

Comunicazione, soft skills e umanizzazione

Report incontri di lavoro 26 marzo e 9 aprile 2026

Introduzione

La diffusione di una cultura della comunicazione efficace e di soft skills, coerenti con il principio di umanizzazione delle cure, è ostacolata da una serie di fattori quali il numero ridotto di professionisti e lo scarso turnover, con conseguente scarsità di tempo da dedicare alla relazione con il paziente, che uniti a una remunerazione non adeguata, determinano stress, frustrazione, rabbia o diminuzione dell'empowerment.

Inoltre, nonostante le raccomandazioni internazionali e nonostante l'importanza della comunicazione e della relazione nella cura siano aspetti consolidati a livello teorico e di alcune best practices a livello di territori, nei corsi di laurea in medicina e nelle professioni sanitarie, le competenze comunicative e relazionali sono spesso marginali.

Se l'OMS definisce *Skills for Life* le 10 abilità necessarie per essere in relazione con gli altri e per affrontare i problemi e lo stress della vita quotidiana - come capacità di prendere decisioni e di risolvere problemi, pensiero creativo e critico, comunicazione efficace, capacità di relazioni interpersonali, autoconsapevolezza, empatia, gestione dello stress e delle emozioni -, dalla letteratura sappiamo che le soft skills possono agire a medio-lungo termine da **anticorpo resistente per la salute psico-fisica del professionista** e, in via indiretta, per quella del paziente.

Una formazione mirata sul personale può avere un impatto molto forte, in particolare se si pensa a categorie come i nuovi assunti, che ricevono subito un'impronta precisa, o come i coordinatori, che possono orientare e governare al meglio le figure sanitarie. E' stata dimostrata da molti studi una correlazione tra stile di leadership del coordinatore, burnout del personale e soddisfazione del paziente.

Ecco quindi l'importanza di un **modello "paziente esperto" nella formazione delle soft skills**, anche alla luce degli studi di Howard Leventhal, per cui il professionista sanitario deve sintonizzarsi con il paziente e con la sua rappresentazione mentale della malattia: le risposte delle persone alle minacce per la propria salute, infatti, sarebbero legate a loro personali **teorie implicite** sulla salute. Solo accogliendo questa prospettiva il sanitario può comunicare efficacemente con la persona.

E solo sperimentando le soft skills anche nella formazione può apprenderle e farle proprie

Principio di umanizzazione e fase del percorso di cura

Perché il principio di umanizzazione permei i processi di comunicazione nel percorso di cura, con un'ampia diffusione delle soft skills funzionali a modalità di relazione accoglienti, empatiche ed efficaci, occorre un **cambio di paradigma**, così come indicato implicitamente dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

In questo contesto, le **soft skills** assumono lo status di **technical skills** fondamentali per gli operatori. Questa ridefinizione è cruciale per:

- promuovere una capacità di comunicazione e relazione diffusa ed efficace, garantendo che l'immagine dell'intera struttura sia coerente con i principi di umanizzazione
- facilitare il lavoro in *équipe*, permettendo ai professionisti con abilità tecniche elevate, ma minori competenze relazionali, di contare sul supporto dei colleghi.

Per concretizzare questo modello, è indispensabile lo sviluppo di una cultura professionale attraverso una **formazione universitaria e sul campo**, continua e mirata (anche per il personale amministrativo), che permetta l'acquisizione di competenze trasversali tali da favorire una **comunicazione efficace, empatica e trasparente**: l'empatia costruisce il ponte di fiducia necessario con il paziente, mentre la trasparenza garantisce chiarezza, riducendo l'incertezza e il timore.

La comunicazione è quindi un **processo continuo**, che

- permea l'intero percorso di cura e che richiede una ridefinizione continua per garantire la comprensione da parte del paziente e la sua conseguente aderenza al percorso di cura,
- necessita di **spazi dedicati e tempo** per la relazione e l'ascolto (non solo per la burocrazia), che deve essere riconosciuto come parte integrante del processo di cura e come tale inserito in un protocollo,
- può essere integrato con la digitalizzazione,
- può contrastare la percezione di disumanizzazione, causata da inefficienze ed eccessiva burocratizzazione,
- si traduce in un impegno verso il paziente ma anche verso i suoi **familiari e i caregiver**, parte dell'*équipe* assistenziale, per cui la loro informazione e il loro coinvolgimento sono cruciali per la continuità della cura e per l'alleanza terapeutica complessiva.

