



Esperienza Europa – David Sassoli
Europa Experience – David Sassoli

UMANIZZAZIONE DELLA SOCIETÀ **programmazione e attualizzazione**

23 aprile 2026 | ore 15.30 – 18.30

Europa Experience – David Sassoli

Piazza Venezia 6c, Roma

L'organizzazione dei distretti sanitari come spazio di umanizzazione della presa in carico

DOTT.SSA RITA CALDARELLI

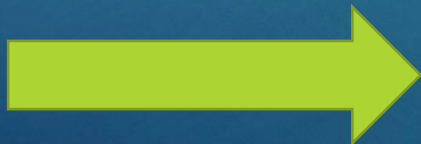
UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Rita Caldarelli

‘Con l’espressione “umanizzazione delle cure” si intende l’occuparsi del paziente non solo da un punto di vista clinico/diagnostico, ma comprendendo l’aspetto complessivo della persona, in particolare quello psicologico e relazionale’.

Significa, cioè, rendere i luoghi di assistenza più accoglienti, con percorsi di cura inclusivi che tengano conto delle caratteristiche, gusti, esigenze, sensazioni e conoscenze di ogni singolo individuo.

Umanizzare è il considerare *“la persona prima di tutto”*, intesa come individuo unico, accogliendola nel suo insieme, con tutte le sue esigenze psicologiche e sociali e non solo per la patologia.



LA PERSONA AL CENTRO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE
hic sunt futura



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

STATI GENERALI ITINERANTI

PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE E IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

La Carta di Udine

Udine
30 novembre
2024

Sommario

PREFAZIONE	6
PREAMBOLO	8
IL SIGNIFICATO DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE	10
1. Umanizzazione delle Cure è un modello di civiltà	10
2. Umanizzazione delle Cure è accogliere i bisogni di salute della popolazione	10
3. Umanizzazione delle Cure è prendersi cura della persona nella sua interezza	11
4. Umanizzazione delle Cure è accogliere la storia e la narrazione del paziente	11
5. Umanizzazione delle Cure è promozione della salute e della prevenzione	12
6. Umanizzazione delle Cure è cooperare con gli enti del terzo settore	13
7. Umanizzazione delle Cure è porre la tecnologia al servizio della persona	14
8. Umanizzazione delle Cure è garantire il benessere organizzativo	15
9. Umanizzazione delle Cure è favorire l'integrazione tra ospedale e territorio per la continuità del percorso di cura	15
10. Umanizzazione delle cure è garantire l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale	16
11. Umanizzazione delle Cure è garantire la sicurezza	17
12. Umanizzazione delle Cure è garantire la sostenibilità	17
13. Umanizzazione delle Cure è resilienza	18
QUALITÀ E UMANIZZAZIONE DELLE CURE: UN LEGAME INDISSOLUBILE	20
Le declinazioni scientifiche di qualità di cura nell'Umanizzazione delle Cure	20
Dimensione relazionale	20
Dimensione organizzativa	21
Dimensione strutturale	22
IL MODELLO DI CURA	24
Visione	24
Missione	24
Rappresentazione grafica del modello	25
Il modello	27
Le aree di sviluppo e i pilastri	29
Formazione	29
Ricerca	31
Assistenza Clinica	33
Valutazione	37
RIFERIMENTI	40
Bibliografia	40
Sitografia	42
Normativa italiana	42
Normativa europea	42



Ministero della Salute

Decreto 23 maggio 2022 , n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)

(G.U. Serie Generale , n. 144 del 22 giugno 2022)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

+-----+
| Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilit  secondo |
| criteri di densita' di popolazione e caratteristiche orografiche |
| del territorio. |
| La programmazione deve prevedere i seguenti standard: |
| - 1 Casa della Comunit  hub ogni 40.000-50.000 abitanti; |
| - Case della Comunit  spoke e ambulatori di Medici di Medicina |
| Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto |
| delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al |
| fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di |
| accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le |
| aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case |
| della Comunit  avendone in esse la sede fisica oppure a queste |
| collegate funzionalmente; |
| - 1 Infermiere di Famiglia o Comunit  ogni 3.000 abitanti Tale |
| standard e' da intendersi come numero complessivo di Infermieri di |
| Famiglia o Comunit  impiegati nei diversi setting assistenziali in |
| cui l'assistenza territoriale si articola; |
| - 1 Unit  di Continuit  Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) |
| ogni 100.000 abitanti; |
| - 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o |
| comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un |
| bacino di utenza maggiore; |
| - 1 Ospedale di Comunit  dotato di 20 posti letto ogni 100.000 |
| abitanti. |
+-----+

