

Umanizzazione in Sanità: dalla Cura alla Presa in Carico per la Promozione della Salute Femminile

Camilla Bellazzi^{1,2}, Elsa Del Bo³, Silvia Vaccari⁴, Chiara Ogliari^{5,2}

¹Consultorio di Vercelli, ASL Vercelli, Vercelli, Italia

²Dipartimento di Scienze Clinico-Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche, Università di Pavia, Pavia, Italia

³Segretario, Federazione Nazionale Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), Roma, Italia

⁴Presidente, Federazione Nazionale Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), Roma, Italia

⁵IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Dipartimento della Salute delle Donne e Materno-Infantile, Pavia, Italia

Autrice corrispondente: Elsa Del Bo; e-mail: e.delbo@fnopo.it

Abstract

Per decenni, l'assistenza sanitaria contemporanea è stata dominata dal tradizionale modello biomedico. Sebbene altamente efficace nel ridurre la mortalità materna e neonatale e nel trattare patologie complesse, questo paradigma clinico-centrico ha progressivamente emarginato le dimensioni psicosociali, spirituali e valoriali della cura del paziente. In risposta al crescente divario tra l'efficacia clinica e l'esperienza vissuta dai pazienti, è emerso un orientamento verso un modello assistenziale umanizzato e olistico, che pone la persona saldamente al centro del percorso terapeutico. Negli ultimi decenni, una crescente attenzione è stata rivolta a un'assistenza rispettosa e centrata sulla persona per le donne e i neonati. Questo commentario affronta l'evoluzione dell'assistenza umanizzata e presenta alcune iniziative italiane selezionate che ne illustrano l'applicazione nella salute della donna.

Parole chiave: *Umanizzazione delle cure; Assistenza centrata sulla persona; Salute della donna.*

Introduzione

L'umanizzazione delle cure ha guadagnato una crescente attenzione come approccio che integra l'efficacia clinica con il rispetto per i bisogni, le preferenze, i valori e la dignità dei pazienti¹. Nella salute della donna, questa prospettiva è particolarmente rilevante durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, quando l'assistenza clinica si intreccia con importanti esperienze fisiche, emotive e sociali. L'umanizzazione non è un'alternativa alla sicurezza e all'efficacia, ma un complemento che pone la persona al centro del percorso di cura¹. In questo contesto, il ruolo dei professionisti sanitari deve evolversi, arricchendosi di competenze comunicative e relazionali, come l'ascolto attivo e l'empatia, in particolare nell'assistenza umanizzata rivolta alle donne e, nello specifico, nel percorso nascita. Sebbene il parto sia nella maggior parte dei casi un evento fisiologico, negli ultimi decenni – soprattutto nei Paesi industrializzati – si è osservata l'adozione di un modello di assistenza prevalentemente clinico e centrato sulla malattia. Questa prospettiva può

contribuire a una maggiore medicalizzazione e a interventi medici non necessari, compromettendo l'umanizzazione dell'evento nascita¹. A partire dalla metà del XX secolo, i progressi nelle tecnologie per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento hanno spostato sempre più l'assistenza femminile verso i servizi ospedalieri, in particolare durante il parto², con miglioramenti in termini di qualità, efficienza e sicurezza³. Questo sistema è stato tuttavia associato a una ridotta fiducia nell'assistenza sanitaria e a un aumento dello stress professionale, portando talvolta al burnout³. Umanizzazione significa quindi integrazione: conciliare le cure mediche, gli interventi e le terapie con il riconoscimento dei pazienti non solo nel contesto della loro malattia, ma come individui dotati di un proprio vissuto e di proprie risorse⁴. L'azione di cura olistica è diretta a identificare le risorse e il potenziale terapeutico del sistema mente-corpo¹: ciò implica un'assistenza personalizzata che tenga conto dell'identità del paziente e delle sue relazioni interpersonali.

