



realizzato nell'ambito di:

ECOSISTEMA  
**FUTURO**

# il futuro delle professioni mediche e infermieristiche in italia.

2025.

  
randstad

research  
institute.

# indice.

introduzione.	p. 3
1. profilo del settore sanitario in italia ed europa oggi.	p. 4
1.1 la forza lavoro sanitaria in italia.	p.5
1.2 frontiera di efficienza regionale, accessibilità ed efficacia dei servizi sanitari. confronti internazionali.	p. 10
1.3 attrattività e condizioni di lavoro.	p. 22
1.4 investimenti, pnrr.	p. 24
2. megatrend che plasmano il futuro delle professioni sanitarie.	p. 27
2.1 innovazioni tecnologiche e digitalizzazione.	p. 28
2.2 cambiamenti demografici e socio-culturali.	p. 32
2.3 sostenibilità, crisi globali e resilienza sanitaria.	p. 35
3. professionisti e competenze.	p. 39
3.1 formazione.	p. 40
3.2 identificazione delle competenze emergenti.	p. 49
3.3 nuovi profili professionali.	p. 51
4. prospettive e raccomandazioni strategiche per il futuro del sistema sanitario italiano.	p. 56
conclusioni.	p. 60
appendice.	p. 59
bibliografia.	p. 61

## introduzione.

“Paziente malato”, sanità in “codice rosso”, i facili giochi di parole che la stampa riserva al settore sanitario italiano non sono sempre lusinghieri, così come spesso non lo sono le notizie. Tra le più frequenti e sgradevoli, in tempi recenti, certamente quelle che riportano delle violenze verso il personale sanitario.

Come siamo arrivati fin qui in un paese dove ogni genitore sognava un figlio dottore?

Indubbiamente la sanità costituisce uno dei settori più rilevanti sia per la sua importanza nel sistema del welfare sia per la sua valenza in un contesto demografico in cui l’invecchiamento della popolazione richiederà una maggiore intensità di cure. Il sistema sanitario Italiano offre ancora servizi complessivamente di qualità con picchi di assoluta eccellenza a livello internazionale tuttavia le criticità non mancano, soprattutto in chiave prospettica ed è importante analizzarle, come primo passo per individuare possibili azioni correttive. Come vedremo nel rapporto le criticità del sistema sanitario sono sostanzialmente di due tipi. Quelle maggiormente sottolineate dalla letteratura e dai media sono le criticità di carattere quantitativo. Esse si riferiscono al numero (insufficiente) di medici e infermieri per soddisfare i fabbisogni della popolazione, e di conseguenza alle ricadute che esso ha sull’accesso alla professione (il numero di studenti iscritti alla facoltà di medicina) e sul fabbisogno in chiave prospettica. Pur documentando questi aspetti, il rapporto offre considerazioni originali sulle criticità qualitative del sistema sanitario. Esse si riferiscono al cambiamento necessario di numerose competenze nelle professioni mediche. I medici di domani dovranno avere competenze spiccate di carattere digitale per utilizzare robot nelle operazioni, l’intelligenza artificiale come supporto alle diagnosi o semplicemente la telemedicina per curare i pazienti.

Anche le competenze trasversali e di carattere comunicativo dovranno cambiare dato che sempre più spesso medici e infermieri si troveranno a lavorare in un contesto più marcatamente multiculturale. Questi sono solo alcuni esempi del cambiamento di skill e competenze che viene richiesto nel comparto sanitario e che sono importanti tanto quanto le carenze di carattere quantitativo. In fin dei conti, se anche ci fossero tutti i medici di cui abbiamo bisogno, ma se questi non avessero le nuove competenze che il mercato del lavoro richiede, la qualità del servizio ne risentirebbe notevolmente.

In questo rapporto abbiamo effettuato una fotografia attuale del settore sanitario in Italia, mettendo a confronto alcuni elementi nel contesto internazionale (capitolo 1, paragrafi 1.1 e 1.2). Abbiamo poi individuato le principali linee di investimenti previste e quali sono i fattori che agiscono maggiormente sull’attrattività delle professioni sanitarie (capitolo 1, paragrafi 1.3 e 1.4). Di seguito abbiamo osservato i principali megatrend che stanno impattando, e come, sul settore e sulle necessità della popolazione, dai cambiamenti tecnologici, a quelli demografici e socio-culturali, alle questioni generali di sostenibilità, intesa come capacità di resilienza del settore nell’attuale contesto (capitolo 2).

Abbiamo poi individuato quali sono le competenze strategiche, per gli anni a venire, per medici, infermieri e farmacisti e selezionato una serie di possibili evoluzioni future dei professionisti del settore (capitolo 3).

In conclusione, abbiamo raccolto quanto osservato nel rapporto in una serie di riflessioni finali che provano a delimitare, in prospettiva, l’andamento di alcuni temi chiave all’interno del dibattito sul settore sanitario attuale italiano (capitolo 4).



1.

profilo del settore  
sanitario in italia ed  
europa oggi.

## 1.1 la forza lavoro sanitaria in italia.

Il settore sanitario<sup>1</sup> in Italia rappresenta una componente rilevante dell'occupazione, con un totale di circa 1,67 milioni di occupati pari a circa il 7% del totale nazionale. Nel presente capitolo si partirà da un'analisi generale del settore, esaminando la distribuzione dell'occupazione per genere, classi d'età, area geografica e tipologia contrattuale. Successivamente, verranno approfonditi tre profili professionali specifici all'interno della sanità italiana: i medici generici (CP 2021 2.4.1.1), le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (CP 2021 3.2.1.1) e i farmacisti (CP 2021 2.3.1.5). Questo approccio permetterà di comprendere le caratteristiche demografiche e contrattuali delle principali figure professionali che operano nel settore, evidenziando eventuali criticità e spunti di riflessione per il futuro.

### L'occupazione nel settore sanitario

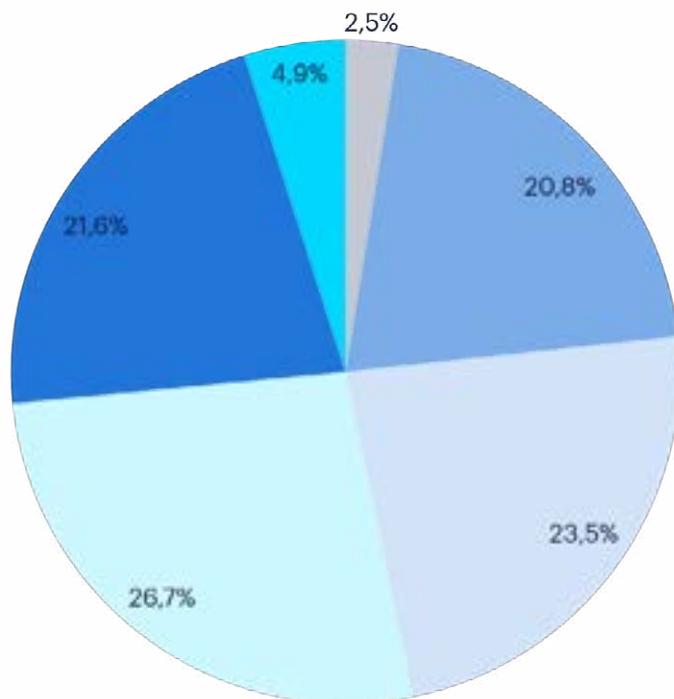
L'occupazione nel settore sanitario italiano mostra una marcata prevalenza femminile: le

donne rappresentano la maggioranza degli occupati nel settore, con il 66,8% della forza lavoro impiegata nei servizi sanitari, dato che conferma una [tendenza storica](#) della sanità italiana.

L'analisi per classi d'età evidenzia una maggiore concentrazione di occupati nelle fasce di età intermedie (grafico 1), con una presenza relativamente bassa di giovani lavoratori nella fascia tra i 15 e i 24 anni (2,5% degli occupati) e di over 65. La fascia 45-54 anni rappresenta il gruppo più numeroso, con circa il 26% degli occupati, seguita dalla fascia 35-44 anni (23,5%). La scarsa presenza di lavoratori under 25 riflette la durata dei percorsi di studio necessari per accedere alle professioni sanitarie. Al contempo, la presenza del 4,9% di occupati over 65 evidenzia un fenomeno di posticipazione dell'età pensionabile, probabilmente dovuto a carenze di personale e alla necessità di garantire continuità nei servizi sanitari.

### grafico 1.

Occupati nel settore sanitario per classe d'età, valori percentuali, 2023



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

<sup>1</sup> 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. L'elenco dei codici professionali è presente in appendice.

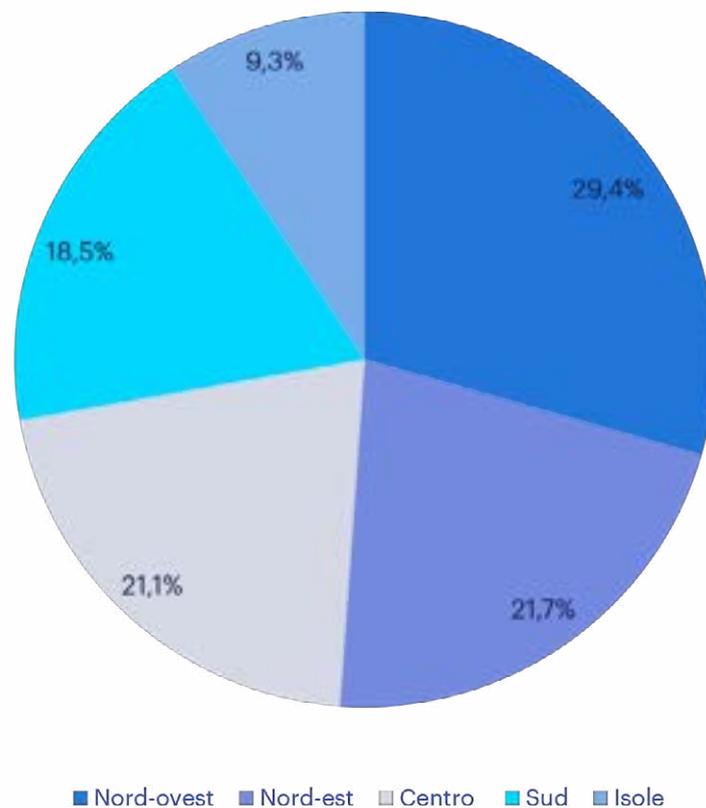
L'occupazione nel settore sanitario varia a seconda delle diverse aree geografiche del Paese (grafico 2): le regioni del Nord presentano il numero più elevato di occupati, con oltre il 51% dei lavoratori, mentre il Sud e le Isole mostrano valori più contenuti (rispettivamente pari al 18,5% e al 9,3%). Questo riflette una maggiore concentrazione di strutture sanitarie e ospedaliere nelle aree settentrionali del Paese, in parte dovuta a una più elevata spesa sanitaria pro capite. Inoltre, la distribuzione geografica dell'occupazione sanitaria è influenzata anche

da fattori demografici, con una maggiore concentrazione di strutture nelle Regioni a più alta densità abitativa e nei grandi centri urbani, dove la domanda di servizi sanitari è più elevata.

Infine, la suddivisione tra contratti full-time e part-time mostra una netta prevalenza del lavoro a tempo pieno: circa l'80% degli occupati lavora a tempo pieno, mentre il 20% è impiegato con contratti part-time, una quota significativa che riflette la flessibilità richiesta da alcune professioni sanitarie.

### grafico 2.

Occupati nel settore sanitario per ripartizione geografica, valori percentuali, 2023



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

### Medici generici (CP 2021 2.4.1.1)

I medici generici rappresentano una componente essenziale del sistema sanitario italiano, garantendo l'accesso alle cure di base per la popolazione. L'analisi dei dati della Rilevazione Continua delle Forze di Lavoro mostra che la categoria è composta prevalentemente da professionisti di età avanzata, con una quota significativa concentrata nella fascia over 65 (27,9%), seguita da quella tra i 55 e i 64 anni (26,9%). Questo evidenzia una necessità urgente di ricambio generazionale, considerando che molti professionisti andranno in pensione nei prossimi anni. Dal punto di vista contrattuale, la maggior parte dei medici generici opera in regime di lavoro autonomo (59,6%), con un numero ristretto di contratti di lavoro dipendente all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) limitato ai ruoli dirigenziali.

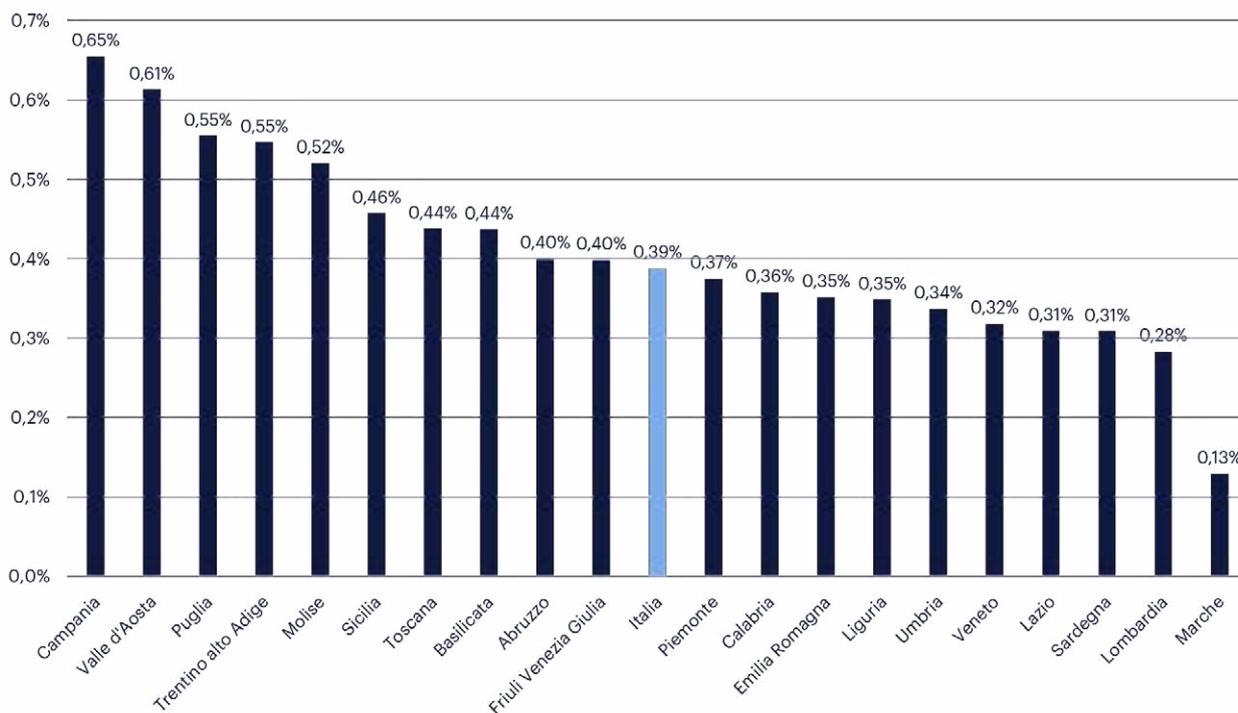
Il grafico 3 mostra la percentuale di medici di medicina generale rispetto alla popolazione over 65 nelle diverse regioni italiane, eviden-

ziando significative differenze territoriali. La Campania presenta il valore più alto con lo 0,65%, seguita dalla Valle d'Aosta con lo 0,61%, con valori significativamente più elevati rispetto alla media nazionale (0,39%). Le Marche registrano invece il dato più critico con appena lo 0,13%.

Queste differenze potrebbero dipendere dalla distribuzione geografica dei medici, dalle politiche sanitarie locali e dalla capacità di attrarre nuovi professionisti. Le regioni con una bassa percentuale di medici generici rispetto alla popolazione anziana potrebbero incontrare maggiori difficoltà nell'offerta di servizi, aumentando il rischio di sovraccarico per il sistema sanitario e riducendo l'accessibilità alle cure per gli anziani. Temi centrali sono la conformazione geografica del territorio italiano e la distribuzione dei centri abitati. Certamente il dato relativo al rapporto tra medici e popolazione è un indicatore parziale dato che non considera l'efficienza nell'erogazione del servizio.

#### grafico 3.

Distribuzione dei medici generici in rapporto alla popolazione over 65 nelle regioni italiane, valori percentuali, 2023



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

## Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche (CP 2021 3.2.1.1)

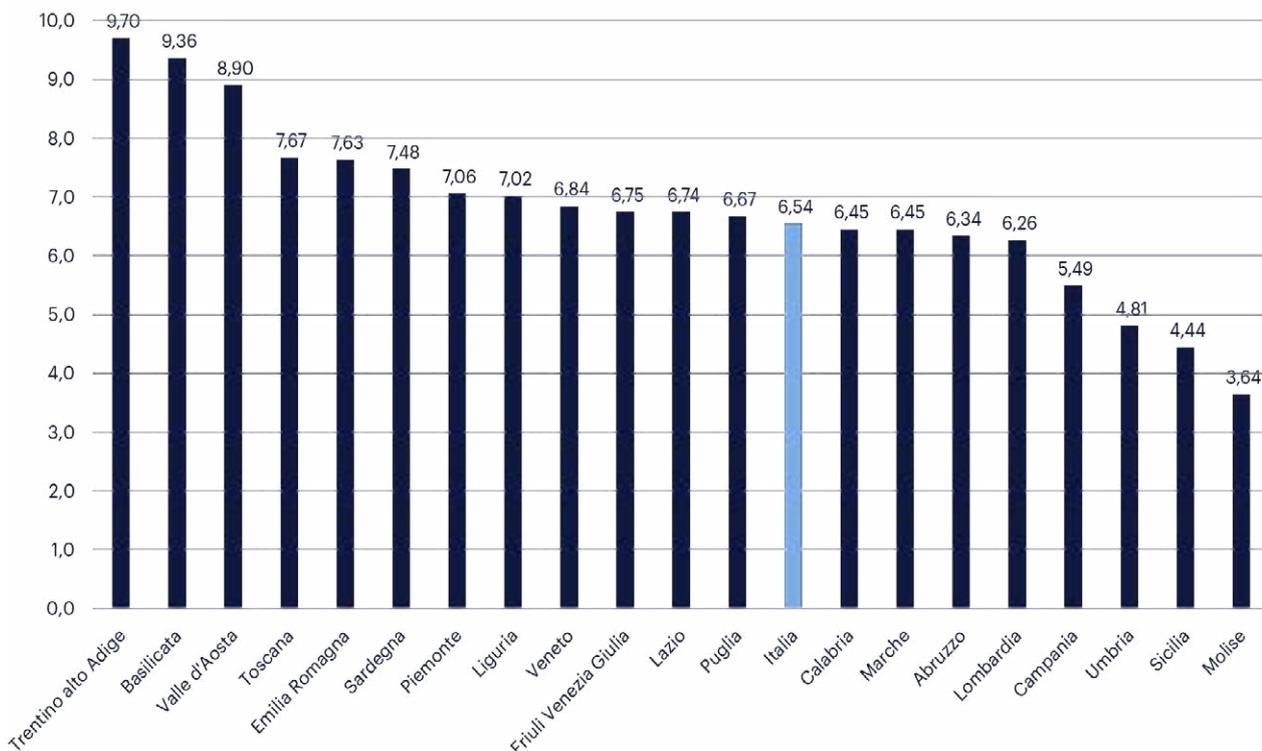
Queste due professioni costituiscono la categoria più numerosa con una netta prevalenza femminile: su 382.771 lavoratori, il 77,8% è donna. La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 54 anni (52,7%), il che suggerisce un equilibrio tra professionisti esperti e nuove leve. La presenza di giovani sotto i 25 anni è ancora limitata, segno di un ingresso tardivo nel mondo del lavoro a causa del percorso formativo richiesto.