Distretto Socio - Sanitario

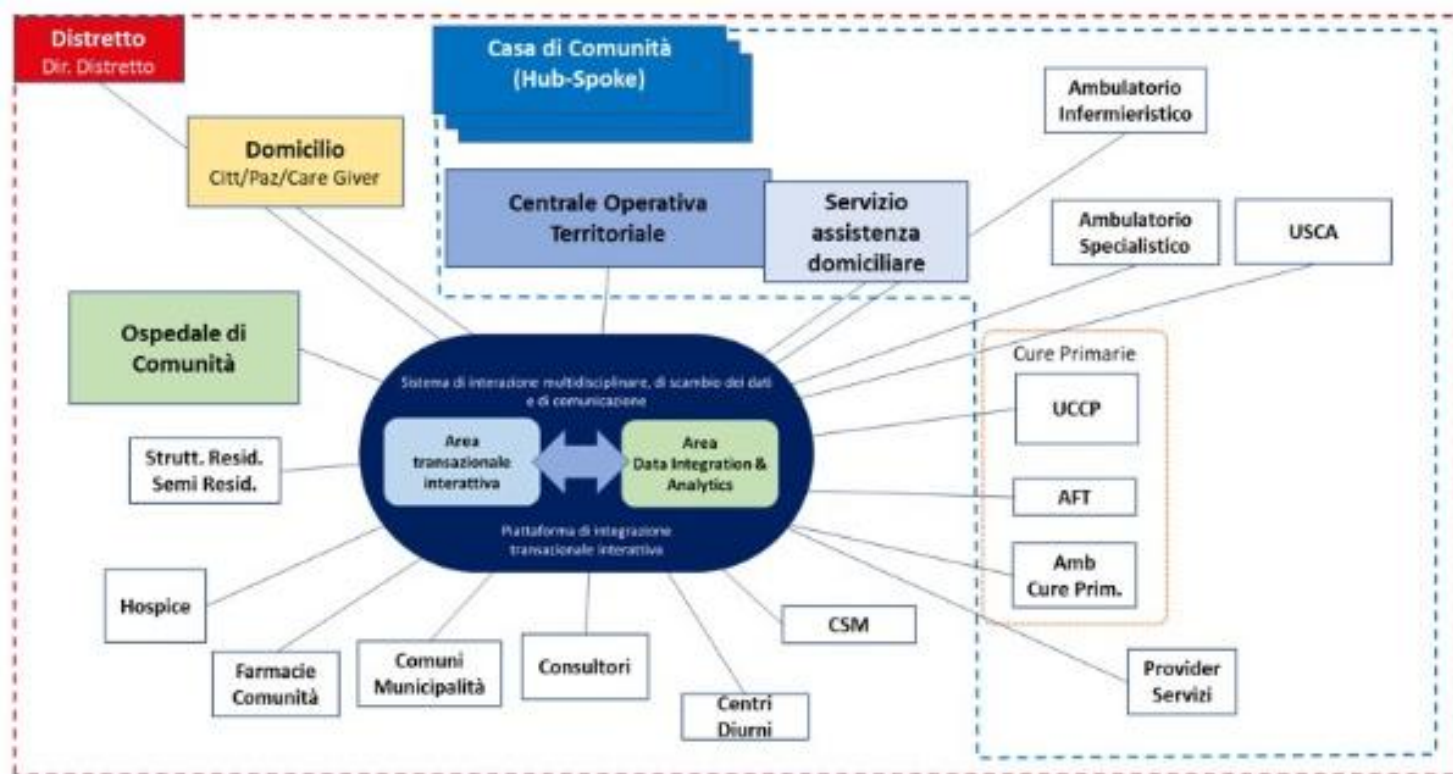
Il distretto assicura alla popolazione che ne fa parte i servizi di assistenza primaria, mediante:

- ▶ medici di medicina generale e pediatri di libera scelta,
- ▶ servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica),
- ▶ ambulatori specialistici,
- ▶ assistenza domiciliare (ADI),
- ▶ cure palliative (a domicilio e in hospice),
- ▶ consultori,
- ▶ servizi di salute mentale e di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza
- ▶ servizi per le dipendenze patologiche, fornitura diretta di farmaci, prodotti per la nutrizione artificiale e dispositivi medici, assistenza protesica, riabilitazione, medicina legale.
- ▶ Il distretto, inoltre, coordinandosi con i Comuni, garantisce l'assistenza nelle residenze e nei centri diurni agli anziani fragili e alle persone con disabilità.



