

Il futuro delle professioni sanitarie in Italia

Autori e autrici:

GIOVANNI ARMILLOTTA, MARTINA GNUDI e FRANCESCA LETTIERI

RANDSTAD RESEARCH



GIUGNO 2026

Abstract

Il settore sanitario italiano si trova a un bivio cruciale, con criticità che ne minacciano la sostenibilità e la capacità di rispondere ai crescenti bisogni della popolazione. A fronte di un marcato invecchiamento demografico e delle sfide legate alla denatalità, il sistema deve affrontare una profonda trasformazione organizzativa. Questo brief esplora tre scenari ideal-tipo ed estremi (S1, S2, S3') per il **futuro delle professioni sanitarie in Italia da qui al 2032**. Questi scenari non sono previsioni, ma strumenti per stimolare la discussione ed evidenziare come scelte di policy parziali, focalizzate su una sola dimensione (digitalizzazione o invecchiamento), possano generare esiti inattesi, con benefici e svantaggi specifici. L'obiettivo ultimo è indirizzare il dibattito verso una visione ideale (S4) che integri strategicamente tutte le sfide.

- **Scenario 1: la sanità digitale.** Un futuro in cui il sistema sanitario italiano si concentra sulla tecnologia, ma fallisce nella gestione dell'invecchiamento e delle altre sfide strutturali.
- **Scenario 2: la sanità senior-centrica.** Un futuro in cui si pone enfasi esclusivamente sulle esigenze demografiche di una popolazione che invecchia, trascurando il potenziale dirompente delle nuove tecnologie.
- **Scenario 3: il futuro-passato.** Un futuro in cui il sistema sanitario italiano si concentra su un approccio tradizionale al rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ignorando le sfide legate alla digitalizzazione e ai cambiamenti demografici.
- **Scenario 4: la visione ideale.** Un futuro desiderabile che integra una profonda trasformazione organizzativa con investimenti strategici per un sistema resiliente ed equo.

L'analisi di questi scenari si propone di stimolare un dibattito informato tra decisori politici e stakeholder sulla necessità di azioni urgenti e strategiche per plasmare un futuro più resiliente, equo e di qualità per la sanità italiana, che sappia garantire al contempo adeguate ed eque cure al paziente e la sostenibilità globale del sistema. Naturalmente, la breve trattazione non permette di coprire tutti gli aspetti centrali, ad esempio un'analisi economica dei costi o le differenze territoriali, ma è importante tenere a mente la crucialità anche di tali aspetti.

Parole chiave

SANITÀ, MEDICINA, INVESTIMENTI, DIGITALIZZAZIONE, GOVERNANCE.

¹ Per la metodologia usata, gli scenari illustrati in questo brief presentano, rispetto agli scenari costruiti tramite un percorso di foresight completo, elementi deterministici e si configurano, in senso tecnico, come ipotesi. Offrono tuttavia uno spazio sufficiente per una discussione informata sul tema.

1. La posta in gioco

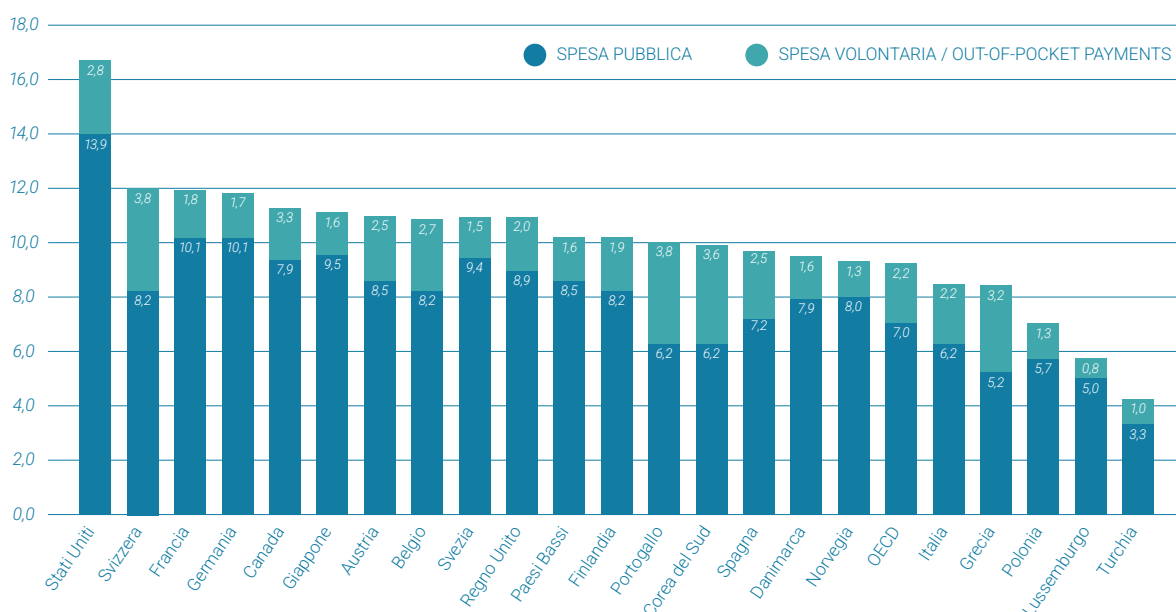
Un sistema sanitario forte ed efficiente è cruciale per il raggiungimento di diversi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) dell'Agenda 2030, in particolare l'SDG 3 "Salute e benessere" (*United Nations* 2015), che mira a garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutte e tutti a tutte le età.