Cenni storici

Il percorso verso questo obiettivo è rintracciabile negli sviluppi degli approcci umanistici e centrati sulla persona della metà del Novecento, tra cui l'approccio centrato sulla persona di Rogers e la filosofia del dialogo di Buber^{5,6}. Questo modello implicava una prospettiva più olistica, in cui la malattia veniva trattata nel contesto dell'unicità dell'esperienza dell'individuo⁶. Il concetto di medicina centrata sul paziente è stato ulteriormente sviluppato attraverso il lavoro di Michael Balint⁷, mentre il contributo teorico di Jean Watson ha ulteriormente sostenuto l'umanizzazione dell'assistenza infermieristica⁸. Sulla scia di questa corrente di pensiero, tra gli anni '60 e '70 è emerso un movimento per l' "umanizzazione del parto", che ha promosso un approccio e un modello di cura olistico centrato sulla donna e sui suoi aspetti emotivi, psicologici e sociali². Questa corrente è stata particolarmente sentita in America Latina negli anni '90, in un contesto in cui le pratiche tradizionali, i rituali spirituali e le credenze legate alla gravidanza erano profondamente radicati nella società. Tali pratiche non sono state demonizzate o sradicate, ma rispettate e sostenute ove possibile. Inoltre, è stato un movimento che ha sfidato le disuguaglianze sociali affrontate dalle donne durante il processo del parto². Questa linea di pensiero si è sviluppata in parallelo con una più ampia risposta femminista internazionale, in particolare negli Stati Uniti, che criticava la crescente medicalizzazione del corpo femminile e dei processi riproduttivi². Un ulteriore passo verso l'umanizzazione delle cure è stato la "Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne", adottata il 20 dicembre 1993 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite⁹. Questa dichiarazione è emersa dalla necessità di fornire una definizione esaustiva di "violenza contro le donne" e dei diritti fondamentali da applicare per la sua eliminazione in ogni forma.

Un'analisi del 2010 sui maltrattamenti delle donne durante il parto nelle strutture sanitarie ha introdotto il concetto di "mancanza di rispetto e abuso durante il parto"¹⁰, contribuendo a portare in primo piano l'assistenza materna rispettosa. Questo sviluppo è avvenuto di pari passo con più ampi sforzi internazionali per migliorare la salute materna, tra cui i "Millennium Development Goals": otto obiettivi globali stabiliti dall'ONU, tra cui la promozione dell'uguaglianza di genere, l'empowerment delle donne, la riduzione della mortalità infantile e il miglioramento della salute materna¹¹.

Nel 2016, l'attenzione si è spostata verso l'assistenza prenatale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha cercato di sensibilizzare l'opinione pubblica su questa fase, in quanto l'assistenza prenatale (ANC - *Antenatal Care*) permette di svolgere funzioni sanitarie inclusa la promozione della salute, lo screening, la diagnosi e la prevenzione delle malattie. L'attuazione di queste prati-

che ha dimostrato che l'ANC è uno strumento cruciale per prevenire la morbidità e la mortalità materna e neonatale¹².

Inoltre, il periodo prossimo al parto e il momento stesso del travaglio sono fasi critiche per prevenire le complicazioni; con l'aumento dei parti in ospedale, concentrarsi sulla qualità dell'assistenza intrapartum è diventato essenziale. Nel 2016, l'OMS ha individuato otto domini per migliorare la qualità dell'assistenza materna e neonatale nelle strutture sanitarie: pratiche assistenziali basate su evidenze e gestione delle complicanze, sistemi informativi operativi, sistemi di riferimento efficienti, comunicazione efficace, rispetto e salvaguardia della dignità, supporto emotivo, personale competente e motivato e disponibilità di risorse fisiche essenziali¹³. Nel 2018, l'OMS ha ulteriormente sviluppato questo approccio attraverso le sue raccomandazioni sull'assistenza intrapartum per un'esperienza di parto positiva¹⁴.

Nel 2022, l'attenzione si è estesa al periodo postnatale per migliorare la qualità delle cure e il benessere materno e neonatale. Un'esperienza postnatale positiva è definita come quella in cui le donne, i neonati, i partner, i genitori, i caregiver e le famiglie ricevono informazioni coerenti e supporto da parte di professionisti sanitari all'interno di un sistema sanitario flessibile e ben equipaggiato, che riconosca i bisogni delle donne e dei bambini e ne rispetti il contesto culturale¹⁵.

Attualmente, un'assistenza materna e neonatale rispettosa e centrata sulla persona è riconosciuta all'interno dei quadri internazionali dell'OMS². La continuità dell'assistenza ostetrica rappresenta un modello attraverso il quale questi principi possono tradursi nella pratica, promuovendo la continuità relazionale, il supporto individualizzato e un maggior coinvolgimento delle donne nella presa in carico. La revisione Cochrane del 2024 condotta da Sandall et al.¹⁶ ha valutato i modelli di continuità assistenziale a gestione ostetrica rispetto ad altri modelli di assistenza. Tali modelli sono stati associati a una maggiore probabilità di parto vaginale spontaneo, a tassi inferiori di tagli cesarei e parti operativi e a esperienze materne più positive, sebbene la certezza delle evidenze variasse tra i diversi esiti¹⁶.

Fonti normative in Italia

L'umanizzazione delle cure ha ottenuto un crescente riconoscimento all'interno del sistema sanitario italiano attraverso riforme volte a migliorare la qualità e l'organizzazione dei servizi sanitari⁴.