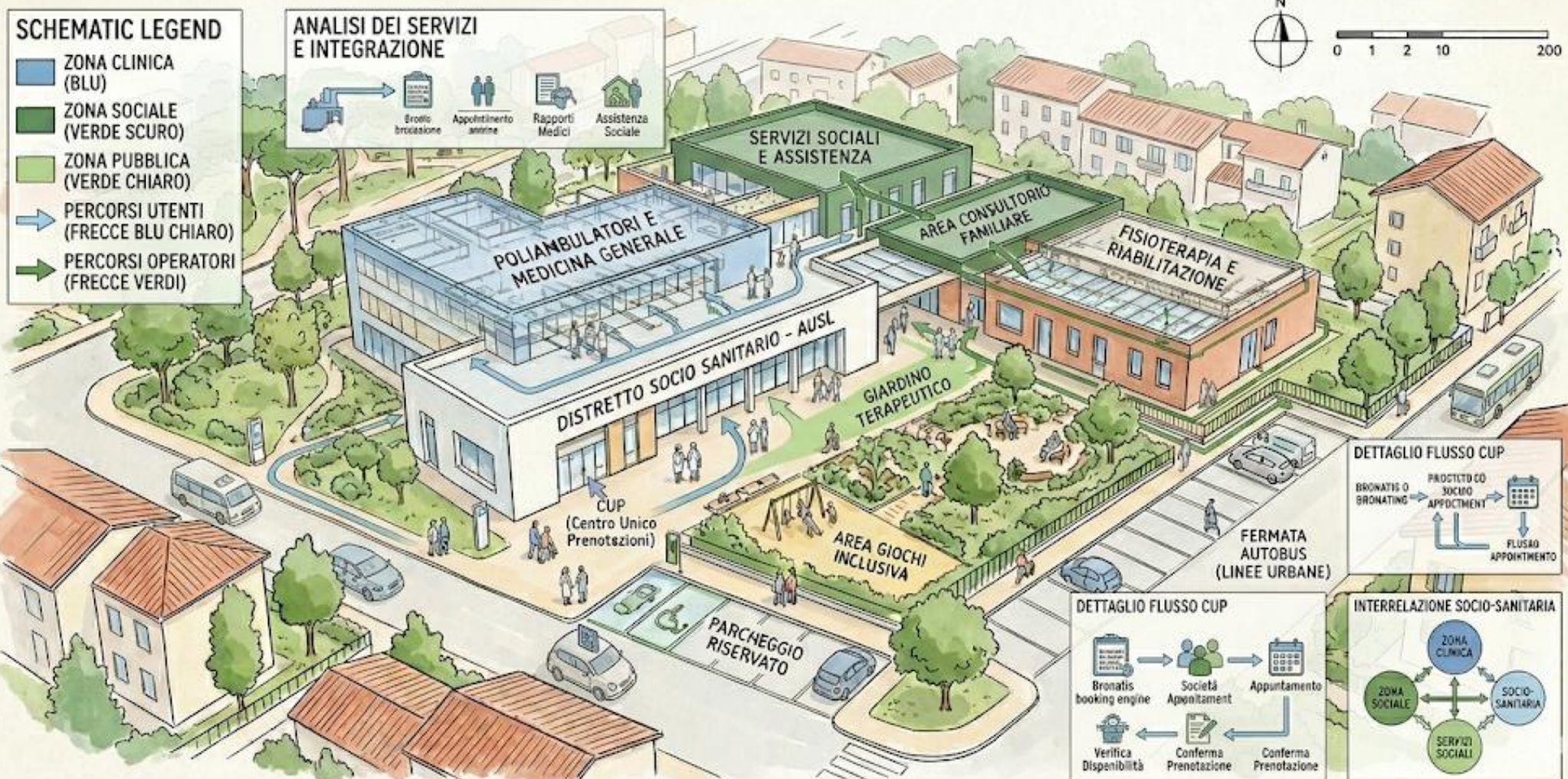
attività assistenziale multi-professionale e multidisciplinare integrata.

Il seguente algoritmo illustra tutti i servizi e le strutture previste nel Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, Modulo 6 Salute, da integrare nel Distretto:

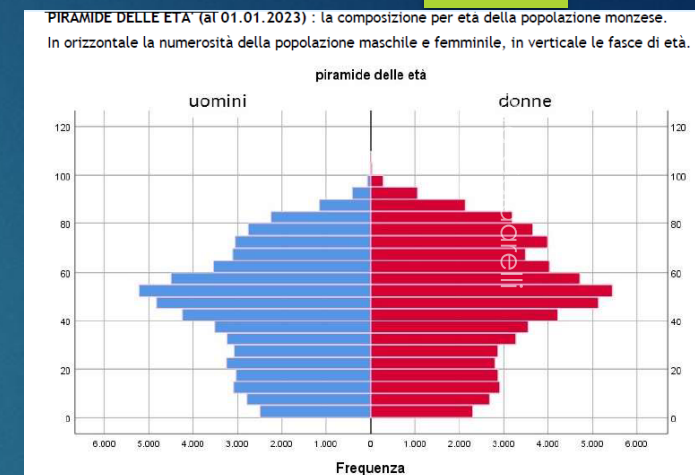


➔ **ASST**

SCHEMA FUNZIONALE E FLUSSI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO - MODELLO INTEGRATO



Esempio: Lombardia



- Monza: popolazione di 123.833 abitanti, di cui oltre il 24% ha un'età superiore ai 65 anni.
- I dati ISTAT nazionali del 2024 mostrano che si vive di più, ma non meglio. Si è raggiunto un nuovo massimo storico dell'aspettativa di vita: **gli uomini vivono in media 81,4 anni e le donne 85,5 anni**. Purtroppo dai dati emerge anche un altro dato: la speranza di vita in buona salute continua a **ridursi**. **Una donna italiana oggi può aspettarsi di vivere in autonomia solo fino a 56,6 anni**, mentre gli uomini fino a **59,8 anni** (come nel 2019) (*Rapporto annuale dell'Istat sulla situazione del Paese, 2025*). Ovvero **si invecchia più precocemente**

PATOLOGIE CRONICHE



- ▶ Si stima che circa il 35% (43.000 abitanti) della popolazione soffre di almeno una patologia cronica (dati ATS).
- ▶ Si definisce paziente cronico colui che si trova nelle condizioni di dover convivere con una o più patologie che richiedono un trattamento continuo nel tempo.
- ▶ Le malattie croniche più diffuse oggi sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici ed il diabete.
- ▶ La presenza di almeno una cronicità, aumenta con l'età, da 58,6 % nella classe di età 18-44 anni a 95,5 % nella classe di età 75 anni e più (69,8 per cento nel resto della popolazione).