In sintesi, una comunicazione tecnica, umana e **misurabile** è l'unica strada per garantire che il principio di umanizzazione diventi parte integrante e strutturale del sistema sanitario.

Un altro fondamento dell'umanizzazione è la **relazione di cura** e la costruzione di un'**alleanza terapeutica tra medici e pazienti** attraverso accoglienza, empatia, umanità che passa dal **sorriso**

e **ascolto**. Come già evidenziato la forza del lavoro di *équipe* può contribuire a un approccio olistico grazie anche al sostegno reciproco tra professionisti.

Altrettanto importante è la **centralità della persona** per garantire

- una tempestiva risposta ai bisogni, non solo clinici ma anche emotivi e informativi
- una dimensione umana anche tra i professionisti stessi
- empowerment del paziente, che deve essere pienamente consapevole e attivamente coinvolto, sia in modo esplicito che implicito, nelle decisioni che riguardano il suo percorso di cura.

Perché questi principi non restino parole, devono essere visti in un'ottica sistemica e **inseriti nell'organizzazione** con consapevolezza strategica ed è in tal senso che:

- caregiver, Terzo settore e Comitato PAI (Pazienti, Associazioni, Istituzioni) possono diventare una leva di governance per garantire l'effettiva applicazione di standard minimi
- la misurabilità delle prestazioni - anche quelle di comunicazione - è importante per innescare un miglioramento continuo.

Il processo comunicativo diventa così una pratica trasversale, un'abilità diffusa, un impegno relazionale da garantire con **continuità lungo tutto il percorso**: dall'ingresso alla presa in carico, con un **coinvolgimento attivo del paziente in tutte le fasi**, dalla diagnosi alla terapia, con passaggi da una fase all'altra fluidi e ben comunicati, in coerenza con i PDTA.

La comunicazione della diagnosi, in particolare, è il primo e più delicato tassello per costruire l'alleanza terapeutica, che deve essere confermata e rafforzata in **momenti critici** quali situazioni gravi, più avanzate o fine vita, nonché cronicità che portano con sé ulteriori vulnerabilità e complessità, a fronte delle quali un'abilità comunicativa può contribuire a rassicurare paziente e familiari.

La relazione, in questi momenti, diventa centrale e perché si traduca in ascolto di sintomi, bisogni e fragilità, garantendo dignità e sostegno al paziente e ai suoi cari, occorre che sia **preparata da parte del professionista**. Inoltre, data la multidisciplinarietà dei percorsi, è fondamentale gestire con coerenza e chiarezza il passaggio di informazioni, evitando che il paziente si senta smarrito nella frammentazione dei ruoli. Questo anche in un'ottica di continuità tra ospedale e territorio, al momento delle dimissioni con consegna al caregiver o di integrazione con i servizi territoriali, affinché la presa in carico sia completa e non si interrompa al momento a fine ricovero.

Focus sugli standard

I possibili standard per una diffusione della dimensione dell'umanità nella comunicazione e nell'acquisizione di soft skills potrebbero essere:

1. La comunicazione è parte strutturale e continuativa del processo di cura

La comunicazione è progettata, esplicitata e gestita come componente integrante dei percorsi assistenziali (PDTA), con momenti definiti lungo tutto il percorso (presa in carico, diagnosi, transizioni, dimissione) e con tempi e spazi dedicati alla relazione e all'ascolto, garantendo comprensione, coerenza e continuità delle informazioni.

2. Le competenze comunicative sono diffuse e sostenute da formazione continua

Le competenze relazionali, comunicative ed empatiche sono riconosciute come fondamentali al pari di quelle tecniche e sviluppate attraverso programmi strutturati di formazione continua, anche sul campo, rivolti a tutto il personale, favorendo una cultura professionale condivisa e una pratica comunicativa efficace e consapevole. Tali competenze dovrebbero essere previste anche per gli studenti già nei percorsi universitari e professionalizzanti.

3. La relazione di cura e l'alleanza terapeutica sono garantite e sostenute nei momenti chiave

La relazione tra professionisti, paziente e caregiver è costruita su fiducia, empatia, ascolto e trasparenza, a partire dalla comunicazione della diagnosi e lungo tutto il percorso, con particolare attenzione ai momenti di maggiore vulnerabilità (cronicità, situazioni critiche, fine vita), attraverso professionisti preparati anche alla gestione delle dimensioni emotive.

