

## **Abstract**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 ha rivoluzionato il modo in cui la salute è percepita e valutata, sottolineando le implicazioni per la salute pubblica, la politica sanitaria e la pratica medica, affermando che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità" [1]. Questa prospettiva ha spostato il focus dalla sola cura delle malattie al benessere globale della persona.

Se la medicina guarda oltre la semplice cura delle malattie per abbracciare il benessere complessivo della persona, risulta fondamentale comprendere e valorizzare le storie individuali. Tuttavia, la ricerca scientifica spesso si basa su scenari ideali, governati da parametri statistici e presentati attraverso articoli rigorosamente strutturati, che analizzano popolazioni uniformi. Questo approccio rischia di ignorare la complessità della vita reale e delle sfide quotidiane nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il divario tra la ricerca teorica e la pratica clinica può alienare la comunità sanitaria dai volti e dalle esperienze che stanno dietro ai dati. Per affrontare efficacemente le sfide legate alla salute e all'umanità, è necessario coinvolgersi emotivamente con le storie e le lotte individuali per accedere, fornire e mantenere la salute. Solo integrando questa ricchezza umana non filtrata nella ricerca e nella difesa della salute possiamo ottenere progressi significativi nella qualità della vita e dell'assistenza sanitaria [2].

---

## **Introduzione**

Questo articolo propone il modello del "*Triangolo della Salute*" partendo da una nuova visione di salute coerente con un "Nuovo Umanesimo della Salute".

Il concetto multidimensionale trova le sue radici nel modello bio-psico-sociale introdotto dall'OMS e si arricchisce ulteriormente grazie al contributo delle Medical Humanities e dell'antropologia medica [1].

L'approccio delle Medical Humanities, campo interdisciplinare che integra le scienze umane, le arti, le scienze sociali e la medicina, mira a migliorare la comprensione e la pratica della medicina attraverso l'integrazione di discipline come la filosofia, la letteratura, la storia, l'antropologia, la sociologia e l'arte.

Oggi, sempre di più, i sistemi socio sanitari si misurano con un bisogno crescente di umanizzazione delle cure e di orientamento alla persona nella sua interezza e non solo alla cura della malattia.

Il modello del “*Triangolo della Salute*” simboleggia questo cambio di paradigma per affrontare nuove sfide e nuovi cambiamenti, generando valore. Il modello mira a:

- Analizzare il concetto di "Nuovo Umanesimo della Salute" attraverso un approccio filosofico e antropologico.
- Evidenziare l'importanza della centralità della persona nelle pratiche sanitarie.
- Proporre modelli organizzativi e operativi che favoriscano l'umanizzazione delle cure sicure

Il triangolo equilatero è stato scelto per le sue caratteristiche di poligono regolare legato ai concetti di armonia, saggezza e conoscenza, al fine di dare pari dignità a tutti gli elementi è stato scelto al fine di assegnare pari dignità a tutti gli elementi rappresentati dallo stesso.

Nel modello proposto, abbiamo voluto rappresentare la Vision (il nuovo umanesimo) e la Mission (umanizzare le cure umanizzando l'organizzazione); i lati rappresentanti gli **strumenti** costituiti dalla Comunicazione empatica, dall'Alleanza delle menti e dalla Leadership emotiva; gli angoli rappresentanti gli **obiettivi** costituiti dalla Sicurezza delle cure, dall'Umanizzazione delle cure e dal Benessere organizzativo.

Il “*Triangolo della Salute*” vuole rappresentare in modo inequivocabile l'interdipendenza tra umanesimo delle cure e benessere organizzativo.

Ridefiniamo l'idea di cura come un atto profondamente umano, che integra conoscenze scientifiche e saggezza filosofica per costruire un futuro in cui la salute sia un diritto universale e una responsabilità condivisa. La nostra missione è di trasformare la concezione stessa della salute, rendendola un pilastro fondamentale di una società più giusta e sostenibile.



*Figura 1 - "Il Triangolo della Salute"*

## **VISION**

L'obiettivo è quello di avviare una rivoluzione culturale e filosofica in sanità, fondata sul concetto di "Nuovo Umanesimo della Salute" che ponga la dignità e l'unicità dell'essere umano sofferente al centro di ogni riflessione e pratica.