FRAGILITA'

- ▶ A Monza la popolazione inclusa nell'Anagrafe della Fragilità rappresenta il 10,7% (circa 12.000 abitanti) della popolazione complessiva residente nel territorio, in aumento rispetto agli anni precedenti (dati ATS 2024).
- ▶ Rientrano tra i fragili coloro che si trovano nella necessità di ricorrere ai servizi residenziali (RSA) o ai servizi per le cure domiciliari (es. ADI, RSA Aperta ecc).



ALZHEIMER/DEMENZA

- ▶ Nel corso del 2023, più dell'1% della popolazione ha avuto una certificazione che riporta una condizione di demenza o una diagnosi di demenza nel territorio di Monza, con età > 60 anni.
- ▶ Il 43.4 % di queste persone presenti nell'Anagrafe della Fragilità risulta ospitato all'interno di una R.S.A, mentre il 56.6 % risulta vivere all'interno delle proprie abitazioni.

DISABILITA'



Nel 2023, le persone con disabilità rappresentano circa il 5,0 per cento della popolazione (6000 abitanti circa). La percentuale più elevata di persone con disabilità si riscontra nelle classi più anziane: sono infatti il 19,2 per cento tra gli anziani di 75 anni e più (15,3 per cento tra gli uomini e 21,9 per cento tra le donne), il 6,9 per cento nella classe 65-74 anni (6,5 per cento tra gli uomini e 7,3 per cento tra le donne). Nelle classi di età più giovani la percentuale di persone con disabilità è sensibilmente inferiore: si attesta all'1,4 per cento tra coloro che hanno un'età inferiore a 44 anni e al 3,9 per cento nella classe 45-64 anni.

Dal 2010 al 2023, la percentuale di persone con disabilità con almeno una patologia cronica (multicronici) ha oscillato leggermente intorno all'88%.

DISAGIO PSICOLOGICO



Rita Caldarelli

- ▶ Dal 2019 è in aumento anche il disagio psicologico: questo fenomeno coinvolge in particolare gli anziani, ma è in crescita tra i giovani, soprattutto donne.
- ▶ Il disagio psicologico peggiora all'aumentare dell'età: tra gli adulti di 55-64 anni l'indice di salute mentale scende per poi ridursi ulteriormente nelle classi più anziane.
Nella fascia d'età 15-19 anni, si stima che circa l'8% soffra di ansia e il 4% di depressione.

Presa in carico: pazienti cronici -Gestore-

Rita Caldarelli

IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO: UNA NUOVA OPPORTUNITA' PER I PAZIENTI CRONICI

Dai primi mesi del 2018 sarà attivato, in Lombardia, un nuovo modello di presa in carico per i cittadini affetti da patologie croniche. Nel nuovo modello un medico gestore organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. I pazienti cronici che lo desiderano, potranno aderire e godere di tutti questi benefici.

PERCHÈ SCEGLIERE IL NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO?

Prendere in carico significa letteralmente "farsi carico dei problemi dell'altro". Con il nuovo modello, Regione Lombardia garantisce al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa per fornire in questo modo una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate.



1. CHI È IL PAZIENTE CRONICO?

Il cronico è un paziente che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una buona qualità della vita. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. Per una presa in carico efficace queste patologie richiedono un approccio clinico-assistenziale diverso dai tradizionali percorsi di cura.



2. LA SCELTA DI UN MEDICO GESTORE DI FIDUCIA

Nel nuovo modello di presa in carico, il cittadino sceglie il medico al quale affidare la cura della propria patologia, l'organizzazione e la gestione del relativo percorso terapeutico. Il medico gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario Lombardo (Medici di Medicina Generale/Pediatrati di Libera Scelta, Medici Specialisti, Strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private, Farmacie, Infermieri, ecc.).



3. IL PERCORSO PERSONALIZZATO

Il paziente ufficializza la scelta del proprio medico gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e stringendo un

patto di cura. In seguito il medico programma annualmente, insieme al paziente, tutti gli interventi sanitari e sociosanitari necessari per un miglior controllo della sua patologia, garantendo così cure più appropriate, controlli puntuali e periodici.



4. L'ORGANIZZAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Il medico scelto dal paziente per l'accompagnamento nel nuovo percorso di presa in carico assicura la prenotazione di visite, esami ed altri servizi in coerenza con le necessità del paziente e con il suo programma di cura.



5. IL VALORE DELL'ACCOMPAGNAMENTO

Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di tutti gli adempimenti burocratici collegati alla patologia. Il cittadino in questo modo viene sollevato, lungo l'intero percorso di cura, da stress e preoccupazioni legati alla gestione della propria cronicità, guadagnando così tempo e qualità di vita per sé e per i propri familiari.

