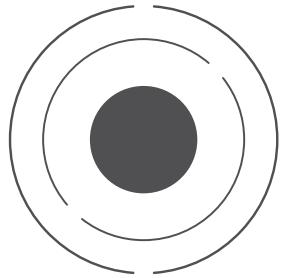


Rapporto prospettico Relyens

Rischi e opportunità per le strutture
sanitarie in Europa



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



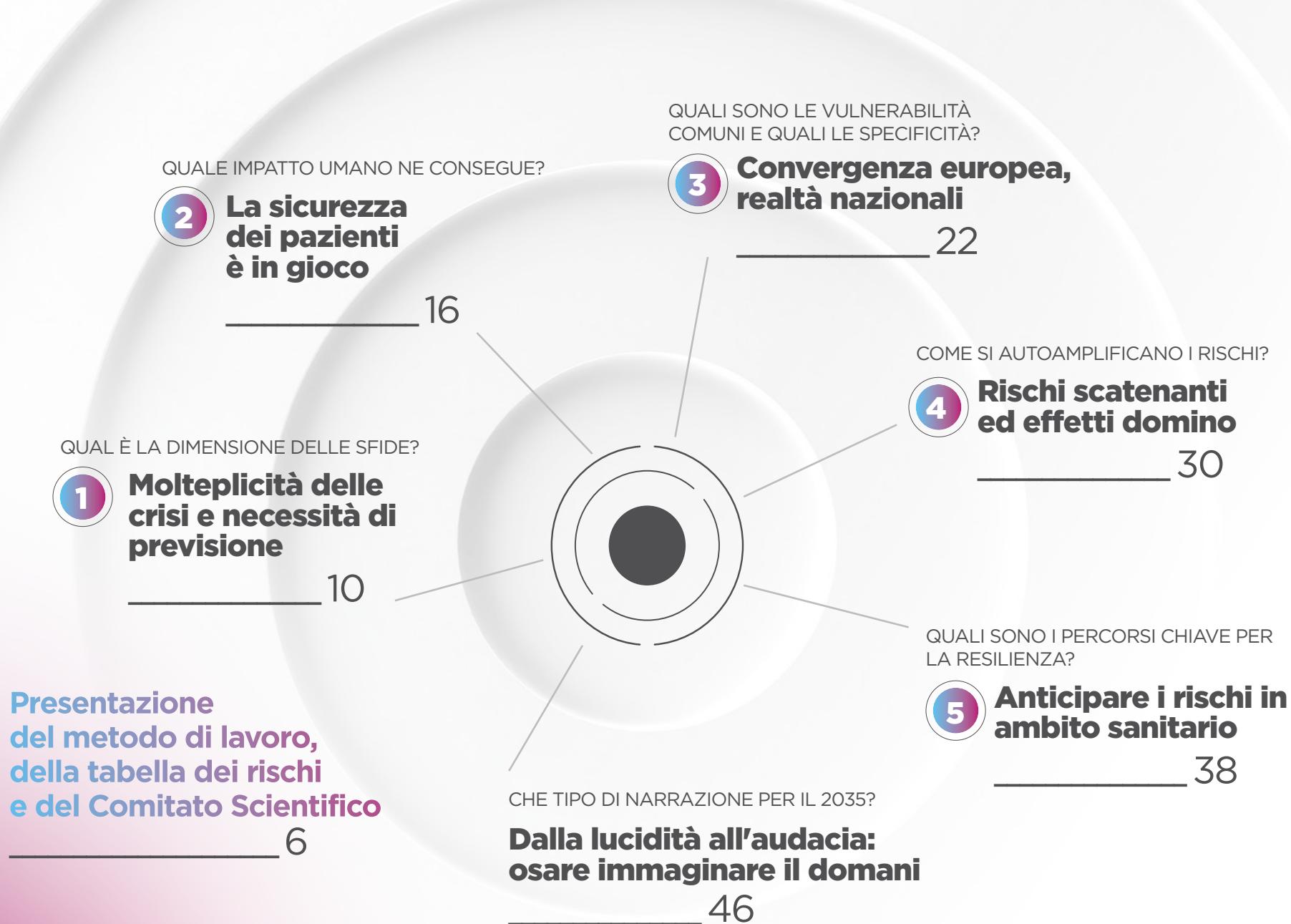
Uno sguardo al futuro: percorsi verso la resilienza

I sistemi sanitari europei sono sotto stress e il personale sanitario è sempre più sotto pressione. Ma come percepiscono i rischi coloro che vivono questa realtà quotidianamente? Quali priorità devono essere affrontate subito e quali strumenti possono essere attivati?

Il Rapporto prospettico 2026, rigoroso e pragmatico, propone un nuovo sguardo su questi aspetti, non limitandosi a prendere atto della realtà, ma suggerendo spunti di riflessione e di intervento per contribuire a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari.

Relyens ha istituito un Comitato Scientifico, ha coordinato con Ipsos la realizzazione di un sondaggio esclusivo rivolto a 924 dirigenti e operatori sanitari in quattro Paesi e ha condotto interviste qualitative con gli attori istituzionali. L'approccio comparativo e interdisciplinare fornisce un quadro dettagliato delle vulnerabilità e delle aree di miglioramento.

Al di là dei risultati, la relazione individua tre principali orientamenti operativi... ma quali sono esattamente? Per scoprirli ed esplorare gli strumenti di cui disponiamo è necessario addentrarsi nell'analisi.



Guardare oltre la crisi: imparare a pensare il rischio in un altro modo

di Dominique Godet

Direttore generale di Relyens

“Per molto tempo la gestione del rischio si è limitata a trattare ogni crisi come un evento isolato.”

Ogni giorno i nostri team lavorano a fianco degli operatori sanitari, ovvero coloro che forniscono cure, assistenza e tranquillità. Il loro lavoro è essenziale, ma si svolge in un ambiente complesso e in continuo cambiamento. Noi di Relyens condividiamo questa convinzione: sostenere le strutture sanitarie non significa solo gestire le crisi, ma aiutarle a rafforzare la loro resilienza e la loro capacità di innovare e prevedere il futuro.

Ogni giorno i nostri ospedali e le nostre strutture sanitarie dimostrano contemporaneamente forza e fragilità: sono solide grazie all'impegno del loro personale e alla capacità di affrontare gli imprevisti, ma anche fragili, perché spesso le crisi si susseguono più velocemente della capacità di reagire.

Per molto tempo la gestione del rischio si è limitata a trattare ogni crisi come un evento isolato: una pandemia, un problema di budget o un incidente tecnico, ma la realtà

odierna è più complessa perché i rischi stanno diventando sempre più interdipendenti. La carenza di personale sanitario può accentuare gli errori medici, la popolazione invecchia facendo aumentare i costi e i vincoli economici sono un freno all'innovazione. Con equilibri così interdipendenti, ogni maglia della catena può vacillare, ma il sistema ha il dovere di assorbire gli shock.

Quanto emerge dalla nostra nuova mappatura è una rete di interdipendenze in cui ogni rischio ne influenza un altro. Così anche il nostro ruolo cambia: Relyens e il suo ecosistema non hanno più solo il ruolo di contenere le crisi, ma anche quello di costruire organizzazioni solide in grado di apprendere, anticipare e cooperare.

Il nostro obiettivo è guidarvi nelle scelte e fornire strumenti concreti per rafforzare le vostre attività quotidiane.



**“Relyens non ha più solo
il ruolo di contenere le crisi,
ma anche quello di costruire
organizzazioni solide in grado
di apprendere e anticipare.”**



Metodologia

Relyens ha scelto di riunire gli stakeholder dell'ecosistema sanitario.

Grazie alle sue radici storiche e alla vicinanza alle problematiche degli operatori sanitari, il Gruppo è riuscito a facilitare la collaborazione tra esperti, professionisti, clienti, soci e attori istituzionali, con un obiettivo comune: comprendere meglio i rischi e individuare modalità pratiche per rafforzare la resilienza delle strutture.

Il Rapporto prospettico e la relativa analisi sono stati condotti in collaborazione con il Comitato Scientifico dei rischi in ambito sanitario di Relyens con l'obiettivo di realizzare, prima del sondaggio, una tabella dei rischi da sottoporre alla valutazione degli operatori del settore. I relatori hanno poi svolto un ruolo importante nell'analisi e nel dibattito.

Relyens ha scelto Ipsos, istituto reputato e certificato, per condurre un sondaggio su quasi 1.000 quadri dirigenti e operatori di strutture sanitarie pubbliche e private in Francia, Germania, Italia e Spagna, con l'obiettivo di raccogliere le opinioni dei professionisti sanitari sui rischi a cui sono esposte le loro strutture e di individuare le modalità di intervento.

Parallelamente Relyens ha condotto una decina di interviste con le principali federazioni ospedaliere pubbliche dei Paesi in cui il Gruppo è presente, nonché con altri attori europei, al fine di arricchire questa visione di prospettiva. Le interviste hanno permesso di confrontare punti di vista diversi, fare luce sulle sfide e individuare percorsi di resilienza.

Tutti i risultati, quantitativi e qualitativi, sono stati poi analizzati da Relyens e dal Comitato Scientifico dei rischi in ambito sanitario per garantire la coerenza e la solidità delle conclusioni.

Le principali fasi dello studio

Sotto la supervisione del Comitato Scientifico, che garantisce il rigore metodologico e l'indipendenza dei lavori



UN QUESTIONARIO IN PIÙ PARTI CORRELATE

PARTE 1

Valutazione dei rischi attuali: identificazione e priorizzazione di 25 rischi raggruppati in sei categorie principali (vedere dettagli a pagina 8). Agli intervistati è stato chiesto di valutare la **probabilità**, poi la **gravità dell'impatto** e infine il **livello di preparazione** della propria struttura a questi rischi, su una scala da 1 a 5.

PARTE 2

Rischi a medio termine: selezione casuale di cinque dei 25 rischi per ogni intervistato, per analizzare in profondità le **dipendenze tra i rischi**, il loro **impatto sulla sicurezza dei pazienti** e i livelli di preparazione. L'assegnazione casuale garantisce l'equilibrio statistico tra tutti i rischi.

PARTE 3

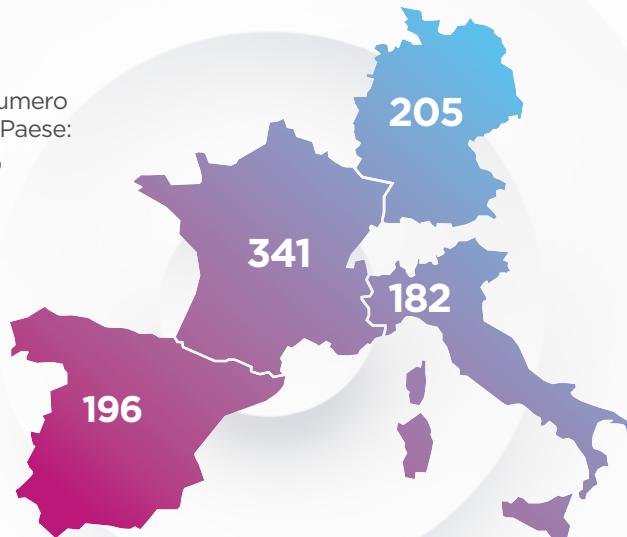
Gestione e supporto: identificazione delle esigenze percepite dalle strutture per rafforzare la loro preparazione.

PARTE 4

Barometro della vigilanza: proiezione a lungo termine (dieci anni) della percezione dell'ambiente sanitario, secondo una scala che va da "calmo" a "tempestoso".

Campione

Suddivisione per numero di partecipanti per Paese:
Francia, Germania, Italia, Spagna



→ **924**
intervistati
in totale

→ **524**
quadri dirigenti
(direzioni, risorse umane,
sistemi informativi,
operazioni cliniche,
direttori medici, infermieri
coordinatori, ecc.)

→ **400**
professionisti
sanitari
(medici, infermieri,
personale paramedico,
professioni di supporto)

I risultati sono stati ponderati per evitare la sovrarappresentazione di un Paese o di una categoria professionale. L'analisi confronta le percezioni dei dirigenti e del personale medico, nonché le differenze nazionali.

Tabella dei rischi

La tabella dei 25 rischi è il risultato di una lunga elaborazione del Comitato Scientifico, in collaborazione con gli esperti di Relyens. Il lavoro congiunto ha consentito di identificare i rischi più rilevanti, che sono stati poi integrati in un questionario facilmente accessibile (15 minuti online) e sfruttabile statisticamente.