Un futuro in cui la salute non sia solo assenza di malattia, ma uno stato di benessere completo che abbraccia le dimensioni fisica, mentale, sociale e spirituale dell'individuo. Questa visione richiede un cambiamento di paradigma, dove l'assistenza sanitaria diventa un sistema comunitario centrico, che integra la prospettiva clinica con quella organizzativa e gestionale per rispondere in modo efficace e umano alle esigenze di ogni persona.

L'elemento distintivo di questa visione è l'adozione di un modello di cura che non solo rispetti i principi di sostenibilità e universalità, ma che ponga al centro la dignità e i valori della persona assistita. Il concetto di "Livelli Essenziali di Umanizzazione" (LEU) rappresenta il fulcro di questa trasformazione, aspirando a creare un sistema che promuova non solo l'efficacia clinica, ma anche il rispetto, la comprensione e l'empatia nei confronti dei pazienti nei percorsi clinico- diagnostici, nelle procedure operative, nei progetti scientifici e culturali.

In questa visione, il ruolo delle neuroscienze applicate alla leadership è cruciale per educare una nuova generazione di operatori della salute, capaci di navigare le complessità del mondo moderno con competenze etiche e comportamentali. La neuroleadership offre strumenti per migliorare la collaborazione, l'innovazione e l'efficacia delle organizzazioni sanitarie, creando ambienti in cui ogni membro del team si senta valorizzato e coinvolto nel processo di cura.

L'idea è quella di superare i confini nazionali e di influenzare positivamente le pratiche sanitarie globali, promuovendo un modello di assistenza che sia non solo tecnologicamente avanzato, ma anche profondamente umano. Vogliamo costruire un sistema sanitario che non solo affronti le sfide del presente, ma che sia preparato a guidare il futuro verso un'epoca in cui la cura sicura è sinonimo di rispetto, comprensione e amore per l'umanità in tutte le sue forme, promuovendo la formazione di nuove classi dirigenti della salute portatrici di questo patrimonio. Leader idealrealisti caratterizzati da un giusto equilibrio tra razionalità ed emozioni, etica e scienza.

Attraverso questa visione, aspiriamo a creare una cultura della salute che valorizzi la persona nella sua totalità, promuovendo un equilibrio tra innovazione scientifica e umanizzazione delle cure, per garantire un futuro sostenibile e universalmente accessibile.

## **MISSION**

L'obiettivo è di proporre un approccio olistico al tema della “cura” mettendo insieme aspetti scientifici e umanistici, declinando l'argomento anche sotto un profilo antropologico e filosofico.

I sistemi sanitari europei stanno affrontando sfide comuni: la transizione demografica ed epidemiologica, i fenomeni migratori interni ed esterni alle nazioni, la crescente urbanizzazione, l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, la debolezza dei sistemi di prevenzione e di cure primarie rappresentano problemi a cui nessun Paese europeo può dirsi immune. Questi cambiamenti nel loro complesso stanno avvenendo contemporaneamente e rapidamente: la risposta a queste sfide non può essere ricercata semplicemente in un improbabile aumento della spesa sanitaria.

I sistemi capaci di fronteggiare questa situazione saranno, infatti, solo quelli in grado di riprogrammare i propri servizi nell'ottica della sostenibilità.

Prossimità. Innovazione. Appropriatezza. Sono anche le parole chiave della Missione 6 Salute prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Le strutture sanitarie sono chiamate a impiegare, nella quotidianità, tutti gli strumenti di informazione, comunicazione e tutti gli interventi volti a favorire il benessere dell'utente nel proprio

percorso interno al servizio sanitario. Questo comporta l'impegno a valutare e sviluppare modalità di comunicazione inclusive capaci di promuovere la relazione con i pazienti ed offrire soluzioni semplici ed efficaci all'abbattimento di quegli ostacoli che una parte dell'utenza incontra nell'approccio e nella relazione con i servizi sanitari.

Nella sistematic Review di Busch e collaboratori [4] sono state individuate 3 aree centrali nel processo di umanizzazione delle cure: l'area relazionale, l'area organizzativa, l'area strutturale.