Modello di presa in
Carico per i pazienti
Cronici, Lombardia 2018

Presa in carico: pazienti cronici -CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE-

- ▶ **A partire dal luglio 2024** Regione Lombardia ha avviato il nuovo **modello di presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche e/o in condizioni di fragilità.**
- ▶ Il percorso di presa in carico è stato definito per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute, al fine di semplificare al paziente la gestione della patologia, oltre che in ottica di sostenibilità generale del sistema.
- ▶ Il nuovo modello di presa in carico prevede che il Centro Servizi della Cooperativa o dell'ASST/COT organizzi tutti i servizi sanitari e sociosanitari necessari al paziente in relazione alle patologie croniche di cui soffre e che sono stati inseriti nel suo "Piano di Assistenza Individuale - PAI" di validità annuale

Centrale operativa territoriale (COT)

Rita Caldarelli

- La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un punto di accesso territoriale, fisico e digitale, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete d'offerta sociosanitaria all'interno del Distretto.

Assume il ruolo di "cabina di regia" tra i diversi attori della rete territoriale, coordinandone le azioni, con particolare vocazione a: fragilità, prossimità e domiciliarità degli interventi, utilizzando al meglio anche le nuove risorse tecnologiche di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, etc.).

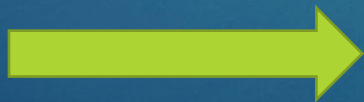
La COT punta a perseguire i seguenti obiettivi:

- migliorare l'esperienza individuale di cura;
- assicurare continuità e appropriatezza delle cure;
- promuovere l'integrazione tra ospedale e territorio;
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri;
- contribuire alla sostenibilità economica del sistema welfare con la riduzione delle prestazioni improprie.

La COT si interfaccia con i reparti ospedalieri, con le Case di Comunità, Medici di Medicina Generale e con la Centrale Operativa 116117 concorrendo a garantire l'accesso alle cure.

Presa in carico: cure intermedie

- Il sistema di Cure Intermedie è rivolto a persone adulte, in condizione di stabilità clinica che, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione, hanno necessità di completare l'iter di cura per raggiungere il miglior stato di salute e benessere possibile. Sono escluse le persone che hanno un percorso diagnostico ancora in corso di definizione, una condizione clinica instabile o non completamente risolta, una patologia psichiatrica in fase attiva



OSPEDALI DI COMUNITA'

OSPEDALE DI COMUNITA'

- ▶ E' una struttura che svolge una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero. Inserito nella rete dell'assistenza territoriale, garantisce la continuità di cura ai pazienti cronici o fragili che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna e per condizioni cliniche e assistenziali, non possono essere temporaneamente assistiti al proprio domicilio (ricovero residenziale breve ,massimo 30 giorni) per mancanza di idoneità del domicilio stesso
- ▶ Invio tramite MMG o medici ospedalieri

Ospedale di comunità a Monza



Rita Caldarelli



Monza ex padiglione Fossati – foto Fabrizio Radaelli

Fabrizio Radaelli



Dell'**ex padiglione Fossati**, all'**Ospedale Vecchio di Monza**, rimane un **cumulo di macerie da rimuovere**: l'**edificio fatiscante** costruito negli anni **Trenta**, che nel corso dei decenni ha ospitato diversi servizi sanitari e la scuola infermieri, **è stato abbattuto** nei giorni scorsi. Al suo posto l'**Ircs San Gerardo** costruirà con i fondi del **pnr** la **Casa e l'ospedale di comunità** a cui affiancherà la centrale operativa territoriale.

Chiudi

Presa in carico: altre patologie

- ▶ Soggetti che necessitano di cure primarie (MMG o PLS), assistenza territoriale, assistenza domiciliare, il supporto sociale e assistenziale.
- ▶ L'obiettivo è la più efficace integrazione possibile fra tutti i servizi socio-sanitari.

 **CASE DI
COMUNITA'**

CASA DI COMUNITA'

- ▶ In questa struttura, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta lavorano insieme a infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali e altri professionisti per garantire a tutti un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa e per fornire una risposta semplice ai bisogni di salute.
- ▶ La Casa di Comunità garantisce:
 - Un punto unico di riferimento per la salute dei cittadini
 - Un percorso di cure personalizzate
 - L'accesso integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale
 - La presa in carico della cronicità
 - Una valutazione a 360° del bisogno di salute grazie ad un team di professionisti medici e sanitari.

La Sanità
Lombarda potenzia
i servizi del territorio.
Più vicina,
più accessibile.

sanitateritoriale.regione.lombardia.it



Case di Comunità:
il tuo punto di
accesso ai **servizi
sanitari e
socio-sanitari.**





LA CASA DI COMUNITÀ:



**PUNTO UNICO DI RIFERIMENTO
PER LA TUA SALUTE**



**PERCORSO DI CURE
PERSONALIZZATO**



**ACCESSO INTEGRATO ALL'ASSISTENZA
SANITARIA, SOCIO SANITARIA E
SOCIOASSISTENZIALE**



PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ



**VALUTAZIONE A 360° DEL TUO
BISOGNO DI SALUTE GRAZIE AD UN TEAM
DI PROFESSIONISTI MEDICI E SANITARI**

La Casa di Comunità di Monza è
gestita dalla ASST Brianza.