4. La persona è protagonista del percorso di cura, insieme ai caregiver

Il paziente è attivamente coinvolto e reso consapevole nelle decisioni che riguardano il proprio percorso, attraverso pratiche di empowerment e una comunicazione chiara e accessibile, con il coinvolgimento sistematico di familiari e caregiver, riconosciuti come parte integrante dell'*équipe* assistenziale.

5. La continuità e la coerenza della comunicazione sono garantite da modelli organizzativi e figure di riferimento

La gestione delle informazioni e della relazione è coordinata tra professionisti, servizi e setting, assicurando passaggi chiari e fluidi lungo il percorso (ospedale-territorio), anche attraverso l'individuazione di una figura di riferimento per il paziente (es. tutor/case manager), adeguatamente formata e definita in base al contesto.

6. L'organizzazione promuove integrazione, benessere dell'*équipe* e apertura al territorio

L'organizzazione sostiene l'umanizzazione attraverso modelli di lavoro in *équipe* e micro-team, promuove il benessere dei professionisti come condizione per una relazione di cura efficace e sviluppa sinergie con caregiver, Terzo settore e associazioni di pazienti, valorizzandone il ruolo anche nella co-progettazione e nel supporto ai percorsi di cura.

7. La qualità della comunicazione e della relazione è monitorata e migliorata nel tempo

Sono adottati strumenti e indicatori per misurare la qualità della comunicazione e dell'esperienza di pazienti e caregiver, raccogliere feedback e individuare gap comunicativi, al fine di attivare

processi di miglioramento continuo e rendere l'umanizzazione una pratica sistemica e verificabile.

Standard prioritari

Tra gli standard identificati i seguenti sono stati ritenuti **più rilevanti per l'umanizzazione e più generalizzabili nel sistema**:

1. La comunicazione è parte strutturale e continuativa del processo di cura
2. Le competenze comunicative sono diffuse e sostenute da formazione continua
3. La relazione di cura e l'alleanza terapeutica sono garantite e sostenute nei momenti chiave
6. L'organizzazione promuove integrazione, benessere dell'équipe e apertura al territorio

Per ciascuno di essi ci si è chiesti quali condizioni o strumenti potrebbero favorirli, quali ostacoli ne limitano l'applicazione e quali leve di sistema potrebbero aiutarne l'adozione.

Standard 1

La comunicazione è parte strutturale e continuativa del processo di cura.

La comunicazione è progettata, esplicitata e gestita come componente integrante dei percorsi assistenziali (PDTA), con momenti definiti lungo tutto il percorso (presa in carico, diagnosi, transizioni, dimissione) e con tempi e spazi dedicati alla relazione e all'ascolto, garantendo comprensione, coerenza e continuità delle informazioni.

Un buon processo comunicativo deve iniziare dalle **leadership** e coinvolgere tutti i soggetti a più livelli e una cultura della comunicazione diffusa a livello dirigenziale permetterebbe di uniformare le diverse realtà sul territorio.

In questo senso sembrano fondamentali

- la ridefinizione del **tempo dedicato alla comunicazione**, riconosciuto come tempo di cura,
- la previsione di un **case manager** e figure di **navigator** che guidino la comunicazione
- l'acquisizione di tecniche comunicative efficaci
- e l'istituzione di **gruppi di lavoro multidisciplinari** dedicati all'umanizzazione.

I presupposti per lavorare in questa direzione si trovano già nella già richiamata Legge n. 219/2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* e dalle indicazioni richieste dai sistemi di qualità e di accreditamento. Possono inoltre essere

esplicitati in protocolli e negli audit, quale momento per far emergere anche dai pazienti quali sono i momenti critici dal loro punto di vista.

La comunicazione trova collocazione principalmente nei **PDTA** (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), che esplicitano i **momenti chiave** in cui questa attività è fondamentale. Naturalmente a fronte di un problema complesso vi è una risposta complessa, con più livelli di intervento. L'inserimento dei pazienti nei PDTA e il loro accompagnamento nella revisione dei processi sono elementi cruciali.