L'area relazionale comprende tutti gli elementi che possono influenzare direttamente la relazione personale tra operatori sanitari e pazienti e chi si prende cura di loro. I partecipanti hanno notato che un comportamento disumanizzante, come l'alterità (vale a dire, trattare il paziente come un subumano) [8] può minare la dignità, l'unicità, l'individualità e l'umanità del paziente. Al contrario, strategie come riferirsi al paziente per nome [9] possono aiutare il paziente a sentirsi rispettato e ad essere visto come un individuo.

L'area organizzativa comprende tutti gli elementi correlati all'ambiente di lavoro (ad esempio, carico di lavoro) e alle pratiche organizzative e amministrative delle istituzioni sanitarie (ad esempio, orari di visita). Mentre la frammentazione del processo di lavoro [10] è stata vista come una barriera, l'uso efficiente del tempo [11] è stato considerato come una strategia per migliorare le condizioni di lavoro.

L'area strutturale comprende tutti gli elementi che si concentrano sulla struttura delle istituzioni sanitarie (ad esempio, la progettazione ospedaliera) e sull'ambiente di lavoro (ad esempio, le risorse materiali) per quanto riguarda l'umanizzazione dell'assistenza. È stato spesso riportato (ad esempio, Cassiano et al. [12], Chernicharo et al. [11]) che sono necessarie risorse umane e materiali sufficienti per fornire cure sicure umanizzate.

## **STRUMENTI**

### **Comunicazione Empatica**

La comunicazione e l'accesso alle informazioni sui servizi rappresentano una leva fondamentale per migliorare equità e accessibilità dell'assistenza. È stato da molti sottolineato come la buona comunicazione non sia solo un obiettivo formale, essa va calibrata sulle aspettative degli utenti, rappresenta un elemento centrale nell'erogazione del servizio pubblico e influenza la qualità percepita delle prestazioni ricevute. La comunicazione integrata di strumenti, canali e contenuti, contribuisce a definire la struttura, i processi e i comportamenti organizzativi delle aziende sanitarie, divenendo elemento centrale della qualità del servizio reso.

Con l'obiettivo di umanizzare la pratica medica, viene posto l'accento sulle esperienze dei pazienti, sulla comprensione empatica e sulla comunicazione efficace tra medici e pazienti, viene enfatizzata l'importanza dell'ascolto, della narrazione e della riflessione critica.

In modo simile, l'antropologia offre strumenti per analizzare e comprendere come i contesti culturali influenzano l'esperienza della malattia, promuovendo interventi sanitari più inclusivi e rispettosi delle diversità [3].

In questo contesto la medicina narrativa, rappresenta un esempio chiave di questa trasformazione [5]. Tale approccio enfatizza l'importanza delle storie individuali dei pazienti, creando un dialogo empatico e significativo tra medico e paziente. Presupponendo una concezione unitaria della natura umana, permette che le voci di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura siano accolte e contribuiscano a una narrazione condivisa.

La medicina narrativa sviluppa quelle capacità di ascolto e di attenzione necessarie non solo per arrivare a diagnosi più adeguate e a terapie più condivise, ma anche per prendersi cura davvero di chi soffre, in contrasto con un sistema sanitario che sembra anteporre le preoccupazioni aziendali e burocratiche ai bisogni delle persone.

In questa cornice, il rapporto comunicativo tra persona che accede ai servizi sanitari e organizzazione della struttura sanitaria è parte integrante del concetto di umanizzazione.

Il disegno di una vincente strategia aziendale di risposta al cambiamento, si modella sulle competenze possedute dagli operatori sanitari; sulla motivazione degli stessi di accrescere le competenze iniziali; di condividere le conoscenze ed esperienze con gli altri membri dell'organizzazione.

## **Leadership Emotiva**

Il tema della gestione e della motivazione delle risorse umane ha sempre suscitato l'interesse degli studiosi di Economia Aziendale: ribaltando completamente l'impostazione tayloristica, alcuni ricercatori statunitensi [7] sono recentemente approdati ad una gestione delle risorse umane di tipo emotivo, fondata sulla pianificazione di azioni utili a creare un clima di lavoro salubre, i cui vantaggi sarebbero apprezzabili in termini di performance e risultati.

Il lavoro di Daniel Goleman, (noto psicologo, autore e giornalista scientifico), offre un prezioso contributo alla comprensione della complessità dell'essere umano e alla promozione di un approccio più equilibrato alla vita e alle relazioni. La sua teoria sulla cosiddetta "Intelligenza Emotiva" ha aperto nuove vie di indagine mostrando che la comprensione e la gestione delle emozioni sono pilastri

fondamentali per migliorare l'autoconsapevolezza, l'empatia e le capacità di gestione delle relazioni, potenziando il lavoro di squadra, le capacità comunicative, la risoluzione dei conflitti.