Il Servizio Sanitario Nazionale, pur offrendo servizi complessivamente di qualità con punte di assoluta eccellenza a livello internazionale, si trova di fronte a significative criticità, soprattutto in chiave prospettica. Le **problematiche**, che hanno significative implicazioni decisionali sono sostanzialmente di due tipi: **quantitative** e **qualitative**.

Le prime, le più dibattute, fanno riferimento all'**insufficiente disponibilità di personale sanitario** per soddisfare i fabbisogni presenti e futuri della popolazione. Attualmente tali carenze sono stimate in 43.240 medici e 39.240 infermieri entro il 2030 (*CREA Sanità* 2024), cui si sommano tra i mille (*Fnomceo* 2023a) e i 3mila (*Anaao-Assomed* 2025) medici che ogni anno si trasferiscono all'estero. La stessa CREA Sanità ha di recente aggiornato le sue stime, evidenziando come, modificando i parametri della stima ai fini di considerare l'alta presenza di anziani nel nostro Paese, tenendo conto anche del personale straniero in entrata, il deficit di medici è da considerarsi attualmente pari a 24.797 unità, mentre quello di infermieri è pari a 250.242 unità (*CREA Sanità* 2025).

La crescente pressione sul SSN è determinata principalmente dall'**invecchiamento della popolazione**, che richiede una sempre maggiore intensità di cure e assistenza a lungo termine. Entro il 2050 un abitante su tre in Europa sarà over 65 (*Commissione Europea* 2024): un Paese più anziano richiede non solo più professionisti sanitari, ma è anche caratterizzato da una maggiore incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica; secondo le stime della Commissione Europea, la spesa pubblica sanitaria pro capite cresce significativamente già a partire dai 50 anni di età (*Commissione Europea* 2024). L'invecchiamento, combinato con la denatalità, mette sotto stress la sostenibilità e **richiede un ripensamento profondo della forza lavoro**. Ad oggi, l'Italia investe il 6,2% del PIL in sanità pubblica (grafico 1), una percentuale inferiore sia alla media OCSE (7%) che a quella europea (6,8%). Anche il rapporto infermieri-medici è inferiore rispetto alla media europea (1,54 vs media UE 2,16) con una distribuzione regionale eterogenea (*Randstad Research* 2025).

Grafico 1. Spesa sanitaria pubblica² e *out of pocket* privata³ in percentuale rispetto al PIL, 2023



Fonte: elaborazione *Randstad Research* su dati OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, 2024

² La spesa sanitaria pubblica include la spesa finanziata attraverso le tasse e le assicurazioni obbligatorie (i cittadini devono contribuire con pagamenti a fondi sanitari pubblici o privati regolamentati).

³ La spesa privata include i pagamenti e i sistemi di finanziamento della salute che non sono obbligatori per legge. Sono presenti in questa categoria le assicurazioni sanitarie private o mutualistiche a cui le persone aderiscono volontariamente e le spese sanitarie sostenute direttamente dai pazienti al momento dell'accesso alle cure (out of pocket).

La carenza di infermieri è la criticità più allarmante, minacciando la fattibilità stessa delle riforme territoriali previste dal DM 77/2022. Parallelamente, a medio termine, le politiche attuali, se non correttamente indirizzate, potrebbero portare a un rischio di “plethora” di medici post-2030, caratterizzato da un eccesso di offerta in alcune specializzazioni e una pressione al ribasso sulle retribuzioni.