Rischi sociali

1. Invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche
2. Disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria
3. Disinformazione e sfiducia dell'opinione pubblica

Rischi economici

4. Aumento dei costi sanitari
5. Instabilità dei modelli di finanziamento e di rimborso
6. Interruzioni della catena di approvvigionamento
7. Rischii finanziari e patrimoniali
8. Rallentamenti dell'economia

Rischi geopolitici

9. Instabilità politica e conflitti
10. Migrazione e pressione sui sistemi sanitari transfrontalieri
11. Restrizioni commerciali e sanzioni

Rischi ambientali

12. Eventi meteorologici estremi
13. Sviluppo di malattie per effetto del clima
14. Sfide per la sostenibilità di infrastrutture e risorse
15. Inquinamento e degrado ambientale

Rischi tecnologici

16. Minacce legate alla sicurezza informatica e alla protezione dei dati
17. Affidabilità dell'intelligenza artificiale (IA) e dell'automazione
18. Scambio di dati e gestione delle informazioni
19. Monopolio tecnologico e dipendenza digitale

Rischi specifici dell'erogazione di servizi sanitari

20. Carenza di personale e sindrome da burnout
21. Errori medici e sicurezza dei pazienti
22. Sfide della medicina personalizzata e predittiva
23. Decentramento e garanzia della qualità delle cure
24. Adeguamento normativo
25. Preparazione alle pandemie e alle minacce sanitarie emergenti

Comitato Scientifico

I rischi sono una realtà viva. Cambiano, evolvono, talvolta scompaiono oppure, al contrario, si intensificano. Relyens si assume il compito di analizzare le dinamiche del rischio, per comprendere meglio le pressioni sui suoi clienti e sostenerli con maggiore efficacia. Il Comitato Scientifico, istituito nel 2025, affianca, interroga e stimola questo lavoro, per garantire rigore e uno sguardo lucido e distaccato nel trattare una materia così complessa.

Il Comitato Scientifico dei rischi in ambito sanitario, che riferisce al Consiglio di Amministrazione di Relyens ed è composto da esperti indipendenti e da rappresentanti della governance del Gruppo, è stato istituito per garantire la qualità dei lavori e assicurarne la coerenza con la strategia aziendale. Ne fa parte anche Dominique Godet, Direttore generale di Relyens.

Dal 21 gennaio 2025 il Comitato Scientifico riunisce esperti e ricercatori internazionali in materia di rischi medici e di valutazione dei rischi estremi:



Prof. David Bates

Professore presso il Dipartimento di Politica e Gestione Sanitaria
e capo della Divisione di Medicina Generale del Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School.



Prof. Niek Klazinga

Professore emerito Amsterdam UMC
Professore emerito presso il Centro medico universitario di Amsterdam UMC e consulente dell'OCSE per la qualità delle cure e i risultati clinici



Prof.sa Marie Kratz

Professoressa presso la ESSEC Business School
e Direttrice del CREAR, Centre de Recherche en Econo-finance et Actuarial sur le Risque (Centro di ricerca in economia-finanza e scienze attuariali sul rischio)



Paolo Silvano

Presidente del Comitato Scientifico dei rischi in ambito sanitario, ex dirigente di tre grandi gruppi ospedalieri privati francesi, membro del Consiglio di Amministrazione dell'UEHP



Alix Roumagnac

Presidente di Predict Services
Soluzione per la previsione e la gestione di fenomeni meteorologici ad alto rischio



1

Molteplicità delle crisi e necessità di previsione

Gli intervistati prevedono la contemporanea sovrapposizione di crisi economiche, sociali, sanitarie e climatiche, che potrebbero avere un forte impatto sul sistema sanitario. Lo studio mostra anche che c'è un margine di miglioramento in termini di preparazione a questi rischi. Il livello di preparazione percepito appare spesso scollegato dalla reale gravità delle minacce, sottolineando la portata dei cambiamenti necessari nel settore. La vulnerabilità dei sistemi sanitari europei si riflette nell'accumulo di minacce potenziali e nella crescente necessità di previsione.

I 3 principali rischi a 5 anni

- 1  **Invecchiamento della popolazione**
e aumento delle malattie croniche
- 2  **Carenza di personale**
e sindrome da burnout
- 3  **Aumento dei costi sanitari**

L'80%

dei rischi predefiniti come impattanti (probabilità e gravità valutate a 4/5 e 5/5) sono anche **considerati non sufficientemente previsti**.

“Rafforzare la resilienza significa coniugare due obiettivi: dei risultati rapidi e una visione a medio termine che strutturi l'impegno.”

Percezione dei principali rischi

Al di là della molteplicità dei rischi, alcuni si distinguono per la loro criticità, ovvero per l'effetto moltiplicatore di probabilità e gravità. Da questo dato emerge una panoramica più sfaccettata.

I rischi che seguono non appartengono più al campo delle ipotesi: la loro comparsa è considerata altamente probabile e le loro conseguenze rilevanti. Dunque, costituiscono oggi un'area prioritaria di vigilanza, con cui le strutture sanitarie sono già chiamate a confrontarsi.

PUNTI DI VISTA A CONFRONTO

Quale rischio ritenete che sia più sottovalutato?

Rischio di disaffezione del personale medico per **Carlos Rus**

Presidente di Sanidad - Privada Española (ASPE)



“Stiamo assistendo a un cambiamento di mentalità tra le équipe di professionisti, che danno maggiore importanza all'equilibrio tra vita personale e professionale. Questa nuova situazione ci impone di integrare questi requisiti nelle politiche delle risorse umane.”

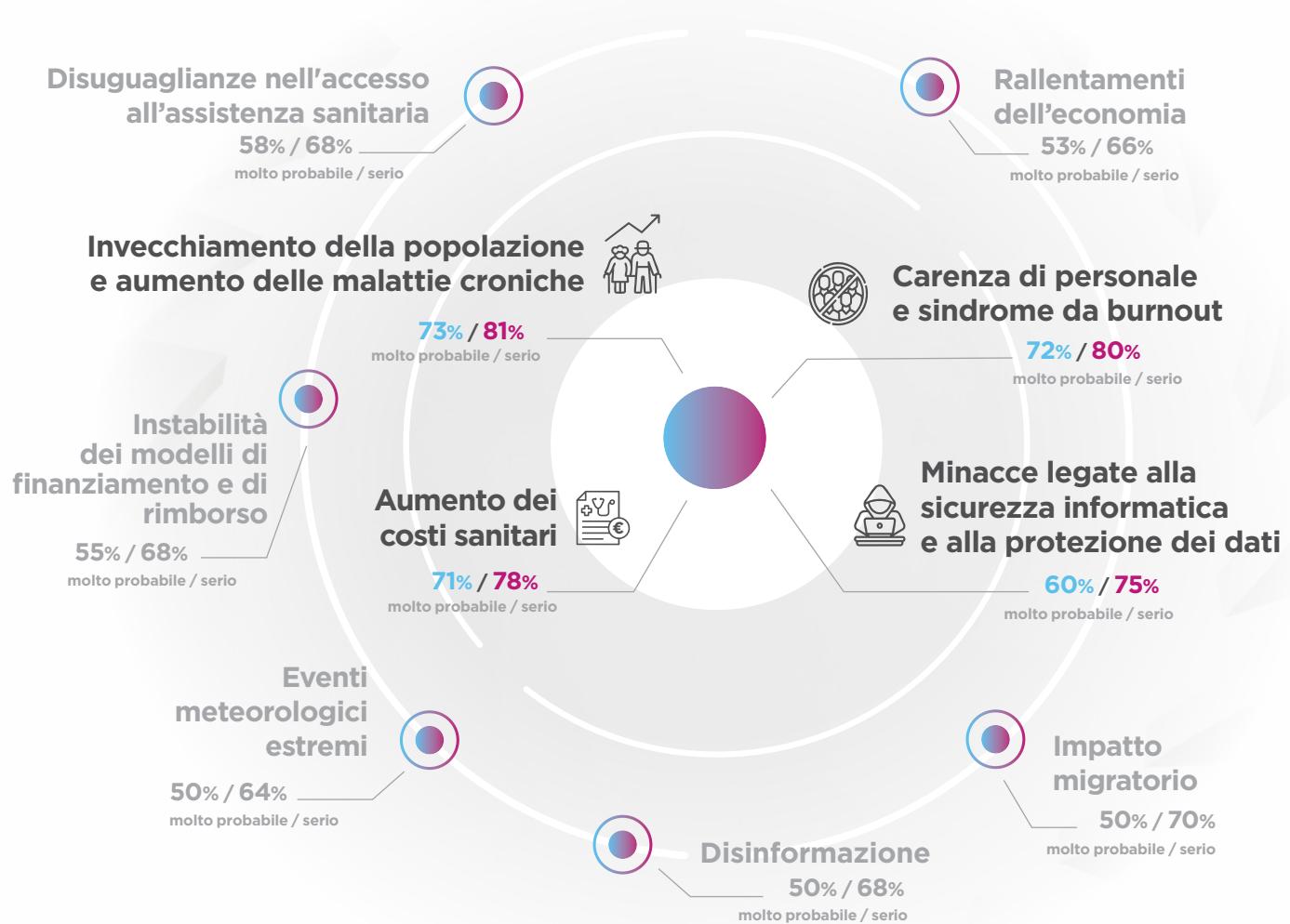
Costo crescente delle innovazioni terapeutiche per **Fabrizio d'Alba** - Direttore generale del Policlinico Umberto I di Roma, Presidente di Federsanità



“I trattamenti personalizzati e le terapie geniche offrono promesse straordinarie, ma il loro prezzo è tale che il sistema potrebbe non essere in grado di sostenerlo. Se le persone scoprono che un farmaco esiste ma è inaccessibile, rischiamo di creare un profondo divario sociale e una sfiducia duratura nel sistema sanitario.”

Quattro grandi sfide

per il futuro dei sistemi sanitari



PRIMO CERCHIO

Anche se la probabilità di rischio per la sicurezza informatica è inferiore ai primi tre, rimane a un livello elevato di gravità (75%). È proprio questa misura dell'impatto a rendere necessaria la sua inclusione in testa all'elenco delle priorità da analizzare.

SECONDO CERCHIO

Intorno a questo zoccolo duro esiste un'area di rischio di secondo livello. Questi rischi, anche se ritenuti meno probabili (circa il 50%), sono comunque potenzialmente destabilizzanti, in quanto la loro gravità è stimata tra il 65% e il 70%.

13

Rapporto prospettico Relyens 2026

Nota di lettura

Ciascuno dei 25 rischi è stato valutato in base alla probabilità di verificarsi da 1 (bassa) a 5 (alta). Ai rischi più probabili (4-5) è stato assegnato un punteggio con lo stesso metodo (da 1 a 5) per stimarne la gravità. Per motivi di chiarezza, la grafica illustrativa non mostra i rischi di terzo livello.