Nell'approccio emotivo risiede, in misura embrionale, una possibile risposta al cambiamento esterno attuale, assumendo che gli stati d'animo dei lavoratori influiscono sui loro rendimenti; il leader ha la capacità di influenzare gli stati d'animo dei collaboratori; un leader deve essere in grado di influenzare le politiche di sanità pubblica e l'allocazione delle risorse economiche all'interno dei sistemi.

In un contesto di change management, la leadership assume il ruolo di stimolare, sostenere e promuovere le attività e gli strumenti in un approccio che miri ad introdurre efficacemente le politiche, le strategie e le innovazioni tecnologiche nelle organizzazioni sanitarie. Nel contesto attuale, le organizzazioni devono confrontarsi quotidianamente col difficile interrogativo di come strutturare l'erogazione dell'offerta sanitaria a fronte di un aumento della richiesta e della sempre più difficile sostenibilità economica dei sistemi in cui esse operano. L'azione dei leader è quindi quella di indirizzare le proprie abilità verso la creazione di un clima di cambiamento sereno, positivo ed efficace, di cui ogni membro dell'ambiente si senta parte e in cui ognuno possa sentirsi autenticamente – seppur in misura necessariamente variabile – parte del percorso verso il successo.

Lo stile di direzione aziendale non può ignorare questa correlazione e, pertanto, deve rappresentare uno stimolo positivo per orientare positivamente gli stati emozionali del capitale umano.

### **Alleanza delle menti**

L'alleanza delle menti è definibile come coordinazione di sforzi e conoscenze fra due o più persone in spirito di armonia e allo scopo di conseguire un obiettivo comune. E' un concetto potente che sottolinea l'importanza della collaborazione, della condivisione e della comprensione reciproca.

Un percorso che porta alla crescita, all'innovazione, alla condivisione di conoscenze e creazione di sinergie uniche attraverso l'armonia e la collaborazione, uno spirito di squadra.

L'alleanza delle menti genera soluzioni innovative, supera i limiti individuali; è un flusso continuo di informazioni e apprendimento reciproco, che arricchisce il bagaglio culturale e intellettuale di tutti i partecipanti; richiede una profonda comprensione reciproca, la capacità di confrontarsi con gli altri e di valorizzare le diversità: il risultato è maggiore della somma delle parti. Creare una governance strategica e organizzativa caratterizzata dal lavoro congiunto tra competenze clinico assistenziali e organizzativo gestionali mira al raggiungimento di un obiettivo comune: l'applicazione del nuovo modello di cura. Tale approccio permette di creare un linguaggio comune e di rispettare le competenze, favorendo la loro massima espressione nella pratica quotidiana per il raggiungimento

degli obiettivi comuni e condivisi e la risoluzione di problemi complessi che richiedono approcci multidisciplinari creando prospettive più sostenibili ed eque.

## **OBIETTIVI**

### **Umanizzazione delle cure**

L'umanizzazione - intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica – è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza [6].

La ricerca focalizzata sull'umanizzazione pone l'accento sull'esperienza del paziente e sul rispetto delle sue necessità emotive, psicologiche e sociali attraverso una presa in carico integrale del paziente.

Tale ricerca è cruciale per migliorare la qualità della vita durante il percorso di cura, aumentare la soddisfazione dei pazienti e dei caregiver, ridurre lo stress e il burnout tra gli operatori sanitari, migliorando il rapporto tra gli stessi ed i pazienti ed utenti

L'umanizzazione delle cure rappresenta un cambiamento culturale nel modo in cui le prestazioni sanitarie verranno erogate, con l'obiettivo di migliorare non solo i risultati clinici, ma anche la qualità dell'esperienza complessiva percepita dal paziente.

Prioritaria tra tutti gli interventi di umanizzazione deve essere la lotta al dolore e a tutte le problematiche che lo accompagnano.