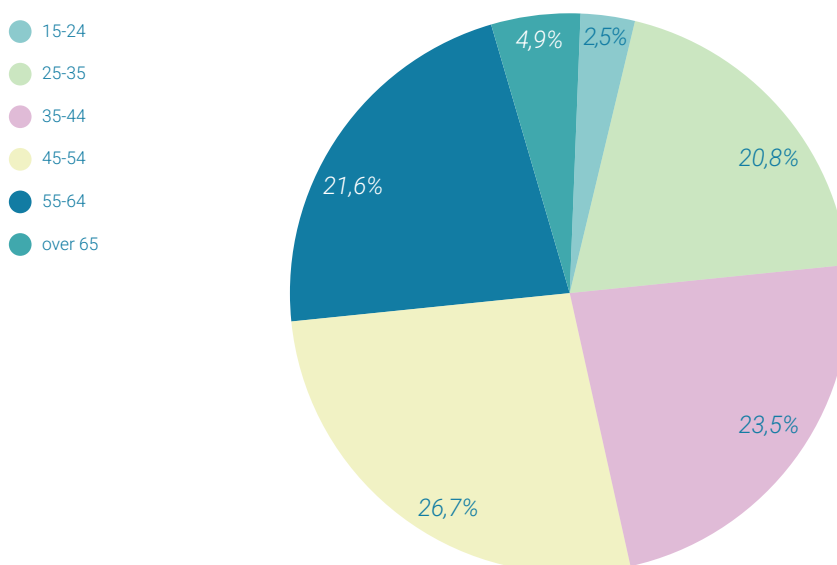
Le criticità qualitative sono varie e riguardano in primo luogo le **condizioni lavorative**: inadeguata organizzazione del lavoro nelle strutture ospedaliere, distribuzione inefficiente delle risorse umane, carichi di lavoro sbilanciati, orari, condizione di burnout e retribuzioni inadeguate. In secondo luogo, vi sono spesso **forti differenze tra professioni nello stesso settore**: alcune specializzazioni possono integrare il proprio reddito svolgendo attività private, mentre altre, come quelle riguardanti la medicina d’urgenza, no, e ciò contribuisce ad alimentare le ineguaglianze. In terzo luogo, permangono **disparità sia a livello territoriale che sociale**. Nel primo caso queste riguardano il non equo accesso alle cure, fattore rispetto al quale lo sviluppo e la distribuzione delle neonate Case di Comunità o degli Infermieri di Comunità risulta procedere a singhiozzi e con una distribuzione a macchia di leopardo. Per le disparità sociali va segnalato invece come le proibitive liste d’attesa costringono la popolazione a rivolgersi sempre più di frequente a soluzioni private, modalità che acuisce le polarizzazioni sociali legate alle possibilità economiche. A questi fattori si aggiungono poi gli elementi che riguardano il **settore a livello globale** e la sua necessità di allineamento, ad esempio, alle richieste di sostenibilità, sia dal punto di vista dell’impatto ambientale che da quello della prevenzione. Il combinato disposto di questi fattori contribuisce a impattare negativamente sull’attrattività delle professioni sanitarie, che tuttavia costituiscono un elemento strategico e fondamentale per il benessere dell’intera popolazione oggi e per gli anni a venire.

2. Il quadro di riferimento attuale

Il settore sanitario italiano conta circa 1,67 milioni di occupati⁴ (7% del totale nazionale), prevalentemente donne (66,8%) e concentrati nelle fasce d’età 35-54 anni (grafico 2).

La presenza di giovani è limitata ed evidenzia l’**urgenza di ricambio generazionale**, dato che il 27,9% dei medici generici ha oltre 65 anni. Geograficamente, il Nord detiene oltre il 51% degli occupati e delle occupate (Randstad Research 2025).

Grafico 2. Occupati e occupate nel settore sanitario per classe d’età, valori percentuali, 2023



Fonte: elaborazione Randstad Research su dati Rilevazione sulle Forze di Lavoro, Istat, 2023

⁴ Per settore sanitario non si intende l’Ateco 86, ma un sottoinsieme di codici professionali (CP2021) selezionati in termini di rilevanza, afferenti all’area sanitaria. Per maggiori dettagli si veda Randstad Research (2025).