Preparazione al rischio

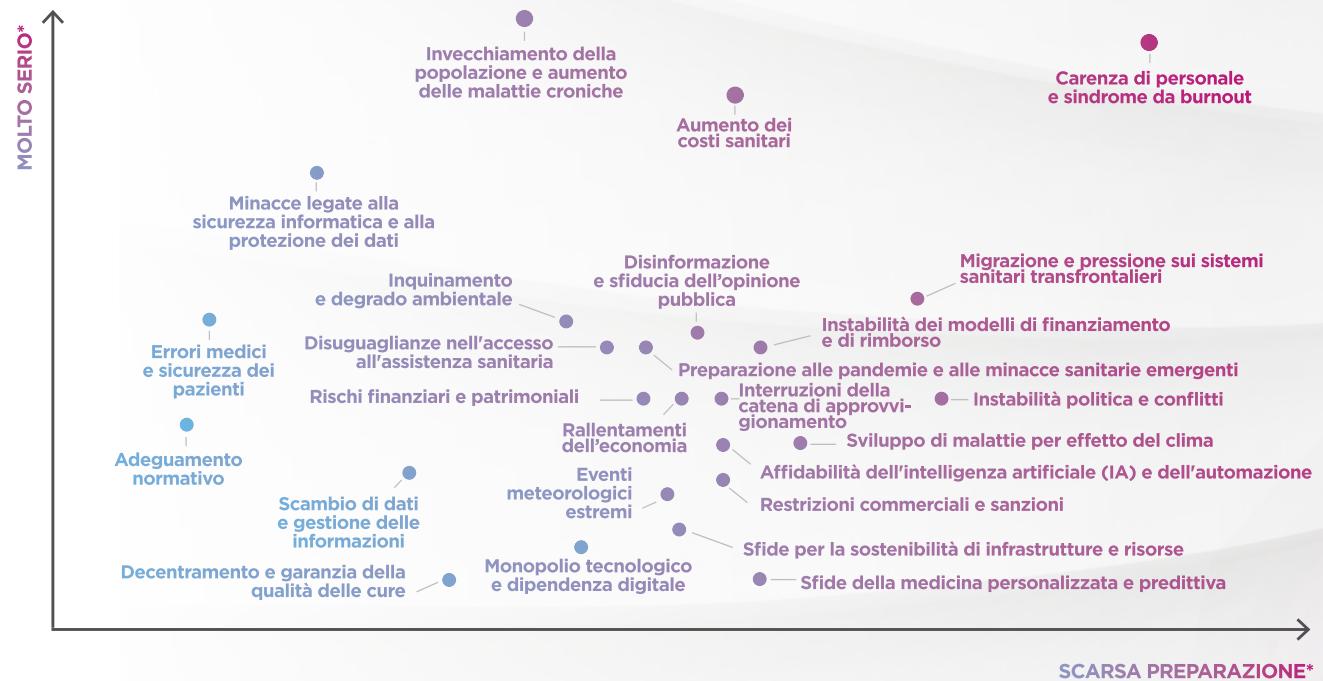
Un rischio diventa preoccupante quando l'impatto elevato si combina con la bassa preparazione. La mappa rivela non solo i punti deboli, come per quanto riguarda la pressione sulle risorse umane, ma anche la solida resilienza del sistema, in particolare di fronte a rischi tecnici o normativi.

Carenza di personale e sindrome da burnout sembrano essere i rischi per i quali gli intervistati si sentono meno preparati, o per i quali non vedono al momento alcun esito positivo. Secondo gli intervistati, invece, gli errori medici, le minacce legate alla sicurezza informatica e alla protezione dei dati, allo scambio di informazioni e all'adeguamento normativo trarrebbero vantaggio da una migliore preparazione.

Lo studio mostra che il livello di preparazione delle strutture non sempre corrisponde alla probabilità o alla gravità dei rischi identificati. È proprio in questo divario tra la minaccia e la capacità di rispondervi che risiedono le principali sfide dei prossimi anni. Un rischio diventa infatti un vero motivo di preoccupazione in presenza di un impatto potenzialmente significativo a fronte di una prevenzione o una gestione non sufficientemente prevista.

Per riflettere questi risultati e misurare la posta in gioco, i rischi sono stati raggruppati in una **mappa delle sfide del sistema sanitario**. La mappa consente di visualizzare la situazione a colpo d'occhio.

VULNERABILITÀ DELLE STRUTTURE AI RISCHI



*Percentuale di intervistati che hanno valutato la gravità del rischio come alta (4/5 e 5/5) sull'asse delle ordinate e il loro livello di preparazione a questo rischio come basso (1/5 e 2/5) sull'asse delle ascisse.

Nota di lettura

Per tutti i rischi ritenuti probabili (valutati 4/5 e 5/5) gli intervistati hanno avuto la possibilità di approfondire la loro percezione del rischio su due criteri: gravità e livello di preparazione. La mappa, che mostra la percentuale di intervistati che ritengono che i rischi siano seri e che la loro struttura non sia preparata ad affrontarli, illustra il livello di vulnerabilità.

Da un lato, il diagramma evidenzia le **minacce considerate più critiche**, ovvero quelle che combinano un alto impatto potenziale (per oltre il 70% degli intervistati) e un livello di preparazione molto basso (per oltre il 40% degli intervistati). Questi rischi, come la carenza di personale e l'inflazione dei costi sanitari, indicati nell'angolo in alto a destra del grafico, rappresentano importanti aree di fragilità per le strutture e richiedono una maggiore vigilanza e un'azione preventiva prioritaria con investimenti mirati.

Dall'altro, il diagramma mostra anche **punti di resilienza**: alcuni rischi, pur essendo identificati come seri, sembrano essere gestiti meglio grazie a misure di prevenzione o preparazione già in atto. Questi rischi, posizionati in alto a sinistra, mostrano che le strutture non accettano passivamente le minacce, ma sviluppano capacità di adattamento e risposte organizzative. Anche se queste ultime restano da sviluppare (punteggi da 3 a 5), quest'area, che comprende, ad esempio, il rischio della sicurezza informatica o di errori medici, illustra quanto meno una consapevolezza e una volontà di agire.

Infine, i rischi più in basso nel grafico, come quelli relativi all'interoperabilità dei dati o all'adeguamento normativo, riflettono questioni considerate di minore priorità o meglio controllate. In sintesi, la mappa consente di **tracciare una panoramica completa**, dalle emergenze critiche alle aree percepite come sotto controllo, e di individuare dove si concentrano le aree prioritarie di vulnerabilità.

LO SGUARDO DEL COMITATO

I rischi percepiti riflettono tensioni già palpabili sul terreno



Prof. David Bates

Professore presso il Dipartimento di Politica e Gestione Sanitaria di Harvard, membro del Comitato Scientifico

"L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche sono le preoccupazioni principali. Queste minacce sono certamente strutturanti, ma altre sono oggi ancora più acute, come la carenza di personale e la pressione economica. Questi fattori non sono indicativi delle tensioni che struttureranno il settore in futuro, ma riflettono difficoltà palpabili sul campo."

"La sindrome da burnout del personale medico ne è la prova eclatante. A lungo sottovalutata, negli Stati Uniti oggi colpisce quasi un professionista su due. L'aumento delle mansioni amministrative spiega in parte questa deriva. Alcuni medici trascorrono decine di ore alla settimana al computer per

tenere aggiornate le cartelle cliniche dei pazienti. Oltre a causare stanchezza, alterano lo scopo stesso dell'assistenza sanitaria.

Eppure, esistono strumenti per intervenire. Le soluzioni di IA, ad esempio, consentono nel settore sanitario di generare automaticamente le note delle visite, riducendo così il carico cognitivo del personale medico. Gli esperimenti che ho osservato sul campo hanno dimostrato una riduzione del 25% della sindrome da burnout nelle équipe interessate: un risultato senza precedenti, ottenuto senza grandi riforme, ma attraverso una riorganizzazione intelligente dei tempi di cura.

Molte organizzazioni pensano ancora in termini di urgenza e a breve termine. "Rafforzare la resilienza presuppone quindi di collegare due obiettivi: dei risultati rapidi, visibili (e motivanti) per le équipe, e una visione a medio termine che strutturi l'impegno."



La sicurezza dei pazienti è in gioco

Il problema della sicurezza dei pazienti sembra essere la conseguenza più tangibile delle molteplici crisi. Colpita direttamente dalla carenza di personale, dal sovraccarico di lavoro e dal conseguente aumento degli errori medici, riflette sia lo stress sul personale medico che la tenuta complessiva dei sistemi sanitari.

Per i medici e per tutti gli operatori sanitari la posta in gioco è chiara: il risk management è innanzitutto uno strumento per curare con dignità e serenità.

I 3 principali rischi per i pazienti

Secondo i dirigenti, tra i primi 10 rischi con il maggiore impatto sulla sicurezza dei pazienti ce ne sono tre:

- 1 ↗ **Preparazione alle pandemie e alle minacce sanitarie emergenti**
- 2 ↗ **Scambio di dati e gestione delle informazioni**
- 3 ↗ **Disinformazione e sfiducia dell'opinione pubblica**

IL 72%

degli intervistati ritiene che la carenza di personale comprometta direttamente la sicurezza delle cure.

“La sicurezza dei pazienti è il riflesso della qualità della gestione del rischio: soffre delle sue carenze, ma ne è anche la principale ragion d'essere.”

Problemi e sfide per la sicurezza dei pazienti

La sicurezza dei pazienti, una preoccupazione centrale per tutti i professionisti e gli amministratori del settore medico, rimane un problema fondamentale per i sistemi sanitari. Riflette l'interconnessione di diverse sfide: umane, economiche, tecnologiche e organizzative.

PRINCIPALI RISCHI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

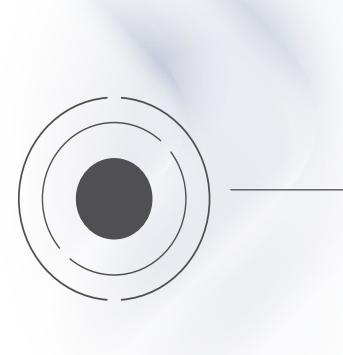


I rischi identificati dai professionisti delineano un sistema sottoposto a tensioni strutturali. Per il 72% di loro, la carenza di personale compromette direttamente la sicurezza delle cure, segno che le difficoltà a livello delle strutture (assunzioni, assenteismo, vincoli organizzativi) si ripercuotono fino all'interazione clinica.

L'aumento dei costi sanitari (65%) e le interruzioni delle forniture (60%) descrivono un ambiente in cui il minimo errore mette in difficoltà il personale medico e può addirittura compromettere la qualità delle cure. Le minacce legate alla sicurezza informatica, alla protezione

dei dati e alla sicurezza dei pazienti sono percepite dal 57% degli addetti. Questo dato evidenzia la relazione tra la continuità delle cure e l'esposizione al rischio delle infrastrutture digitali.

Sebbene gli errori medici siano valutati a un livello inferiore (56%), sono chiaramente un rischio riconosciuto in termini di sicurezza del paziente. Nell'insieme, questi fattori formano un panorama in cui i rischi clinici sono solo la manifestazione finale di tensioni sistemiche interconnesse e dove la vera sicurezza dipende dalla qualità dell'interazione tra personale medico e paziente.



Tutte le categorie di rischio sono presenti tra i primi dieci rischi che incidono sulla sicurezza dei pazienti. Ma la carenza di personale e la sindrome da burnout si distinguono nettamente dagli altri.

PUNTI DI VISTA A CONFRONTO

Quali aree dovrebbero essere sviluppate per migliorare la sicurezza dei pazienti?



● Più assistenza medica nelle case di riposo

per **Charles Guépratte**
Direttore generale della
FEHAP (Federation of
Hospitals and Personal
Care Facilities)

“Oggi un paziente di oltre 75 anni può restare 72 ore su una barella in un pronto soccorso, essere ricoverato in un reparto inadeguato e poi uscire con uno stato di salute peggiorato a causa della mancanza di cure adeguate ai suoi problemi: necessità di un intervento rapido e mirato in caso di caduta, disidratazione o malnutrizione. Questo può portare a una ricaduta e potenzialmente anche alla morte nei mesi successivi. Se questo stesso paziente fosse stato in grado di rimanere nella sua casa di riposo con un'assistenza medica adeguata, la perdita di autonomia sarebbe stata senza dubbio limitata.”



● Qualità e appropriatezza delle cure

per **Zaynab Riet**
Diretrice generale della FHF
(French Hospital Federation)

“Dobbiamo poter dire che ogni euro speso per la sanità è un euro utile. Per raggiungere questo obiettivo dobbiamo ridurre il numero di procedure ridondanti, di prescrizioni inutili e di interruzioni dei servizi. È essenziale per il nostro sistema sanitario; l'adeguatezza deve consentirci infatti di garantire la qualità delle cure fornite, assicurando al contempo la sostenibilità del sistema di fronte alle numerose sfide che dobbiamo affrontare.”