Dal punto di vista territoriale, il Nord presenta la più alta concentrazione di professionisti sanitari infermieristici e ostetrici, mentre il Sud mostra un numero inferiore di operatori rispetto al fabbisogno della popolazione. La tipologia contrattuale evidenzia una prevalenza del tempo pieno (89,7%), con un valore simile a quello dei medici generici. Il grafico 4 mostra la distribuzione del numero di professionisti sanitari infermieristici e ostetrici ogni 1.000 abitanti nelle diverse Regioni italiane nel 2023, evidenziando significative differenze territoriali. Il Trentino-Alto Adige si distingue nettamente con il valore più alto, pari a

9,70, seguito da Basilicata e Valle d'Aosta, che registrano rispettivamente 9,36 e 8,90. Questi dati suggeriscono una maggiore disponibilità di personale sanitario rispetto alla media nazionale, che si attesta a 6,54. Le Regioni del centro-nord, come Toscana, Emilia-Romagna e Piemonte, mostrano valori superiori alla media, mentre si osserva un graduale calo spostandosi verso il sud e le isole. Regioni come Campania, Sicilia e Molise presentano i valori più bassi, con Molise in particolare che si ferma a 3,64, indicando una carenza significativa di infermieri e ostetriche rispetto al resto del Paese. Questa distribuzione può riflettere fattori socio-economici, differenze nell'organizzazione dei servizi sanitari e nella formazione del personale, oltre che fenomeni di mobilità lavorativa, con professionisti che potrebbero preferire trasferirsi in aree con migliori condizioni contrattuali e lavorative. La carenza di personale in alcune regioni potrebbe avere ripercussioni sulla qualità e l'accessibilità delle cure, evidenziando la necessità di politiche mirate per riequilibrare la situazione a livello nazionale.

### grafico 4.

Numero di professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche ogni 1.000 abitanti nelle regioni italiane, 2023



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

## Farmacisti (CP 2021 2.3.1.5)

I farmacisti rappresentano una categoria professionale distribuita in modo relativamente uniforme sul territorio nazionale, sebbene con una maggiore presenza nelle aree urbane rispetto alle zone rurali. Secondo il rapporto "La Farmacia Italiana 2022" elaborato da [Federfarma](#), su un totale di 19.901 farmacie presenti nel Paese, oltre 7.200 sono situate in comuni o centri abitati con meno di 5.000 abitanti, servendo una popolazione di oltre 10 milioni di persone. Di queste, 4.400 sono farmacie rurali sussidiate, operanti in località con meno di 3.000 abitanti e assistendo complessivamente oltre 5 milioni di cittadini, principalmente anziani. Le farmacie rurali svolgono un ruolo cruciale nel garantire l'accesso ai servizi sanitari nelle zone meno popolate, fungendo spesso da unico presidio sanitario disponibile per le comunità locali.

La fascia di età più rappresentata per i profes-

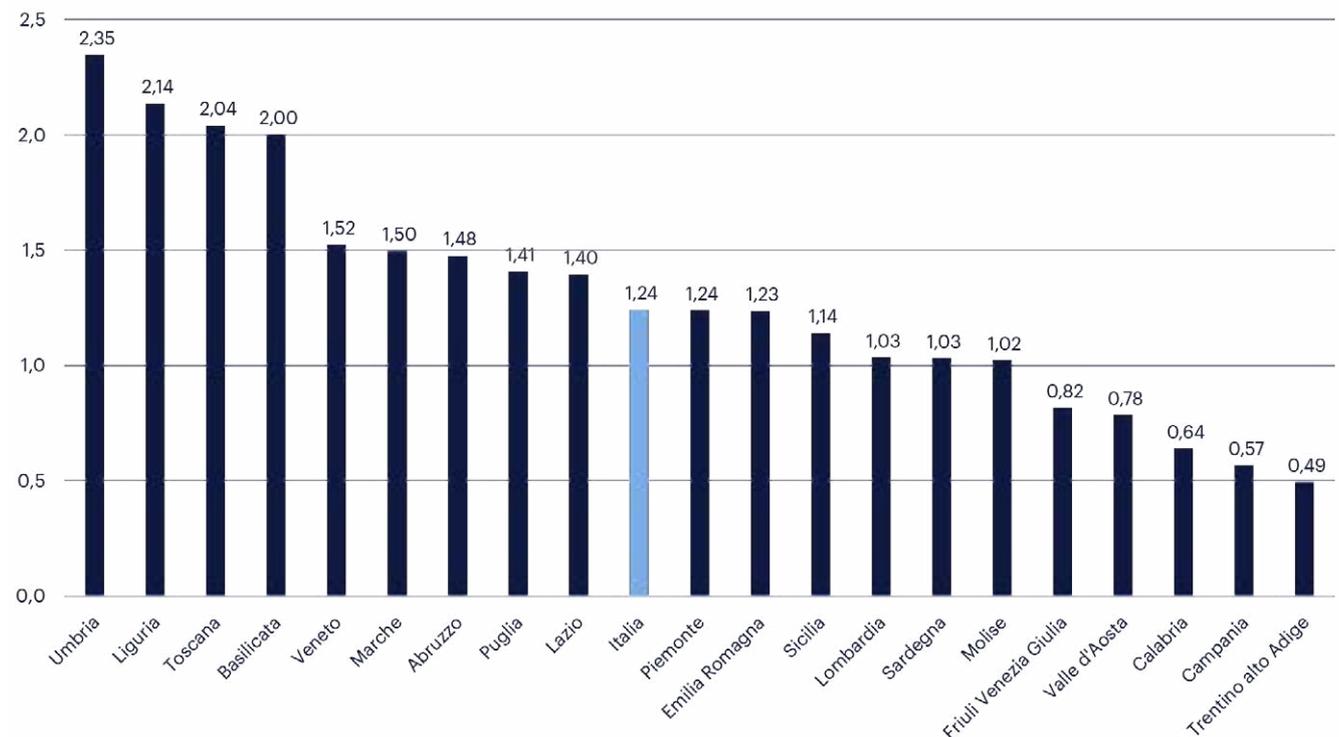
sionisti farmaceutici è quella 35-44 anni (30,5%), seguita dalla 45-54 anni (24,3%), con una percentuale crescente di giovani professionisti che accedono al settore dopo il conseguimento della laurea e dell'abilitazione professionale (il 21,3% dei farmacisti ha tra i 25 e i 34 anni).

Dal punto di vista contrattuale, si osserva una suddivisione tra farmacisti impiegati in farmacie private e quelli che operano nelle strutture ospedaliere o in ambito industriale.

Il lavoro a tempo pieno è predominante (73,8%). Tuttavia, una quota significativa di farmacisti lavora con contratti part-time, soprattutto nel settore privato. Un'indagine del 2023 ha evidenziato che, tra i laureati in Farmacia del 2022, il 15,8% delle donne e il 10,8% degli uomini erano impiegati con contratti part-time. Inoltre, il 30,1% delle donne e il 26,9% degli uomini avevano contratti a tempo determinato.

### grafico 5.

Numero di farmacisti ogni 1.000 abitanti nelle regioni italiane, 2023



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

Osservando il grafico 5, che presenta il numero di farmacisti per 1.000 abitanti tra le varie regioni italiane, si nota che l'Umbria, con un valore di 2,35, spicca come la regione con la maggiore densità di farmacisti, ben al di sopra della media nazionale (1,24). Seguono a distanza Liguria e Toscana, anch'esse con un numero di farmacisti significativamente elevato e rispettivamente pari a 2,14 e 2,04.

Dall'altro lato dello spettro, troviamo regioni come Trentino-Alto Adige, Campania e Calabria, dove il numero di farmacisti per 1.000 abitanti è notevolmente inferiore alla media italiana, con valori rispettivamente pari a 0,49, 0,57 e 0,64. Interessante notare come regioni limitrofe possano presentare dati molto differenti. Ad esempio, il Veneto, con 1,52, ha un numero di farmacisti per 1.000 abitanti decisamente superiore rispetto al vicino Friuli-Venezia Giulia, che si colloca tra le regioni con il valore più basso (0,82).

Questi dati potrebbero riflettere diverse caratteristiche locali, come la densità abitativa, l'organizzazione dei servizi sanitari regionali e le scelte di politica sanitaria.

## Conclusioni

L'analisi del settore sanitario in Italia evidenzia una forte prevalenza femminile e una distribuzione geografica disomogenea, con una maggiore concentrazione di professionisti nelle regioni settentrionali. Il settore è caratterizzato da un invecchiamento della forza lavoro, con un'età media elevata, con una carenza di giovani lavoratori e un turnover generazionale rallentato. Dal punto di vista contrattuale, il lavoro a tempo pieno è dominante, ma una quota significativa di occupati ha contratti part-time. Inoltre, permangono differenze tra le varie professioni: mentre i medici generici sono spesso liberi professionisti, infermieri e farmacisti lavorano principalmente come dipendenti. Le disparità territoriali e la necessità di garantire un ricambio generazionale adeguato rappresentano sfide cruciali per il futuro del sistema sanitario, richiedendo interventi mirati per migliorare l'accesso ai servizi e le condizioni lavorative dei professionisti.

## 1.2 frontiera di efficienza regionale, accessibilità ed efficacia dei servizi sanitari. confronti internazionali.

### Frontiera efficiente

Confrontare le performance sanitarie tra diversi paesi non è sicuramente semplice. Ogni paese ha il proprio sistema sanitario, le sue norme, che spesso sono diverse non solo a livello nazionale, bensì a livello regionale. Soprattutto in ambito sanitario è pressoché impossibile avere indicatori oggettivi della reale qualità del servizio erogato. Dunque qualsiasi misura di performance del sistema sanitario è destinata a essere parziale. Tuttavia è possibile confrontare almeno la quantità e la distribuzione delle risorse sia in termini monetari che in termini di personale e di capitale umano, che costituiscono la preconditione affinché un servizio di qualità possa essere erogato.

La nostra analisi verte su due livelli.

In primo luogo abbiamo effettuato un'analisi regionale confrontando le regioni italiane ed europee attraverso alcuni indicatori che catturino la capillarità e la disponibilità di servizi sanitari tramite tre indicatori chiave: la percentuale della popolazione che vive entro 15 minuti di macchina da un ospedale, un parametro essenziale per valutare l'accessibilità ai servizi di emergenza e cura; il numero di posti letto disponibili per 100.000 abitanti, utile per comprendere la capacità di ricovero e la disponibilità di risorse ospedaliere e infine il numero di medici per 100.000 abitanti, che fornisce un'indicazione sulla distribuzione del personale sanitario e sulla capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze della popolazione. L'analisi confronta le regioni italiane all'interno del contesto europeo. A tal fine, sono stati considerati i valori dei tre indicatori per tutte le regioni dei paesi europei. Sulla base di queste tre distribuzioni, sono stati calcolati i quintili per ciascun indicatore, suddividendo così le regioni in cinque gruppi di efficienza. Il primo gruppo rappresenta la frontiera efficiente, ovvero le regioni con le migliori performance in tutti e tre gli indicatori.

Al contrario, il quinto gruppo raccoglie le regioni con i risultati peggiori. Nei paragrafi che seguono è presente una tabella, per ogni indicatore, in cui sono contenute solamente le Regioni italiane con il punteggio e il raggruppamento al quale appartengono. Questo tipo di analisi permetterà di evidenziare eventuali disparità e best practices, contribuendo a una valutazione più completa dell'efficienza e dell'equità dell'offerta sanitaria.

In secondo luogo abbiamo effettuato un'analisi nazionale analizzando il rapporto tra infermieri e medici a livello europeo. L'analisi del rapporto tra infermieri e medici è un indicatore fondamentale in quanto un equilibrio adeguato tra queste figure professionali garantisce una gestione ottimale dei pazienti, riducendo i tempi di attesa, migliorando l'assistenza e prevenendo il sovraccarico di lavoro. Un numero insufficiente di infermieri può portare a un aumento degli errori clinici e a una minore capacità di risposta alle emergenze, mentre un eccesso potrebbe indicare uno squilibrio nella distribuzione delle risorse. Monitorare questo rapporto aiuta a migliorare la pianificazione sanitaria, ottimizzando l'allocazione del personale e garantendo un servizio più efficace e sicuro per i pazienti.

Infine abbiamo analizzato la spesa sanitaria a livello nazionale. Anche questo è un indicatore chiave per valutare la performance sanitaria di un paese perché riflette l'impegno finanziario destinato a garantire la salute della popolazione. Un livello adeguato di spesa permette di offrire servizi sanitari accessibili e di qualità, contribuendo a migliorare l'aspettativa di vita e a ridurre la mortalità evitabile. Allo stesso tempo, assicura equità nell'accesso alle cure, evitando che i costi a carico dei cittadini creino disuguaglianze. La spesa sanitaria rivela anche l'efficienza di un sistema sanitario: come vengono distribuite le risorse tra prevenzione, cure primarie e ospedalizzazione incide sui risultati di salute della popolazione. Inoltre, confrontare la spesa sanitaria con quella di altri paesi consente di identificare punti di forza e aree di miglioramento, fornendo un quadro più chiaro delle scelte politiche e della sostenibilità economica.

## Popolazione che vive entro 15 minuti di macchina da un ospedale

La tabella 1 presenta la suddivisione delle regioni italiane in gruppi di efficienza sulla base della percentuale della popolazione che vive entro 15 minuti di macchina da un ospedale nel 2023. Il dato nazionale mostra che, in media, il 79,16% della popolazione italiana ha un rapido accesso a una struttura ospedaliera (valore superiore alla media europea che è pari al 78,83%), ma emergono significative differenze territoriali. La Lombardia si distingue come la regione con la maggiore accessibilità (95,86%), collocandosi nel gruppo 1. La maggior parte delle altre regioni settentrionali e centrali si trova nel gruppo 2, con valori compresi tra l'87% e il 92%, tra cui Veneto, Campania ed Emilia-Romagna. Questo suggerisce una buona capillarità della rete ospedaliera in queste aree.

Nel gruppo 3 troviamo regioni con un livello di accessibilità più basso, come Toscana, Umbria e Sicilia, con percentuali che iniziano a scendere sotto la media nazionale. Situazione più critica si osserva nelle regioni del gruppo 4 e 5, dove l'accessibilità si riduce sensibilmente: il Trentino-Alto Adige e il Molise appartengono al gruppo 4, mentre le regioni meno performanti sono la Basilicata, la Valle d'Aosta e la Sardegna, tutte nel gruppo 5.

Questi dati evidenziano un forte divario tra Nord e Sud, nonché tra aree insulari e continentali. Le regioni con una bassa accessibilità ospedaliera spesso presentano una morfologia complessa o una bassa densità abitativa, fattori che possono rendere più difficile la distribuzione omogenea delle strutture sanitarie.

tabella 1.

Percentuale della popolazione che vive entro 15 minuti di macchina da un ospedale nelle regioni italiane suddivise in gruppi di efficienza, 2023

Codice NUTS 2	Regione	Percentuale di popolazione che vive entro 15 minuti di macchina da un ospedale	Gruppo
ITC4	Lombardia	95,86	1
ITH3	Veneto	91,75	2
ITF3	Campania	90,97	2
ITF4	Puglia	89,46	2
ITH5	Emilia-Romagna	89,30	2
ITC3	Liguria	88,86	2
ITI4	Lazio	87,80	2
ITC1	Piemonte	87,72	2
ITI1	Toscana	84,30	3
ITI2	Umbria	84,04	3
ITH4	Friuli-Venezia Giulia	83,08	3
ITG1	Sicilia	80,34	3
ITI3	Marche	78,52	3
ITF1	Abruzzo	76,55	3
ITH1	Trentino Alto Adige	67,86	4
ITF2	Molise	66,89	4
ITF6	Calabria	65,41	5
ITG2	Sardegna	64,55	5
ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	57,40	5
ITF5	Basilicata	52,48	5
IT	ITALIA	79,16	

Fonte: elaborazioni Randstad Research su dati Eurostat (2023)

### Numero di posti letto per 100.000 abitanti

Il secondo indicatore riguarda il numero di posti per 100.000 abitanti, cruciale per valutare la capacità di ricovero e la resilienza del sistema sanitario. La media europea di numero di posti letto per 100.000 abitanti è di 461, superiore alla media italiana (315). Anche in questo caso notiamo una disparità a livello regionale, sia in Italia che negli altri paesi europei.

Diversamente dall'indicatore descritto precedentemente, per questa misura nessuna delle regioni italiane compare nei gruppi 1 e 2.

Nella tabella vediamo che le regioni con il maggior numero di posti letto per abitante appartengono al gruppo 3, con la Valle d'Aosta (375,8 posti per 100.000 abitanti) in testa, seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (368,0), dall'Emilia-Romagna (362,6) e dal Lazio (356,1). Questo dato indica una buona dotazione ospedaliera, probabilmente influenzata dalla presenza di ospedali ad alta specializzazione e da un'organizzazione sanitaria efficiente.

Il Gruppo 4 include regioni con un valore medio di posti letto per abitante, tra cui Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria e Lombardia. Queste regioni, pur avendo una dotazione inferiore rispetto al gruppo 3, mostrano una disponibilità relativamente adeguata rispetto agli standard nazionali.

Nel Gruppo 5, invece, si trovano le regioni con la dotazione più bassa, tra cui la Calabria, la Campania e le Marche. Questo dato suggerisce una possibile carenza di infrastrutture ospedaliere in queste aree, con potenziali difficoltà nell'assistenza ai pazienti e una maggiore pressione sulle strutture esistenti.

Nel complesso emerge una forte eterogeneità territoriale, con il Nord e alcune regioni autonome che presentano una dotazione superiore rispetto al Sud e alle isole. Questo divario potrebbe riflettersi sulla qualità e sulla tempestività delle cure, specialmente in caso di emergenze sanitarie o di alta pressione ospedaliera.

### Numero di medici ogni 100.000 abitanti

Il terzo indicatore riguarda il numero di medici ogni 100.000 abitanti. Il valore medio nazionale è di 405,6 medici per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media europea di 377, il che indica una disponibilità complessivamente buona di personale medico in Italia. Tuttavia, esistono differenze significative tra le regioni (tabella 3).

Le regioni con il più alto numero di medici per abitante appartengono al gruppo 1, con la Sardegna (483,4) e il Lazio (483,2) in testa, seguite dalla Liguria (469,3). Questi dati potrebbero riflettere una maggiore concentrazione di ospedali e strutture sanitarie o una diversa organizzazione dei servizi medici.

Nel gruppo 2, con valori ancora superiori alla media europea, troviamo l'Umbria, la Toscana, la Sicilia e l'Abruzzo. Anche l'Emilia-Romagna e il Molise mostrano una buona dotazione di medici rispetto al resto del Paese.

Il gruppo 3 include regioni che si avvicinano alla media europea o la superano di poco, come la Campania, la Puglia, le Marche e la Lombardia. Tuttavia, il Piemonte e la Calabria si collocano al di sotto della media europea, suggerendo una possibile minore disponibilità di medici in queste regioni.

Infine, nel gruppo 4 troviamo le regioni con il minor numero di medici per abitante: la Basilicata e la Provincia Autonoma di Trento, entrambe significativamente al di sotto della media nazionale ed europea.