L'introduzione di nuove tecnologie come la **telemedicina e l'Intelligenza Artificiale (IA)** sta rivoluzionando il settore migliorando la qualità dell'assistenza e l'efficienza nell'erogazione dei servizi:

- la telemedicina è cruciale per risolvere problemi di ineguale distribuzione dei presidi sanitari e la carenza di risorse umane, migliorando l'assistenza territoriale e snellendo i processi;
- l'IA offre supporto alla diagnosi e alla cura, rende più efficienti i processi, la ricerca e migliora l'esperienza del paziente;
- la robotica, in particolare in ambito chirurgico e assistenziale, contribuisce a migliorare precisione, flessibilità e alleggerisce il carico di lavoro del personale medico.

Da ultimo la pandemia ha rivelato debolezze strutturali dal punto di vista della sostenibilità e della resilienza del settore sanitario. In particolare, tra le altre cose, è tornato ad essere centrale il dibattito sulla **salute mentale**. L'Unione Europea sta promuovendo l'**approccio "One Health"** (*Istituto Superiore di Sanità* 2024), al cuore dell'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU, e al contempo, in Italia, gli investimenti mirano verso la dislocazione delle cure sul territorio (Case di Comunità, telemedicina, Farmacie dei Servizi) per ridurre le liste d'attesa. La carenza di personale, dovuta anche all'esodo, è critica.

3. Scenari

Un'analisi prospettica basata su tre ideal-tipi estremi (S1, S2, S3) ed uno scenario ideale (S4) vuole fornire uno stimolo per alimentare il dibattito sulle **traiettorie del sistema sanitario italiano** mettendo in luce i rischi di politiche parziali e non lungimiranti. Gli scenari sono caratterizzati dal punto di vista quali-quantitativo come da tabella 1, che riassume l'andamento atteso degli indicatori fondamentali in ciascuno scenario.

Legenda: ↑ miglioramento ↓ peggioramento

Variabili critiche	Livello attuale	S1 Digitale	S2 Senior-centrica	S3 Futuro-passato	S4 Visione ideale
Pressione demografica/ invecchiamento	Popolazione Over 65: 23,8% (Istat 2024); necessità di long term care: crescente	↓ Non gestita, spesa crescente, carenza assistenza long-term	↑↑ Servizi territoriali potenziati, assistenza a lungo termine	↓ Non gestita, modello ospedale-centrico	↑↑ Presa in carico, prevenzione, servizi domiciliari
Innovazione tecnologica /IA	Utilizzo FSE: basso/ eterogeneo	↑↑ FSE 2.0 completo, AI/telemedicina diffuse	↓↓ Tecnologie sottoutilizzate, focus su cura "tradizionale"	↓↓ Diffidenza verso il digitale, processi inefficienti	↑↑ Integrazione tecnologica etica ed efficiente, interoperabilità
Disparità territoriali	Distribuzione servizi territoriali: a macchia di leopardo	↓ <i>Digital divide</i> accresce esclusione fasce fragili/anziane	↑ Potenziamento territoriale focalizzato sui bisogni locali	↑ Miglioramenti nell'ospedale, ma disuguaglianze permangono	↑↑ Governance efficiente, standardizzazione dell'assistenza domiciliare
Attrattività e condizioni di lavoro	Rapporto infermieri/ medici: 1,54 (vs media UE 2,16)	↓↓ Carenza irrisolta, retribuzioni non competitive, aumento burnout	↑ Riqualificazione personale, riduzione parziale burnout	↑↑ Aumento assunzioni, retribuzioni/ condizioni migliorate	↑↑ Salari competitivi, valorizzazione professionale, supporto psicologico
Sostenibilità e approccio "One Health"	Adozione modello "One Health": in fase iniziale	↑ Focus sulla tecnologia, trascurando rischi ecosistemici	↑ Focus sul demografico, trascurando rischi ecosistemici	↓↓ Trascurato, sistema meno resiliente	↑↑ Adozione piena "One Health", prevenzione, resilienza pandemica

Fonte: elaborazione Randstad Research

3.1 Scenario 1: La sanità digitale

In questo scenario, la politica sanitaria si concentra unicamente sulla digitalizzazione e l'innovazione tecnologica, con **l'idea che la tecnologia da sola possa risolvere i problemi del sistema**. Si investe in telemedicina, Intelligenza Artificiale e robotica, ma si ignorano le dinamiche demografiche e la necessità di una profonda riforma organizzativa.