### **Benessere organizzativo**

Il benessere organizzativo assume una importanza fondamentale nel campo della sanità. Esso si identifica con la capacità di una organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori. In un ambiente dove lo stress, le lunghe ore di lavoro e l'impegno emotivo sono quotidianità, promuovere il benessere degli operatori della salute diventa un imperativo etico e strategico.

Questo approccio prende in considerazione l'influenza dell'ambiente in cui la gente vive, studia, lavora e usa servizi diversi. Riconosce che i problemi di salute di un gruppo di popolazione sono conseguenti alla relazione tra l'ambiente sociale e i fattori personali che vengono associati al gruppo [25]. Il Benessere Organizzativo è fondamentale in Sanità per mantenere una elevata Qualità

dell'assistenza: operatori sani e motivati offrono cure sicure e di qualità, promuovendo un ambiente di lavoro positivo.

## **Sicurezza delle cure**

La sicurezza delle cure rappresenta un elemento imprescindibile all'interno del sistema sanitario. Essa si riferisce all'assenza di eventi che possono danneggiare il paziente durante la prestazione sanitaria. Rappresenta uno dei pilastri della salute perché ha come obiettivi ridurre al minimo il rischio di errori in ambito sanitario, garantire un'organizzazione testata e controllabile per eseguire procedure nel modo più sicuro ed efficace possibile, ridurre i costi derivanti dagli eventi avversi che comportano costi aggiuntivi per il sistema sanitario e per i pazienti.

Risulta pertanto necessario creare un ambiente in cui la sicurezza sia una priorità per tutti i professionisti sanitari, garantendo una comunicazione chiara e trasparente tra tutti i membri dell'équipe sanitaria, utilizzando sistemi standardizzati per ridurre il rischio di errori e gestire i potenziali rischi per la sicurezza del paziente, garantendo la formazione continua dei professionisti sanitari e coinvolgendo attivamente il paziente nel processo di cura.

Oggi la tecnologia ha un ruolo sempre più importante nella sicurezza delle cure: cartelle cliniche elettroniche, dispositivi medici intelligenti, sistemi di allerta vengono usati quotidianamente implementando i processi di cura e permettendo un accesso più rapido alle informazioni.

La sicurezza delle cure è dunque un obiettivo continuo e sfidante. Investire in formazione, tecnologia e cultura della sicurezza è fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza e proteggere i pazienti.

## **Conclusione**

È importante lavorare su una nuova idea di salute, coerente con la vision di un “Nuovo Umanesimo della salute” rappresentato in sintesi dal modello del *“Triangolo della Salute”*.

Negli ultimi decenni, si è assistito a un aumento della specializzazione e della sottospecializzazione in ambito medico al fine di fornire una maggiore competenza nel trattamento di malattie e condizioni specifiche e complesse [16].

Questo ha comportato “la pervasione della Tecnica nella medicina, depotenziando tantissimo gli aspetti simbolico-relazionali nel rapporto medico – paziente” [22].

Sebbene questi sviluppi medici abbiano migliorato l'assistenza ai pazienti, come sicurezza, efficacia ed efficienza [17], essi comportano nuovi problemi. L'automatizzazione e la standardizzazione dell'assistenza e la frammentazione dei percorsi di lavoro e di cura, spesso legati al razionamento del tempo e del personale, possono portare a una disumanizzazione e spersonalizzazione dell'assistenza [15]. C'è il rischio di trattare il paziente come un "gruppo di sintomi" piuttosto che come un essere umano con esigenze individuali [18].

Per superare questo approccio controproducente all'assistenza sanitaria, è stato introdotto nella letteratura scientifica il concetto di "umanizzazione delle cure" [23]. Questo nuovo concetto considera tutti gli attori coinvolti nel processo di assistenza (pazienti, caregiver, operatori sanitari, decisori politici) [12, 24, 25]. Questo approccio mira a umanizzare il sistema sanitario nel suo complesso concentrandosi sugli aspetti relazionali, organizzativi e strutturali dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo tutti i compiti e le procedure mediche [12, 26].

Oltre a questo dobbiamo lavorare sulla cultura, mettendo al centro la visione di un "Nuovo Umanesimo della Salute" che rappresenta un cambio di paradigma, che riporta al centro la salute come valore e bene incommensurabile. Per tradurre questi principi in pratica, è necessario un impegno collettivo (operatori sanitari, istituzioni e comunità) che sviluppi un percorso culturale con prospettive scientifiche, antropologiche, filosofiche.