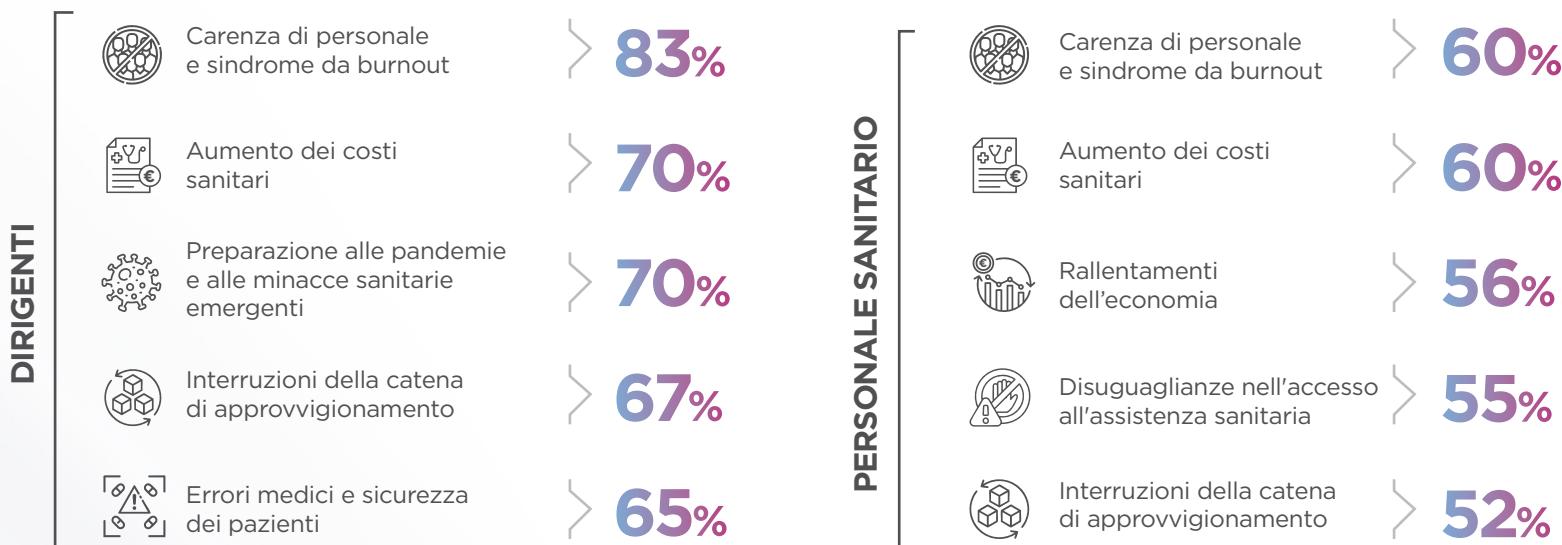
● Accesso equo all'assistenza sanitaria

per **il Dr. Ignasi Carrasco Miserachs**
Direttore, Area Assistenziale – Servizio Sanitario della Catalogna (Servei Català de la Salut)

“L'equità di accesso al sistema sanitario è una condizione essenziale per la sicurezza dei pazienti. Se l'accesso diventa difficile, le diseguaglianze si ampliano e i rischi per la salute aumentano. Spesso si parla di sicurezza quando il paziente viene preso in carico, ma invece inizia molto prima, nella capacità del sistema di garantire un accesso rapido ed equo alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.”

* L'assistenza basata sul valore (Value Based Care) è una metodologia per valutare la qualità dell'assistenza. L'obiettivo è misurare il miglioramento della salute dei pazienti dopo che sono stati curati in ospedale.

Dirigenti e personale sanitario mobilitati per la sicurezza dei pazienti



Mentre entrambe le categorie concordano sull'impatto della carenza di personale e dell'aumento dei costi sanitari, il personale medico è più misurato nella valutazione dei rischi per la sicurezza dei pazienti.

Solo le due questioni principali sopra indicate sono scelte dal 60% del personale medico, mentre **i dirigenti attribuiscono a sei questioni una percentuale superiore al 60%**. Le principali differenze riguardano la valutazione di alcuni rischi.

I dirigenti valutano **i rischi relativi alle pandemie, allo scambio di dati e alla gestione delle informazioni, alla disinformazione dell'opinione pubblica e all'invecchiamento della popolazione** tra i primi dieci rischi con un impatto sulla sicurezza del paziente, mentre queste questioni non compaiono nella classifica del personale medico.

Al contrario, il personale medico sottolinea **il peso delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria, le crisi economiche, le malattie indotte dal clima, la migrazione e la pressione sui sistemi sanitari transfrontalieri**.

LO SGUARDO DEL COMITATO

In materia di sicurezza del paziente, la fiducia tra quest'ultimo e il personale medico è fondamentale per l'efficacia del trattamento.



Prof. Niek Klazinga

Professore emerito presso il Centro di Amsterdam UMC e consulente dell'OCSE per la qualità delle cure e i risultati clinici

“La sicurezza dei pazienti è il risultato di una costante frizione tra tre livelli: il micro (l'incontro tra curante e paziente), il medio (l'organizzazione ospedaliera) e il macro (le politiche pubbliche).

Ma i rischi sono ovunque: carenza di personale, vincoli di budget, pressioni amministrative e interruzioni delle forniture si ripercuotono a cascata fino al letto del paziente. Per ascoltare, spiegare e verificare i dati sembra non esserci abbastanza tempo; la comunicazione si contrae, i risultati tardano ad arrivare e si rischia di commettere un errore. Anche se sono stati recuperati, ci sono ancora molti “quasi incidenti”, e ogni incidente mina l'efficienza, allunga il percorso e, in ultima analisi, nuoce alle cure. Di fronte a questa realtà sono essenziali tre linee d'azione.*

Anzitutto è necessario prendere atto della complessità. Pensare a ogni rischio isolatamente non è più sufficiente: occorre optare per un approccio sistematico, in grado di anticipare le interconnessioni ed evitare gli effetti domino.

In secondo luogo, l'adozione di una leadership coraggiosa e lo sviluppo di competenze, per stabilire limiti chiari quando la sicurezza non è più garantita, anche decidendo di non assegnare i letti disponibili se l'équipe non è in grado di garantire una buona assistenza a quei pazienti.

Infine, costruire un legame, una situazione di fiducia. Per il paziente: senza un legame di fiducia, l'adesione alle cure si riduce e i problemi di salute causati dall'uso dei medicinali (iatrogenia) prosperano. Per i professionisti sanitari: una cultura della sicurezza dinamica e valutata regolarmente attrae e trattiene i talenti più di quanto potrebbe fare un sistema di monitoraggio degli indicatori di sicurezza.”

* I “near-miss” sono incidenti che avrebbero potuto portare a un errore medico, ma che sono stati evitati in tempo, spesso grazie a un'azione correttiva o a un caso fortuito.

3 Convergenza europea, realtà nazionali

I Paesi esprimono complessivamente le stesse osservazioni e preoccupazioni. La loro valutazione dei rischi converge: i vincoli economici, la fragilità delle risorse umane e la preparazione alle crisi sono per tutti tra le questioni principali.

Queste osservazioni riflettono le sfide comuni che tutti devono affrontare, nonostante i diversi e peculiari ambiti nazionali.

“Turbolento” o “Tempestoso”

A cinque anni, un quarto (25%) degli intervistati vede già un futuro “turbolento” o “tempestoso”.

IL 93%

degli intervistati ritiene che la situazione del sistema sanitario peggiorerà nei prossimi dieci anni.

“È accettando la nostra interdipendenza che potremo preservare la nostra capacità di fornire assistenza sanitaria a lungo termine.”

Risultati su scala europea

Tutti e quattro i Paesi del sondaggio concordano sulla previsione di un graduale peggioramento. A cinque anni, un quarto (25%) degli intervistati vede già un futuro “turbolento” o “tempestoso”; a dieci anni la percentuale sale al 37%.

Scendendo più nel dettaglio, paese per paese, la percezione si mostra più sfumata e differenziata.

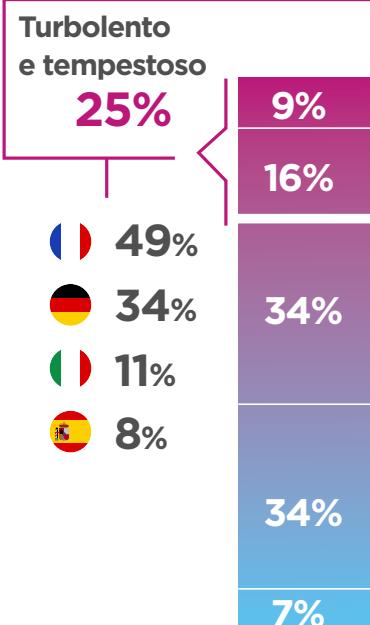
Gli intervistati francesi sono particolarmente pessimisti a medio termine, con una percentuale superiore alla media che prevede un futuro “tempestoso” già tra cinque anni. Gli Italiani e gli Spagnoli sembrano più sereni a medio termine, ma le loro inquietudini aumentano a dieci anni.

I Tedeschi sembrano più stabili nelle loro proiezioni e adottano una visione moderata, preferendo uno scenario “instabile” piuttosto che “tempestoso”.

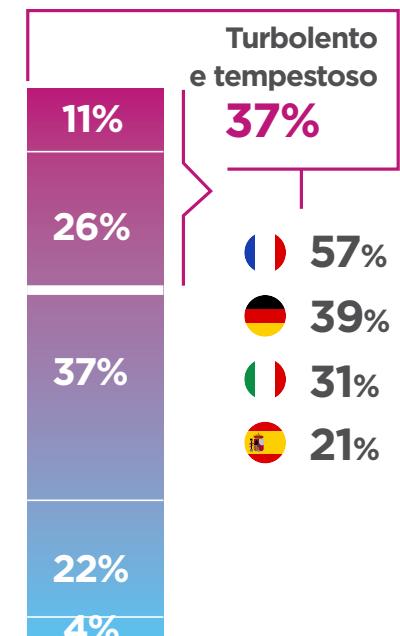
Nota di lettura

Su 100 Italiani che hanno risposto al sondaggio, 11 ritengono che il futuro sarà “turbolento” o “tempestoso” nei prossimi cinque anni. A dieci anni, 31 di loro condividono questa valutazione.

Previsione a 5 anni



Previsione a 10 anni



VULNERABILITÀ COMUNI

In tutta Europa dominano due problemi in termini di probabilità, gravità e livello di preparazione considerato ancora troppo basso: la carenza di personale con sindrome da burnout e l'invecchiamento della popolazione legato alle malattie croniche.

Anche la **sicurezza informatica** è una delle principali preoccupazioni, sia per la crescente frequenza degli attacchi che per il loro impatto potenziale. I Paesi concordano anche sull'aumento dei **rischi ambientali**, in primo luogo lo sviluppo di malattie per effetto del clima, seguite da eventi meteorologici estremi, nonché sulla **disinformazione e sulla sfiducia dell'opinione pubblica** nei confronti delle istituzioni sanitarie.

Infine, tutti esprimono **preoccupazione per l'incertezza economica e normativa**: fluttuazioni dei finanziamenti, rigidità di bilancio e insufficiente adeguamento delle norme alle innovazioni mediche. L'idea di una crescente interdipendenza tra i rischi (ad esempio, tra tensioni geopolitiche e interruzioni dell'approvvigionamento) è ampiamente condivisa.

DIFFERENZE LOCALI

Esistono differenze significative tra i Paesi in termini di classificazione dei rischi e di livello di preparazione percepito.

- **In Francia** le preoccupazioni si concentrano sulle diseguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria e sui rischi di interruzione degli approvvigionamenti.
- **In Germania** gli intervistati sembrano distinguersi per una maggiore sensibilità alle dinamiche migratorie.
- **In Italia e in Spagna** la disinformazione e la sfiducia dell'opinione pubblica sono percepite come le questioni più preoccupanti.

PUNTI DI VISTA A CONFRONTO

Qual è il ruolo dell'Europa per una resilienza comune?



Conciliare il rigore etico, la protezione dei dati e l'ambizione scientifica

per Sophie Beaupère
Delegata generale di Unicancer

"Il Piano europeo contro il cancro è un ottimo esempio, con l'obiettivo di aumentare il livello di assistenza in tutti i Paesi, strutturare reti transnazionali di competenze e facilitare la condivisione sicura dei dati sanitari. È fondamentale soprattutto per i tumori rari o pediatrici, per i quali abbiamo bisogno di banche dati sufficientemente ricche per fare progressi."



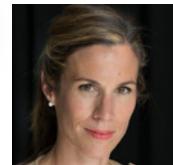
L'efficienza dei processi sanitari

per Carlos Rus Palacios
Presidente di Sanidad Privada Española (ASPE)

"L'integrazione e la condivisione dei dati, così come l'interoperabilità delle cartelle cliniche, sono elementi essenziali per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari in Europa. Un altro aspetto fondamentale è che il movimento verso un ospedale verde deve essere consolidato in tutta Europa come la soluzione per migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei processi sanitari."

INTERVISTA

“Sento ovunque lo stesso desiderio: ridare significato e valore alle cure.”