ASPETTI POSITIVI:

- La telemedicina è ampiamente adottata, migliorando l'accesso alle cure per i pazienti in aree remote.
- L'IA supporta la diagnosi e la ricerca, rendendo più efficienti alcuni processi e supportando le diagnosi.
- Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 diventa uno strumento completo e ampiamente utilizzato, facilitando lo scambio di dati.

ASPETTI NEGATIVI:

- La carenza di personale medico e infermieristico non viene affrontata. La richiesta di assistenza a lungo termine da parte della fascia di popolazione in età più avanzata non trova risposta adeguata.
- *Il digital divide* porta all'esclusione delle fasce più anziane e meno digitalmente alfabetizzate della popolazione dai servizi di cura.
- Le condizioni di lavoro del personale sanitario non migliorano, con un aumento del burnout e una bassa attrattività delle professioni, che continuano a soffrire per le retribuzioni non competitive rispetto all'estero.
- La governance centralizzata persiste, ostacolando l'integrazione efficace delle nuove tecnologie e la loro applicazione uniforme sul territorio.

3.2 Scenario 2: La sanità senior-centrica

Questo scenario riflette una politica che risponde in modo reattivo e specifico **all'invecchiamento della popolazione**. Gli investimenti sono canalizzati principalmente verso il potenziamento dei servizi territoriali e dell'assistenza a lungo termine, ma la digitalizzazione viene considerata un elemento secondario o addirittura un costo inutile.

ASPETTI POSITIVI:

- Viene potenziata la medicina territoriale attraverso la realizzazione accelerata delle Case di Comunità.
- Le liste d'attesa si riducono grazie all'estensione di modelli come i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU).
- Il personale viene riqualificato e riorganizzato per rispondere meglio alle esigenze dei pazienti anziani e cronici, riducendo in parte il burnout.
- L'assistenza domiciliare viene standardizzata, garantendo servizi più uniformi.

ASPETTI NEGATIVI:

- La telemedicina e l'IA rimangono strumenti sottoutilizzati, con professionisti non adeguatamente formati per applicarle in modo etico ed efficiente.
- Il sistema sanitario perde l'opportunità di migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi attraverso l'innovazione tecnologica, rallentando la ricerca e la personalizzazione delle cure.
- La mancanza di una piattaforma nazionale di telemedicina interoperabile ostacola la condivisione dei dati e crea inefficienze gestionali.
- Le specializzazioni infermieristiche non vengono valorizzate pienamente, poiché la formazione non include le competenze digitali e tecnologiche avanzate.

3.3 Scenario 3: Il futuro-passato

In questo scenario, il sistema sanitario si concentra su **un approccio di rafforzamento del SSN basato sul modello tradizionale**, investendo per recuperare il gap rispetto al passato senza affrontare le sfide del futuro. La digitalizzazione è vista con diffidenza e i cambiamenti demografici non sono affrontati con strategie innovative.

ASPETTI POSITIVI:

- Vengono attuate politiche per migliorare le retribuzioni e le condizioni di lavoro, riducendo parzialmente l'emigrazione dei professionisti sanitari.
- Vengono aumentate le assunzioni e potenziate le dotazioni organiche nelle strutture ospedaliere, riducendo il carico di lavoro del personale esistente.
- Il sistema recupera il rapporto infermieri-medici avvicinandosi alla media europea.

ASPETTI NEGATIVI:

- Senza l'innovazione tecnologica, i processi rimangono inefficienti e il sistema non riesce a rispondere in modo flessibile a nuove emergenze.
- Le liste d'attesa rimangono proibitive, in quanto non sono stati adottati modelli di assistenza territoriale innovativi come la telemedicina o i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU).
- L'invecchiamento della popolazione e le sue esigenze specifiche di assistenza a lungo termine non trovano risposta in un sistema che continua a essere ospedale-centrico.
- Viene trascurato l'approccio "One Health", rendendo il sistema meno resiliente a rischi sanitari e climatici.