Questa distribuzione evidenzia alcune criticità: sebbene l'Italia nel complesso abbia un numero di medici superiore alla media europea, alcune regioni presentano una carenza relativa che potrebbe tradursi in difficoltà di accesso alle cure. Inoltre, un'alta densità di medici non sempre corrisponde a una migliore efficienza sanitaria, poiché entrano in gioco fattori come la distribuzione territoriale, le infrastrutture e il numero di posti letto disponibili.

tabella 2.

Numero di posti letto per 100.000 abitanti nelle regioni italiane suddivise in gruppi di efficienza, 2023

Codice NUTS 2	Regione	Posti letto per 100.000 abitanti	Gruppo
ITC2	Valle d'Aosta	375,8	3
ITH2	Provincia Autonoma di Trento	368,0	3
ITH5	Emilia-Romagna	362,6	3
ITI4	Lazio	356,1	3
ITC1	Piemonte	350,2	4
ITH1	Provincia Autonoma di Bolzano	341,2	4
ITC3	Liguria	331,9	4
ITC4	Lombardia	328,5	4
ITH4	Friuli-Venezia Giulia	327,9	4
ITF5	Basilicata	319,8	4
ITF1	Abruzzo	318,7	4
ITF2	Molise	315,1	4
ITH3	Veneto	307,8	4
ITG2	Sardegna	304,5	4
ITI2	Umbria	292,2	4
ITG1	Sicilia	291,5	4
ITF4	Puglia	289,1	5
ITI1	Toscana	288,8	5
ITI3	Marche	273,9	5
ITF3	Campania	250,4	5
ITF6	Calabria	220,1	5
IT	ITALIA	315,0	

Fonte: elaborazioni Randstad Research su dati Eurostat (2023)

tabella 3.

Numero di medici per 100.000 abitanti nelle regioni italiane suddivise in gruppi di efficienza, 2023

Codice NUTS 2	Regione	Medici per 100.000 abitanti	Gruppo
ITG2	Sardegna	483,4	1
ITI4	Lazio	483,2	1
ITC3	Liguria	469,3	1
ITI2	Umbria	456,2	2
ITI1	Toscana	452,9	2
ITG1	Sicilia	443,1	2
ITF1	Abruzzo	442,3	2
ITH5	Emilia-Romagna	439,3	2
ITF2	Molise	416,4	2
ITH4	Friuli-Venezia Giulia	400,5	2
ITF3	Campania	392,9	2
ITF4	Puglia	388,8	3
ITI3	Marche	386,8	3
ITC4	Lombardia	380,6	3
ITC1	Piemonte	373,3	3
ITF6	Calabria	371,0	3
ITC2	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	368,6	3
ITH3	Veneto	357,1	3
ITH1	Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	342,7	3
ITF5	Basilicata	338,4	4
ITH2	Provincia Autonoma di Trento	330,0	4
IT	ITALIA	405,6	

Fonte: elaborazioni Randstad Research su dati Eurostat (2023)

### Rapporto tra infermieri e medici

Osservando il grafico 6, emerge subito una situazione interessante riguardo al rapporto tra infermieri e medici nei diversi Paesi europei. Il Belgio si distingue con il rapporto più alto (3,23), indicando una presenza significativamente maggiore di infermieri rispetto ai medici. A seguire, troviamo altri paesi come i Paesi Bassi e la Francia, che mantengono un rapporto elevato con valori rispettivamente pari a 2,94 e 2,75, suggerendo un sistema sanitario dove gli infermieri hanno un ruolo preponderante.

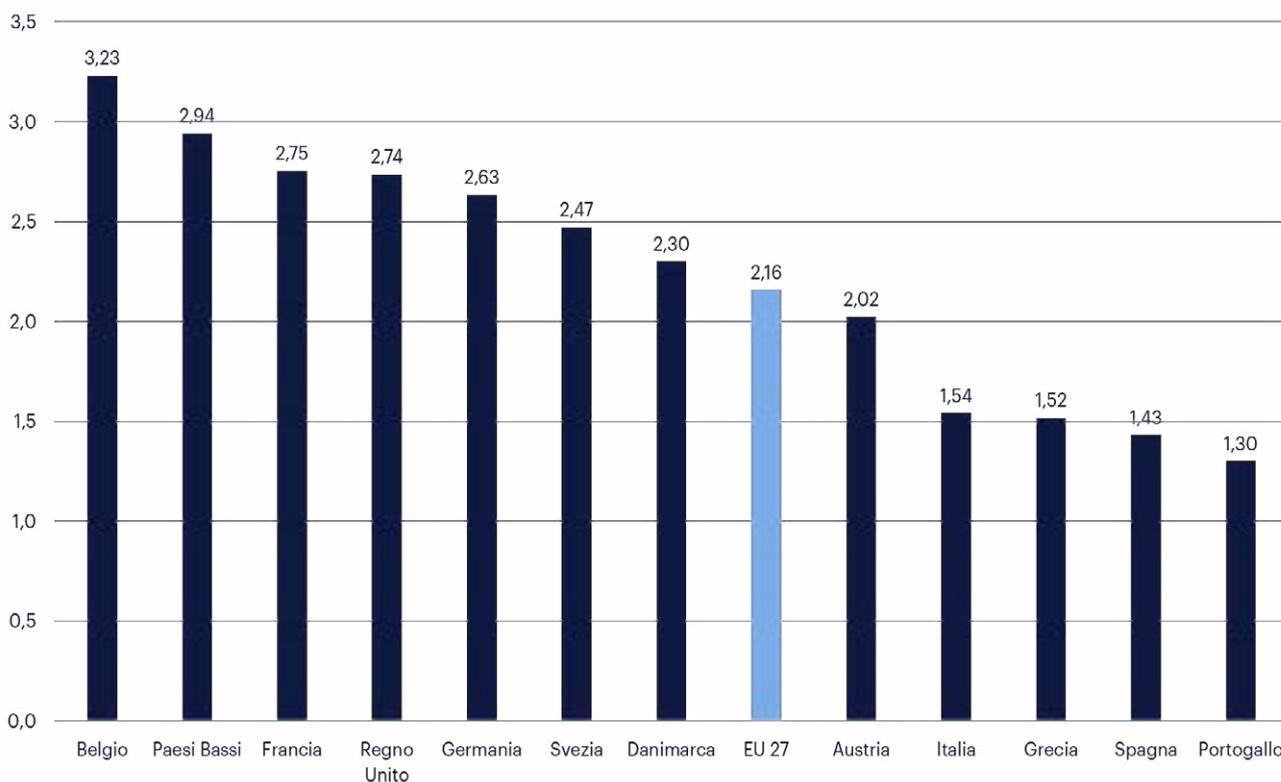
L'Italia, d'altra parte, si colloca nella parte bassa della classifica (1,54), con un rapporto infermieri-medici inferiore alla media dell'UE (2,16). Questo dato potrebbe indicare diverse interpretazioni: una diversa organizzazione del

lavoro sanitario, una possibile carenza di infermieri, o una diversa distribuzione delle competenze tra medici e infermieri. La Grecia e la Spagna presentano valori simili all'Italia (1,52 e 1,43), mentre il Portogallo mostra il rapporto più basso tra i paesi considerati (1,30).

È importante notare che questi dati riflettono solo il rapporto numerico e non la qualità dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, il grafico suggerisce che l'Italia potrebbe avere margini di miglioramento nell'ottimizzazione del rapporto tra infermieri e medici, al fine di garantire un'assistenza sanitaria efficiente e di qualità.

### grafico 6.

Rapporto tra infermieri e medici nei Paesi europei, 2022



Fonte: Health at a glance OECD, 2024



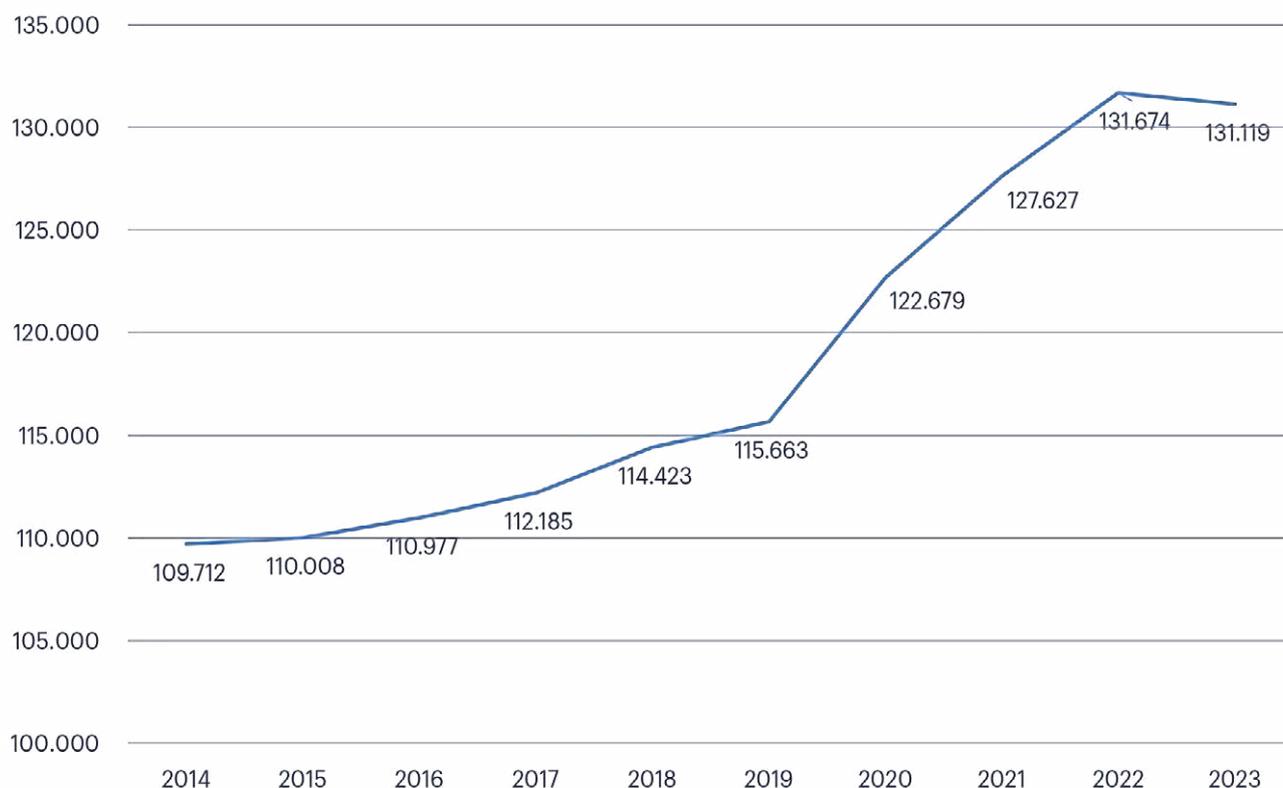
## Spesa sanitaria

Un ulteriore indicatore per valutare la performance sanitaria è quello della spesa sanitaria. In questo paragrafo analizziamo la spesa sanitaria in Italia e quella degli altri paesi europei, proponendo anche un'analisi di correlazione tra questo indicatore e l'aspettativa di vita alla nascita. In Italia la spesa sanitaria corrente nel 2023 è stata pari a circa 131,1 miliardi di euro, in calo

rispetto al 2022 (-0,4%). Nel grafico 7 osserviamo una crescita continua della spesa sanitaria dal 2014 (109,7 miliardi di euro) al 2022 (131,7 miliardi). Considerando che in Italia ogni regione ha un diverso sistema sanitario è interessante capire come questa spesa sia declinata a livello territoriale.

### grafico 7.

Serie storica della spesa sanitaria corrente in Italia, 2014-2023, valori in milioni di euro



Fonte: [Monitoraggio della spesa sanitaria, MEF, 2024](#)

Nella tabella 4 emerge una significativa eterogeneità in termini di spesa tra le regioni ma ciò è dovuto al numero di abitanti di ognuna di esse. E' interessante notare come le regioni vengano divise in tre cluster:

1. Regioni non sottoposte a piano di rientro (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata).
2. Regioni sottoposte a piano di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Puglia).
3. Autonomie speciali (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio).

Le prime hanno una gestione finanziaria più virtuosa, in grado di mantenere l'equilibrio tra entrate e spese, soprattutto nel settore sanitario mentre le regioni sottoposte a piano di rientro hanno accumulato deficit significativi nel bilancio sanitario, spesso a causa di inefficienze gestionali, sprechi o difficoltà nel contenere la spesa sanitaria. Il piano di rientro è uno strumento imposto dallo Stato per ristabilire l'equilibrio finanziario e migliorare la qualità del servizio sanitario. Nell'ultimo gruppo sono presenti le regioni a statuto speciale tranne la Sicilia che godono di maggiori autonomie finanziarie.

tabella 4.

Distribuzione percentuale della spesa sanitaria delle regioni italiane, 2023

Regioni	spesa sanitaria 2023
Piemonte	7,3%
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	0,2%
Lombardia	16,9%
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	1,2%
Provincia Autonoma di Trento	1,1%
Veneto	8,5%
Friuli-Venezia Giulia	2,2%
Liguria	2,8%
Emilia-Romagna	8,0%
Toscana	6,4%
Umbria	1,5%
Marche	2,5%
Lazio	9,1%
Abruzzo	2,1%
Molise	0,5%
Campania	8,8%
Puglia	6,4%
Basilicata	0,9%
Calabria	2,9%
Sicilia	7,7%
Sardegna	2,9%
Italia	100%

Fonte: elaborazioni Randstad Research su dati [Monitoraggio della spesa sanitaria, MEF, 2024](#)

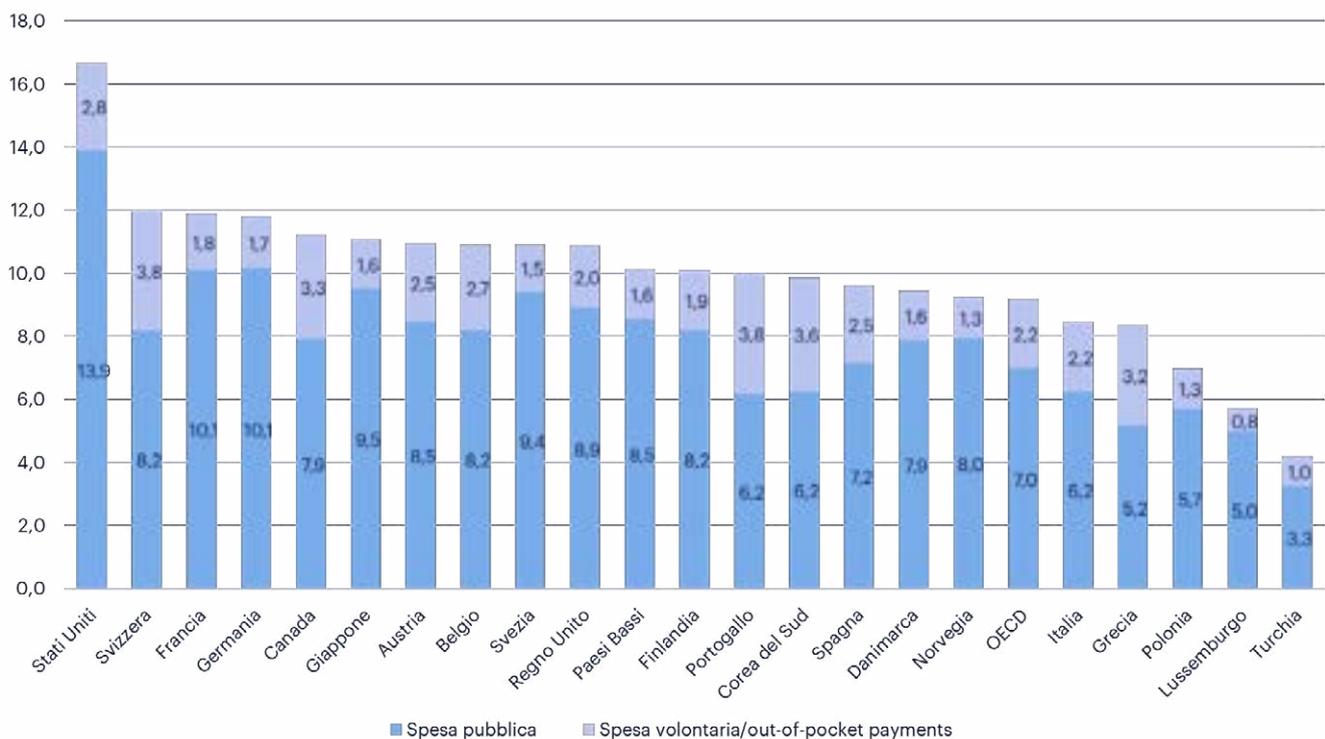
Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica italiana si è attestata al 6,2% del Prodotto Interno Lordo (PIL), un dato inferiore sia alla media OCSE, pari al 7%, che a quella europea, fissata al 6,8%. In termini di spesa pro capite, l'Italia ha investito 3.574 dollari per abitante, posizionandosi al 23° posto tra i 38 Paesi europei OCSE e all'ultimo posto tra le economie avanzate del G7. Al contrario, la Germania ha dedicato il 10,1% del proprio PIL alla sanità pubblica, con una spesa pro capite di 7.253 dollari, al pari della Francia che ha una spesa pro capite di 5.866 dollari. Come emerge dal grafico 8, allargando lo sguardo ai Paesi non UE, gli Stati Uniti si posizionano al primo posto come spesa sanitaria rispetto al PIL (16,7% ripartito in un 13,9% di

spesa pubblica e 2,8% di spesa privata). In termini di spesa privata le percentuali più alte si osservano in Svizzera e Portogallo con il 3,8% mentre l'Italia è in linea con la media OECD (2,2%).

Nonostante il sistema sanitario italiano sia riconosciuto per la sua universalità e accessibilità, l'entità della spesa è insufficiente a fronteggiare le crescenti necessità legate a una popolazione sempre più anziana. Nel 2023, il 23,9% della popolazione italiana aveva più di 65 anni, un valore tra i più alti nei Paesi sviluppati. Paesi con investimenti maggiori in sanità dimostrano una correlazione positiva con migliori risultati sanitari.

### grafico 8.

Spesa sanitaria pubblica<sup>2</sup> e out of pocket privata<sup>3</sup> in percentuale rispetto al PIL, 2023



\*il dato della media OECD e della Francia sono relativi all'anno 2022

Fonte: elaborazione Randstad Research su dati OECD

<sup>2</sup> Per spesa sanitaria pubblica si fa riferimento a quella finanziata dal governo (sanità finanziata attraverso le tasse) o alle assicurazioni obbligatorie (i cittadini devono contribuire con pagamenti a fondi sanitari pubblici o privati regolamentati).

<sup>3</sup> Per spesa privata si fa riferimento ai pagamenti e ai 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).