Laura Goddard
Direttrice esecutiva di Relyens in Francia

-  Aumento dei costi sanitari
-  Carenza di personale e sindrome da burnout
-  Invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche

Top 3 in Francia per la valutazione della probabilità di 25 rischi per le strutture sanitarie

- **79%**
- **75%**
- **75%**

“Sul campo vedo una reazione comune: i professionisti mi parlano prima del budget e delle questioni relative alle risorse umane e poi delle cure. Il peso crescente della logica finanziaria, in una situazione economica di ristrettezza in cui il breve termine ha la precedenza sul lungo termine, alimenta la sensazione di peggioramento: i tempi di attesa si allungano, i rischi psicosociali degli operatori sanitari aumentano, la capacità di offrire cure qualitativamente coerenti ed equi diminuisce, le professioni mediche perdono sempre più interesse, mentre chi può pagare ottiene un accesso più rapido a diagnosi e cure. Tutto questo si traduce in un sistema sanitario a due velocità.”

Mentre la trasformazione digitale e tecnologica delle strutture sanitarie accelera, il personale sanitario e i medici chiedono tempo, formazione ed équipe complete, stabili e competenti.

Quando li ascolto, i clienti cercano di ricollegare la gestione alla qualità del loro operato, di correlare i rischi umani, tecnici, tecnologici e organizzativi invece di accumularli l'uno sull'altro.

Ovunque percepisco lo stesso desiderio: ridare significato e valore alle cure, in modo che la promessa di prendersi cura di tutti con equità, impegno ed eccellenza rimanga una realtà e non un ricordo.”

“Il sistema sanitario tedesco continua a funzionare bene grazie alla sua struttura federale.”



Dirk Bednarek

Direttore esecutivo di Relyens in Germania

Sebbene l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione siano considerati strumenti per il futuro, la loro diffusione rimane frammentata, ostacolata dalla complessità normativa, dalla diversità degli standard informatici e da una persistente prudenza di bilancio. I vincoli economici spesso costringono le strutture a dare priorità all'equilibrio finanziario a scapito della trasformazione.

La Germania incarna quindi un sistema resiliente, ma lento a reinventarsi: robusto in tempi di crisi, ma ancora poco agile di fronte ai cambiamenti strutturali.

Il suo futuro dipenderà dalla capacità di combinare gli aspetti umani, tecnologici e di governance in un approccio integrato alla gestione del rischio.”



Aumento dei costi sanitari

78%



Carenza di personale e sindrome da burnout

72%



Invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche

72%

Top 3 in Germania per la valutazione della probabilità di 25 rischi per le strutture sanitarie

“Il sistema sanitario tedesco continua a funzionare bene grazie alla struttura federale e alla solidità della rete ospedaliera, ma è sempre più sotto pressione. Dirigenti e professionisti sono preoccupati per la sostenibilità finanziaria e la mancanza di risorse umane, i principali rischi per la qualità e la continuità delle cure. L'invecchiamento della popolazione e la carenza di personale si alimentano a vicenda, rendendo l'assistenza più fragile.



Philippe Paul

Direttore esecutivo di Relyens in Spagna

sempre presente di attacchi informatici hanno riaccesso la consapevolezza del rischio, anche nel settore sanitario.

Tuttavia, la Spagna conserva un vantaggio su un altro piano. Assieme a Norvegia e Danimarca, rientra tra i Paesi più avanzati nell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico interoperabile.

Tra ospedali e servizi di medicina territoriale, tra medici di medicina generale e specialisti — e a breve anche tra pubblico e privato — il Fascicolo Sanitario Elettronico consente percorsi assistenziali più fluidi e ottimizzati.

Sul piano delle risorse umane, quando parlo sia con gli operatori sanitari che con i dirigenti, ricorre sempre una parola: flessibilità, per tutelare la loro salute e l'equilibrio tra vita professionale e privata, per poter reggere nel tempo. Su questo punto, il settore privato spagnolo ha reagito offrendo ritmi più flessibili e organizzazioni più adeguate.”

“Il Fascicolo Sanitario Elettronico apre la strada a un'assistenza sanitaria più fluida.”



Invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche

77%



Carenza di personale e sindrome da burnout

77%



Aumento dei costi sanitari

71%

Top 3 in Spagna per la valutazione della probabilità di 25 rischi per le strutture sanitarie

“La Spagna sta registrando una crescita solida, eppure si osservano le stesse tensioni del resto d'Europa: liste d'attesa interminabili, con fino a 800.000 pazienti per un intervento chirurgico, e posizioni di medico difficili da coprire. La crescita economica non è più sufficiente a compensare le difficoltà del sistema sanitario pubblico, aggravate dall'invecchiamento demografico e dall'impatto delle malattie croniche. Vedo anche una società lacerata da dibattiti politici e shock esterni. L'arrivo dei rifugiati ucraini, le sanzioni economiche provenienti da oltre Atlantico e la minaccia

“Il futuro del modello italiano dipenderà dalla capacità di integrare il risk management e la sicurezza informatica come dimensioni essenziali della sostenibilità.”



Adriana Modaudo
Direttrice esecutiva di Relyens in Italia

-  Invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche
-  Carenza di personale e sindrome da burnout
-  Disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria

Top 3 in Italia per la valutazione della probabilità di 25 rischi per le strutture sanitarie

- **68%**
- **63%**
- **61%**

“Il sistema sanitario italiano si basa su un modello universale che garantisce a tutti l'accesso alle cure. Rinomato per la sua equità, si trova tuttavia ad affrontare forti pressioni economiche, la carenza di personale e importanti sfide tecnologiche.

La sostenibilità del sistema è fonte di preoccupazione: l'aumento della spesa pubblica, l'invecchiamento della popolazione e la complessità amministrativa rendono più fragile la gestione delle risorse e talvolta distolgono il processo decisionale da quello che dovrebbe essere l'obiettivo primario: la tutela e la cura del paziente.

Le disuguaglianze regionali e sociali aumentano, rivelando un sistema ibrido in cui il ricorso al settore privato fornisce un accesso più rapido alle cure rispetto al servizio pubblico.

Inoltre, la trasformazione digitale procede lentamente: nonostante iniziative come il Fascicolo Sanitario Elettronico e la telemedicina, le disparità regionali, la mancanza di competenze e la burocrazia farraginosa frenano ancora i progressi.

Il futuro del modello italiano dipenderà anche dalla capacità di integrare la gestione del rischio e la sicurezza informatica come dimensioni essenziali della sostenibilità.”

Si sta già delineando un'Europa della salute, tra rischi comuni e risposte da inventare



Paolo Silvano

Presidente del Comitato Scientifico dei rischi in ambito sanitario di Relyens e membro del Consiglio di Amministrazione dell'UEHP

I“I sistemi sanitari europei stanno affrontando tensioni strutturali che sono identificate: la mancanza di risorse umane, l'aumento dei costi e l'invecchiamento della popolazione. Mentre la diagnosi è condivisa, le risposte rimangono profondamente nazionali. Seppur con vincoli simili, ogni Paese ha la sua storia, il suo modello di governance e la sua cultura dell'assistenza.

Il sistema spagnolo, più orientato alla prevenzione e alla responsabilità della popolazione, sembra attenuare le preoccupazioni, anche se la fragilità delle catene di approvvigionamento rimane un tema sensibile. L'Italia gode di una formazione medica più vasta, ma deve fare i conti con infrastrutture obsolete e una demografia sfavorevole.*

La Germania, che ha avviato un'importante riforma dell'offerta ospedaliera, sta attraversando un periodo di instabilità normativa. In Francia domina la questione delle risorse umane, in un contesto di preoccupazione per la parità di accesso alle cure e di incertezza di bilancio. Queste differenze

riflettono culture amministrative e professionali diverse, piuttosto che differenze nelle prestazioni complessive.

“È accettando la nostra interdipendenza che potremo preservare la nostra capacità di fornire assistenza sanitaria a lungo termine.”

Ovunque, tuttavia, emergono tre problematiche: risorse umane sotto pressione, aspetto economico fragile e crescente domanda di cure mediche.

Gli operatori descrivono la sensazione di camminare su un crinale stretto, ma esprimono anche la costante volontà di mantenere in vita sistemi ritenuti essenziali per il bene comune. È qui che si gioca l'opportunità europea, perché se le preoccupazioni sono condivise, è razionalmente necessario esplorare risposte più concertate. Una “Europa della sanità” non significa abolire la sovranità, ma piuttosto organizzare la

cooperazione laddove sia più efficiente: facilitando la mobilità di professionisti e pazienti quando le capacità sono distribuite in modo disomogeneo; mettendo in comune alcune funzioni critiche (acquisto di farmaci, sicurezza informatica, preparazione alle crisi, dati e interoperabilità delle cartelle cliniche); condividendo i feedback sui modelli di percorsi ottimizzati per i pazienti e di governance di strutture efficienti, di prevenzione e di medicina su misura che funzionano.

Trasformare una preoccupazione comune in un progetto collettivo è proprio ciò che l'Europa sa fare quando si pone un obiettivo. La salute non fa eccezione a questa regola: è accettando la nostra interdipendenza che potremo preservare la nostra capacità di fornire assistenza sanitaria a lungo termine.”

* Il concetto di responsabilità di popolazione si basa sulla responsabilità condivisa di tutti gli operatori sanitari di un territorio per la salute di una determinata popolazione e per la cura dei pazienti che ne fanno parte. La popolazione ha un ruolo da svolgere per la propria salute e per la prevenzione.

4

Rischi scatenanti ed effetti domino

I rischi non compaiono in modo isolato, ma tendono a rafforzarsi a vicenda e a concatenarsi. Una crisi economica, ad esempio, può aggravare la carenza di personale sanitario, che a sua volta può aumentare il rischio di errori medici e minare la sicurezza dei pazienti.

I risultati dello studio europeo evidenziano questi effetti a catena e di aggravamento e sottolineano che i rischi interagiscono tra loro e che i loro effetti si sommano. Questa dinamica ci spinge a superare un approccio a comportamenti stagni e a comprendere meglio la complessità delle situazioni che le organizzazioni devono affrontare.

Tre lezioni chiave

1 I rischi identificati dallo studio non sono disconnessi tra loro, formano una rete di reciproche dipendenze.

2 Uno shock locale - finanziario, umano, tecnologico o geopolitico - può propagarsi e indebolire l'intero sistema.

3 Le crisi non nascono da un singolo fattore, ma dall'interazione tra diverse vulnerabilità.

“Solo un approccio sistematico e interdisciplinare all'analisi e alla gestione del rischio può fare la differenza.”

Galassia dei rischi interconnessi

Nota di lettura

La mappa dinamica delle vulnerabilità sistemiche rappresenta le interconnessioni tra i 25 rischi principali: alcuni rischi si alimentano a vicenda, altri innescano effetti a cascata. Questa lettura ci consente di identificare i nodi critici, i punti di svolta e i percorsi attraverso i quali una crisi può propagarsi all'interno del sistema sanitario.

32

Rapporto prospettico Relyens 2026

1 CERCHI: i rischi

Ogni cerchio corrisponde a un rischio.

- **Dimensione:** probabilità di accadimento - la dimensione del cerchio è direttamente proporzionale alla probabilità del rischio.
- **Colore:** famiglia di rischio - sociale, economico, tecnologico, ambientale, geopolitico o specifico del sistema sanitario.

Ad esempio, il cerchio "Carenza di personale e sindrome da burnout" risulta sia ampio che centrale, segno di un rischio ritenuto altamente probabile.

2 LINEE: le interconnessioni

Le linee collegano i rischi che gli intervistati percepiscono come collegati. Non implicano una causalità, ma rappresentano piuttosto un'interconnessione tra due rischi.