4. La visione ideale (Scenario 4)

Senza una visione chiara e azioni incisive, è probabile che il futuro includa elementi sparsi e incoerenti, a volte positivi e a volte negativi, tratti dagli Scenari 1-3. Utile però interrogarsi su una ipotesi di **scenario ideale**. Da un'ampia consultazione con stakeholder, esperte ed esperti del settore e dall'osservazione degli investimenti programmati, la prospettiva maggiormente desiderabile al 2032 è quella di un **calibrato mix di ciascuno dei tre scenari**, che possiamo denominare **scenario 4**. La visione ideale, dove gli interventi adottati risultano adeguati ai fini di rispondere alle richieste di emergenza che da lungo tempo il settore ha sollevato. Va da sé che l'orizzonte più desiderabile è quello che integra armonicamente gli elementi positivi di ogni scenario e lo fa con interventi decisivi e in grado di fare davvero la differenza sia dal lato della risposta ai fabbisogni di una popolazione che cambia, sia dal lato di una classe di professionisti che svolge un ruolo vitale per la sussistenza del nostro Paese e la cui importanza sembra essere stata dimenticata. La visione ideale combina una **profonda trasformazione organizzativa e culturale, con investimenti strategici che affrontano sia le sfide demografiche che quelle tecnologiche**, promuovendo un SSN più equo, efficiente e incentrato sul benessere di professionisti e professioniste, cittadini e cittadine. Analogamente, la visione ideale tiene conto anche di ulteriori sfide, quali la crisi climatica e ambientale e i connessi rischi pandemici, i cambiamenti nella domanda di cure, che diventa sempre più esigente, e il rapporto, sempre più connesso, tra SSN e servizi a gestione privata. La tensione tra un futuro probabile, fatto di risposte parziali e frammentate, e quello desiderato sottolinea l'urgenza di **orientare le politiche sanitarie verso un'inversione di rotta**. Non è sufficiente mantenere lo status quo, ma è necessaria una trasformazione profonda che metta al centro la valorizzazione del capitale umano, l'innovazione tecnologica e un'organizzazione del lavoro più efficace e orientata alla prevenzione e alla prossimità delle cure. Rispetto alla valorizzazione del personale risulta fondamentale integrare le nuove **competenze** atte ad operare in un mercato del lavoro futuro che, se da un lato richiede un rafforzamento dell'alfabetizzazione digitale, dall'altro richiede sempre più di fare leva sulle competenze trasversali. Con queste si includono tanto le capacità che occorrono per operare con nuove modalità e strumenti, come l'abilità di lavorare in contesti multidisciplinari, la mediazione, la comunicazione, quanto le capacità necessarie per interagire con i pazienti del domani: etica, ascolto, empatia, multiculturalità e via di seguito.

4.1 Wild cards: cosa può sconvolgere il percorso

Il percorso verso uno scenario desiderabile potrebbe essere influenzato da alcune **"wild cards"**, **eventi possibili a bassa probabilità, ma alto impatto**. Ad esempio:

- **Emergenze sanitarie globali inattese:** una nuova pandemia o un'emergenza sanitaria su larga scala, non prevista o di natura sconosciuta, potrebbe sovraccaricare nuovamente il sistema, dirottando risorse e rallentando le riforme.
- **Cambiamenti geopolitici significativi:** decisioni unilaterali di grandi attori globali, come, ad esempio, l'uscita degli USA dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Gobbi 2025) o escalation di conflitti potrebbero compromettere la cooperazione internazionale, la condivisione di dati e risorse e l'accesso a innovazioni cruciali per la salute.
- **Resistenze culturali e professionali:** una forte resistenza da parte di alcune categorie professionali o della cittadinanza all'adozione delle nuove tecnologie o ai nuovi modelli organizzativi potrebbe rallentare significativamente la trasformazione del sistema.
- **Crisi economica profonda:** un'improvvisa e prolungata crisi economica potrebbe portare a tagli drastici nella spesa sanitaria pubblica, compromettendo gli investimenti previsti e vanificando gli sforzi di miglioramento.

5. Orientamenti di policy per rispondere alle sfide

Un sistema sanitario efficiente si basa su **quattro pilastri strategici**: forza lavoro, organizzazione dei servizi, innovazione tecnologica e governance, in un contesto di stabilità, sostenibilità e coerenza di lungo-termine.