L'efficacia di questa attività comunicativa - che richiede una preparazione accurata - deve essere valutata con indicatori di monitoraggio e di applicazione effettiva, che possono essere definiti negli stessi audit previsti nei PDTA, nonché in base ai feedback di pazienti e caregiver. Naturalmente anche il miglioramento terapeutico può essere indice di una relazione di cura e di una comunicazione efficace.

Percorsi di dottorato e programmi di ricerca sulla comunicazione efficace e funzionale alla relazione di cura con il paziente, con un coinvolgimento dei pazienti stessi, potrebbero fornire indicazioni significative per una più ampia ed efficace implementazione di questo standard.

Standard 2

Le competenze comunicative sono diffuse e sostenute da formazione continua

Le competenze relazionali, comunicative ed empatiche sono riconosciute come fondamentali al pari di quelle tecniche e sviluppate attraverso programmi strutturati di formazione continua, anche sul campo, rivolti a tutto il personale, favorendo una cultura professionale condivisa e una pratica comunicativa efficace e consapevole.

La formazione comunicativa deve essere:

- **strutturata** e sistemica
- inserita nella **formazione obbligatoria dei dirigenti medici**
- diffusa e sostenuta dai **responsabili di team** a tutti i livelli
- articolata in **formazione a più livelli** per raggiungere tutto il personale
- laboratoriale con momenti di **simulazione**
- integrata in **alcuni percorsi dove la comunicazione è già prevista**

A livello organizzativo è opportuno prevedere **piani formativi aziendali** con revisione di piani annuali e pluriennali sulla base di una **mappatura dei bisogni formativi e comunicativi** rispetto ai diversi target, così da permettere l'istituzionalizzazione di una **formazione dedicata** specifica per le competenze comunicative

Tra le condizioni facilitanti si ricorda anche la possibilità che vengano inseriti tra gli indicatori di valutazione nel performance management anche competenze/comportamenti relativi alla qualità della relazione e comunicazione.

Tutto ciò tenuto conto che, come già evidenziato, una formazione diffusa e una modalità di lavoro in equipe permette a ciascun operatore di esprimere la propria professionalità secondo la propria natura, nella consapevolezza che non tutti i professionisti eccellenti dal punto di vista tecnico hanno le stesse capacità comunicative, e possono essere affiancati da altro personale con maggiori doti di empatia e relazionali. Ne deriva un approccio che riconosce e integra diversi profili professionali, valorizzando le competenze complementari del team.

Standard 3

La relazione di cura e l'alleanza terapeutica sono garantite e sostenute nei momenti chiave.

La relazione tra professionisti, paziente e caregiver è costruita su fiducia, empatia, ascolto e trasparenza, a partire dalla comunicazione della diagnosi e lungo tutto il percorso, con particolare attenzione ai momenti di maggiore vulnerabilità (cronicità, situazioni critiche, fine vita), attraverso professionisti preparati anche alla gestione delle dimensioni emotive.

Il tutto attraverso modelli organizzativi, competenze dedicate e il supporto di figure professionali adeguatamente formate.

Questo standard si colloca trasversalmente nei percorsi di cura, con particolare attenzione ai momenti critici per il paziente, dove devono essere garantiti spazi e tempi adeguati.

È importante che vi sia una **pianificazione strategica** della formazione, sulla base di un'analisi accurata del fabbisogno formativo e che la **direzione riconosca il valore** di queste competenze e sostenga questo tipo di interventi. In particolare occorre prevedere una **figura preparata per la gestione delle emozioni** che sappia supportare il professionista o l'équipe nella gestione di **momenti critici per il paziente** con spazi, tempi e modalità adeguati. Perché vi sia una visione d'insieme l'**unità di psicologia** dovrebbe essere integrata nell'unità operativa con varie missioni cliniche e di benessere organizzativo.

Sono condizioni facilitanti di una relazione di cura e di un'alleanza con il paziente in tutto il percorso di cura:

- la presenza di **competenze comunicative** diffuse
- l'integrazione delle competenze cliniche e di benessere organizzativo
- una modalità operativa multidisciplinare che valorizzi il **lavoro di squadra**
- l'istituzione di uno **spazio etico** dove professionisti, pazienti e caregiver possano confrontarsi su situazioni critiche.

