrata e orientata alla comunità**.

Prescrizione sociale che può essere anche un'occasione di **collaborazione e integrazione** delle competenze tra diversi ambiti, **sanitario, sociosanitario e sociale**. Alla luce di questa prospettiva, per la misura dei risultati sono stati proposti più strumenti per i vari livelli: gli indicatori **BES** dell'Istat, i **PREMs, PROMs**, nonché la metodologia già messa a punto del **progetto Perla**, che può essere applicato in contesti diversi. IL tavolo inoltre suggerisce di condividere a livello nazionale i questionari per un confronto più puntuale dei risultati.

Standard 2 - Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure

La Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure può essere uno strumento essenziale e aggiornabile per dare identità all'offerta di servizi per l'umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali e per **creare fiducia nell'ecosistema complessivo** che si prende cura delle persone. La Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure, richiamata nei servizi e nei percorsi, dovrebbe essere consegnata o presentata nei primi punti di accoglienza (fisici e digitali) ed essere aggiornata annualmente attraverso un percorso partecipativo con le associazioni dei pazienti e di volontariato. La Carta dei Servizi si inserisce nella governance aziendale, nei documenti istituzionali (inclusa la Carta dei Servizi generale e i siti internet) e nell'accreditamento dei percorsi assistenziali, integrandosi con i sistemi di gestione già esistenti (qualità, sicurezza, ambiente,...). Dovrebbe essere un **documento aziendale esplicito, accessibile e verificabile**, con principi chiari, standard minimi, indicatori, responsabilità e chiari riferimenti alle informazioni scientifiche, redatto con il coinvolgimento di pazienti e caregiver. Un "vademecum", uno strumento di cura che informa su servizi che vanno oltre le prestazioni tradizionali, **facilitando il consenso informato e stabilendo un patto tra curante e curato**. Il mandato esplicito della Direzione Strategica, l'aggiornamento periodico e la definizione di indicatori di risultato specifici e misurabili sono elementi essenziali.

Standard 3 - Spazi stabili per il dialogo, l'educazione e coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver

Il terzo standard, riguarda la creazione di spazi stabili per il dialogo, l'educazione e il coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver. Si parte dal presupposto che lo spazio può essere non solo fisico, ma è il luogo della relazione, dentro e fuori gli spazi definiti degli ospedali e dei luoghi di cura.

Le aziende sanitarie dovrebbero realizzare **hub di dialogo in forma fisica e in forma digitale**, in base alle esigenze dell'utenza. Resta la necessità di mantenere alternative cartacee e spazi fisici con personale per informazioni scientifiche e interventi educativo-informativi, per i pazienti che



hanno difficoltà a usare il digitale. Inoltre, per soddisfare i bisogni reali, è essenziale una pianificazione annuale che stabilisca gli interventi (anche basandosi sul fabbisogno raccolto tramite questionari PREMs e PROMs). Esperienze significative - come l'istituzione di **centri di aggregazione sociale** per persone sane e malate, giovani e anziani, o come riunire pazienti neo-diagnosticati e pazienti cronici per attività congiunte - dimostrano un miglioramento nell'aderenza alle cure e nella qualità della vita dei pazienti. Lo stesso vale per **ambienti ospedalieri riprogettati in ottica di umanizzazione**, creando ambienti di vita normale all'interno di ambienti sanitari (es. reparti di radioterapia con fondali naturali o aree di lettura e giardini. L'utilizzo di spazi esterni alle strutture sanitarie, come i musei, o l'organizzazione da parte dei servizi prevenzione di gruppi di cammino, rappresentano momenti di aggregazione per il coinvolgimento attivo delle persone (pazienti, caregiver,..) e incrementano **l'alfabetizzazione sanitaria** e il **benessere generale**. Il fulcro di tutte le esperienze di successo è stato identificato **nella relazione e nello stare insieme**, al di là del mezzo utilizzato. Le politiche di governance per favorire questo tipo di iniziative dovrebbero avere una **visione sovraordinata** (regionale, multi-aziendale, ospedale/territorio) e essere sostenute da un mandato organizzativo chiaro e dalla formazione dei professionisti coinvolti e **essere inseriti in maniera strutturata** nei servizi di accoglienza, presa in carico e supporto.