È NECESSARIO POTENZIARE LA FORZA LAVORO. Questo significa rendere il SSN più attrattivo con salari competitivi (Fnomceo, Censis 2024) e migliori condizioni lavorative per ridurre il burnout (Quotidiano Sanità 2023a), anche con supporto psicologico (Quotidiano Sanità 2023b). Servono incentivi per le specializzazioni meno richieste (es. geriatria) e le zone svantaggiate, e una pianificazione che allinei l'accesso alle specializzazioni con le reali esigenze (Anaa-Assomed 2023b; CREA Sanità 2024). Cruciale è lo sviluppo continuo delle competenze, in particolare digitali, manageriali e trasversali e la valorizzazione di nuovi profili, con più autonomia per gli infermieri.

È IMPERATIVO RIFORMARE I SERVIZI TERRITORIALI. Occorre potenziare la medicina del territorio con Case di Comunità dotate di équipe multidisciplinari. Per decongestionare il pronto soccorso, occorre estendere soluzioni come i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU). Fondamentale un orientamento alla prevenzione, con screening e interventi mirati. Occorre standardizzare l'assistenza domiciliare per uniformare la disponibilità dei servizi nei territori.

PER L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA, è strategico sviluppare la telemedicina utilizzando anche le farmacie come punti di accesso per le categorie svantaggiate. È necessario investire in IA e robotica per la diagnosi e la ricerca, prestando massima attenzione all'etica (WHO 2023b), alla cybersecurity e alla gestione dei dati. L'interoperabilità dei dati deve essere una priorità, con il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 in linea con l'*European Health Data Space* (OECD/European Commission 2024). Prioritario anche l'ammodernamento infrastrutturale digitale nelle strutture sanitarie.

INFINE, SERVE UNA GOVERNANCE EFFICIENTE E SOSTENIBILE, capace di superare le discrepanze regionali e promuovere la cooperazione tra servizi sanitari e sociali, pubblici e privati. Occorre adottare a pieno il modello "One Health", per aumentare la resilienza del Paese, in particolare ai fini della prevenzione pandemica (WHO 2023a).

Conclusioni

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale italiano dipende dalla capacità di **affrontare le sfide attuali con una visione strategica**, capace di anticipare le sfide e cogliere le opportunità, e con una copertura che sia adeguata per i tempi che ci prepariamo ad affrontare. Tale capacità dipende anche dalla preparazione e dalla determinazione di linee di sviluppo in linea con i cambiamenti e con le incertezze. Da una parte sarà sempre più importante avvicinare i servizi sanitari a una popolazione sempre più anziana e meno mobile. Dall'altra sarà fondamentale investire fortemente nelle nuove tecnologie che stanno trasformando non solo la diagnostica strumentale, ma la stessa professione medica in cui molte attività saranno svolte da remoto attraverso la telemedicina. Analogamente sarà imperativo formare il personale medico in risposta non soltanto al cambiamento tecnologico, ma anche a quello della domanda, rinforzando sia la *literacy* digitale che le competenze trasversali.

In questo senso gli investimenti mirati nelle infrastrutture territoriali e l'espansione intelligente della telemedicina devono viaggiare di pari passo con politiche attive volte alla valorizzazione del personale sanitario, alle strategie per ridurre le disparità territoriali, alla creazione di piattaforme integrate per la gestione dei dati. Analogamente occorre già da oggi operare per una revisione intelligente e al passo con i tempi dei piani formativi, per la promozione della prevenzione e per una governance efficiente e sostenibile. In questo contesto è cruciale che la crescita dei posti disponibili nei numeri programmati all'accesso della facoltà di medicina recentemente implementato sia anche accompagnata a una riforma della selezione alla specializzazione dove permangono notevoli differenze nel tasso di copertura. Allo stesso tempo è cruciale che la normativa intervenga per garantire una più omogenea distribuzione del personale medico dal punto di vista geografico e delle specializzazioni, per contrastare il sovraffollamento dell'offerta in alcune specializzazioni meno "vitali" per il sistema sanitario, come ad esempio la medicina estetica, a discapito di specializzazioni basilari, come la medicina d'urgenza. In caso contrario c'è il rischio che le criticità esistenti vengano accentuate.

L'adozione di queste prospettive e raccomandazioni strategiche rappresenta un imperativo per preservare uno dei pilastri fondamentali del welfare italiano e per garantire un SSN forte, equo e capace di rispondere ai bisogni di salute di tutti i cittadini e le cittadine anche di fronte ai cambiamenti demografici, tecnologici e globali.

6. Bibliografia

AGENAS (2024a). Intelligenza artificiale.

AGENAS (2024b). Presentati i dati sull'accesso in Pronto Soccorso e gli effetti del potenziamento dell'Assistenza Territoriale per una migliore presa in carico dei pazienti, comunicato stampa 22 aprile 2024.