## **Bibliografia e Sitografia**

1. OMS. (1948). "Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità."
2. The Lancet (2023). "Seeing the humanity in health." The Lancet, 402, 2395. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02810-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02810-6)
3. Farmer, P. (2003). Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. University of California Press.
4. Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). "Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers." Patient, 12(5), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
5. Charon, R. (2019). La medicina narrativa. Raffaello Cortina Editore.

6. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino>
7. Daniel Goleman, Richard E. Boyatzis, Anne McKee, (2002). Essere leader.
8. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Prospettive di consumatori e assistenti su cattive pratiche e uso di isolamento e contenzione in contesti di salute mentale: risultati di focus group australiani. *Int Ment Health Syst.* 2016;10:6.
9. Santos MFO, Fernandes MGM, Oliveira HJ. Ricettività e umanizzazione dalla percezione degli anestesisti. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012;62:199–213.
10. Evangelista VC, Domingos TD, Siqueira FP, Braga EM. Team multidisciplinare di terapia intensiva: umanizzazione e frammentazione del processo di lavoro. *Rev Bras Enferm.* 2016;69:1099–107.
11. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Descrizione del termine umanizzazione nell'assistenza. *Esc Anna Nery.* 2014;18:156–62.
12. Cassiano AN, Araujo MG, Holanda CSM, Costa RKS. Percezione degli infermieri sull'umanizzazione nell'assistenza infermieristica nel puerperio immediato. *J Res Fundam Care.* 2015;7:2051–60.
13. Baratto F, Ferreira CLL, Ilha S, Santos Nunes S, Backes DS, Asta Pereiitora A. Umanizzazione dell'assistenza nell'assistenza primaria alle persone con neoplasia: percezione dei professionisti infermieristici. *J Nurs UFPE on line.* 2016;10:615–22.
14. Oliveira LC, Silva RAR, Medeiros MN, Queiroz JC, Giumarães J. Assistenza umanizzata: scoprire le possibilità nella pratica infermieristica nella salute mentale. *J Res Fundam Care.* 2015;7:1774–82.
15. Lovato E, Minniti D, Giacometti M, Sacco R, Piolatto A, Barberis B, et al. Umanizzazione nel Pronto Soccorso di un ospedale italiano: novità e soddisfazione del paziente. *Emerg Med J.* 2013;30:487–91.

16. Langdon LO, Toskes PP, Kimball HRM. The American Board of Internal Medicine Task Force sulla medicina interna di sottospecialità. Ruoli futuri e formazione dei sottospecialisti di medicina interna. *Ann Intern Med.* 1996;124:686–91.
17. Institute of Medicine (Stati Uniti) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century (Attraversare il baratro della qualità: un nuovo sistema sanitario per il XXI secolo). National Academies Press (Stati Uniti), Washington, DC (2001).
18. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Percezione dell'umanizzazione della nascita in un ospedale altamente specializzato: pensiamo diversamente. *Health Care Women Int.* 2014;35:127–48.
19. Kienzle HF. Frammentazione del rapporto medico-paziente come risultato della standardizzazione e dell'economicizzazione [in tedesco]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2004;98(3):193–9 (discussione 206, 2013-5) .
20. Stange KC. Il problema della frammentazione e la necessità di soluzioni integrative. *Ann Fam Med.* 2009;7:100–3.
21. Rosenstein AH. Affrontare lo stress, il burnout e la compassion fatigue del medico: è giunto il momento. *Isr J Health Policy Res.* 2013;2:32.
22. [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=73878](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=73878)
23. Borbasi S, Galvin KT, Adams T, Todres L, Farrelly B. Dimostrazione dell'utilità di un quadro teorico per l'umanizzazione dell'assistenza con riferimento a un servizio di assistenza residenziale per anziani in Australia. *J Clin Nurs.* 2012;22:881–9.
24. Umenai T, Wagner M, Page LA, Page LA, Faundes A, Rattner D, et al. Accordo di conferenza sulla definizione di umanizzazione e cura umanizzata. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:S3–4.
25. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Umanizzare l'assistenza attraverso la valutazione dell'essere umano: risignificazione di valori e principi da parte dei professionisti della salute. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15:34–41
26. [www.healthpromotinghospitals.org](http://www.healthpromotinghospitals.org)