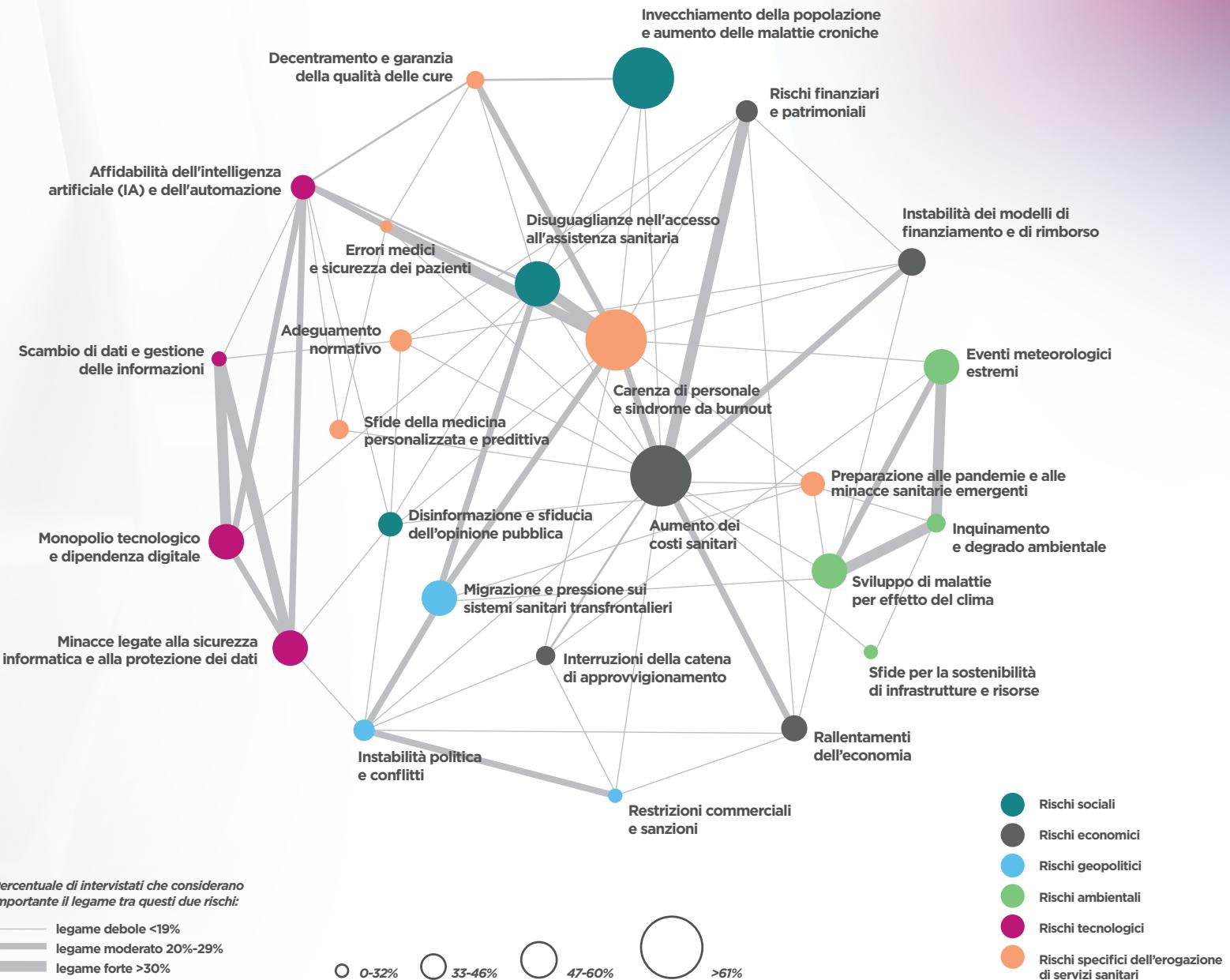
- **Spessore:** la lunghezza delle linee non è significativa. Solo lo spessore è indicativo dell'interconnessione.
- **Selezione:** per una comprensione più agevole vengono mostrate solo le 80 connessioni più forti (su 600 possibili - 25x24).

La carenza di personale è quindi strettamente collegata alle diseguaglianze nell'accesso alle cure, agli errori medici e alla sicurezza dei pazienti, così come all'invecchiamento della popolazione.

3 LETTURA: il sistema

Il grafico non classifica i rischi singolarmente, ma evidenzia gruppi di vulnerabilità interconnessi.

- **I rischi centrali** (carenza di personale, invecchiamento, sicurezza dei pazienti) costituiscono il cuore del sistema.
- **I rischi intermedi** (tecnologia, interoperabilità, fiducia, governance) operano come collegamento tra i settori.
- **I rischi periferici** (ambientali, geopolitici) esercitano una pressione di fondo, influenzando la stabilità complessiva, senza manifestarsi necessariamente in modo diretto.



Una dinamica sistematica

Alla luce di queste interconnessioni, cominciano a delinearsi diversi scenari che rivelano le possibili dinamiche del sistema.



1 **Centralità dei rischi di natura economica e umana:**
pressioni sul budget e natura precaria delle risorse umane

L'economia e le risorse umane costituiscono il nucleo interdipendente del sistema.

Il cronico sottofinanziamento limita gli investimenti in prevenzione, tecnologia digitale e formazione. A sua volta, la carenza di personale riduce le prestazioni collettive, alimenta la sindrome da burnout e peggiora la qualità delle cure.

Questo doppio vincolo, economico e umano, crea un effetto a catena: **le tensioni finanziarie aggravano la carenza, la carenza alimenta la sfiducia, la sfiducia indebolisce la legittimità delle politiche pubbliche, e così via.**



2 **La tecnologia:**
un amplificatore trasversale

Spesso percepita come elemento periferico, la tecnologia si sta rivelando un importante catalizzatore.

I rischi associati all'IA, alla sicurezza informatica e all'interoperabilità dei dati costituiscono un ponte tra le questioni economiche, la sicurezza sanitaria e la fiducia dei cittadini. Una gestione inadeguata di questi strumenti può esacerbare le tensioni esistenti, allorché una strategia digitale controllata può, al contrario, rafforzare la resilienza: garantire i flussi, la continuità delle cure e l'attrattività del settore.

La tecnologia digitale non è quindi un rischio isolato, ma una variabile di amplificazione positiva o negativa per il sistema nel suo insieme.

3

Governance e fiducia: gli snodi invisibili

L'analisi della nostra mappa mostra che la fiducia dei cittadini e la governance istituzionale sono più centrali del previsto.

Esse collegano gruppi di rischi economici, di risorse umane e tecnologici: **quando si erode la fiducia, il coordinamento si sgretola, la comunicazione si indebolisce e la capacità di reazione collettiva diminuisce.**

Questi due nodi non sono conseguenze, ma fattori determinanti sistematici di stabilità. La fiducia diventa un rischio trasversale: quando diminuisce, tutti gli altri rischi si intensificano.

4

Ambiente e geopolitica: pressioni in background

I rischi ambientali, geopolitici e legati ai flussi migratori agiscono come forze esogene, ma costanti. Perturbano l'equilibrio economico (inflazione, approvvigionamento), l'equilibrio umano (mobilità, stress da lavoro) e l'equilibrio tecnologico.

Il loro ruolo non è tanto quello di fattori scatenanti una tantum, quanto quello di fattori di instabilità latente che alimentano un clima di incertezza strutturale.

Effetto incrociato tra vulnerabilità e resilienza

Gli effetti di interdipendenza possono amplificare le crisi, ma possono anche generare dinamiche positive. Una migliore governance rafforza la fiducia, la fiducia facilita l'adozione della tecnologia, la tecnologia migliora le prestazioni e riduce il peso sul personale medico.

Il sistema ha quindi in sé gli strumenti della propria resilienza. Questo è esattamente il valore di questa galassia: rivelare non solo le fragilità, ma anche i possibili percorsi di trasformazione.

LO SGUARDO DEL COMITATO



Prof.ssa Marie Kratz

Professoressa presso la ESSEC Business School e Direttrice del CREAR (Centro di Ricerca in Economia-finanza e scienze Attuariali sul Rischio)

“Uno squilibrio locale, come la carenza di personale, può avere effetti a cascata sull'intero sistema sanitario.”

“I rischi che il sistema sanitario deve affrontare sono troppo spesso considerati separatamente - invecchiamento della popolazione, carenza di personale, cambiamento climatico, trasformazione digitale, tra gli altri - pur essendo altamente interdipendenti. Analizzarli per comparti significa trascurare le relazioni tra di essi e le dinamiche sistemiche che generano. Le recenti crisi hanno dimostrato che uno squilibrio locale, come la carenza di personale, può avere effetti a cascata sull'intero sistema sanitario.

L'accesso ai dati, e in particolare la capacità di combinarli in serie, rimane un ostacolo importante allo sviluppo di un approccio integrato. I requisiti normativi, come il GDPR, sebbene importanti e necessari, e la frammentazione delle banche dati esistenti, limitano la capacità di collegare fenomeni che sono invece strettamente correlati. Allo stesso

tempo, lo sviluppo di strumenti di analisi dei dati ad alta dimensionalità apre nuove prospettive. Sebbene l'analisi su più variabili sia ormai pratica comune, ad esempio in epidemiologia, la complessità delle dipendenze, spesso non lineari, richiede approcci che vadano oltre la semplice correlazione diretta.

Diventa così possibile anticipare effetti domino, nei quali una crisi economica conduce a carenze di personale e, di conseguenza, a un aumento degli errori medici, facendo ricorso a metodi quantitativi recenti, ma consolidati, in particolare quelli sviluppati nel settore della (ri)assicurazione per la modellizzazione dei rischi estremi e sistematici.

Questi strumenti esistono, ma la loro efficacia dipende in ultima analisi da un impegno collettivo a integrare le conoscenze scientifiche nel processo decisionale.”



LO SGUARDO DEL COMITATO

“Pensare al clima significa prevedere come funzioneranno i nostri sistemi vitali.”



Alix Roumagnac
Presidente di Predict Services

“Il cambiamento climatico non è più una minaccia lontana: è già all'opera. Fenomeni estremi come ondate di calore, inondazioni e tempeste sono in aumento e colpiscono ormai tutti i territori. Eppure, in molti settori tra cui quello sanitario, la percezione del rischio climatico rimane disomogenea. Gli addetti ai lavori lo associano principalmente alle malattie emergenti o alle ondate di calore, senza misurarne gli effetti strutturali sugli immobili, sull'organizzazione delle cure o sulla continuità delle attività.

Questa sottostima è dovuta a una devianza collettiva: la priorità data al breve termine. Come la società nel suo complesso, il mondo sanitario gestisce le emergenze visibili, i vincoli di bilancio, la carenza di personale e la pressione quotidiana, a scapito della preparazione alle crisi climatiche. Ma il settore sanitario è uno dei più vulnerabili: molte strutture, costruite in aree a rischio di alluvione,

sono particolarmente esposte a causa di locali tecnici nel seminterrato e di servizi di emergenza al piano terra.

In caso di evento estremo, bastano pochi minuti per paralizzare un intero ospedale. Queste vulnerabilità sono note, ma non sono ancora sufficientemente integrate nelle strategie di pianificazione.

In questa situazione, solo un approccio sistemico e interdisciplinare al rischio climatico potrà fare la differenza. Come ha mostrato la crisi del COVID, solo un approccio realmente integrato, capace di mettere in relazione clima, salute, infrastrutture e comportamenti, consentirà di cogliere le interdipendenze ed elaborare risposte proattive, fondate sulla conoscenza e sulla cooperazione.

Pensare al clima significa prevedere come funzioneranno i nostri sistemi vitali.”

5

Anticipare i rischi in ambito sanitario

I professionisti sanitari dei quattro Paesi concordano su tre linee d'azione principali per affrontare i rischi e rafforzare la capacità di adattamento dei sistemi sanitari. Due di queste sono direttamente in mano alle strutture stesse.



Oltre 500 testimonianze analizzate

Il 93% propone linee d'azione chiare e concrete.



Le priorità

Le risorse umane e le condizioni di lavoro emergono come le principali soluzioni indicate.



Attrattività dei talenti, carico di lavoro, formazione

Oltre un terzo degli intervistati punta su queste tre linee di intervento.

Verso una cultura rafforzata della gestione del rischio

A seguito del lavoro propedeutico svolto con il Comitato Scientifico, il sondaggio ha proposto agli intervistati cinque possibili interventi volti a rafforzare la gestione del rischio nelle strutture sanitarie.



Per ogni rischio ritenuto prioritario (cioè probabile, a grave impatto e a cui si è scarsamente preparati), è stato chiesto ai partecipanti di esprimere la linea d'azione più appropriata.

DUE

INTERVENTI DI NATURA SISTEMICA E POLITICA

→ **Consulenza e supporto specifici per il settore**

Le agenzie nazionali elaborano norme o linee guida per il settore sanitario, fornendo al contempo supporto tecnico, formazione e consulenza strategica in base alle esigenze delle diverse strutture.

→ **Supporto finanziario e infrastrutturale**

Sono disponibili programmi di finanziamento e sovvenzioni per aiutare gli ospedali a modernizzare i loro sistemi, investire in nuove tecnologie ed effettuare valutazioni dei rischi.

TRE

LINEE DI INTERVENTO GESTITE DIRETTAMENTE DALLE STRUTTURE

→ **Implementazione di un quadro integrato di gestione del rischio**

Gli ospedali identificano, valutano e gestiscono i rischi in tutte le loro attività, siano esse cliniche, operative, tecnologiche o finanziarie. Strumenti come tabelle operative e simulazioni possono aiutare.