AGENAS (2025). Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT).

Anaao-Assomed (2023b). 32 mila medici laureati in più dei pensionamenti nel 2030. Perché il numero chiuso a medicina è un falso problema, 30 marzo 2023.

Anaao-Assomed (2025). Dalla carenza di specialisti alla pleora medica: tra 5 anni, 60 mila camici bianchi in cerca di lavoro. Subito un piano di assunzioni, 3 marzo 2025.

Commissione Europea (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070).

CREA Sanità (2024). Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione, 19° Rapporto Sanità.

CREA Sanità (2025). Relazione sui servizi pubblici 2025. Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini Legge 30 dicembre 1986, n. 936, articolo 10-bis, lett. a). Roma, 14 Ottobre 2025.

De Palma, A. (2024). De Palma: «Nel prossimo decennio potremmo avere un surplus di medici, mentre la voragine di infermieri ed ostetriche potrebbe diventare insanabile, con 300mila professionisti dell'assistenza mancanti all'appello».

European Parliament and Council (2025). Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space and amending Directive 2011/24/EU and Regulation (EU) 2024/2847.

Fnomceo (2023a). La fuga dei medici all'estero: sono mille all'anno. A confermarlo, al Tgcom24, il Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, 16 febbraio 2023.

Fnomceo, Censis (2024). Il necessario cambio di paradigma nel Servizio sanitario: stop all'aziendalizzazione e ritorno del primato della salute, 11 luglio 2024.

Gobbi, B. (2025). L'addio degli Stati Uniti all'Oms e le conseguenze globali: rischi e la partita Usa-Cina, Il Sole 24 Ore, 4 febbraio 2025.

Italia Domani (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Istituto Superiore di Sanità (2024). One Health, 30 dicembre 2024.

Ministero della Salute (2024). Magistrali a indirizzo clinico e prescrizione: "riforma epocale", Nurse24.it, 22 novembre 2024.

OECD/European Commission (2024). Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris.

Polimeni, G. & Adrower, R. (2024). Lean Management and use of AI in healthcare: living in the present, Medical Academy Journal, n.1, vol. 3.

Quotidiano Sanità (2023a). Congresso Fadoi: "Metà di medici e infermieri è in burnout e uno su due pensa di licenziarsi, 6 maggio 2023.

Quotidiano Sanità (2023b). Psicologi. Cresce necessità di aiuto da parte dei cittadini e i redditi dei professionisti aumentano, 19 gennaio 2023.

Randstad Research (2025). Il futuro delle professioni mediche e infermieristiche in Italia.

Redazione Roma (2024). Liste d'attesa nella sanità, Altroconsumo: 9 intervistati su 10 hanno problemi con le prenotazioni e la metà si rivolge ai privati, Il Sole 24 Ore, 30 aprile 2024.

Regione Emilia-Romagna (2024). CAU - Centri di Assistenza e Urgenza, ultima modifica 25 novembre 2024.

United Nations (2015). Goal 3: Good Health and Well-being.

WHO (2023a). Preparedness and resilience for emerging threats, Module 1: planning for respiratory pathogen pandemics. World Health Organization.

WHO (2023b). WHO calls for safe and ethical AI for health, World Health Organization, 16 maggio 2023.

Autrici e autori

Armillotta Giovanni, ricercatore Randstad Research;
Gnudi Martina, ricercatrice Randstad Research;
Lettieri Francesca, ricercatrice Randstad Research

Questo Future brief è stato realizzato da **Randstad Research**.
La responsabilità del documento è esclusivamente delle autrici e degli autori.

Citazione

Armillotta G. et al. 2026. *Quale sarà il futuro delle professioni sanitarie in Italia?* Future Brief di Ecosistema Futuro & ASviS.

Per maggiori informazioni sulla collana dei Future brief si può visitare www.ecosistemafuturo.it.
Ecosistema Futuro è un'iniziativa promossa dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile ETS (ASviS).

Comitato editoriale

Andrea Ricci (editor-in-chief), Flavia Belladonna, Maddalena Campioni, Carlo Carraro, Luca De Biase, Enrico Giovannini, Luca Miggiano.

Si ringraziano tre *reviewer* anonimi per i loro suggerimenti, Flavia Belladonna per la revisione editoriale e Thyper Srl per il soggetto grafico.