Standard 4 - Atti amministrativi agili

Il quarto standard è relativo ad atti amministrativi agili, sburocratizzati, leggeri, snelli, semplici da capire e attuare, che agevolino i percorsi di umanizzazione. La necessità di atti amministrativi agili è cruciale per consentire l'introduzione nel Servizio Sanitario Nazionale di figure che non ne fanno tipicamente parte, come artisti o altre figure specifiche per attività di umanizzazione. La sfida è quella di avere **flessibilità amministrativa** per attuare le varie attività ed è quindi fondamentale adottare procedure semplificate, tempi chiari e modelli standard, condivisi e replicabili. Il monitoraggio si realizza attraverso la verifica che le collaborazioni si attivano in tempi sostenibili, che i progetti non siano episodici e che gli ostacoli burocratici si riducano. La Legge 241/1990 (art. 15) permette di realizzare **accordi di programma** tra pubblico e privato, anche senza gara, purché l'obiettivo sia l'umanizzazione delle cure (es. Modena, Parma). È essenziale che questi accordi siano trasparenti fungendo da meccanismo semplificato e tracciabile per la realizzazione di iniziative congiunte.

Standard 5 - Formazione Curare i curanti

Il quinto standard relativo alla formazione dei professionisti della sanità si inserisce in tutto il ciclo di vita professionale, partendo dai bisogni espressi dai curanti stessi. La formazione, inclusa nel piano formativo aziendale costruito sulla base di un'**analisi dei fabbisogni formativi del contesto**, dovrebbe essere stabile, continua, multiprofessionale e codificata e includere spazi di riflessività e supporto per i professionisti, in un'**ottica di sviluppo professionale continuo**. La formazione, incentrata su competenze relazionali, culturali e comunicative, dovrebbe produrre

benefici nella relazione col paziente e nel clima di lavoro con i colleghi, contribuendo anche alla gestione dello stress lavoro-correlato e alla riduzione di casi di burnout. È fondamentale che questa formazione non dipenda dalla sensibilità individuale, ma sia sostenuta dall'organizzazione. Per incentivare la partecipazione alla formazione è possibile erogare Crediti ECM o altri incentivi ai curanti (certificazioni, titoli,...).

Statement

1. Misurazione dei risultati

Qualità della relazione cura
deve tradursi nella presenza strutturata della misurazione delle esperienze e degli esiti percepiti relativi alla stessa, monitorabile attraverso strumenti come il progetto Perla, PREMs e PROMs e, a livello Macro, con gli indicatori BES.

2. Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure

Carta dei Servizi per l'Umanizzazione delle cure
deve tradursi nella presenza strutturata di un patto pubblico, verificabile e partecipato, integrato nella governance aziendale e nei documenti istituzionali di qualità e accessibilità, monitorabile attraverso impegni espliciti e verifiche periodiche

3. Spazi stabili per il dialogo, l'educazione e coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver

Partecipazione attiva di pazienti e caregiver
deve tradursi nella presenza strutturata di spazi stabili per dialogo educazione e ascolto, all'interno di percorsi sanitari, sociosanitari e sociali, monitorabile attraverso l'aumento della consapevolezza del paziente

4. Atti amministrativi agili

Semplificazione Amministrativa e Trasparenza
deve tradursi nella presenza strutturata di atti amministrativi agili, stabili e trasparenti definiti a livello della governance aziendale, di quella regionale e delle procedure per l'attivazione di progetti

e collaborazioni, monitorabile attraverso tempi di attivazione sostenibili, continuità delle iniziative e una visione di sistema

5. Formazione, curare i curanti

Sostegno ai curanti come condizione dell'Umanizzazione deve tradursi nella presenza strutturata di programmi formativi stabili e multiprofessionali, all'interno di un piano formativo aziendale, monitorabile attraverso la partecipazione e il coinvolgimento delle diverse figure professionali, la qualità della relazione di cura e il clima organizzativo

Conclusione

L'integrazione delle **Medical Humanities** all'interno dei contesti sanitari non rappresenta un elemento accessorio, ma una **componente strutturale** necessaria e trasversale. La cultura, agendo come un vero e proprio determinante di salute, trasforma la relazione clinica in una **pratica di cura** capace di orientare le organizzazioni verso standard più elevati di **accessibilità, equità e qualità**.

Perché l'umanizzazione non rimanga un principio astratto ma diventi una realtà operativa, è essenziale il passaggio da eventi episodici ad **azioni di sistema**. Questo processo richiede l'adozione di standard chiari e misurabili, tra cui emergono come prioritari

- La **misurazione rigorosa degli esiti**. L'integrazione sistematica di strumenti come questionari PREMs e PROMs, metodologia del Progetto PERLA, indicatori BES permette di rendere oggettiva e valutabile la qualità della relazione e del vissuto del paziente.
- L'adozione di una **Carta dei Servizi per l'Umanizzazione** che stabilisce un patto di fiducia esplicito tra struttura, pazienti e caregiver, integrando formalmente la dimensione culturale nella governance, nei documenti istituzionali e nei percorsi di accreditamento.
- La **creazione di spazi di dialogo**: La realizzazione di **hub di dialogo** fisici e digitali e l'uso della **prescrizione sociale** favoriscono una presa in carico olistica che prosegue oltre le mura ospedaliere, promuovendo il benessere attraverso l'aggregazione e l'aumento della consapevolezza del paziente
- La **semplificazione amministrativa** con la creazione di **atti amministrativi agili** e protocolli d'intesa fondamentali per permettere l'ingresso strutturato di figure non cliniche, superando le barriere burocratiche.
- La formazione specifica dedicata al **Curare i curanti**, indispensabile affinché il personale sanitario acquisisca competenze relazionali e di facilitazione culturale, con ripercussioni positive anche nel clima organizzativo.

Resta fondamentale fare tesoro delle esperienze esistenti, evitando duplicazioni, valorizzando ciò che ha senso e valore, come il progetto Perla, che si basa sul giudizio dei pazienti e ha una forte metodologia.

Su scala più ampia, sensibilizzare i pazienti sull'importanza di prendersi cura della propria salute a 360 gradi, inclusa la promozione di uno stile di vita regolare e sano, risulta imprescindibile.

Faculty

Moderatore: **Mariateresa Dacquino**, Dirigente Formazione, Comunicazione, Fundraising e Processi Amministrativi DAIRI, AOU Alessandria

Facilitatrice: Carlotta Iarrapino

Hanno partecipato attivamente al gruppo di lavoro:

Amalia Egle Gentile, Responsabile Laboratorio di Health Humanities, ISS

Ugo Marinelli, Dirigente Avvocato, Responsabile di Struttura Semplice Gestione Giuridica e Amministrativa degli Incarichi Dirigenziali e del Comparto, Servizio Unico Sviluppo del Personale, AUO Modena

Mario Napoli, Consulente in Strategia e Alleanze per il Sistema Salute

Giovanni Pirone, Presidente Comitato Medicina Sociale, Responsabile nel portale della trasparenza della medicina sociale di popolazione, Agenas

Veronica Rossi, Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

Silvia Sandri, Servizio attività e produzione culturale, Ufficio per l'innovazione e la partecipazione culturale, Provincia autonoma di Trento

Daniela Schenone, Dirigente delle Professioni Sanitarie, ASL 4 Liguria



HumanCare
2026:
Il Futuro della Cura è Umano

2^o
OPEN MEETING
GENOVA
APRILE 2026



Sede legale: via G. Tartini, 5B — 50144 Firenze
Sede operativa: via F. Baracca 1C — 50127 Firenze
Tel. 055 357223 - 333 9922717
segreteria@koncept.it

www.koncept.it