→ **Governance del rischio e accountability**

La creazione di comitati dedicati e la definizione di ruoli precisi (responsabili dei rischi, sicurezza informatica, responsabili di servizi, ecc.) garantiscono la protezione dai rischi, l'assegnazione efficiente delle risorse e una maggiore reattività agli incidenti.

→ **Formazione continua e apprendimento organizzativo**

La cultura della consapevolezza del rischio viene promossa attraverso la formazione regolare del personale, l'introduzione di esercizi di simulazione e l'analisi del feedback per rafforzare il miglioramento continuo all'interno delle organizzazioni.

Cinque linee di intervento

per coordinare la gestione del rischio

Questa è la linea d'azione più frequentemente citata e trasversale: risulta in testa per 5 rischi su 12, spesso con punteggi vicini o superiori al 40%.

Questa linea è chiaramente dominante su:

- **Aumento dei costi sanitari (47%),**
- **Carenza di personale e sindrome da burnout (47%),**
- **Invecchiamento della popolazione (39%),**
- **Rischi della catena di approvvigionamento (36%),**
- **Disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria (26%).**

È quindi considerata la condizione di base per intervenire, in particolare sulle questioni strutturali.

È tra le prime tre linee di intervento per 9 rischi su 12, ed è in cima alla lista per gli **eventi meteorologici estremi (22%)** e **l'instabilità politica (23%)**. È ben posizionata anche in termini di rischi legati a **sicurezza informatica e protezione dei dati (22%)** e **disinformazione (28%)**.

Questa linea è vista come un fattore di coerenza in quanto sosterrebbe il coordinamento, la trasparenza e il processo decisionale collettivo.

Supporto pubblico e di settore

Formazione continua e cultura dell'apprendimento

Supporto finanziario e organizzativo

Governance e responsabilità

Quadri di gestione integrata del rischio (ERM)

Indicata dal 15% al 22% degli intervistati, a seconda del rischio, questa linea operativa è citata meno frequentemente, ma ha comunque un valore strutturante per le questioni sistemiche (accesso all'assistenza sanitaria, governance, flussi migratori).

La sua rilevanza è più generale che locale: riflette la necessità di un quadro politico e di una coerenza nazionale o europea nella risposta al rischio.

Questo approccio è in testa alla classifica per la **sicurezza dei pazienti (35%)**, le **pandemie legate al clima (27%)** e gli eventi meteorologici estremi (24%). È inoltre ben posizionata per quanto riguarda i rischi tecnologici o trasversali, come le **minacce legate alla sicurezza informatica, alla protezione dei dati e ai rischi associati all'IA (21%)**. Sarebbe particolarmente efficace per rafforzare la preparazione interna, migliorare la capacità di risposta e diffondere una cultura del rischio condivisa.

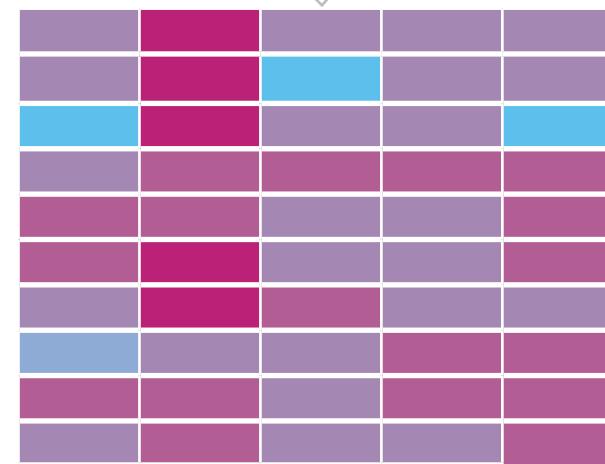
Spesso citata da una percentuale di intervistati compresa tra il 15% e il 24%, questa linea di intervento si colloca raramente al primo posto, fatta eccezione per le **minacce legate alla sicurezza informatica e alla protezione dei dati (22%)** e ai rischi di monopolio tecnologico e dipendenza digitale (24%). Rappresenta un approccio più strutturale e metodologico alla resilienza, utile ma ancora percepito come poco operativo o troppo astratto dagli operatori del settore.

Misure di gestione del rischio meglio percepite

Come agire di fronte ai rischi identificati? Incrociando rischi e strumenti di intervento. Ecco un'analisi parallela delle vulnerabilità e delle possibili soluzioni.

RISCHI PRINCIPALI	
I 10 rischi più probabili	Invecchiamento della popolazione
	Carenza di personale e sindrome da burnout
	Aumento dei costi sanitari
	Attacchi informatici e perdita di dati
	Disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria
	Instabilità dei modelli di finanziamento e di rimborso
	Rallentamenti dell'economia
	Disinformazione e sfiducia dell'opinione pubblica
	Migrazione e pressione sui sistemi sanitari transfrontalieri
	Sviluppo di malattie per effetto del clima
I rischi coperti da Relyens	Errori medici e sicurezza del paziente
	Eventi climatici estremi
	IA e automazione

APPROCCI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO



L'analisi evidenzia tre principali strumenti di intervento percepiti come i più efficaci per rafforzare la resilienza delle strutture sanitarie:

- **supporto finanziario e organizzativo;**
- **formazione continua e cultura dell'apprendimento;**
- **governance e responsabilità.**

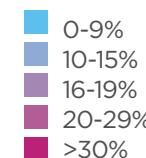
Gli altri due strumenti - "Supporto pubblico e di settore" e "Quadri di gestione integrata del rischio (ERM)" - svolgono un ruolo secondario, più trasversale che prioritario.

Nota di lettura

Il grafico illustra come gli intervistati percepiscono l'importanza dei diversi strumenti di risk management rispetto ai rischi individuati. Ogni casella indica la percentuale di intervistati che considerano uno strumento come la priorità più efficace per affrontare un determinato rischio.

Scala colori:

Percentuale di intervistati che preferiscono l'approccio



Consulenza e supporto specifici per il settore
Supporto finanziario e infrastrutturale
Implementazione di un quadro integrato di gestione del rischio
Governance del rischio e precisione delle responsabilità
Formazione continua e apprendimento organizzativo

PUNTI DI VISTA A CONFRONTO

Quale ruolo possono svolgere le strutture sanitarie?



● **Più cooperazione tra settore pubblico e privato**

per **Lamine Gharbi**

Presidente della Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

“È necessario creare un vero e proprio servizio sanitario dedicato ai cittadini, che riunisca operatori di ogni qualifica professionale, con uguali diritti e responsabilità, uniti su missioni che rispondano ai bisogni delle persone. Bisogna partire dai bisogni, non dall'offerta, e smettere di pensare solo in termini di strutture, concentrandosi invece sulla misurazione del servizio fornito al paziente.”



● **Affidarsi a un ecosistema locale meglio interconnesso**

per **Rita Petrina**

Consulente di Federsanità, esperta di gestione del rischio

“L'OCSE aveva avvertito della necessità di migliorare il sistema ospedaliero locale già prima della pandemia COVID-19, che ha accelerato questo sviluppo promuovendo la telemedicina e la digitalizzazione.

Se il Decreto Ministeriale n. 77 sulla riforma del sistema sanitario territoriale verrà applicato correttamente, gli ospedali potranno concentrarsi sull'assistenza ospedaliera e sul pronto soccorso, mentre le nuove strutture territoriali (centri e ospedali di comunità) assorbiranno le attività che non rientrano nelle competenze degli ospedali e che attualmente li sovraccaricano.”

La voce dei professionisti

Nell'ambito del questionario europeo condotto con Ipsos, gli intervistati potevano proporre liberamente soluzioni basate sulla propria esperienza. Il messaggio è chiaro: gli operatori hanno già delle idee operative e sono realmente determinati a realizzarle.

44

L'analisi delle oltre **500 testimonianze raccolte** conferma il forte impegno degli intervistati: il 93% delle risposte propone linee d'azione concrete e assertive. Le proposte si concentrano su una serie di temi, il primo dei quali riguarda direttamente la vita quotidiana degli intervistati.

"Prepararsi ai rischi, fare diagnosi, formare il personale e anche supportare la struttura in caso di disinformazione o attacco informatico."

Le soluzioni incentrate sulle **risorse umane e sulle condizioni di lavoro** sono la prima area tematica più citata. Più di un terzo degli intervistati ha citato tre tipi di interventi auspicabili sulle seguenti tematiche: attrarre e trattenere il personale, gestire il carico di lavoro e, infine, dispensare formazione continua e acquisire nuove competenze.

La seconda serie di soluzioni si concentra sull'efficienza e sull'affidabilità delle strutture sanitarie, in particolare per migliorarne la resilienza. I professionisti chiedono **organizzazione e processi interni** più rigorosi per ottimizzare la standardizzazione e la qualità, garantendo parallelamente un migliore coordinamento.

La trasformazione digitale e il suo corollario, la sicurezza informatica, vengono dopo. Mentre la digitalizzazione e l'interoperabilità degli strumenti (cartelle cliniche elettroniche) sono considerate dei fattori facilitanti, il rafforzamento delle difese contro gli attacchi informatici è considerato una priorità per

proteggere l'integrità dei dati e la continuità delle cure. L'innovazione è quindi molto attesa dagli operatori sanitari, che rimangono consapevoli della necessità di un supporto dedicato.

"Sviluppare il teleconsulto, integrare l'IA nelle attività, restare aggiornati e informati per poter prendere le decisioni giuste."

D'altra parte, da un punto di vista più generale, al di là della necessità di **finanziamenti e investimenti**, ci sono proposte che chiedono **stabilità e coerenza nel quadro normativo**, nonché l'adozione di una strategia sanitaria chiara e sostenibile che vada oltre i cicli a breve termine.

"Fare investimenti mirati sui rischi maggiori, come la climatizzazione delle strutture, per far fronte all'aumento delle temperature."

Infine, molti intervistati chiedono una maggiore visibilità, essenziale per la costruzione a lungo termine, in particolare da parte del proprio Stato o anche dell'Europa.

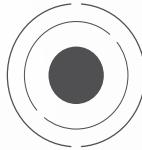
"Poter accedere a una visione pluriennale, a note congiunturali per comprendere i rischi e la loro gestione a livello nazionale, europeo e mondiale, a studi prospettici precisi e ai loro impatti in termini di bisogni sanitari nel prossimo decennio."



La dimensione di ciascuna parola è proporzionale a quante volte compare nell'analisi semantica delle oltre 500 risposte raccolte.

Dalla lucidità all'audacia: osare immagi- nare il domani





In questo rapporto abbiamo esaminato insieme la complessità dei nostri sistemi, oggettivato le tensioni e mappato le interdipendenze. Questa analisi senza filtri, essenziale per qualsiasi strategia responsabile, ci consente di guardare al futuro con lucidità, pragmatismo e audacia.

Ma non basta... perché dietro le statistiche e le tabelle di rischio c'è innanzitutto il fattore umano, con la capacità lodevole degli operatori sanitari di adattarsi e resistere, ma talvolta anche la resistenza delle organizzazioni ad affrontare i cambiamenti che si presentano loro. Non basta quindi un'analisi razionale, ma bisogna anche saper mobilitare l'immaginario. Sono le emozioni positive che ci mettono in moto; è la visione di un orizzonte auspicabile che ci dà la forza di agire.

Per questo abbiamo scelto di non chiudere questo rapporto con una sintesi, ma con una finestra aperta. Vi invitiamo a mettere da parte per un momento la gestione del presente per esplorare un orizzonte più lungo.

I racconti che seguono, pur essendo finzioni, ma intrise di realtà, incarnano percorsi concreti di resilienza per il 2035 e non vogliono predire il futuro, bensì ricordarci che non è ancora scritto, invitandoci a credere che, insieme, abbiamo il potere di cambiare e di agire.

Concediamoci di immaginare, ora, che il meglio sia possibile.

Dominique Godet

Direttore generale di Relyens

Osare o arrendersi

Stretto tra la carenza di personale medico e l'aumento dei bisogni della popolazione, entro il 2035 il sistema sanitario sarà strangolato. Questa storia mostra come il direttore di una struttura sanitaria opti per un'autodacia pragmatica - delega, riorganizzazione, governance condivisa - per dare nuova energia alle sue équipe e mantenere l'accesso alle cure nonostante l'aumento delle spese. È la storia di un sistema al capolinea e di strutture che si reinventano.

3 febbraio 2035, seminario annuale delle strutture non profit

Cari colleghi, in questa sala siamo tutti direttori e diretrici di cliniche, ospedali e strutture socio-sanitarie in Europa.