Un passaggio fondamentale è stato il Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000, che ha introdotto il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI), essenziale per organizzare e migliorare l'assistenza lungo il percorso nascita in Italia. Questo progetto mirava a tutelare la salute materna e neonatale in tutte le fasi della vita; promuovere una maternità consapevole; umanizzare l'assistenza con particolare attenzione al percorso nascita; ridurre i tassi di tagli cesarei; promuovere l'allattamento al seno; coordinare e garantire i livelli di assistenza; garantire i Servizi di Trasporto Assistito Materno (STAM) e i Servizi di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) necessari, e favorire dimissioni precoci e protette¹⁷.

Uno step significativo è stato la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che individuano le prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire ai cittadini¹⁸.

Successivamente, l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 ha ulteriormente sottolineato la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza nell'assistenza al percorso nascita. Ha introdotto linee di indirizzo per ridurre i tagli cesarei e garantire la sicurezza materno-neonatale promuovendo la progressiva razionalizzazione e riduzione dei punti nascita con meno di 500 – 1.000 parti all'anno¹⁹.

Un ulteriore ed importante passo verso l'umanizzazione delle cure è stato compiuto con la Legge 219/2017, la principale normativa italiana che regola il consenso informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)²⁰. Questa legge stabilisce il diritto di ogni individuo a un'informazione chiara e comprensibile sulle proprie condizioni di salute, nonché sui rischi e benefici dei trattamenti medici proposti. Chiunque ha il diritto di accettare o rifiutare i trattamenti e di ricevere informazioni complete sulle conseguenze e sulle alternative per compiere una scelta libera e consapevole²⁰. L'espressione del consenso informato fa parte di un processo comunicativo basato sulla fiducia e sul rispetto tra paziente e professionista. In questo modo, il diritto all'autodeterminazione del paziente viene posto al centro, passando da un approccio centrato sulla malattia a uno centrato sulla persona²⁰.

Strategie di umanizzazione: esperienze italiane

Per quanto riguarda le strategie di umanizzazione dell'assistenza alla donna, diverse iniziative italiane illustrano come i principi dell'umanizzazione possano tradursi nella pratica. Tali iniziative sono presentate come esempi illustrativi di pratiche orientate all'umanizzazione piuttosto che come prove di efficacia clinica.

Endometriosi

L'endometriosi è una malattia infiammatoria cronica estrogeno-dipendente che colpisce prevalentemente le donne in età riproduttiva. Il sintomo principale è il dolore, che comporta conseguenze psicologiche (come ansia e/o depressione) e sociali. Per alleviare questi sintomi, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Modena ha avviato il progetto "Endogym" per le pazienti affette da endometriosi che presentano dolore pelvico persistente²¹. Questo progetto mira a valutare i benefici di un programma che combina yoga e fisioterapia del pavimento pelvico sul dolore pelvico cronico. Il suo principio fondante è l'umanizzazione delle cure, basata sulla consapevolezza che salute e malattia derivano dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Gli studi hanno dimostrato che i sintomi dell'endometriosi incidono negativamente sul benessere psicologico e sociale, riducendo la qualità della vita²¹. L'approccio combinato è stato associato a miglioramenti nella qualità della vita e a una riduzione della dispareunia profonda.

Malattie infiammatorie croniche intestinali

Nell'ambito delle malattie infiammatorie croniche intestinali, tra cui il morbo di Crohn e la colite ulcerosa, l'AOU di Modena ha lanciato il progetto "Tracce di Frida: Il corpo resiliente" in collaborazione con il Centro Nazionale di Produzione della Danza (CCN) Aterballetto, riconosciuto nel 2022 dal Ministero della Cultura²². Questo progetto si rivolge alle donne affette da malattie infiammatorie intestinali che si sono sottoposte a interventi di chirurgia addominale maggiore presso l'Ambulatorio Multidisciplinare per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali e Articolari dell'AOU di Modena²². Il nome del progetto si ispira all'artista Frida Kahlo – in particolare ai ritratti del suo corpo provato dalla malattia, usati come fonte di ispirazione e strumento per superare la sofferenza ricostruendo l'immagine di sé e del proprio corpo²². L'obiettivo è esplorare i potenziali benefici della danza su infiammazione, sintomi, stress legato alla malattia, percezione dell'immagine corporea e qualità della vita complessiva²².