Ufficio Relazioni con il Pubblico:
URP – Monza

- tel. 039 6657836
- urp.distrmonza@asst-brianza.it



Rita Caldarelli

Presso la Casa di Comunità sono
presenti:

- Servizio di Front Office e Accoglienza
- **Servizio di cure primarie**
- Punto Unico di Accesso
- Ambulatorio Infermieri di Famiglia e di Comunità
- Ambulatori specialistici
- **Psicologi**
- **Assistenti sociali**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI
DEL MONITORAGGIO DM 77/2022
II SEMESTRE 2025

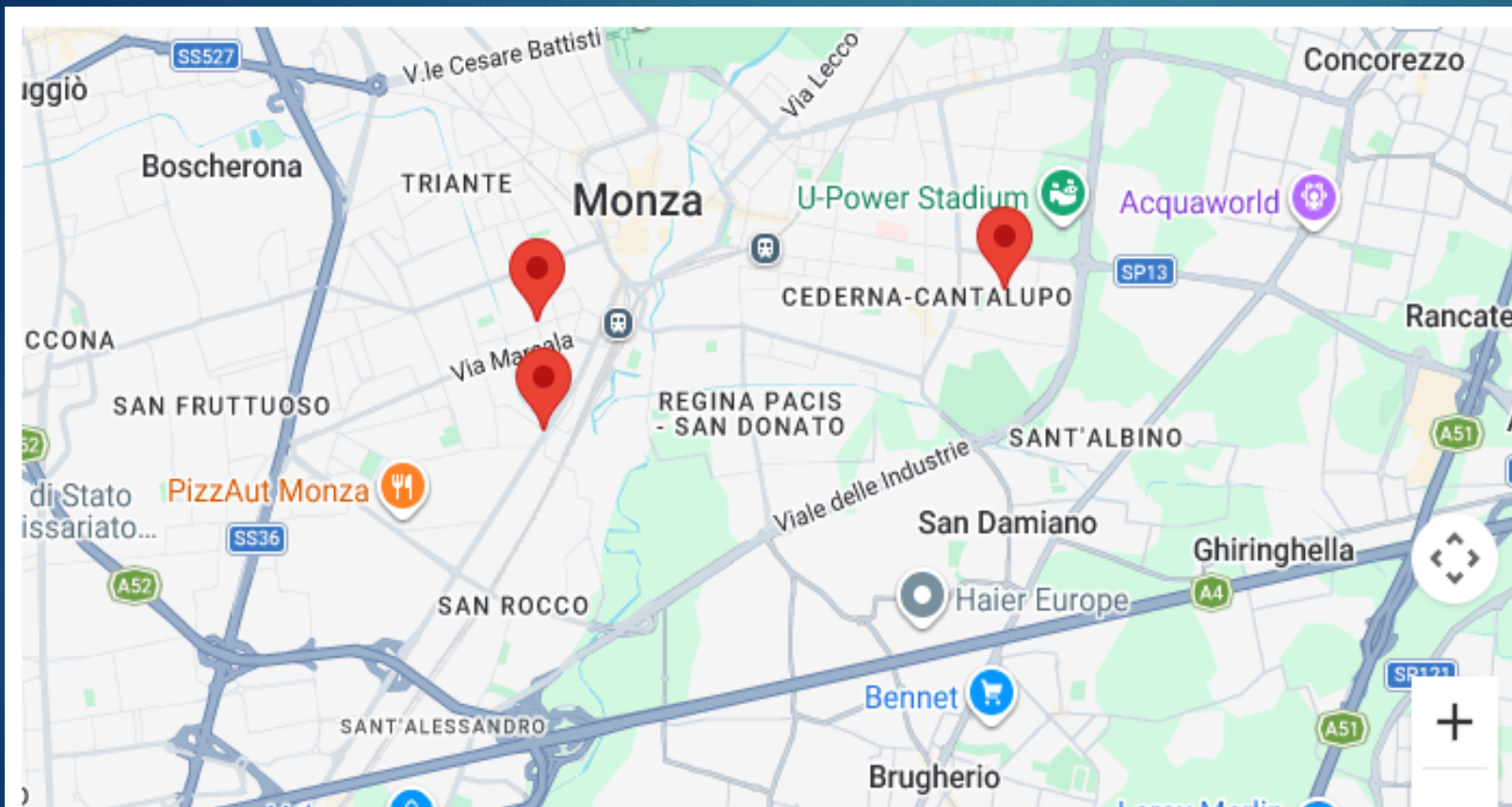


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Figura 2. Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022 (% rispetto alla programmazione regionale)



CASE DI COMUNITA'



• **Casa di Comunità Hub (Principale):** Aperta **24 ore su 24, 7 giorni su 7**. Offre una gamma completa di servizi, inclusi prelievi, diagnostica di base (ecografie, radiologie), continuità assistenziale e servizi specialistici.

• **Casa di Comunità Spoke (Secondaria):** Aperta **12 ore su 24, 6 giorni su 7**. Offre servizi essenziali e funge da "filtro" territoriale, appoggiandosi alla Hub per le prestazioni più complesse.