Un'altra condizione favorevole è la formazione ai neo assunti che dovrebbe poi proseguire in una logica di longlife learning, adattandosi alle esigenze e ruoli degli operatori sanitari e orientandosi non solo alla relazione medico-paziente ma anche all'interno dell'organizzazione. La competenza comunicativa ed emotiva di ogni professionista, in particolare di chi ricopre ruoli di leadership, determina una diffusione di competenze nel contesto organizzativo attraverso il modellamento che hanno ricadute sul benessere organizzativo e in ultima analisi anche nella relazione con il paziente, La **consapevolezza e gestione di sé** è la base della competenza comunicativa e relazionale.

L'effettiva capacità di creare condizioni per una relazione di cura lungo tutto il percorso del paziente, si può leggere da indicatori che rilevino le **implicazioni indirette su aderenza terapeutica e ricadute** sulla salute e l'impatto sugli outcome clinici, ma anche dalla partecipazione volontaria a iniziative di umanizzazione e in generale dalla partecipazione dei sanitari alle leve di miglioramento.

La gestione delle dimensioni emotive non è dunque solo una competenza individuale, ma una capacità organizzativa che parte dal benessere del professionista, si sviluppa nel team e si riflette nella qualità della relazione con paziente e caregiver, con impatti misurabili sugli outcome clinici.

Standard 4

L'organizzazione promuove integrazione, benessere dell'équipe e apertura al territorio

L'organizzazione sostiene l'umanizzazione attraverso modelli di lavoro in équipe e micro-team, promuove il benessere dei professionisti come condizione per una relazione di cura efficace e sviluppa sinergie con caregiver, Terzo settore e associazioni di pazienti, valorizzandone il ruolo anche nella co-progettazione dei servizi, nella valutazione dei percorsi e nel supporto alla continuità assistenziale.

L'organizzazione promuove integrazione, benessere dell'équipe e apertura al territorio attraverso:

- integrazione professionale e lavoro in team, in particolare con modelli di lavoro in équipe e micro-team, integrazione tra competenze cliniche, relazionali e psicosociali e riconoscimento delle competenze complementari (non tutti devono essere "uguali");
- benessere organizzativo come condizione di cura, con attenzione a stress, burnout, carichi emotivi, presenza di spazi di confronto e integrazione con psicologia organizzativa;
- apertura e integrazione con il territorio, con il coinvolgimento strutturato di caregiver, associazioni pazienti e terzo settore, nella co-progettazione, nel supporto ai percorsi e nella continuità ospedale-territorio;

e naturalmente con il riconoscimento formale di queste dimensioni e il relativo inserimento nei modelli organizzativi.

Statement

1. Comunicazione come parte strutturale del processo di cura

Principio

Centralità della comunicazione nel percorso di cura

Standard

Deve tradursi nella presenza strutturata di processi di comunicazione integrati nei percorsi assistenziali, esplicitati nei PDTA e garantiti lungo tutte le fasi del percorso (presa in carico, diagnosi, transizioni, dimissione), come componente ordinaria dell'attività clinica e organizzativa.

Attuazione

/

Misurazione

Definizione di tempi e spazi dedicati; presenza di figure di coordinamento (es. case manager); monitoraggio tramite indicatori di esperienza, comprensione e continuità informativa.

2. Competenze comunicative come componente strutturale della professionalità

Principio

Riconoscimento delle competenze relazionali come parte integrante della pratica professionale

Standard

Deve tradursi nella presenza strutturata di programmi di formazione continua, anche sul campo, sulle competenze comunicative, relazionali ed emotive, rivolti a tutto il personale e integrati nei sistemi di sviluppo professionale e organizzativo a partire dagli studi universitari e professionalizzanti.

Attuazione

/

Misurazione

Piani formativi aziendali pluriennali basati su analisi dei fabbisogni; formazione laboratoriale e per target; monitoraggio dello sviluppo delle competenze e dell'impatto sulla pratica clinica.

3. Relazione di cura e alleanza terapeutica nei momenti chiave

Principio

Centralità della relazione nei momenti di maggiore vulnerabilità del paziente

Standard

Deve tradursi nella presenza strutturata di modelli organizzativi e competenze dedicate alla gestione della relazione nei momenti chiave del percorso di cura (diagnosi, transizioni, cronicità, fine vita), garantendo ascolto, empatia, trasparenza e supporto emotivo.