Carcinoma mammario

Il carcinoma mammario è una neoplasia maligna derivante dalla crescita cellulare incontrollata all'interno della ghiandola mammaria. Una diagnosi oncologica può avere un impatto dirompente sulla vita e sulle relazioni di una persona, portando spesso all'isolamento; affrontare questo aspetto parallelamente alla malattia stessa è fondamentale. A questo scopo, il progetto “Nuove Stagioni” è stato promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, dall'Agenzia Regionale Terre Regionali Toscane e dall'associazione Serena Onlus²³. Svolto da settembre a dicembre presso la Tenuta Agricola di Suvignano, offre alle donne con diagnosi di tumore al seno e alle loro famiglie un luogo dove incontrarsi, trovare supporto e condividere esperienze. Pazienti e familiari collaborano a un progetto di agricoltura sociale, coltivando un orto ricco di antiossidanti sotto la guida di un agronomo e di un medico nutrizionista per promuovere una sana alimentazione. Inoltre, si tengono nella natura sessioni di meditazione di gruppo con psicoterapeuti, utilizzando tecniche di mindfulness cognitivo-comportamentale. Questo progetto intende offrire alle pazienti un'opportunità di partecipazione attiva e può contribuire a migliorare l'esperienza della malattia e il benessere individuale²³.

Conclusioni

La futura evoluzione dell'assistenza sanitaria dipende dal dotare i professionisti di competenze nell'ascolto attivo e di abilità relazionali. L'umanizzazione dell'assistenza sanitaria per le donne e per tutti i pazienti dovrebbe quindi essere considerata non come un complemento opzionale alle cure cliniche, ma come una dimensione integrante di un'assistenza sanitaria di alta qualità, etica e centrata sulla persona.

Dichiarazioni

Contributi degli Autori

Tutti gli autori hanno contribuito all'ideazione e alla stesura del manoscritto e ne hanno approvato la versione finale.

Conflitti di Interesse

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Finanziamenti

Questo lavoro non ha ricevuto finanziamenti esterni.

Bibliografia

1. Burrai F, Apuzzo L, Micheluzzi V. Humanization of care: innovation and care model. *G Clin Nefrol Dial*. 2020; 32(1): 47-52. doi:10.33393/gcnd.2020.1984.
2. World Health Organization. Compendium on respectful maternal and newborn care. Geneva: WHO; 2025.
3. Busch MI, Moretti F, Travaini G, Wu WA, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*. 2019; 12(5): 461–474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1.

4. Casavecchia A. Humanization of Care and Culture of Welcome. The Bambino Gesù Children Hospital: a Case Study. *Italian Journal of Sociology of Education*. 2020; 12(3): 131–150. doi:10.14658/PUPJ-IJSE-2020-3-7.
5. Rogers CR. Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
6. Pembroke N. Human dimension in medical care: insights from Buber and Marcel. *South Med J*. 2010;103(12):1210–1213. doi:10.1097/SMJ.0b013e3181efb3bc.
7. Balint M, Ball DH, Hare ML. Training medical students in patient-centered medicine. *Compr Psychiatry*. 1969;10(4):249–258. doi:10.1016/0010-440X(69)90001-7.
8. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med*. 2024; 11: 1446701. doi: 10.3389/fmed.2024.1446701.
9. United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence against Women. General Assembly Resolution 48/104; 20 December 1993.
10. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project; 2010.
11. United Nations. *Millennium Development Goals: Goal 5 – Improve maternal health*. New York: United Nations; 2015.
12. World Health Organization. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: WHO; 2016.
13. World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: WHO; 2016.
14. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: WHO; 2018.
15. World Health Organization. WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience. Geneva: WHO; 2022.
16. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024; 4: CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.
17. Adoption of the maternal-child target project relating to the national health plan for the 1998-2000 triennium. DM 24 April 2000, *Gazzetta Ufficiale* June 7, 2000, n 131, S.O. n. 89.
18. Italy. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 29 November 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. 2002;33(Suppl Ord n.26).
19. Unified Conference. Agreement of December 16, 2010, n. 137/CU. Guidelines for promoting and improving quality, safety, and appropriateness of care interventions in the birth pathway and for reducing cesarean sections. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. 2011; 13.
20. Italy. Law of December 22, 2017, n. 219. Regulations on informed consent and advance treatment directives. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. 2018; 12.

-
21. Alboni C, Comandini R, Zoccoli SG, Bertucci E, Zanni G, Doronzo I, Vagnini C, Semprini M, Cecchini V, Arena A, Bertoletti S, Melegari S, Fabbri G, Marca A. ENDO-GYM: A holistic approach with pelvic floor physiotherapy and Yoga for endometriosis pain relief. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2026 Aug; 324:115244.
 22. University Hospital of Modena. “Tracce di Frida: il corpo resiliente” Project. Available from: <https://www.aou.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6442>.
 23. University of Siena. “Nuove Stagioni” Project. Sep 12, 2024. Available from: <https://www.unisi.it/unisilife/notizie/inaugurato-il-progetto-nuove-stagioni>.
-