(Gemini)



Rita Caldarelli

Presa in carico: disagio psicologico

- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze-

‘In Regione Lombardia la presa in carico dei pazienti maggiorenni con Disabilità Complessa si realizza attraverso l’articolazione di una rete di servizi sociosanitari (centri diurni, comunità residenziali, interventi sociali e sociosanitari in domiciliarità), mentre è **poco definita la modalità di presa in carico da parte dei servizi sanitari.**

L’area di scopertura riguarda principalmente le persone con disabilità intellettiva e sindromi associate (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro dell’autismo, comorbilità psichiatrica), per cui diventa necessario attivare in una logica di presa in carico una rete integrata di punti di riferimento per le persone con disabilità e le loro famiglie, in risposta ai bisogni sanitari legati alle specifiche sindromi.’

I Centri Psico-Sociali svolgono attività ambulatoriale e domiciliare garantendo anche un servizio specifico di informazione e assistenza alle famiglie dei pazienti. Collaborano con gli altri servizi distrettuali di base, sociali e sanitari ed assicurano l’intervento sulla crisi psichiatrica. Servono una popolazione di circa 500.000 abitanti

(ASST Brianza)

Umanizzazione delle Cure è: resilienza

- ▶ L'Umanizzazione delle Cure implica l'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostico-terapeutici il più possibile orientati alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica
Sia a livello territoriale che di singola struttura, il sistema sanitario è composto da molteplici componenti strettamente interconnesse: l'ambiente fisico, le tecnologie, l'organizzazione, le persone e le risorse
- ▶ **Le CdC sono facilmente raggiungibili e accessibili?**
- ▶ **Sono strutturate senza barriere architettoniche?**
- ▶ **Presentano ambienti interni sicuri, adeguati e confortevoli anche ai neurodivergenti/pluripatologici?**



Luoghi inaccessibili o luoghi inadeguati scoraggiano gli utenti, che spesso evitano i percorsi di cura

23 Via Solferino

Monza, Lombardia



Google Street View

set 2024

[Vedi altre date](#)

Condividi



Rita Caldarelli





Rita Caldarelli

OSPEDALE DEI BAMBINI VITTORE BUZZI DI MILANO
Sala d'attesa
Acquario



Rita Caldarelli

**Istituto Scientifico Medea - La Nostra Famiglia - Bosisio Parini (LC)
Sala RM**

Umanizzazione delle Cure è: porre la tecnologia al servizio della persona

- ▶ L'avvento della tecnologia e l'introduzione dell'intelligenza artificiale stanno aprendo nuovi e preoccupanti scenari per quel che riguarda l'attenzione al prendersi cura

- ▶ **La Tecnologia è davvero di supporto?**

- ▶ **IL FSE è accessibile a tutti?**

- ▶ **Tutti possono accedere ai servizi di prenotazione online?**

- ▶



In Italia solo il 45% della popolazione possiede competenze digitali di base (dati Istat 2024)

SERVIZI DI TELEMEDICINA

Rita Caldarelli

- I servizi di Telemedicina consentono al paziente di collegarsi con il team di cura tramite video, inviare documentazione clinica utile e seguire il percorso assistenziale in modo più comodo e immediato.

Per poter utilizzare la Telemedicina è **necessario essere stati inseriti in un percorso dedicato** dal proprio team di cura.

- Per collegarsi ai servizi di Telemedicina servono:
- • dispositivo: computer, tablet o smartphone, connessione stabile, webcam e
- credenziali digitali: SPID, CNS o CIE.



STRUMENTAZIONE A MISURA DI 'PAZIENTE'

Rita Caldarelli



Risonanza magnetica con esperienza 'immersiva'

Umanizzazione delle Cure è: dimensione relazionale

- ▶ Partendo dal punto di vista relazionale, la qualità percepita fa riferimento sia alla soddisfazione relativa alle cure erogate sia alle modalità e competenze comunicative (verbale e non verbale) espresse tra pazienti, professionisti della salute e caregiver. Oltre al legame relazionale, anche l'empatia verso il paziente e il rispetto per le dignità, unicità, individualità e umanità sono considerati come elementi di umanizzazione delle cure
- ▶ **Gli operatori sanitari sono preparati al dialogo/ad accogliere gli utenti con le loro diversità?**
- ▶ **Gli operatori sanitari ascoltano i loro pazienti?**
- ▶ **Utilizzano un linguaggio comprensibile?**



Una maggior empatia è responsabile di una maggior fiducia e di conseguenza una miglior aderenza alle terapie e fiducia nelle diagnosi

- ▶ https://www.youtube.com/watch?v=-yXe7ggMr_w

COME
QUELLA BELLA
FRASE ZEN "VIVI
COME SE FOSSE
L'ULTIMO DEI
GIORNI..."

E PENSA
COME SE
IL DOMANI
NON CI
FOSSE"

DOTTORE,
NON FA PROPRIO
COSI' MA SUPPONGO
CHE DEBBA DIRM
QUALCHE COSA.



ESSENTIAL COMMUNICATION SKILLS FOR MEDICAL STAFF



Active listening



Showing empathy



Clarity in language



Nonverbal
communication



Asking open-ended
questions



Patient education
skills



Teach-back
technique



Adapting
communication
style based on
patient needs

H for human, l'Ospedale Niguarda umanizza la Terapia Intensiva

Rita Caldarelli

Il progetto :

- ♣ Umanizzazione e comunicazione tra gli operatori sanitari (lavoro sul team)
- ♣ Umanizzazione nei confronti dei familiari (acquisizione competenze relazionali)
- ♣ Accoglienza del malato e familiari (organizzazione)
- ♣ Umanizzazione dell'informazione (competenze comunicative)
- ♣ Umanizzazione dell'assistenza in senso stretto (competenze tecniche)



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

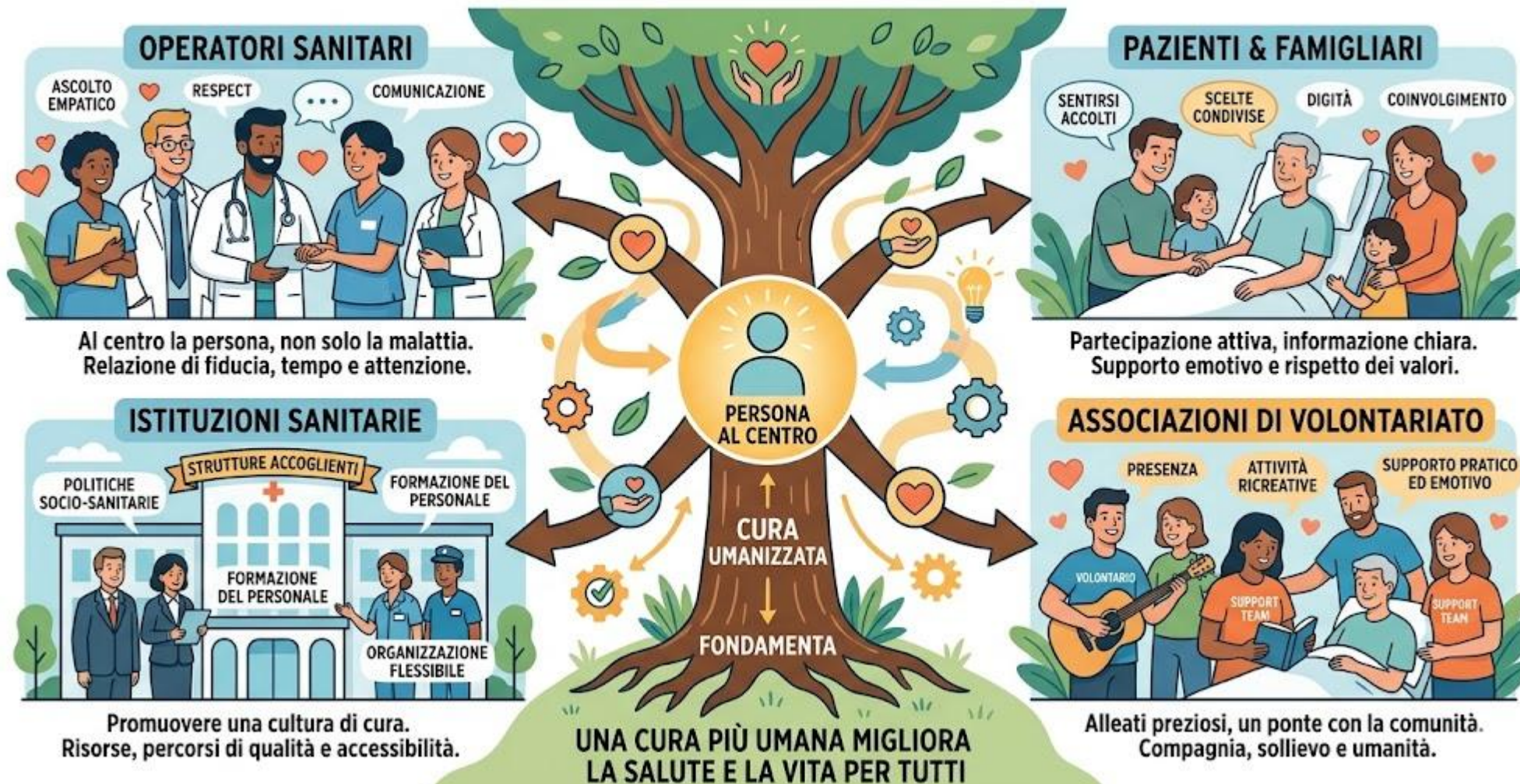
Umanizzazione delle Cure è: cooperare con gli enti del terzo settore

‘Gli Enti del Terzo Settore (ETS)– nella loro pluralità di forme giuridiche e organizzative, incluse le organizzazioni di pazienti – sono a pieno titolo attori dell’ecosistema salute, come emerge anche dall’evoluzione del quadro normativo che ne ha progressivamente rafforzato il ruolo, muovendo dal riconoscimento che “le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del SSN nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge” (art 1 L.833/78) alla “partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni in fase di programmazione e valutazione dei risultati conseguiti dai servizi sanitari” (art 14 D.Lgs 502/92), fino al riconoscimento della “partecipazione ai processi decisionali del Ministero della Salute degli Enti (associazioni o organizzazioni di pazienti o cittadini impegnati in tematiche sanitarie)”, ovvero della partecipazione alle politiche sanitarie (Atto d’indirizzo MS 2022)’



Manifesto per l'umanizzazione della società: verso un nuovo paradigma del bene comune

UMANIZZAZIONE DELLE CURE: UN PERCORSO CONDIVISO



Rita Caldarelli

(Gemini)

Grazie per l'attenzione!