Attuazione

/

Misurazione

Disponibilità di spazi e tempi adeguati; integrazione con competenze psicologiche; monitoraggio attraverso indicatori di esperienza, aderenza terapeutica e qualità percepita.

4. Integrazione, benessere dell'équipe e apertura al territorio

Principio

L'organizzazione come sistema integrato orientato alla relazione e alla continuità della cura

Standard

Deve tradursi nella presenza strutturata di modelli organizzativi che promuovano il lavoro in équipe multidisciplinari, il benessere dei professionisti e l'integrazione con caregiver, associazioni di pazienti e terzo settore, valorizzandone il ruolo anche nella co-progettazione e nel supporto ai percorsi di cura.

Attuazione

/

Misurazione

Sviluppo di micro-team e spazi di confronto; iniziative di benessere organizzativo; attivazione di partnership territoriali; monitoraggio tramite indicatori di benessere, continuità assistenziale e partecipazione degli stakeholder.

Conclusione: condizioni abilitanti e leve trasversali

La comunicazione e le competenze relazionali, così come gli ambienti fisici, contribuiscono all'umanizzazione dei percorsi di cura, rappresentano un "ambiente immateriale" che influenza in modo determinante l'esperienza del paziente e la qualità degli esiti.

In questo senso, la dimensione comunicativa e relazionale si integra con quella ambientale e organizzativa, contribuendo in modo congiunto alla qualità complessiva dell'esperienza di cura.

Alcune condizioni possono favorire l'efficacia degli standard di comunicazione, soft skills e umanizzazione:

- **il riconoscimento organizzativo della comunicazione come atto di cura.** La comunicazione deve essere formalmente riconosciuta come parte integrante dei processi assistenziali, con tempi, spazi e responsabilità definiti, superando la sua percezione come attività accessoria.
- **l'integrazione tra dimensione clinica, relazionale e organizzativa** Le competenze comunicative e relazionali devono essere integrate nei modelli organizzativi, nei PDTA e nei sistemi di valutazione, evitando una separazione tra qualità clinica e qualità della relazione.
- **lo sviluppo di una cultura diffusa e condivisa.** È necessaria una cultura organizzativa che riconosca il valore delle soft skills, sostenuta da formazione continua, leadership coerente e modelli professionali orientati alla relazione.
- **il benessere dei professionisti come prerequisito.** Il benessere psicologico e organizzativo degli operatori è condizione necessaria per una comunicazione efficace e per la qualità della relazione di cura.
- **multidisciplinarietà e lavoro in équipe.** La complessità della comunicazione richiede modelli di lavoro integrati, in cui competenze diverse si completano e si sostengono reciprocamente.
- **il coinvolgimento attivo di pazienti, caregiver e territorio.** La comunicazione si estende oltre il setting clinico e richiede il coinvolgimento strutturato di caregiver, associazioni e terzo settore per garantire continuità e coerenza del percorso di cura.
- **misurazione e miglioramento continuo.** La qualità della comunicazione deve essere monitorata attraverso indicatori strutturati, per orientare il miglioramento e renderla una pratica sistemica.

Faculty

Moderatori: **Andrea Pozza**, Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze dell'Università di Siena e Responsabile UOSA Psicologia, AOU Senese;

Sara Maria Reggiani, Assegnista di Ricerca presso il Laboratorio Management e Salute, Istituto di Management della Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna Pisa

Facilitatrice: Tessa Ercoli

Hanno partecipato attivamente al gruppo di lavoro:

Silvia Barbieri, Direttore FF, Dipartimento degli Staff, Azienda Usl Piacenza

Alessandro Bonsignore, Prof. Associato di Medicina Legale, Università degli Studi di Genova;
Presidente OMCeOGE e Federazione Regionale Ligure Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Michela Ferlenghi, Direttore SC formazione e Info comunicazione, ASL4 Liguria

Roberta Pennazio, Direttore S.C. Organizzazione dei Percorsi di Cura e della Continuità
Assistenziale, ALISA

Monica Porli, Direttore Patient experience Gruppo Humanitas

Marisa Pugliese, Responsabile SS Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera, AOU di Modena

Maria Dolores Rossi, Musicoretapeuta, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-
Medico

Mauro Sotgia, Responsabile SSD Governo dei Processi, Ricerca, Innovazione e Sviluppo ed
Umanizzazione delle cure, ASL Sassari