Come voi, durante i miei dieci anni alla guida di una clinica privata senza scopo di lucro a Milano, ho tenuto duro. Io e le équipe abbiamo resistito, e ho amato ogni anno di questa esperienza, anche quando abbiamo fatto ricorso a personale medico in pensione, su base volontaria, per far fronte agli effetti delle ripetute ondate di calore.

Anche quando ho accettato di chiudere dei posti letto per proteggere il più possibile il nostro personale. Anche quando abbiamo cercato di stringere partnership con i giganti dei dati per implementare delle colonnine di pre-diagnosi automatica.

Con i risultati amari che osserviamo oggi, vi dico lucidamente: **o osiamo, o ci arrendiamo**. In pratica, vi propongo di unirvi a noi nella rete di strutture delle **Cliniche Liberate**.

Nella nostra struttura stiamo sperimentando una nuova forma di governance, in collaborazione con l'Università Statale, per valutare l'impatto sulla qualità delle cure.

Abbiamo ripensato la nostra gestione interna, con:

- **un circolo Pazienti,**
- **un circolo Personale medico, e**
- **un circolo Operativo e Amministrativo.**

Le decisioni più importanti sono prese dal nuovo Consiglio di Alleanza, che comprende personale medico, personale amministrativo, pazienti e un volontario esterno, tutti eletti dai loro pari.

La regola non è più “chi decide” ma: “cosa è meglio per le cure e per il paziente”.



Di conseguenza, abbiamo realizzato un programma di delega basato sulla validazione dell'esperienza e abbiamo sviluppato un'applicazione dedicata ai volontari, che consente loro di scegliere le missioni, gli orari, gli obiettivi... ma soprattutto di vedere l'impatto concreto di ciò che fanno. Ad esempio, con una notifica come:

“Oggi, grazie alla tua presenza, dodici pazienti sono stati visitati più rapidamente.”

Ma al di là della sola governance, abbiamo sperimentato insieme una misura davvero dirompente: il “diritto a fermarsi”. Abbiamo istituzionalizzato ciò che nessuno aveva osato formalizzare: il diritto di **fermarsi completamente**, senza giustificazioni, senza sospetti, senza colpe.

Grazie al nostro pool interno di sostituti volontari, ogni professionista ha:

- dieci giorni all'anno di interruzione totale, non detratti dalle ferie,
- attivabili in 24 ore,
- e che non possono essere rifiutati, salvo in caso di assoluta emergenza approvata dal nostro Consiglio di Alleanza.

Questo diritto non intende premiare la fragilità, quanto piuttosto tutelare la longevità. Infine, riconosce che la nostra professione include un carico psicologico che supera quello della maggior parte degli altri settori.

Da quando è stato introdotto, i congedi di lunga durata sono diminuiti.

E per la prima volta, alcuni collaboratori ce lo hanno detto:

“Posso respirare”.

Non so se tutto andrà bene.

Non sono nemmeno sicuro che sia sufficiente.

Ma per la prima volta in dieci anni la mia struttura non è più in apnea.

Abbiamo osato. E questo è quello che vi propongo.

Tentare piuttosto che resistere”.

SECONDA STORIA

Dottori in erba

Nel 2035, mentre gli ospedali stentano a resistere alle crisi climatiche, alle epidemie emergenti e alla carenza di personale, un'altra forma di resilienza sta prendendo piede altrove. Questa storia dà voce a un'operatrice sanitaria che non ha abbandonato la professione, ma l'ha reinventata: ha scoperto un nuovo modo di prendersi cura dei bambini nelle scuole e nei reparti pediatrici, condividendo, giocando e imparando con loro. Laddove le riforme sono in difficoltà, sono i loro piccoli ma essenziali gesti a dare nuova vita all'assistenza.



3 febbraio 2035, seminario nella sede di Relyens

“Si amo nel 2035 e sono un'operatrice sanitaria, ma ho smesso di dispensare cure. Voglio dire... non come prima. Mi spiego meglio. Sono stata più volte sul punto di mollare. Nel 2027, quando la dengue ha travolto tutto il Sud-Ovest dell'Europa. Nel 2031, quando le ondate di calore hanno moltiplicato gli scompensi cardiaci e le disidratazioni pediatriche, con 41 giorni di canicola a Bruxelles. Ad ogni crisi, qualcosa in noi si consumava un po' di più. In me, soprattutto.

Così, quell'anno, invece di lasciare il mio lavoro, ho cambiato percorso: sono entrata nell'unità

nazionale di protezione civile creata per intervenire nelle zone in emergenza climatica. Quegli anni mi hanno aiutata a tenere a bada, per un po', il senso di impotenza. Ho acquisito competenze che non avrei mai immaginato di dover imparare: il triage in caso di catastrofe, il trattamento delle malattie tropicali, l'assistenza psichiatrica d'emergenza per i bambini e i loro genitori, la gestione delle tensioni e della violenza negli ospedali... Sul campo sembravo quasi un vigile del fuoco. Un nuovo orgoglio. Ho persino finito per diventare il volto di una campagna contro le fake news mediche, coordinata dai ministeri della Salute e dell'Istruzione.

È stato in questo ruolo di ambasciatrice, visitando sempre più spesso le scuole, che tutto è cambiato.

Un giorno, dopo un intervento molto serio e molto tecnico, una bambina di sette, forse otto anni mi ha chiesto di restare per giocare a "La piccola clinica dei dottori in erba". Quel giorno è cambiato tutto: alla loro altezza, senza scrivania, solo gioco e cura.

L'idea ha iniziato a germogliare. Ho usato la mia immagine... e i miei contatti nei ministeri per trasformarla in un programma nazionale di prevenzione. Oggi porta lo stesso nome inventato da quella bambina.

Il programma si articola in due parti, per rispecchiare i due ambiti che lo compongono: "La piccola clinica", in ospedale, e "I dottori in erba", nella scuola primaria.

La piccola clinica: quando capire è già un po' curare.

In ogni ospedale pubblico, una clinica in miniatura accoglie i bambini. Vengono per osservare, toccare, giocare, ma in fondo vengono per domare ciò che li spaventa. Il loro gioco preferito, sorprendentemente, è mettere una flebo al loro peluche, che poi portano in giro per il reparto pediatrico "attaccato ai tubi".

I bambini di più di dieci anni possono anche ottenere l'attestato di **"Ambasciatore della prevenzione"**.

I dottori in erba: dalla scuola elementare

A scuola, un servizio civile sanitario, ribattezzato "I dottori in erba", è diventato obbligatorio. Nonostante il nome un po' freddo, è soprattutto un momento di gioco.

Imparano a riconoscere quando il caldo diventa pericoloso per il loro corpo: la testa che gira, la pelle calda come un termosifone. A rinfrescarsi anche quando l'acqua scarseggia: bagnarsi i polsi, coprirsi, riposarsi all'ombra o nelle "aree fresche" messe a disposizione dai comuni. A proteggere i più fragili: i neonati, i vicini anziani e gli animali.

Una quinta elementare ha persino inventato una filastrocca: "Acqua sui polsi, ombra sulle guance, lento come la tartaruga, forte come la pietra." È quella che si sente, musicata dall'Orchestra Filarmonica Reale di Liegi nella campagna di prevenzione radiofonica. Insegniamo loro anche a evacuare in sicurezza senza correre dappertutto, a preparare uno zaino "utile": una borraccia, un numero di emergenza, un piccolo kit di cerotti.

A prendersi cura delle proprie emozioni come si cura un graffio.

A evitare ciò che fa male "senza che si veda", come l'acqua sospetta.

E soprattutto, davvero soprattutto: la cura e la responsabilità condivise.

Un giorno, un bambino mi ha detto:

"Quando farà troppo caldo, terrò il mio fratellino al fresco, come un ghiaccio che non vuole sciogliersi."

Quello che conta sono i bambini e i loro piccoli gesti. Questi bambini che rimangono in piedi, nonostante il peso crescente di un mondo che è sempre più duro.

Il clima si fa sempre più instabile. Le risorse per curare diminuiscono. Le tensioni si accumulano.

Ma ho visto bambini di tre anni attaccare un adesivo a forma di sole su una flebo, per non averne più paura. Ho visto adolescenti imparare a proteggere i loro amici durante un attacco d'asma dovuto all'inquinamento, o a "quella nuvola che si è mangiata cose cattive", come mi ha detto ieri Lina, sei anni.

Ho visto intere classi capire che la salute non è un servizio: è un legame.

Continuo a visitare scuole e ospedali.

I bambini mi mostrano i loro gesti, i loro ritornelli e i loro quaderni.

Trasformano la paura in conoscenza, la conoscenza in potere e il potere in cura.

Quindi sì, ho smesso di dispensare cure come prima.

Ma non ho mai curato così tanto come insegnando ai bambini a prendersi cura di sé."

Non c'è nulla da gestire, salvo la mia guarigione

Di fronte alle carenze e alla frammentazione tecnologica, l'Europa scommette su una profonda integrazione digitale. Nel 2035 questa infrastruttura sarà essenziale per la sovranità clinica. Attraverso la storia di un paziente, questo scenario mostra come il coordinamento in tempo reale e la condivisione su scala europea trasformino la sopravvivenza individuale in un successo collettivo.

3 febbraio 2035, testimonianza in un programma radiofonico del mattino

Ho 49 anni, vivo a Porto e se oggi sono ancora vivo è grazie a qualcosa che non esisteva quando mio padre è morto per lo stesso tumore dieci anni fa: un'Europa della sanità unificata e interconnessa, capace di mobilitare i migliori specialisti ovunque si trovino.

Non avrei mai immaginato che la sopravvivenza potesse dipendere dalla geografia digitale piuttosto che da quella fisica.

Nel 2032 ho iniziato a perdere peso e a sentire il fiato corto. Un fastidio banale, ho pensato.

Poi un giorno il mio medico mi ha chiamato perché l'intelligenza artificiale collegata al Fascicolo Sanitario Elettronico europeo (Spazio Europeo dei Dati Sanitari - EHDS) aveva rilevato che non era stata effettuata un'ecografia di controllo, nel quadro dei miei rischi ereditari... Così mi ha invitato a sottopormi a un esame mirato...

Nel giro di 48 ore ho fatto una TAC presso il Centro Oncologico di Porto.

Risultato: tumore mediastinico raro, individuato precocemente rispetto alla maggior parte dei pazienti.

Nel giro di una settimana mi sono stati proposti tre centri: Milano, Monaco e Rotterdam.

Il sistema non ha cercato “il centro più vicino”, ma il centro europeo più competente per questo tumore raro, tenendo conto dei risultati clinici, delle innovazioni disponibili e dei relativi tassi di sopravvivenza.

Ho scelto Rotterdam, non per la distanza, ma per un protocollo sperimentale di immunoterapia ottimizzato dall'IA.

Sono arrivato nei Paesi Bassi e sono stato curato. Ho solo dovuto anticipare i costi.

Nel 2025 questa scelta sarebbe stata impossibile. Nel 2035 è diventata una prassi comune.

Una volta completato il protocollo, ho continuato la riabilitazione a Porto. Paesi Bassi e Portogallo scambiavano continuamente i miei dati: esami diagnostici, livello di affaticamento, ritmo cardiaco, test cognitivi. Non ho dovuto preoccuparmi di niente, solo della mia guarigione.

Sono sopravvissuto al cancro, lo stesso che ha portato via mio padre.

E credo che l'unica cosa che sia cambiata tra le nostre due rispettive storie sia la nascita dell'Europa della salute.

Sono nato una prima volta in Portogallo e una seconda volta in Europa.”



Ringraziamenti

La realizzazione di questo primo Rapporto prospettico è il frutto di uno **sforzo collettivo** che ha mobilitato molti operatori dell'**eco-sistema sanitario**, sia interni che esterni.

Desideriamo esprimere la nostra più profonda gratitudine a tutti coloro che hanno contribuito a questo documento, essenziale per far luce sui problemi e identificare le linee d'azione per **rafforzare la resilienza delle strutture sanitarie**.

La previsione come bussola operativa,
per aprire percorsi di resilienza.

Per saperne di più sulla
nostra metodologia:



relyens.eu

Relyens Mutual Insurance

Sede legale: 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCIA
Società di assicurazione mutualistica a contributo fisso. Società disciplinata dal Codice delle assicurazioni
779 860 881 RCS Lyon. Organismo di formazione professionale registrato presso la Prefettura regionale
con il n. 82690051369. Partita IVA intracomunitaria: FR 79779860881.



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI