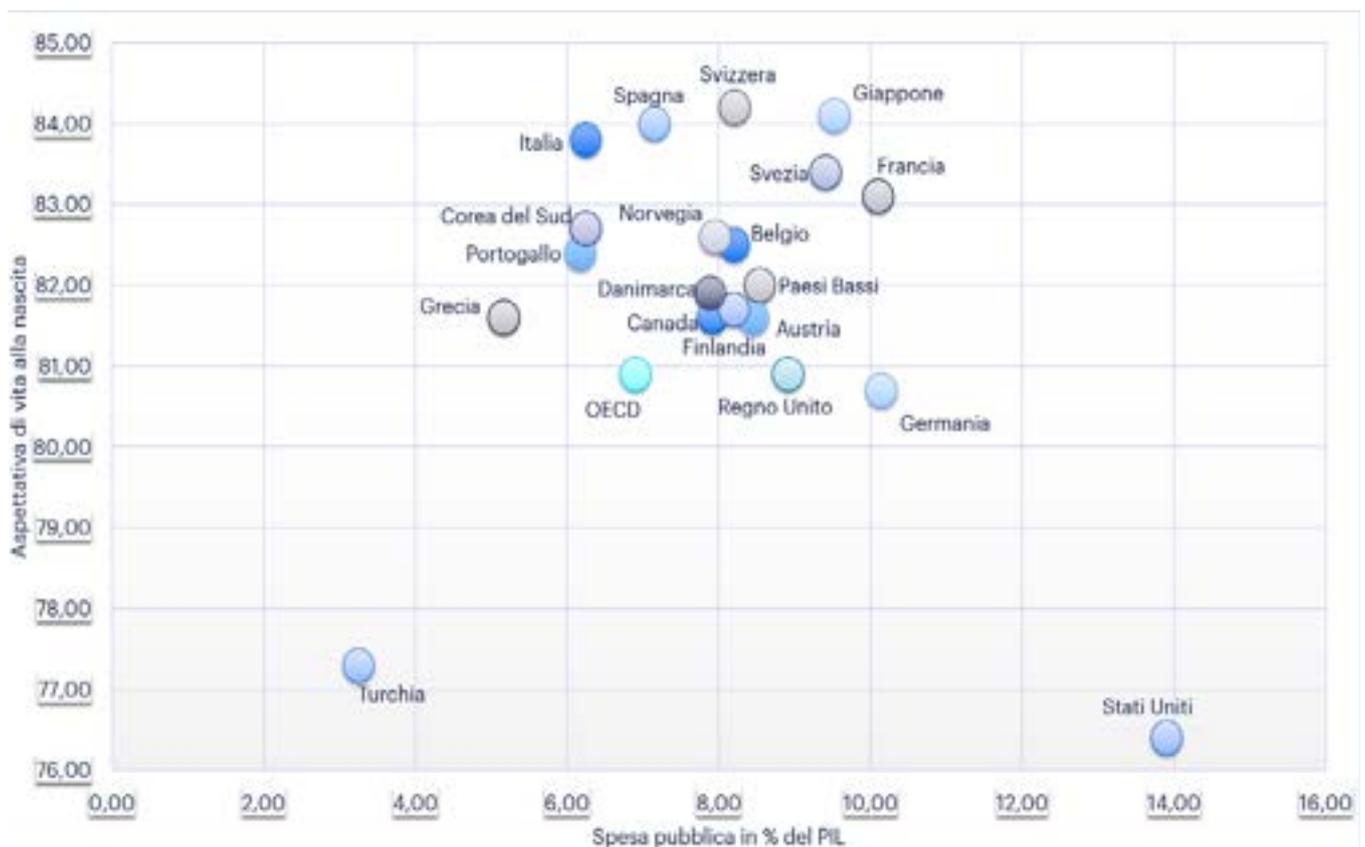
Dal grafico 9 si osserva una correlazione moderata positiva: generalmente, un aumento della spesa sanitaria pubblica è associato a un'aspettativa di vita più elevata, anche se ci sono delle eccezioni. Gli Stati Uniti costituiscono una eccezione in quanto caratterizzati da una spesa pubblica sanitaria molto alta (13,9% del PIL), l'aspettativa di vita è più bassa (76,4) rispetto ad altri Paesi ad alta spesa. Occorre tuttavia ricordare che il modello USA, fortemente basato sui sistemi di assicurazione, si discosta in modo piuttosto marcato rispetto all'Europa continentale dove il servizio sanitario ha natura sostanzialmente universalistica. Paesi come Giappone, Svezia, Svizzera e Francia hanno un'aspettativa di vita superiore agli 83 anni con una spesa pubblica superiore sul

PIL superiore all'8% mentre Italia e Spagna nonostante una spesa pubblica inferiore (tra il 6% e il 7,5%) sono tra i Paesi OECD con l'aspettativa di vita più elevata. Tutti questi Paesi sembrano ottenere buoni risultati in termini di sanità pubblica. Significativo è il caso della Turchia che a fronte di una spesa pubblica molto bassa (3,3%) ha un'aspettativa di vita significativamente inferiore agli altri Paesi, intorno ai 77 anni.

Questo grafico suggerisce che, pur essendo importante una spesa sanitaria adeguata, non è l'unico fattore determinante per migliorare l'aspettativa di vita. Efficienza del sistema sanitario, prevenzione, stili di vita e fattori socio-economici giocano anch'essi un ruolo cruciale.

grafico 9.

Spesa sanitaria pubblica<sup>2</sup> e out of pocket privata<sup>3</sup> in percentuale rispetto al PIL, 2023



Fonte: elaborazioni Randstad Research su dati OECD



## Spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica netta SSN ha fatto registrare nel 2023, pari a circa 7,8 miliardi di euro, un aumento del +0,4% rispetto al 2022. Questo dato è il frutto di una combinazione di fattori e, cioè, di un aumento del +0,6% del numero delle ricette SSN, mediamente di valore più basso rispetto al 2022, in quanto, pur contenendo medicinali di prezzo leggermente più alto rispetto al 2022 (+0,4%), presentano mediamente un minor numero di confezioni per singola ricetta (-1,1% rispetto al 2022). Nel 2023 le ricette sono state poco più di 572 milioni, pari in media a 9,73 ricette per ciascun cittadino. Ogni cittadino italiano ha ritirato in farmacia in media 17,8 confezioni di medicinali a carico del SSN, di prezzo medio pari a 9,37 euro.

Nella tabella 5 forniamo un quadro regionale della spesa farmaceutica netta pro capite. La Basilicata è la regione che ha il valore più elevato (165,08 euro pro capite) indicando una maggiore incidenza della spesa farmaceutica pubblica mentre la provincia Autonoma di Bolzano è quella che mostra la spesa più contenuta (82,75), questo potrebbe derivare da una gestione più efficiente o un minor ricorso ai farmaci rimborsati dal sistema sanitario. La spesa media SSN pro capite è 133,94 euro, questo valore rappresenta un benchmark per valutare le singole regioni. Le regioni del nord spendono meno rispetto a quelle del sud e delle isole che presentando valori superiori suggeriscono una maggior dipendenza dal SSN per la spesa farmaceutica.

### tabella 5.

Spesa netta SSN media pro capite per le regioni italiane, 2023

Regioni	Spesa farmaceutica netta pro capite in euro
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	105,72
Piemonte	126,62
Liguria	123,35
Lombardia	148,61
Veneto	102,66
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	82,75
Provincia Autonoma di Trento	122,62
Friuli-Venezia Giulia	132,46
Emilia-Romagna	113,94
Marche	141,59
Toscana	121,88
Lazio	142,89
Umbria	130,90
Abruzzo	152,21
Molise	139,08
Campania	138,31
Puglia	142,86
Basilicata	165,08
Calabria	152,44
Sicilia	132,24
Sardegna	157,70
Italia	133,94

Fonte: FederFarma



L'analisi degli indicatori di performance sanitaria evidenzia come il sistema sanitario italiano presenti luci e ombre in un contesto europeo e OCSE sempre più competitivo. L'Italia si distingue per un'alta aspettativa di vita alla nascita, tuttavia emergono criticità legate alla disponibilità di posti letto ospedalieri, che risultano inferiori alla media europea, sollevando interrogativi sulla capacità di risposta a situazioni di emergenza sanitaria.

L'out of pocket sanitario, relativamente elevato rispetto ad altri Paesi europei, suggerisce una disparità nell'accesso ai servizi, influenzata da fattori socioeconomici e territoriali. A livello regionale, infatti, permangono forti disuguaglianze, con le regioni del Sud e delle isole che mostrano una maggiore dipendenza dal Sistema Sanitario Nazionale rispetto al Nord.

Un ulteriore elemento chiave è la spesa sanitaria, che nel 2023 ha raggiunto circa 131,1 miliardi di euro, registrando una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Nonostante una crescita costante dal 2014 al 2022, l'Italia investe il 6,2% del PIL in sanità pubblica, una percentuale inferiore alla media OCSE e ai principali Paesi europei. La distribuzione territoriale della spesa evidenzia una gestione più virtuosa nelle regioni non sottoposte a piano di rientro, mentre le regioni sottoposte a piano di rientro continuano a lottare con deficit strutturali, spesso legati a inefficienze gestionali. Le autonomie speciali, invece, beneficiano di un maggiore margine di manovra finanziaria, con significative differenze nella spesa pro capite. Dall'analisi emerge una correlazione moderata positiva tra spesa sanitaria pubblica e aspettativa di vita, sottolineando come un adeguato investimento in sanità possa migliorare i risultati di salute. Tuttavia, l'efficienza del sistema, la prevenzione, gli stili di vita e i fattori socioeconomici giocano un ruolo altrettanto cruciale, come dimostra il caso degli Stati Uniti, dove un'elevata spesa non corrisponde a un'aspettativa di vita proporzionalmente alta. Per migliorare la performance sanitaria, l'Italia dovrebbe perseguire un riequilibrio territoriale della spesa sanitaria, potenziare l'efficienza gestionale nelle regioni in difficoltà e aumentare gli investimenti in prevenzione e innovazione.

Solo attraverso un approccio integrato sarà possibile affrontare le sfide legate a una popolazione sempre più anziana e garantire un accesso equo ed efficace ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale.

### 1.3 attrattività e condizioni di lavoro.

Come vedremo nel dettaglio nel paragrafo dedicato alla formazione, l'attrattività delle diverse specializzazioni mediche è estremamente disomogenea. Le condizioni lavorative che caratterizzano le professioni sanitarie, anche queste di carattere non uniforme, fanno presupporre che le ragioni dei diversi livelli di attrattività delle specializzazioni mediche siano da indagare al di là di un mero gradimento. Proviamo ad analizzare i possibili principali fattori di influenza.

#### Orari, carichi di lavoro e burnout

La disponibilità di personale medico per i cittadini è garantita sulle 24 ore, 365 giorni all'anno. Per le emergenze vi sono il pronto soccorso, per le necessità di assistenza medica con carattere di non differibilità al di fuori dell'orario di apertura ambulatoriale del proprio medico o pediatra vi è il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica). I professionisti che prestano servizio in queste specifiche attività sono sottoposti ad orari e turnistiche con notturni e festivi che possono renderle meno attrattive in quanto maggiormente impattanti sulla vita privata. L'[indagine](#) della Federazione dei Medici Internisti Ospedalieri (Fadoi) ha rilevato che il 49,6% del personale sanitario italiano soffre di quella che in gergo tecnico si definisce "Sindrome da burnout", con percentuali più alte tra i medici (52%) rispetto agli infermieri (45%). Il fenomeno colpisce soprattutto le donne e aumenta con l'età, mentre tra i giovani sotto i 30 anni scende al 30,5%. Questa condizione aumenta di molto la possibilità di commettere errori sanitari, che in Italia sarebbero circa 100mila l'anno. Inoltre, quasi la metà dei coordinatori sanitari (47,4% tra i coordinatori medici e 45% tra i coordinatori infermieristici) pensa di licenziarsi entro l'anno, spesso afflitti da un senso di frustrazione e attratti da stipendi più alti all'estero o nel settore privato.

Secondo Fadoi, per contrastare questa crisi è necessario migliorare le retribuzioni, le condizioni di lavoro e la dotazione di personale nel sistema sanitario pubblico.

Inoltre, alcune specializzazioni mediche sono caratterizzate da un'elevata pressione psicofisica, con un numero significativo di ore di lavoro settimanali e una costante esposizione a situazioni di emergenza e stress emotivo. È il caso, ad esempio, di specializzazioni quali oncologia, medicina d'urgenza o anestesia. La carenza di personale, inoltre, aggrava ulteriormente il problema, portando a turni prolungati e difficoltà nel garantire periodi di riposo adeguati.

Interventi mirati, come il supporto psicologico e programmi di gestione dello stress, potrebbero contribuire a migliorare la qualità della vita lavorativa di questi specialisti.

### Organizzazione del lavoro

Tra le numerose fonti, il [19° Rapporto CREA Sanità](#) segnala un'inadeguata organizzazione del lavoro da parte delle strutture ospedaliere che contribuisce al peggioramento delle condizioni lavorative, in particolare per le professioni infermieristiche. Distribuzione inefficiente delle risorse umane, carichi di lavoro sbilanciati tra i diversi reparti, gestione non ottimale dei turni che spesso comporta turnazioni eccessive e una ridotta possibilità di recupero contribuiscono ad aumentare i livelli di stress degli operatori. Ad aggravare la situazione vi sono poi la carenza generale di personale e il numero insufficiente di assunzioni. L'adozione di strumenti tecnologici ad hoc da parte delle strutture è una possibile strada che può contribuire ad effettuare interventi mirati all'efficacia organizzativa mantenendo contenute le spese.

### Possibilità e impossibilità di integrare il reddito con altre attività

Gli stipendi, come sappiamo, rappresentano un punto d'attenzione nel nostro paese, anche in ambito sanitario. I nostri medici, secondo il [rapporto](#) "Il necessario cambio di paradigma nel Servizio sanitario: stop all'aziendalizzazione e ritorno del primato della salute" della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCeO) e del Censis, sono tra i più poveri d'Europa: un professionista dipendente del

Servizio sanitario nazionale guadagna in media il 76% in meno di un medico olandese, il 72,3% in meno di un tedesco, il 54,8% meno di un irlandese, il 38,4 in meno di un danese.

Alcune specializzazioni mediche permettono ai professionisti di svolgere altre attività oltre a quella ospedaliera, dallo studio privato in primis, ad esempio per dietologi, cardiologi, dermatologi, proctologi etc., alle collaborazioni esterne anche al di fuori dell'ambito strettamente legato alle cure sanitarie. Pensiamo alla grande diffusione delle cliniche estetiche, con il loro fabbisogno di professionisti medici come chirurghi o anestesisti. Tale possibilità non è presente per chi sceglie ad esempio medicina d'urgenza e non ha dunque la possibilità di integrare il proprio reddito svolgendo la medesima attività all'esterno dell'ospedale. In questo caso la proposta di rivedere gli indirizzi di specializzazione dedicati alla medicina d'urgenza abolendo e destinando a tali attività gli specialisti a turno potrebbe rappresentare una soluzione per

### Scarse prospettive di carriera per gli infermieri

Particolarmente rilevante per le professioni infermieristiche risultano la mancanza di stimoli professionali e l'assenza di prospettive di carriera, che contribuiscono ad alimentare la disaffezione verso la professione. Per l'anno accademico 2023/2024 si è verificata una diminuzione del -10,5% di [domande su Infermieristica](#) passando da 25.539 domande dello scorso anno alle attuali 22.870 su 19.860 posti disponibili. Il rapporto domande/posti (D/P) è di 1,2, in calo rispetto all'anno precedente (1,3). Un elemento di positività in questo senso, per le generazioni di infermieri future, è rappresentato dall'introduzione delle specializzazioni infermieristiche; master che permetteranno di perfezionare la propria formazione aprendo le porte a carriere maggiormente qualificate e con possibilità di retribuzioni più alte.

### Riconoscimento professionale e status sociale

Il prestigio e il riconoscimento sociale associati a una determinata specializzazione giocano un ruolo importante nella sua attrattività. Alcune discipline godono di un maggiore status sociale, influenzando la percezione che i futuri professionisti hanno della loro carriera. Specializzazioni come chirurgia, cardiologia e neurologia sono spesso considerate più prestigiose rispetto ad altre come medicina di base o geriatria. Tale dinamica potrebbe essere affrontata attraverso campagne di sensibilizzazione e valorizzazione del ruolo di tutte le specializzazioni, evidenziandone l'importanza strategica per il sistema sanitario.

### Remunerazione e incentivi economici

In molte professioni sanitarie, gli stipendi iniziali possono risultare poco competitivi rispetto alla lunghezza del percorso formativo richiesto. Inoltre, la discrepanza retributiva tra diverse specializzazioni e tra il settore pubblico e privato sembra pesare in maniera significativa nella scelta del percorso professionale. Alcuni settori, come la chirurgia plastica o la cardiologia interventistica, offrono maggiori opportunità di guadagno rispetto ad altre discipline meno remunerative, come la geriatria o la psichiatria. La presenza di incentivi economici per le specializzazioni meno attrattive potrebbe contribuire a riequilibrare le scelte dei futuri professionisti.

Tutti i possibili fattori che influenzano l'attrattività delle professioni mediche sono da osservarsi anche in rapporto con i cambiamenti demografici propri del nostro paese. Contestualmente ad un graduale calo della popolazione legato alla bassa natalità, si osserva anche un invecchiamento in costante crescita. Questo, se da un lato fa prospettare per il futuro un minore fabbisogno di personale medico, legato alla minore popolazione, inserisce un ulteriore elemento di riflessione. Più la popolazione è in età avanzata maggiore è la sua necessità di cure, soprattutto per affrontare le patologie croniche. A parità di numeri, una popolazione giovane ha necessità di supporti sanitari ed assistenziali estremamente più bassi rispetto ad una popolazione più anziana. Inoltre, il fabbisogno di una popolazione più anziana è legato a determinate specializzazioni che tendono ad essere anche meno attrattive. Alla luce di tutti i fattori osservati si compren-

de come la fuga di cervelli dal settore medico in Italia è motivo di preoccupazione. Come evidenziato da FNOMCeO, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, sono [circa mille](#) i medici italiani che ogni anno richiedono i certificati per trasferirsi all'estero, mentre un recentissimo studio Anaa-Assomed conteggia [3mila medici](#) che fuggono all'estero ogni anno. La medesima federazione ha evidenziato che [il 40% dei medici](#) italiani valuterebbe di emigrare all'estero. Il risultato di questa emorragia di professionisti è particolarmente critico in un Paese che, pur avendo attualmente un buon rapporto tra medici e abitanti, si trova ad affrontare un crescente fabbisogno di cure legato all'invecchiamento della popolazione. La perdita di medici che si sono trasferiti all'estero, stimata in [quasi 40mila unità negli ultimi cinque anni, 180mila nell'ultimo ventennio](#), rischia di acuitizzare ulteriormente le carenze di personale in un momento di elevata necessità per il sistema sanitario nazionale.

## 1.4 investimenti, pnrr.

La direzione degli investimenti previsti ci aiuta a capire in quale direzione si muoveranno i settori e le loro professioni negli anni a venire. In questa sezione articoliamo una panoramica dei principali investimenti previsti in Italia per il comparto sanitario.

### PNRR

Come è ormai noto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è lo strumento attraverso il quale il governo gestisce la spesa dei fondi del [Next Generation EU](#), lo strumento di ripresa e rilancio economico introdotto dall'Unione europea per fare fronte alle conseguenze della recente pandemia e permettere uno sviluppo verde e digitale dei Paesi membri. Al tema della "Salute", la cui titolarità è affidata al Ministero della Salute, è dedicata l'intera missione 6 del Piano, la quale ha subito numerose modifiche nel corso del tempo in merito a finanziamenti e contenuti. Ad oggi ammonta ad un totale di 15,62 miliardi di euro, l'8,03% del totale dei fondi PNRR. La Missione 6 prende le mosse proprio dall'esperienza pandemica per evidenziare la necessità di poter contare, come paese, su un Sistema Sanitario Nazionale capace di rispondere repentinamente ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Per ottenere ciò vengono individuate due strade, in primis quella dell'avvicinamento fisico del SSN al cittadino (componente 1) ed in secondo luogo quello dell'innovazione tecnologica, che prevede un generale miglioramento delle tecnologie in uso e delle competenze in possesso (componente 2).

La missione 6 è suddivisa in due componenti:

- Componente 1. "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Prevede una riforma ("Defini-

zione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale") e 3 investimenti (tabella 1).

- Componente 2. "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale". Prevede una riforma ("Revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute") e 5 investimenti.

tabella 6.

Distribuzione degli investimenti del PNRR per la Missione 6, "Salute"

Componente	Nome investimento	Importo	% sul totale della Missione
C1, Investimento 1.1	Case della comunità e presa in carico della persona	2 MLD	12,80%
C1, Investimento 1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,75 MLD	30,41%
C1, Investimento 1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1 MLD	6,40%
C2, Misura 1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05 MLD	25,93%
C2, Misura 1.2	Ospedale sicuro e sostenibile	888,85 mln	5,69%
C2, Misura 2.1	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67 MLD	10,69%
C2, Misura 12.2	Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	524,14 mln	3,36%
C2, Misura 1.5	Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	737,6 mln	4,72%
<b>Totale</b>		<b>15,62 miliardi</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, [Il monitoraggio della spesa sanitaria](#), rapporto n. 11, 2024

Le due riforme, così come gli investimenti ad esse collegati (suddivisi come da tabella 1) mirano, in primo luogo, ad introdurre nuovi standard strutturali, tecnologici e organizzativi per le strutture sanitarie territoriali, con l'obiettivo di garantire una maggiore integrazione tra le diverse strutture e una risposta più coordinata ai bisogni della popolazione e, in secondo luogo, a migliorare la qualità e l'eccellenza del SSN potenziando il rapporto tra salute, innovazione e ricerca. Tutti gli obiettivi previsti [risultano conseguiti](#).

A valle della Missione di diretta competenza, vi sono ulteriori Missioni del PNRR che contengono elementi relativi al settore sanitario:

- Nella Missione 1 (sub-misura 1.3.2 della componente 1) per l'implementazione dello "Sportello Digitale Unico", è previsto un adeguamento ai fini della completa digitalizzazione del procedimento di richiesta online della tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).
- Nella Missione 5, trasversalmente alle 3 Componenti in cui è suddivisa: "Trasformazione del mercato del lavoro (1), valorizzazione del terzo settore e degli elementi sociali (2), coesione territoriale (3). Gli interventi di miglioria previsti, tra cui, ad esempio, la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità e il rafforzamento degli interventi per gli anziani non autosufficienti, agiscono in favore di una sempre maggiore cooperazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

### Piano Nazionale Complementare

Il [decreto-legge n. 59 del 2021](#) ha introdotto un Piano Nazionale di investimenti Complementari al PNRR (PNC). Rispetto alla Missione 6, il PNC destina ulteriori 2,38 miliardi di euro per investimenti di tipo sanitario complementari al PNRR. Gli interventi del PNC si concentrano su tre principali direttrici:

- "Rafforzamento della capacità di far fronte ai rischi sanitari presenti e futuri legati ai rischi ambientali e climatici" (complementare alla Componente 1).
- "Creazione di un ecosistema sanitario innovativo" (complementare alla Componente 2).

- "Potenziamento delle misure previste dal PNRR per l'adattamento delle strutture ospedaliere", inizialmente prevista come parte del PNC, questa direttrice è stata successivamente rimodulata. Le risorse destinate a questo intervento sono state trasferite al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finanziato con le risorse nazionali di cui all'[articolo 20 della legge n. 67 del 1988](#) di cui accenniamo di seguito.

### Articolo 20 della legge n. 67 del 1988

L'[articolo](#) autorizzava l'esecuzione, ad oggi ancora in corso a distanza di quasi 30 anni, di un programma pluriennale di "interventi di edilizia sanitaria, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti" per l'importo originario complessivo di 30.000 miliardi di lire.

Ad oggi è ancora in atto la seconda fase, la quale ammonta, alla luce dei successivi rifinanziamenti, a 29,046 miliardi di euro, la cui gestione è delegata alle singole regioni o altri enti.



2.

megatrend che  
plasmano il futuro delle  
professioni sanitarie.

## 2.1 innovazioni tecnologiche e digitalizzazione.

E' divenuto celebre in campo medico un [articolo del New York Times](#) del 2023 che indicava la presente come "l'epoca d'oro della medicina". Questo grazie agli innumerevoli passi avanti permessi nel campo della ricerca medica dalle nuove tecnologie a disposizione, in particolare machine learning ed intelligenza artificiale, che hanno fornito una rapidissima accelerata a decenni di ambiziosissimi studi. Come abbiamo appena visto, l'innovazione tecnologica rappresenta un elemento trainante degli investimenti dedicati al settore medico in Italia. Vediamo ora quali sono le principali tecnologie ed innovazioni che si stanno affacciando sul settore. Ci soffermeremo poi a delineare le implicazioni positive legate all'adozione di queste innovazioni e quali sono invece gli aspetti da considerare con attenzione per far indirizzare l'innovazione verso miglioramenti dei servizi per il cittadino e per un miglioramento della qualità del lavoro per i professionisti del settore della salute.

### Telemedicina

La [telemedicina](#) è l'insieme delle tecniche che utilizzano le reti di comunicazione per la fornitura di servizi sanitari e di formazione medica da una località geografica ad un'altra. Le principali applicazioni di questa tecnologia sono volte a risolvere problemi come l'ineguale distribuzione dei servizi e la carenza di risorse infrastrutturali e/o umane. Risulta altresì utile in un contesto come quello attuale, in cui carenze territoriali coesistono con la necessità di indirizzare gli assistiti sui servizi più appropriati per evitare inefficienze, come il sovraffollamento dei pronto soccorso. Oltre al miglioramento dell'assistenza territoriale, la diffusione della telemedicina ha un impatto sullo snellimento dei processi, riducendo gli spostamenti ed ottimizzando l'utilizzo di risorse e permette di monitorare a distanza e in maniera regolare i parametri dei pazienti, [impattando positivamente](#) sulla gestione delle patologie croniche e sulla prevenzione delle complicazioni. Tra gli impatti auspicabili della telemedicina per il futuro a medio termine, il [19° Rapporto CREA Sanità](#) segnala l'agevolazione della comunicazione medico-paziente, per introdurre nuovi e complementari canali di comunicazione

più in linea con le attitudini culturali del tempo, a condizione di un'adeguata alfabetizzazione digitale che permetta di comprendere pregi e limiti di questo nuovo canale comunicativo agevolato, in particolare per i contatti preliminari e per il monitoraggio periodico.

Sebbene si parli di telemedicina da oltre 15 anni, tale tecnica ha inizialmente dovuto fronteggiare una serie di diffidenze tutt'oggi presenti da entrambi i lati, medico e paziente. Le restrizioni imposte dalla pandemia hanno permesso alla tecnica di dimostrare la propria valenza strategica e, ad oggi, la crescente presenza di erogazioni di servizi a distanza in campo medico è stata generalmente accettata da tutte le Regioni. Ciò che resta da sviluppare è un cambiamento di tipo culturale dove saranno i professionisti in prima persona a superare le diffidenze accompagnando ed istruendo gli assistiti nell'utilizzo di tali strumenti. D'altro canto, come sottolineato anche dall'Istituto Superiore di Sanità, la telemedicina ha già dimostrato la sua utilità, dal momento che la dematerializzazione delle prescrizioni, la deburocratizzazione e i video-contatti con gli specialisti sono elementi con cui gli assistiti hanno già da tempo iniziato a familiarizzare.

In che modo si può declinare la telemedicina? La tassonomia prevede 7 prestazioni differenti di telemedicina riconosciute dal Sistema Sanitario Nazionale.

tabella 1.

Tassonomia delle prestazioni di telemedicina riconosciute dal SSN

Prestazione	Definizione
televisita	atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver
teleconsulto medico	atto medico in cui il professionista interagisce con uno o più medici per dialogare riguardo la situazione clinica di un paziente, tramite videochiamata o anche in modalità asincrona
teleconsulenza medico-sanitaria	attività sanitaria, non necessariamente medica, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Può essere erogata alla presenza del paziente o in maniera differita
teleassistenza	atto professionale che si basa sull'interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver
telemonitoraggio	modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo
telecontrollo	controllo a distanza del paziente tramite una serie cadenzata di contatti con il medico, per mezzo di videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici
teleriabilitazione	erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone con disabilità o disturbi, oppure a rischio di svilupparli

Fonte: [Rapporto Oasi 2023](#)

Il decreto [21 settembre 2022](#) del Ministero della Salute identifica quattro servizi minimi di telemedicina la cui erogazione è deputata alle Infrastrutture Regionali di Telemedicina: televisita (le televisite sono operative dal 1° gennaio 2022 a seguito del loro inserimento nell'[Accordo Stato-Regioni del 17/12/2020](#)), teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza (inclusa la teleriabilitazione).

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, la telemedicina è inserita all'interno della Missione 6, Componente 1 del PNRR, dove,

all'investimento 2 troviamo "Casa come primo luogo di cura e telemedicina". Qui, il sub-investimento 3.1, "telemedicina" prevede la realizzazione della [Piattaforma Nazionale di Telemedicina \(PNT\) \(presentata pubblicamente il 5 gennaio 2025\)](#), realizzata da AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali in quanto soggetto attuatore. La sua realizzazione è stata avviata nel novembre 2023 e ha l'obiettivo, entro la fine del 2025, di fornire assistenza remota ad almeno 300mila persone assistite.

## codici bianchi e verdi nei pronto soccorsi e accessi impropri.

[Dal 2019](#) l'accesso ai pronto soccorso è regolamentato secondo una scala di 5 codici numerici con possibilità di associazione di un colore assegnato ai pazienti sulla base delle condizioni cliniche, rischio evolutivo e disponibilità delle risorse presenti. Fatta eccezione per i codici 1 rosso, 2 arancione e 3 azzurro, che indicano rispettivamente emergenza, urgenza e urgenza differibile, i successivi due codici stanno ad indicare condizioni stabili, senza rischio evolutivo che solitamente richiedono prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici monospecialistiche (codice 4 verde, urgenza minore) o problemi non urgenti con minima rilevanza clinica (codice 5 bianco, non urgenza). Il codice assegnato ordina l'accettazione dei pazienti secondo un tempo massimo d'attesa che dovrebbe andare dall'accesso immediato, per il codice rosso, all'accesso entro 240 minuti per il codice bianco.

Nel 2023 gli accessi ai pronto soccorsi ai quali sono stati assegnati i codici bianco o verde, ossia quelli di minore o nulla urgenza, hanno rappresentato il 68% degli accessi totali.

Agenas definisce come "impropri" gli accessi

alla visita medica in pronto soccorso «in codice bianco e verde, con l'esclusione dei traumi; giunti in PS in modo autonomo o inviati dal medico di famiglia, nei giorni feriali e festivi e in orari diurni, con dimissione al domicilio o a strutture ambulatoriali». Secondo una loro [ricognizione](#), gli accessi impropri ai pronto soccorso sono stati pari a 3,9 milioni nel 2022 ossia il 22% del totale in Italia. Per l'anno successivo la medesima agenzia registra un lieve incremento degli accessi impropri, con [4 milioni di accessi](#) che ricadono in tale categoria.

Un utilizzo improprio del pronto soccorso, quando non è giustificato da reale necessità e urgenza, impatta naturalmente sia in termini economici sul SSN sia in termini di tempi di attesa per i pazienti con reali necessità. Le iniziative in corso volte a rendere più capillare e accessibile la disponibilità di cure e/o assistenza, di iniziativa nazionale, come la telemedicina o l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), o regionale, come i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) lanciati in Emilia Romagna, contribuiscono all'alleggerimento del carico per i pronto soccorso.

## Intelligenza Artificiale

Per intelligenza artificiale (IA) in campo sanitario ci riferiamo al complesso di tecnologie avanzate che possono essere utilizzate per migliorare e ottimizzare pratiche e processi all'interno del sistema sanitario. In particolare, l'IA risulta un valido alleato in termini di:

- [supporto alla diagnosi e alla cura](#), grazie alla sua capacità di analizzare in poco tempo grandi quantità di dati
- efficientamento dei processi e gestione delle risorse in maniera efficiente ([lean management in primis](#))
- ricerca e sviluppo, per analizzare i dati e per prevedere le risposte ai trattamenti
- miglioramento dell'esperienza del paziente, per ottimizzare la comunicazione fornendo informazioni e supporto

- predizione di malattie o complicanze attraverso l'analisi dei dati elettronici dei pazienti
- monitoraggio della salute attraverso i dispositivi indossabili, con la possibilità di comunicare le informazioni in tempo reale ai professionisti sanitari
- analisi automatica delle immagini radiografiche grazie a big data e deep learning.

Così come avviene per la telemedicina, anche l'IA trova menzione diretta all'interno del PNRR, in particolare, sempre per la Missione 6, Componente 1, l'investimento 1.2.2.4, "Intelligenza Artificiale" prevede la "realizzazione di un'infrastruttura di Intelligenza Artificiale nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale, in particolare all'interno delle [Case di Comunità](#)". Tale strumento

intende supportare i professionisti fornendo suggerimenti di tipo diagnostico-terapeutico non vincolanti riguardanti attività di promozione e prevenzione della salute. Ciò ha lo scopo di perseguire il miglioramento e l'efficientamento dei percorsi di cura degli assistiti, in particolare di coloro che affrontano patologie di tipo cronico.

### Robotica

Una particolare applicazione dell'IA in campo medico è quella legata alla robotica. La chirurgia robotica, in primis, viene in aiuto nelle procedure che richiedono velocità, precisione e controllo in fase di esecuzione permettendo l'utilizzo di tecniche sempre meno invasive con una maggiore flessibilità che permette di raggiungere aree altrimenti difficili da trattare con le tecniche tradizionali. Il suo utilizzo è altresì utile nelle fasi precedenti le operazioni, in cui permette ai chirurghi di pianificare l'operazione e prepararsi in modo dettagliato grazie alla modellazione 3D. Analogamente, può essere applicata in campo formativo per simulazioni e pratica e per creare scenari di intervento. Può essere utile infine per alleggerire il lavoro medico facendosi carico delle operazioni più semplici.

La robotica nel settore medico non impatta soltanto in campo chirurgico. Un ulteriore elemento di innovazione è rappresentato dai robot assistenziali, che possono trovare applicazione nell'assistenza per le attività quotidiane, in particolare per i pazienti a ridotta mobilità, oppure per la somministrazione dei farmaci. Possono venire inoltre in supporto ai professionisti per le attività di riabilitazione.

### Questioni aperte e rischi

L'introduzione delle tecnologie digitali rappresenta, ad oggi, il più grande cambiamento in corso nel settore sanitario italiano. Vi sono alcuni aspetti da monitorare per essere certi che la diffusione della digitalizzazione si applichi, come è auspicato, per un miglioramento della qualità del lavoro e dei servizi erogati. Un possibile rischio legato all'ampia diffusione

## Incentivi alla digitalizzazione per i professionisti sanitari nella Legge di Bilancio 2025

Gli incentivi per una maggiore digitalizzazione del comparto sanitario italiano non passano solo dagli investimenti in campo. La [Legge di Bilancio 2025](#) prevede due misure specifiche a ciò dedicate:

- Credito d'imposta per la digitalizzazione, previsto nella misura del 40% per l'acquisto di strumenti digitali volti a migliorare la gestione dei pazienti. E' applicabile anche alla formazione ad hoc del personale.
- Incentivi per la telemedicina, a fondo perduto, per l'implementazione di soluzioni quali piattaforme per la consultazione a distanza e/o dispositivi per il monitoraggio da remoto dei pazienti con patologie croniche. Coprono fino al 60% delle spese sostenute, per un massimale di 20mila euro.

degli strumenti virtuali in campo medico riguarda il rapporto tra medico e paziente. In un contesto in cui l'esposizione a stimoli mediatici e il [rischio di disinformazione](#) sono alti, introdurre un ulteriore elemento di mediazione nel rapporto diretto tra il medico ed il suo assistito è segnalato da alcuni (si vedano ad esempio le riflessioni di [Muzzetto](#) e di [Casonato](#)) come un rischio, andando a rendere più difficoltoso il contatto umano e la dimensione empatica. Esistono poi rischi legati ai divari di alfabetizzazione digitale, "digital divide". Come più sopra menzionato, l'utilizzo delle tecnologie richiede un'adeguata alfabetizzazione, mettendo dunque a rischio le fasce più deboli di popolazione ovvero coloro che non possiedono tali competenze e in particolare coloro che si collocano nelle fasce di età più avanzata. Tali rischi nell'utilizzo dello strumento si espandono inoltre in ambito di sicurezza e tutela dei dati. Come segnalato in particolare dal [7°rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale](#), l'alfabetizzazione digitale di professionisti sanitari, pazienti e familiari, deve viaggiare di pari passo con un adeguamento delle infrastrutture digitali, poiché la garanzia di pari accesso alle cure, laddove queste

vengano somministrate a distanza è strettamente legata ad un'adeguata possibilità di connessione e, non da ultimo, dalla presenza di infrastrutture fisiche adatte.

In ultimo, è da segnalare come gli aspetti etici legati all'utilizzo delle tecnologie in campo medico risultino centrali. Gli output delle tecnologie devono rappresentare un supporto per il professionista che deve valutare i possibili rischi in termini di equità e la possibile presenza di distorsioni (bias) nei risultati e nelle indicazioni fornite, contestualizzando i risultati al singolo caso, in relazione al contesto in cui è osservato e considerando una molteplicità di fattori, come genere, stili di vita e alimentari, abitudini, etc.

## 2.2 cambiamenti demografici e socio-culturali.

La Commissione Europea [ha da tempo riconosciuto](#) la necessità di fronteggiare i cambiamenti demografici, con particolare riferimento alla riduzione della numerosità della popolazione e al suo invecchiamento. Dal punto di vista sanitario ha segnalato la necessità, in primis, della promozione di un invecchiamento sano e, in secondo luogo, la disponibilità di cure accessibili, di buona salute e di cure a lungo termine come aspetto cruciale per il mantenimento di autonomia e dignità dell'anziano.

Sebbene negli ultimi anni abbiamo assistito ad una graduale diminuzione del carico di malattie in tutte le classi di età ed in particolare nella classe di età over 65 è altrettanto vero che con l'avanzare dell'età aumenta il ricorso al sistema sanitario, quantificabile, ad esempio, con il numero di consultazioni mediche o in notti trascorse in ospedale. [Un recente studio della Commissione Europea](#) ha rilevato, in particolare, che la spesa pubblica sanitaria pro capite incrementa in maniera significativa già a partire dai 50 anni di età. Tale informazione va osservata contestualmente al dato relativo alla speranza di vita alla nascita poiché, come è noto, l'Unione Europea rappresenta uno dei continenti più anziani. In tale classifica l'Italia

rappresenta uno dei continenti più anziani. In tale classifica l'Italia si posiziona ai vertici, con una speranza di vita alla nascita in costante aumento e pari a [83,1 anni](#) nel 2023. A livello europeo, si prevede che la popolazione over 65 raggiungerà quasi il 30% del totale entro il 2050. L'aumento della longevità e i progressi medici hanno fatto sì, nel corso del tempo, che patologie dapprima letali si tramutassero in patologie croniche, con una maggiore pressione sul sistema sanitario dovuta all'aumento della domanda di assistenza a lungo termine.

La [principale richiesta](#) di prestazioni socio-sanitarie per la popolazione in età anziana è quella relativa all'assistenza per la non auto-sufficienza. L'ultima edizione del rapporto sul [Benessere Equo e Sostenibile in Italia \(2023\)](#) rileva la crescente domanda di servizi di assistenza domiciliare, con un aumento del numero di anziani assistiti a domicilio: nel 2022 se ne contavano quasi 460 mila, il 3,3% della popolazione over 64, in aumento rispetto all'anno precedente. Non a caso il potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI) è un target che figura all'interno degli investimenti della missione 6 del PNRR, per via di un miglior rapporto costi-benefici. In particolare, l'obiettivo del PNRR è quello di arrivare a prendere in carico tramite il SSN il 10% della popolazione di età superiore ai 65 con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti entro la metà del 2026.

Come sottolinea il [focus ANVUR 2023](#) la programmazione del fabbisogno di medici e altri professionisti sanitari è più che strategica nel contesto attuale, in particolare per la carenza di professionisti in specializzazioni mediche che proprio hanno a che vedere con le tendenze demografiche e che risultano, come approfondiremo nel capitolo dedicato alla formazione, scarsamente attrattive, com'è il caso della specializzazione in geriatria. Le [proiezioni](#) a livello europeo indicano che, con i livelli attuali di uscite ed ingressi, un aumento dei professionisti sanitari al 2071, ma quello che occorre domandarsi è se la quantità sarà congrua per soddisfare la domanda proiettata in scenari che tengono conto dei cambiamenti

demografici e del relativo utilizzo dei servizi sanitari. A guardare il futuro a breve e medio termine intanto, a livello italiano, CREA segnala una carenza di 43.240 medici e di 39.240 infermieri nei prossimi 5 anni.

[Ad oggi](#), le posizioni di assistenza domiciliare sono per lo più occupate da persone straniere, con bassi titoli di studio e donne, badanti, che operano talvolta in sostituzione di quella che sarebbe la figura professionale regolamentata e adeguatamente formata per la funzione di assistenza agli individui non autosufficienti ossia l'Assistente alle Cure. Si tratta, in primis, degli OSS, i quali [stentano a venire inseriti nel dibattito sul tema](#). Il Rapporto Crea Sanità evidenzia che la pratica della sovrapposizione tra le due figure unitamente alla mitigata voce in capitolo delle figure assistenziali non fanno che alimentare la difficoltà di un adeguato tracciamento e relativa programmazione per un aspetto che invece meriterebbe già oggi estrema attenzione.

Alla luce di quanto emerso è urgente la necessità di incrementare le assunzioni di medici e infermieri. Oltre a ciò la promozione di stili di vita e invecchiamento sani risultano un ulteriore strumento non solo per il benessere dei cittadini, ma anche per alleggerire il carico sul sistema sanitario, senza dimenticare come le malattie e le relative terapie impattano non soltanto sugli individui colpiti direttamente, ma anche sulle loro famiglie, sulla comunità in cui sono inserite e quindi sulla disponibilità di forza lavoro in modo diretto e indiretto. Osservando i cambiamenti demografici in senso lato possiamo vedere poi come, in generale, anche in ambito sanitario le esigenze dei pazienti stiano andando modificandosi verso una richiesta di assistenza sempre più personalizzata ed accessibile, che richiede, di conseguenza, competenze e modelli di cura differenti. In questo senso, significativo come il dibattito sulla medicina di genere stia trovando finalmente spazio anche nelle [sedi ufficiali](#), dove si sta ponendo l'[attenzione](#) sulla necessità di evitare distorsioni non soltanto nell'utilizzo degli strumenti tecnologici, ma anche nello sviluppo di farmaci e terapie.

Vi sono infatti evidenze di uno squilibrio di genere e di appartenenza etnica nella composizione sia dei partecipanti ai trial clinici sia dei ricercatori coinvolti nelle ricerche.

Un ulteriore tema di rilievo relativamente ai cambiamenti dei fabbisogni della popolazione è quello della salute mentale, con particolare riferimento agli individui di età più giovane. Il Covid ha avuto un impatto a [lungo termine sul benessere psichico soprattutto delle giovani e giovanissime generazioni](#), che dal 2020 mostrano un [peggioramento](#) costante del benessere psicologico. Ciò ha portato l'attenzione sul tema, riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una priorità di salute pubblica su cui indirizzare azioni e progetti specifici.

Il cambiamento non riguarda soltanto i giovani, ma coinvolge l'intera popolazione, come dimostrano i [dati in crescita](#) relativi alla fruizione di supporti psicologici, così come l'andamento dei recenti [bonus](#) erogati. In tempi recenti è stata dunque avanzata nuovamente la proposta dell'istituzione dello psicologo di base in affiancamento al ruolo del medico di base. La prima proposta di legge risale ad [esattamente 15 anni fa](#) e, ad oggi, la nuova proposta di legge risulta [ferma da circa un anno](#) per mancanza di fondi. Qual è lo stato dell'arte attuale? L'indirizzamento verso eventuali supporti di tipo psicologico (psicologo o psichiatra) deve avvenire da parte del medico di base. Di quali competenze dispone oggi? Il settore scientifico-disciplinare della psicologia generale è stato inserito solo di recente tra le attività formative indispensabili di base tra le discipline generali per la formazione del medico. Il [DM 2 aprile 2020 n. 8](#) attualmente in vigore, ha adeguato la normativa del [DM 16 marzo 2007](#), il primo testo a introdurre il tema della salute mentale nei piani di studi di Medicina e Chirurgia, alla luce delle direttive emanate negli anni successivi. Il decreto 2 aprile 2020 n. 8 descrive che la pratica della professione dei medici si basa su "un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute, delle persone sane o malate anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale che le circonda". Considerando il lungo iter di

studio dei professionisti medici, i primi medici di base che abbiano effettivamente sostenuto almeno un esame dedicato alla salute mentale non sono ancora arrivati ad esercitare la professione. Inoltre, in vista dell'imminente [riforma delle classi di laurea](#) che coinvolgerà anche i piani di studio di Medicina e Chirurgia, non è possibile sapere ad oggi quali saranno le sorti di tale insegnamento.

Sempre con riferimento al DM 2 aprile 2020 n.8 al compimento degli studi il medico deve "avere sviluppato e maturato un approccio fortemente integrato al paziente, valutandone criticamente non solo tutti gli aspetti clinici, ma anche dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico possibile" (DM 2 aprile 2020). Il testo prende dunque in esame anche un ulteriore aspetto dei cambiamenti demografici e socio-culturali che stanno impattando l'ambito sanitario ossia i fenomeni migratori. L'importanza di conoscere gli "aspetti caratterizzanti della società multietnica, con specifico riferimento alla varietà e diversificazione degli aspetti valoriali e culturali", così come la "padronanza scritta e orale di almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre all'italiano", venivano riconosciuti già all'epoca del [DM 16 marzo 2007 \(allegato 1\)](#), che riformava i piani di studio precedenti. Successivamente, il [DM 2 aprile 2020 n. 8](#) ha specificato la necessità, per i medici, di possedere le "capacità per i medi-

di rilevare e valutare criticamente da un punto di vista clinico, ed in una visione unitaria, estesa anche alla dimensione socioculturale e di genere, i dati relativi allo stato di salute e di malattia del singolo individuo".

La platea di riferimento dei professionisti medici si è modificata sostanzialmente negli ultimi decenni e per certo, un medico a ridosso dell'età pensionabile, si trova oggi ad interfacciarsi con una composizione di pazienti estremamente diversa da quella che deve aver incontrato all'inizio della sua carriera. Questo richiede che oggi i professionisti sanitari abbiano in primis cognizione delle differenze che caratterizzano una società multietnica dal punto di vista degli stili di vita ed alimentari ad esempio, ma anche dal punto di vista delle differenze culturali, comunicative e di accesso alle cure. La formula utilizzata oggi è quella della "transcultural care" (a partire dagli studi cui diede il via Madeleine Laininger negli anni '70), che coinvolge tutto il personale medico nel farsi carico, per la cura del paziente, delle conoscenze e di una spiccata sensibilità rispetto alle differenze di carattere culturale, sociale, ma anche relative a valori, convinzioni e credenze degli assistiti. Il tema lascia alcune questioni aperte che non sono state ancora affrontate in modo strutturale, ma demandate alle iniziative dei singoli. Se alcuni ospedali si sono attrezzati aggiungendo l'arabo nella cartellonistica, come gestire le cure se, ad esempio, un medico di genere maschile si trova ad avere a che fare con una paziente di genere femminile e religione musulmana o viceversa?



## L'incremento dell'offerta formativa in lingua inglese

Il [focus ANVUR 2023](#) sulla formazione in area medica fornisce un'interessante ricognizione rispetto al trend di crescita dell'offerta formativa in lingua inglese per il settore sanitario. Osservando l'offerta formativa in Medicina e Chirurgia possiamo notare che questa è cresciuta nel corso degli anni accademici dal 2011/12 al 2019/20 esclusivamente con l'apertura di nuovi corsi di Medicina e Chirurgia erogati in lingua inglese (cresciuti da 5 a 18), mentre nell'a.a. 2020/21 sono stati attivati esclusivamente (7) corsi di studio in lingua italiana.

L'offerta di corsi in inglese ha iniziato nuovamente a crescere dall'anno accademico 2021/22 (uno in più rispetto all'anno accademico precedente) e nei due anni successivi fino a raggiungere 22 corsi disponibili nell'anno ac

cademico 2023/24. Ad oggi i corsi di Medicina in lingua inglese costituiscono il 25% dell'offerta formativa nazionale.

Osservando la distribuzione territoriale dei corsi, emerge una concentrazione dei corsi di Medicina in lingua inglese in Lombardia e nel Lazio dove troviamo 12 dei 22 corsi attivi. I restanti corsi si trovano in Piemonte (1), in Veneto (1), in Emilia-Romagna (2), nelle Marche (1), in Campania (2), in Puglia (1) e in Sicilia (2).

L'incremento dell'erogazione di corsi di laurea in lingua inglese rappresenta un driver importante da un duplice punto di vista: da un lato favorisce l'arrivo di studenti stranieri, dall'altro aumenta le competenze per operare in un contesto culturale sempre più variegato.

### 2.3 sostenibilità, crisi globali e resilienza sanitaria.

La recente pandemia globale ha messo a nudo alcune [debolezze strutturali](#) e organizzative dei sistemi sanitari di tutto il mondo, incluso quello italiano. L'emergenza ha richiesto la capacità di effettuare rapidi adattamenti e ha messo in luce la necessità di sviluppare una maggiore resilienza dei sistemi sanitari. Infatti, il rischio di futuri ulteriori eventi emergenziali è aumentato dai cambiamenti climatici in atto, con conseguenze dirette e indirette sulla salute umana.

Il PNRR si fa carico della lezione appresa prima di tutto come linea di pensiero, adeguandosi alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità rispetto al concetto di [One Health](#), ossia allo sviluppo di un modello sanitario olistico che si basi sulla promozione della salute non soltanto per l'essere umano, ma anche per gli animali e l'ecosistema. Questi tre elementi vengono riconosciuti come indissolubilmente legati e dunque un approccio che li consideri nella loro completezza può risultare

benefico per fronteggiare le sfide future, in particolare per sviluppare una preparazione nei confronti di patogeni a potenziale pandemico a trasmissione respiratoria. Il tutto fa forte leva sulla collaborazione di competenze multidisciplinari, ma anche sul coinvolgimento della cittadinanza tra gli stakeholder attivi nella diffusione di tale cultura.

La prevenzione è un elemento chiave in questo senso, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario. La redazione del [Piano nazionale di comunicazione del rischio pandemico 2023-2028](#) (ad interim, che andrà sostituito dal [piano 2024-2028](#) in fase di bozza al momento della redazione del presente rapporto), l'attuale piano pandemico, ha tenuto conto delle linee guida internazionali sopravvenute, in particolare di quelle direttive prodotte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [Preparedness and Resilience for Emerging Threats Module 1: Planning for respiratory pathogen pandemics](#).

Un'importante conseguenza della situazione emergenziale vissuta è di carattere organizzativo. Se negli anni precedenti il Covid, la ten-

denza era quella di accentrare le cure nei grandi ospedali, negli anni successivi è diventata quella di dislocare le cure quanto più possibile, con un duplice obiettivo. Il primo è quello di garantire a ciascun cittadino un equo accesso alle cure, così come sancito dai diritti costituzionali. Il secondo è quello che riguarda la necessità di alleggerire reparti ospedalieri da tempo saturi. Sappiamo che oggi l'equo accesso è osteggiato da alcuni fattori. Le grandi città offrono più luoghi di erogazione di cure, mentre le aree interne soffrono di difficoltà nell'accesso alle cure, in primis per la mancanza di personale medico, a partire dai medici di base. Allo stesso tempo, al crescere della dimensione dei centri abitati più ampia è la pressione esercitata dai bacini di utenza sui servizi, con conseguenti [proibitive liste d'attesa](#) per accedere al SSN.

Come abbiamo visto, le iniziative del PNRR e in particolare le Case di Comunità, la Telemedicina e le [Farmacie dei Servizi](#) (rifinanziate con la Legge di Bilancio 2025) hanno l'obiettivo di ridurre la pressione su alcuni punti di libero accesso al sistema sanitario e a favorire una migliore allocazione dei pazienti in base ai loro bisogni. Il dato sulle liste d'attesa è indicatore dell'opportunità di riorganizzare la tradizionale struttura del sistema sanitario. Dato ancor più persuasivo sono i circa [2,7 milioni di cittadini](#) che nel 2023 hanno rinunciato alle cure a causa dei tempi di attesa troppo lunghi. Fenomeno che va letto anche nei suoi risvolti a medio e lungo termine, in quanto il ritardo nelle visite riduce la probabilità di identificare indicatori di future patologie e allontana il ruolo del sistema sanitario dalla prevenzione alla cura, con conseguenti aumenti dei costi per il sistema stesso. Le [differenze](#) in termini di giorni di attesa tra SSN ed erogazioni private vanno da un minimo di 30 giorni di attesa in più per l'accesso tramite SSN per le prestazioni più "rapide" ad anche 80 giorni di attesa in più. Molte ASL non forniscono del tutto la possibilità di prenotazione (fenomeno delle liste bloccate), di fatto [violando](#) quanto previsto dalla Legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, comma 282.

Le cause dei ritardi sono principalmente due:

la prima, già menzionata, è quella delle prestazioni accumulate a causa dei rinvii dovuti al Covid, la seconda è legata alle difficoltà nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, aggravate dalla mancanza di risorse professionali adeguate a soddisfare l'aumento della domanda.

Come quantifichiamo tale mancanza di risorse in termini di professionisti? Andiamo per ordine. Innanzitutto vi sono carenze più o meno gravi, una delle più gravi è certamente quella relativa alla medicina d'urgenza. Un'indagine conoscitiva condotta dalla XII Commissione Permanente (Affari Sociali) della Camera e rilasciata nel maggio 2024 [ha evidenziato](#) una carenza di 4.500 medici e circa 10.000 infermieri operanti nei pronto soccorso.

C'è concordanza in letteratura nell'affermare che l'attuale carenza di professionisti sanitari, salvo iniziative governative che intervengano a sanarla, si protrarrà, peggiorando, per i prossimi cinque anni. Per citare uno studio fra tutti, il 19° rapporto CREA Sanità nel 2024 segnalava una carenza di 43.240 medici e di 39.240 infermieri nei successivi 5 anni. Perché questo accade? La disponibilità di medici ed infermieri neolaureati anno per anno è specchio degli accessi universitari resi disponibili per la facoltà di Medicina e Chirurgia circa un decennio prima, il tempo necessario a un medico per concludere la formazione. Quello che è accaduto è che fino agli anni della pandemia gli accessi alla facoltà sono stati di anno in anno ridotti per poi essere aumentati gradualmente a partire dal 2019. Gli anni in cui ci troviamo adesso sono coincidenti con il picco della curva dei pensionamenti con un esodo, nel giro di circa 3 anni, di [40 mila medici](#) dal SSN e di quasi [109 mila infermieri](#) tra il 2023 e il 2032. In aggiunta la pandemia ha aumentato notevolmente il carico di stress sulla professione medica inducendo molti ad anticipare il pensionamento rendendo il fabbisogno di medici ancora più acuto.

Che cosa accadrà tra circa un decennio, ossia quando arriveranno sul mercato i laureati

delle annate relative al cambio di rotta negli accessi alla facoltà di Medicina? Nel 2030 il problema da affrontare sarà esattamente opposto. [Uno studio Anaao-Assomed](#) del 30 marzo 2023 prevedeva, nel 2030, un surplus di 32mila medici laureati al netto dei pensionamenti previsti. E non è finita perché la curva ascendente potrebbe crescere di molto: [un approfondimento del Sole 24 Ore](#) pubblicato esattamente a un anno di distanza si spinge fino al 2035-2040 segnalando il rischio di un esubero di circa 60 mila medici. Il tutto in un contesto in cui complessivamente la popolazione italiana è attesa diminuire e con essa il fabbisogno di medici. Sorte opposta è invece quella prevista per gli infermieri, dove la carenza non è stata bilanciata e dove la situazione rischia di divenire insanabile con una carenza di 300 mila infermieri al 2035.

Attualmente, la carenza di personale ha costretto gli ospedali a ricorrere a misure di tamponamento, da quella approvata nel decreto milleproroghe che fino al 2025 consente di assumere medici in pensione fino ai 72 anni al ricorso ai medici "a gettone". Questi ultimi sono professionisti che vengono selezionati per singoli turni scoperti nella platea di laureati, pensionati e liberi professionisti. Quella che dovrebbe rappresentare una misura d'emergenza è diventata tuttavia una valida alternativa per tanti professionisti diventati gettonisti di professione, che gestiscono in autonomia le richieste di lavoro e, grazie all'assenza di un contratto di lavoro dipendente, anche a raggiungere stipendi molto più alti dei medici di pari qualifica stabilmente assunti.

Alla luce di quanto abbiamo visto la sostenibilità del sistema sanitario pubblico italiano sembra vacillare, con un settore privato che ha da tempo scalzato quello pubblico in termini di attrattività per i medici e in termini di utilizzo per la popolazione che può permettersi di scegliere. Nel capitolo conclusivo

ricapiteremo e discuteremo le evidenze emerse in un quadro complessivo, focalizzando l'attenzione sulle conseguenze economiche e sociali, con particolare attenzione verso le fasce più fragili della popolazione. Alcune valide soluzioni fornite per affrontare nell'immediato le carenze sono note e si legano alle problematiche relative alle condizioni di lavoro che abbiamo visto nel primo capitolo: migliorare tale condizioni di lavoro, aumentare le retribuzioni, migliorare la sicurezza e la tutela del personale medico, limitare la responsabilità professionale. A ciò si aggiunge il reclutamento dall'estero di personale formato o la formazione all'estero di personale da importare, ma ciò non farebbe che dare vita ad un successivo problema: che fare di medici ed infermieri extra quando tra cinque anni i laureati inizieranno ad essere in esubero?

Per concludere la panoramica sulla sostenibilità occorre tornare a volgere lo sguardo alla situazione globale, dove la recente notizia dell'[uscita degli USA dall'Organizzazione Mondiale della Sanità](#), seguiti a ruota dall'[Argentina](#), apre a nuovi scenari.

L'uscita non sarà immediata, in quanto secondo le regole stabilite nel 1948 per uscire dall'OMS occorre fornire un preavviso di un anno ed onorare gli obblighi finanziari per il periodo in corso. Questo margine di tempo potrebbe trasformarsi in un'opportunità per negoziare riforme interne, come una maggiore trasparenza nella governance e una redistribuzione più equa dei contributi tra i membri. Tuttavia, il ritiro comprometterebbe l'accesso dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) ai dati globali cruciali per fronteggiare emergenze sanitarie, e metterebbe a rischio i progressi nella lotta a malattie come HIV, malaria e tubercolosi. In un'epoca di condivisione di dati e di nuove future pandemie sempre dietro l'angolo, l'obiettivo di salvare 40 milioni di vite entro il 2028 probabilmente non sarà il solo punto del programma destinato a non essere onorato.

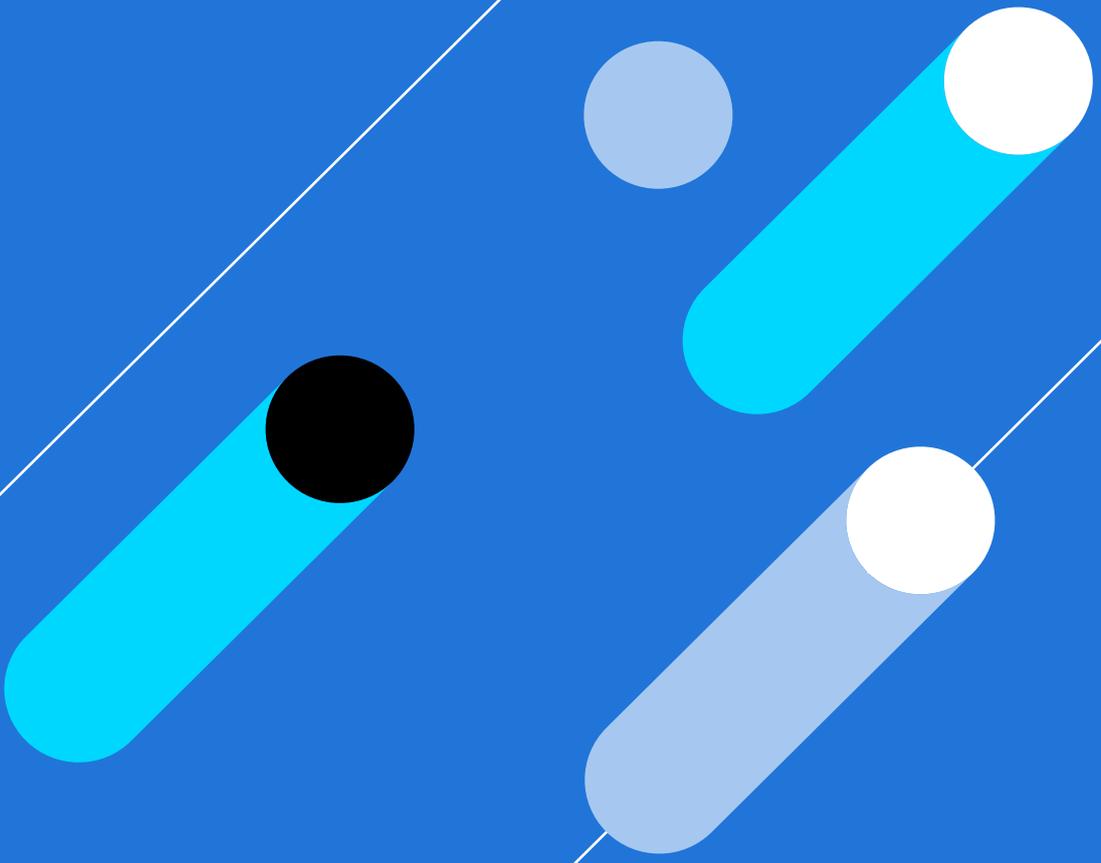
## specializzazioni meno attrattive e cambiamenti demografici.

La carenza di professionisti nelle specializzazioni che riguardano la medicina d'urgenza rappresenta un fattore particolarmente critico. Tuttavia vi sono ulteriori specializzazioni in cui i contratti faticano a venire assegnati a causa di una scarsa attrattività.

- Anatomia patologica
- Anestesia Rianimazione
- Terapia Intensiva e del dolore
- Audiologia e foniatria
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Toracica
- Farmacologia e Tossicologia Clinica
- Genetica medica
- Geriatria
- Igiene e medicina preventiva
- Malattie Infettive e Tropicali
- Medicina di comunità e delle cure primarie
- Medicina d'emergenza-urgenza
- Medicina e Cure Palliative
- Medicina interna
- Medicina nucleare
- Microbiologia e virologia
- Nefrologia
- Patologia Clinica e Biochimica Clinica
- Radioterapia
- Statistica sanitaria e Biometria.

La lista è fornita da [un'indagine](#) sul riordino del personale sanitario discussa alla Camera il 29 gennaio 2025. Per affrontare il problema, per l'anno accademico 2023/2024 sono state effettuate delle correzioni ai dati di fabbisogno già forniti dalle Regioni, cercando di riequilibrarne la distribuzione, ma, come abbiamo appena visto, gli effetti di tali correzioni si potranno osservare soltanto tra 10 anni.

In un paese sempre più longevo e con la previsione di una quota di cittadinanza anziana sempre più alta, criticità in specializzazioni come geriatria, specifiche delle età più avanzate rappresentano un fattore negativo.



3.

professionisti e  
competenze.

### 3.1 formazione.

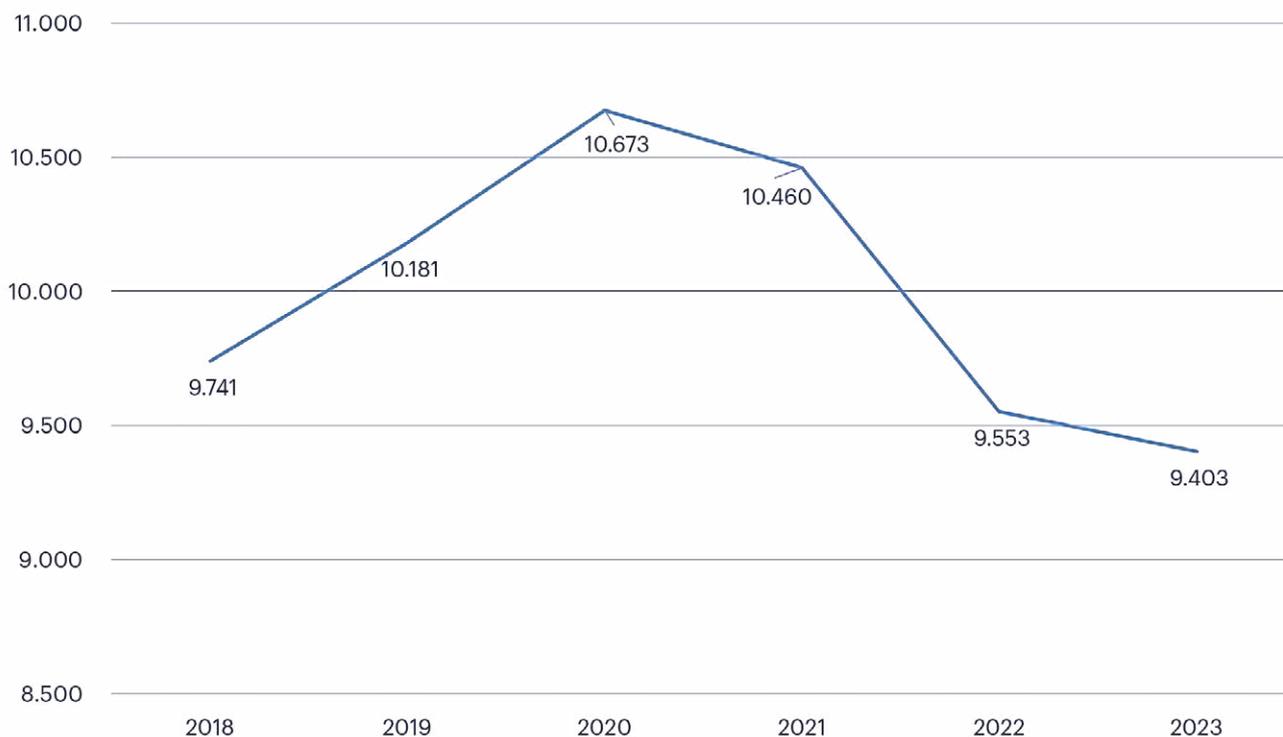
La formazione universitaria di medici, infermieri e farmacisti rappresenta un pilastro fondamentale per garantire un sistema sanitario efficace e di qualità. L'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche richiedono un costante aggiornamento dei percorsi formativi, affinché i professionisti siano adeguatamente preparati ad affrontare le sfide di oggi e del futuro. In questo contesto, l'integrazione tra competenze teoriche e pratiche diventa essenziale per sviluppare capacità cliniche, comunicative e gestionali. Il presente capitolo analizza le caratteristiche, le criticità e in alcuni casi le novità dei percorsi formativi adottati nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, infermieristica e ostetricia e farmacia.

#### Medici

Tra il 2018 e il 2023 si è assistito a un andamento altalenante se consideriamo il numero di laureati nella classe di [laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia](#) (grafico 1). Tra il 2018 e il 2020, si verifica un aumento passando da 9.741 laureati a 10.673 laureati. Dall'anno della pandemia il numero di laureati continua a scendere fino a toccare 9.403 unità nel 2023. Il

#### grafico 1.

Andamento dei laureati degli ultimi 6 anni della classe di laurea a ciclo unico in Medicina e chirurgia (2018-2023)



Fonte: AlmaLaurea

unità nel 2023. Il 58,8% dei laureati sono donne, contro il restante 41,2% di laureati uomini. L'età media alla laurea è di 27,1 anni e il 62,2% dichiara che si iscriverebbe nuovamente allo stesso corso di laurea nello stesso ateneo. Il tasso di occupazione ad un anno dalla laurea è dell'85,9% e la retribuzione media netta mensile è di 1.814 euro. Per entrambi i dati osserviamo un incremento se consideriamo l'occupazione a cinque anni dal conseguimento della laurea: il tasso di occupazione sale al 93,1% e la retribuzione a 1.874 euro mensili. Il 90,4% di coloro che lavorano a cinque anni dalla laurea dichiara di utilizzare in misura elevata le competenze acquisite con il percorso di studi e la soddisfazione complessiva media è pari a 8/10. I principali profili professionali ricoperti da chi consegue un titolo in questo indirizzo di studi sono:

- medici generici (CP 2.4.1.1.0)
- specialisti in terapie mediche (CP 2.4.1.2.0)
- farmacisti (CP 2.3.1.5.0).

La laurea in Medicina e Chirurgia rappresenta un percorso di studi esennale che fornisce una solida formazione teorica e pratica nelle scienze mediche di base e cliniche. Per poter operare come specialisti in settori specifici della medicina, è necessario tuttavia proseguire gli studi con una scuola di specializzazione. Le specializzazioni offrono una formazione approfondita e altamente qualificante in aree come la chirurgia, la cardiologia, la pe-

diatria e molte altre, consentendo al medico di sviluppare competenze avanzate e di rispondere con maggiore efficacia alle esigenze dei pazienti.

Il sindacato dei medici e dirigenti sanitari italiani, Anaa Assomed, in un recente [studio](#) esplora i contratti di specializzazione non assegnati e/o abbandonati per le regioni italiane.

#### tabella 1.

Contratti di specializzazione non assegnati e/o abbandonati<sup>4</sup> nel 2021 e 2022<sup>5</sup> nelle regioni italiane<sup>6</sup>

Regione	Contratti banditi	Contratti non assegnati		Contratti abbandonati		Contratti totali non assegnati e abbandonati	
Lombardia	5.106	636	12%	265	5%	901	18%
Lazio	4.065	295	7%	264	6%	559	14%
Emilia-Romagna	3.298	383	12%	164	5%	547	17%
Veneto	2.757	457	17%	185	7%	642	23%
Toscana	2.570	429	17%	144	6%	573	22%
Campania	2.428	247	10%	141	6%	388	16%
Sicilia	2.067	55	3%	166	8%	221	11%
Piemonte	1.861	253	14%	101	5%	354	19%
Puglia	1.427	177	12%	100	7%	277	19%
Liguria	836	109	13%	62	7%	171	20%
Sardegna	828	175	21%	51	6%	226	27%
Friuli-Venezia Giulia	827	238	29%	57	7%	295	36%
Abruzzo	750	151	20%	51	7%	202	27%
Marche	646	145	22%	47	7%	192	30%

Fonte: Anaa-Assomed, 2023

4 Per "contratti non assegnati" si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l'ha scelto. Per "contratti abbandonati" si intende un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l'anno successivo e ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

5 I dati analizzati fanno riferimento alla somma dei contratti del 2021 e del 2022.

6 Nel rapporto sono analizzati i contratti di sole 14 Regioni (quelle con la popolazione più elevata).

Dalla tabella 1 emerge che le regioni che bandiscono più contratti e che coincidono con quelle con il maggior numero di iscritti all'università sono Lombardia (5.160) e Lazio (4.065). In Sicilia solo il 3% dei contratti risulta non assegnato, seguita dal Lazio con il 7% mentre in Friuli Venezia Giulia quasi un contratto su tre non viene assegnato. Se la situazione, per quanto riguarda i contratti non assegnati, è molto eterogenea a livello territoriale, questa è molto più equa se consideriamo i contratti abbandonati: la percentuale in questo caso oscilla tra il 5% (Lombardia, Piemonte e Emilia-Romagna) e l'8% (Sicilia).

Questi dati evidenziano uno squilibrio territoriale nell'attrattività delle scuole di specializzazione, che potrebbe essere legato a fattori come la distribuzione delle strutture formative, le opportunità professionali offerte nelle diverse regioni, come abbiamo osservato nel capitolo iniziale di questo rapporto. Dai dati di Anaa Assomed emerge un chiaro e marcato mismatch tra quello che è il fabbisogno attuale della popolazione e ciò a cui oggi aspirano i neo medici.

Il problema dei contratti non assegnati e abbandonati non riguarda la totalità delle specializzazioni, ma solo una parte di queste. Nello specifico quelle meno ambite sono microbiologia e virologia con un tasso pari al 78,3% (tra contratti non assegnati e abbandonati), patologia clinica e biochimica clinica (70,2%), radioterapia (67,7%), medicina d'emergenza urgenza (60,7%) e medicina di comunità e delle cure (57,4%). Dall'altro capo della classifica troviamo dermatologia e venereologia (0,4%), malattie dell'apparato cardiovascolare (1,4%), oftalmologia (1,8%) e chirurgia plastica ricostruttiva (2,2%).

La tabella 2 mostra il tasso di copertura dei posti nelle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2022/2023, suddiviso in sei fasce:

- Tra le specializzazioni più attrattive, con un tasso di copertura oltre il 90%, troviamo dermatologia, endocrinologia, pediatria, neurologia e malattie dell'apparato cardiovascolare e digerente. Queste aree attraggono un numero elevato di candidati, probabilmente per una combinazione di sbocchi professionali sicuri, condizioni

lavorative migliori e prospettive economiche vantaggiose.

- Allergologia, malattie dell'apparato respiratorio, medicina dello sport, neuropsichiatria infantile, psichiatria e reumatologia sono specializzazioni richieste (rientrano nella fascia di copertura tra l'80% e l'89,9%), anche se meno attrattive rispetto al gruppo precedente.
- Tra le specializzazioni con copertura tra il 70% e il 79,9% troviamo solo oncologia medica che, nonostante abbia una significativa rilevanza nella sanità, ha un interesse intermedio da parte degli aspiranti specialisti.
- Ematologia e scienze dell'alimentazione hanno una copertura parziale (tra il 60% e il 69,9%), indicando una minore attrattiva tra i neolaureati.
- Geriatria e medicina interna rientrano in una fascia di scarsa attrattività (tra il 50% e il 59,9%) nonostante l'elevata domanda di specialisti in questi campi dovuta all'invecchiamento della popolazione.
- Malattie infettive, medicina d'emergenza e urgenza, medicina di comunità e delle cure primarie, medicina palliativa, medicina termale e nefrologia sono tra le specializzazioni meno richieste (specializzazioni con meno del 50% di copertura). La bassa copertura in medicina d'emergenza e urgenza è particolarmente critica, vista la necessità di specialisti in pronto soccorso. Analogamente, anche il basso tasso di copertura di malattie infettive risulta critico alla luce del crescente rischio di emergenze sanitarie legato ai cambiamenti climatici in corso.

Nel complesso emerge quindi uno squilibrio dell'attrattività delle specializzazioni che sembra essere correlato con le condizioni di lavoro previste nell'area corrispondente: le aree chirurgiche e dell'emergenza-urgenza sono sempre meno scelte dai neolaureati, mentre le aree che garantiscono l'accesso a percorsi professionali più stabili e meno stressanti attraggono più candidati.

La mancanza di specialisti in ambiti chiave come la geriatria, la medicina interna e d'emergenza è un fattore di rischio che espone il sistema sanitario nazionale a ulteriori pressioni nei prossimi anni.

Una sfida per il nostro Paese sembra essere dunque quella di riequilibrare l'attrattiva delle specializzazioni mediche, per la quale sarebbe utile introdurre incentivi economici e contrattuali per quelle meno richieste, migliorando anche le condizioni lavorative nei reparti più stressanti. Investire nelle infrastrutture ospedaliere potrebbe rendere più stimolanti gli ambienti di lavoro meno attrattivi. Inoltre, rafforzare i programmi di orientamento durante il corso di laurea permetterebbe agli studenti di

agli studenti di conoscere meglio le opportunità professionali in questi ambiti. Allo stesso tempo, una riforma dei percorsi formativi, con l'introduzione di specializzazioni interdisciplinari e competenze innovative, potrebbe aumentare l'interesse dei giovani medici. Infine, campagne di sensibilizzazione aiuterebbero a valorizzare l'importanza strategica di aree come la medicina d'urgenza e la geriatria, cruciali per il futuro del sistema sanitario.

tabella 2.

Tasso di copertura posti nelle scuole di specializzazione (anno accademico 2022/2023)

Oltre 90%	80%-89,9%	70%-79,9%	60%-69,9%	50%-59,9%	<50%
Dermatologia	Allergologia	Oncologia medica	Ematologia	Geriatria	Malattie infettive
Endocrinologia	Malattie dell'apparato respiratorio		Scienza dell'alimentazione	Medicina interna	Medicina emergenza e urgenza
Malattie apparato cardiovascolare	Medicina dello sport				Medicina di comunità e delle cure primarie
Malattie apparato digerente	Neuropsichiatria infantile				Medicina e cure palliative
Neurologia	Psichiatria				Medicina termale
Pediatria	Reumatologia				Nefrologia

Fonte: [RAPPORTO ANVUR - LA FORMAZIONE DI AREA MEDICA, 2024](#)

## accesso al corso di laurea di medicina e chirurgia.

La programmazione del numero di studenti ammessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia è da anni al centro di un acceso dibattito. Sebbene anche altri corsi di laurea a programmazione nazionale, come Odontoiatria, Architettura, Veterinaria e le professioni sanitarie (es. Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia), seguano modelli di accesso simili, il corso di Medicina si distingue per l'elevata discrepanza tra il numero di candidati e i posti disponibili: per l'anno scolastico 2023/2024 il rapporto posti-domande è stato di [circa 1 a 4](#), con oltre 80mila candidati a fronte dei 19.544 posti messi a bando. Questa situazione, in relazione al dato di contesto sulla scarsità di personale sanitario, contribuisce a intensificare le discussioni sulle modalità di accesso e sull'utilità del numero programmato. Inoltre, la programmazione nazionale dei posti per il corso di Medicina e Chirurgia segue storica un andamento altalenante, influenzata dal fabbisogno previsto di medici e dalla capacità formativa delle università in termini di risorse e infrastrutture.

A differenza di Medicina, per corsi come Scienze della Formazione e le professioni sanitarie le prove di ammissione ai corsi di laurea sono organizzate dai singoli atenei, con graduatorie locali. Nel complesso, i corsi a programmazione nazionale presentano regole eterogenee sia nella gestione delle prove che nella formazione delle graduatorie.

I laureati in Medicina rappresentano il principale bacino per l'accesso ai corsi di formazione specialistica e di medicina generale, ma, come abbiamo visto, negli ultimi anni si è verificata una significativa mancata copertura di migliaia di contratti di formazione, creando un divario tra la programmazione dei posti universitari e il sistema sanitario.

Per l'[anno scolastico 2024-2025](#) il Ministero dell'Università e della Ricerca ha stabilito una disponibilità di 20.867 posti disponibili per l'accesso al corso di laurea magistrale a ciclo unico in "Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi dentaria (lingua italiana e lingua inglese) e Medicina veterinaria (lingua italiana)",





destinati ai candidati dei Paesi UE e dei Paesi non UE, residenti in Italia e per i candidati dei Paesi non UE residenti all'estero. La distribuzione dei posti nei diversi Atenei è stata attribuita, come da iter, a seguito dell'assunzione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la determinazione dei fabbisogni.

La recente [modifica](#) dell'iter di accesso alla facoltà di Medicina prevede l'iscrizione libera al primo semestre, con ammissione al secondo semestre basata sui crediti conseguiti e una graduatoria nazionale. Il Governo dovrà definire criteri di sostenibilità, armonizzare i piani di studio e garantire il riconoscimento dei crediti in caso di mancata ammissione al secondo semestre. Il progetto mira a potenziare il Servizio Sanitario Nazionale e include misure per l'orientamento scolastico e il monitoraggio del fabbisogno di personale.

Gli stakeholder del settore sanitario e formativo hanno risposto quasi all'unanimità collocandosi in posizione contraria rispetto alla modifica: [CRUI](#) (Conferenza dei Rettori delle Università Italiane), [ANDU](#) (Associazione Nazionale Docenti Universitari), [Ordine dei Medici](#), etc. Uno fra tutti FNOPI, la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche,

che in un'[Audizione alla Camera](#) del 5 febbraio 2025, ha portato all'attenzione alcuni rischi così sintetizzabili:

- peggioramento della qualità della formazione
- insufficienti risorse per accogliere un numero illimitato di iscritti
- necessità di un rigoroso sistema di sbarramento finale per garantire una migliore selezione
- impatto negativo sull'attrattività delle professioni sanitarie, con uno svuotamento dei corsi delle professioni sanitarie a numero chiuso
- rischio di squilibrio tra le professioni
- abbassamento del valore sociale e di attrattività delle professioni sanitarie, con il rischio di vedere riversati i non ammessi a medicina nelle professioni sanitarie creando un'idea di subordinazione di tali professioni.

Tra le posizioni a supporto troviamo invece quasi esclusivamente la rappresentanza governativa, che [sottolinea](#) invece che la modifica "a differenza di un test estremamente costoso, con un sottobosco di formazione incerto e tendenzialmente inutile" offrirà agli studenti tre esami caratterizzanti spendibili per medicina o per "altre materie delle scienze e della salute".

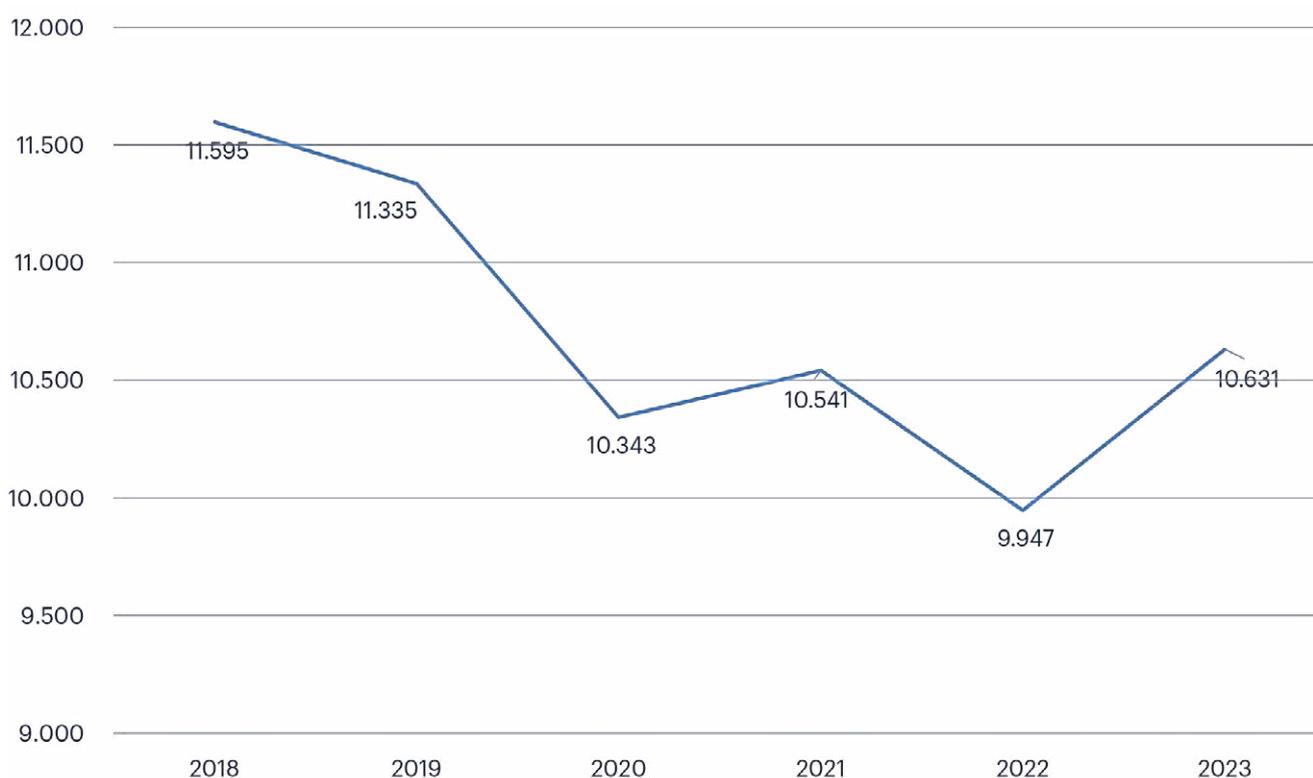
## Infermieri

i corsi di laurea per intraprendere la professione di infermiere prevedono una [laurea triennale in Professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica](#) ed una laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.

Per quanto riguarda la laurea triennale, dai dati di AlmaLaurea, emerge un calo costante dei laureati (grafico 2) dal 2018 al 2022 (da 11.595 a 9.947) con una leggera ripresa nel 2023 (10.631).

### grafico 2.

Andamento dei laureati degli ultimi 6 anni della classe di laurea triennale in Professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (2018-2023)



Fonte: AlmaLaurea

Al contrario, se consideriamo la [laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche](#), vediamo una tendenza crescente nel numero di laureati (grafico 3). La percentuale di laureati di sesso femminile rimane prevalente, anche se un po' meno marcata rispetto alla triennale (71,9%). L'età media alla laurea è particolarmente elevata (33,9 anni), poiché molti preferiscono iniziare a lavorare prima di iscriversi al corso magistrale. In questo modo, la scelta della specializzazione o dei corsi all'interno del per-

Quasi l'80% dei laureati sono donne, l'età media alla laurea è di 25,2 anni e il 69,6% afferma che si iscriverebbe di nuovo allo stesso corso e allo stesso ateneo.

Ad un anno dalla laurea il tasso di occupazione è dell'89% e la retribuzione media mensile netta si attesta a 1.676 euro. Le professioni più diffuse a seguito della laurea triennale sono:

- professioni sanitarie infermieristiche (3.2.1.1.1)
- professioni sanitarie ostetriche (3.2.1.1.2).

all'interno del percorso di studi può risultare più chiara. La percentuale di chi si iscriverebbe nuovamente allo stesso corso di laurea e allo stesso ateneo resta molto simile a quella del corso di laurea triennale (69%). Il tasso di occupazione ad un anno dal conseguimento della laurea è molto elevato e risulta pari al 90% (che sale al 91,2% a distanza di cinque anni dalla laurea) e la retribuzione media mensile netta è di 1.712 euro (che cresce attestandosi a 1.749 euro a 5 anni dalla laurea).

Dopo cinque anni dalla laurea il 92,7% lavora a tempo indeterminato, il 2,9% a tempo determinato, l'1,5% svolge un'attività in proprio e il restante 2,9% svolge un altro tipo di attività. A livello di valutazione del lavoro svolto a cinque anni dalla laurea magistrale il 49,5% dichiara di utilizzare in misura elevata le competenze acquisite con la laurea e la soddisfazione media complessiva è pari a 7,7/10.

Le professioni più diffuse post-laurea magistrale sono:

- dirigenti delle professioni sanitarie (1.1.2.4.4)
- specialisti in terapie chirurgiche (2.4.1.3.0).

Recentemente, in Italia, sono stati introdotti nuovi percorsi di specializzazione per gli infermieri, mirati a rispondere alle crescenti esigenze del sistema sanitario e a valorizzare ulteriormente la professione infermieristica. Il Ministro della Salute ha annunciato la creazio-

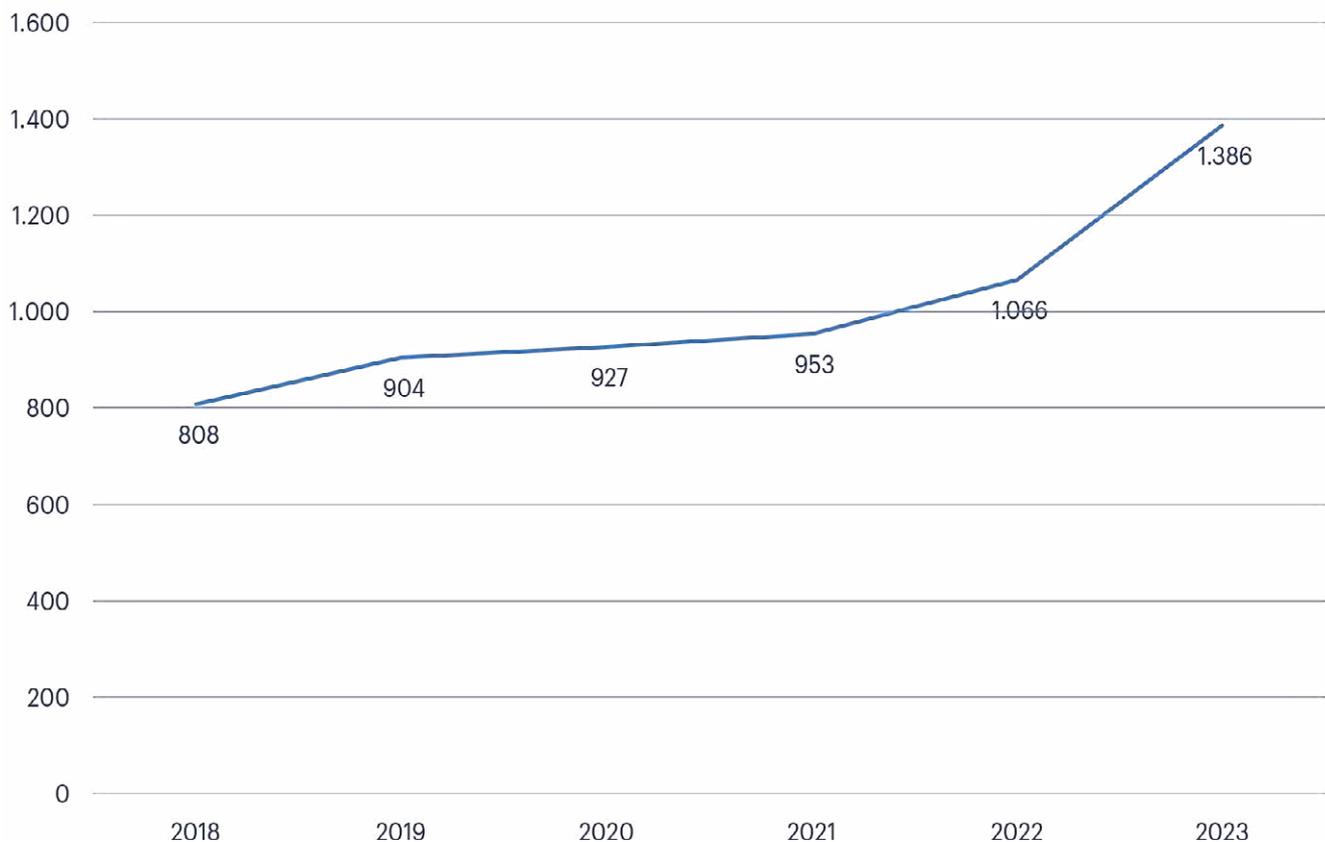
ne di tre nuove lauree magistrali specialistiche nelle seguenti aree:

- Cure primarie e sanità pubblica: focalizzata sull'assistenza territoriale e sulla promozione della salute pubblica.
- Cure pediatriche e neonatali: incentrata sull'assistenza a neonati e bambini, rispondendo alle specifiche esigenze di questa fascia di età.
- Cure intensive e nell'emergenza: rivolta alla gestione di situazioni critiche e di emergenza, sia in ambito ospedaliero che pre-ospedaliero.

Queste specializzazioni mirano a formare professionisti altamente qualificati, capaci di affrontare le sfide complesse del sistema sanitario e di garantire una risposta adeguata ai bisogni di una popolazione in evoluzione.

### grafico 3.

Andamento dei laureati degli ultimi 6 anni della classe di laurea triennale in Professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (2018-2023)



Fonte: AlmaLaurea



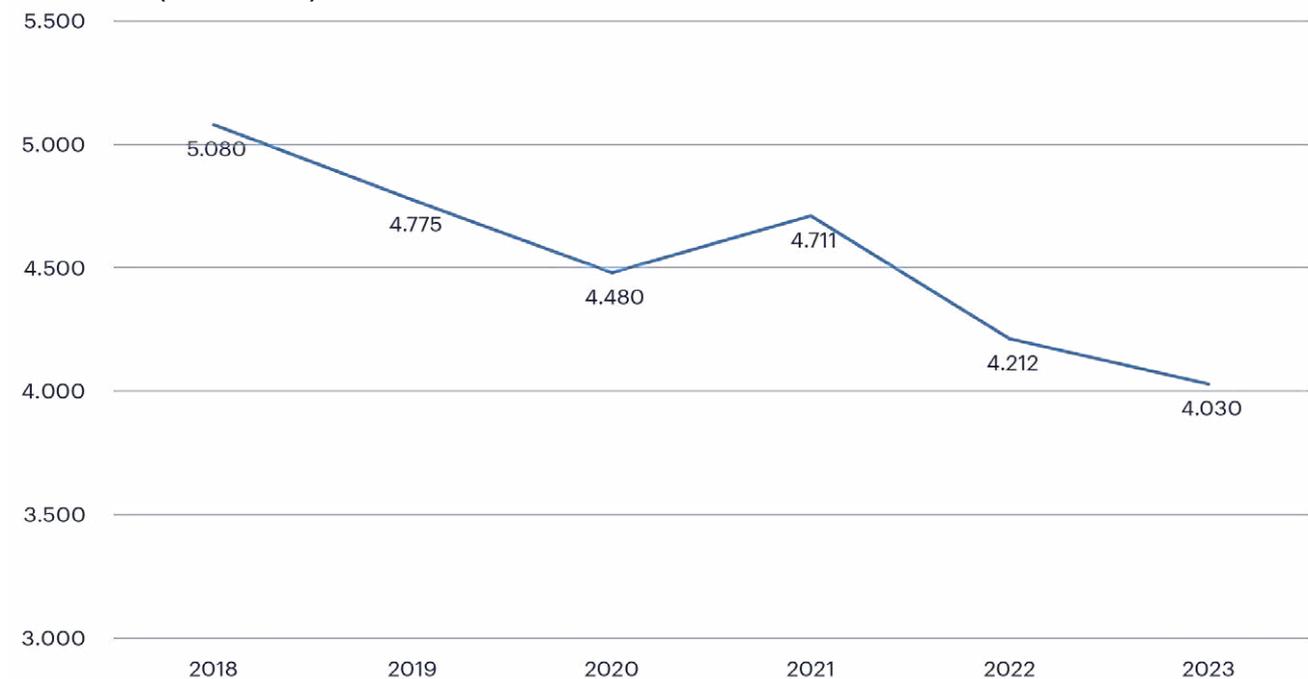
Un aspetto innovativo di queste nuove lauree è l'introduzione della [prescrizione infermieristica](#), che consente agli infermieri specializzati di prescrivere trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche, come presidi sanitari e ausili, per garantire continuità e sicurezza delle cure. Oltre a queste nuove lauree magistrali, esistono ulteriori opportunità formative per gli infermieri che desiderano ampliare le proprie competenze. I [master in infermieristica](#) coprono aree come l'infermieristica pediatrica, geriatrica, chirurgica e in area critica, preparando i professionisti a ruoli di leadership e ricerca. I corsi di perfezionamento offrono competenze specifiche in settori come l'emergenza-urgenza o l'oncologia, ideali per chi desidera aggiornarsi senza intraprendere percorsi formativi lunghi. Infine, il dottorato in scienze infermieristiche permette di sviluppare ricerche innovative e di contribuire alla didattica e alle politiche sanitarie. Queste iniziative rappresentano un passo significativo verso la valorizzazione della professione infermieristica in Italia, offrendo agli infermieri nuove prospettive di carriera e la possibilità di contribuire in modo ancora più incisivo al benessere dei pazienti e all'efficienza del sistema sanitario nazionale.

#### Farmacisti

I laureati nella classe di [laurea magistrale a ciclo unico in Farmacia e farmacia industriale](#)

#### grafico 4.

Andamento dei laureati degli ultimi 6 anni della classe di laurea a ciclo unico in Farmacia e farmacia industriale (2018-2023)



Fonte: AlmaLaurea



sono in calo costante dal 2018 (grafico 4). Infatti, ad eccezione del 2021 in cui assistiamo ad un leggero aumento rispetto all'anno precedente, passiamo dai circa 5 mila laureati del 2018 ai 4 mila del 2023. La maggior parte dei laureati è di genere femminile (75,1%) e l'età media alla laurea è di 26,8 anni. Circa il 68% dei laureati afferma che si iscriverebbe nuovamente allo stesso corso di studi e allo stesso ateneo.

Ad un anno dalla laurea il tasso di occupazione è dell'84,3% e sale al 91% a 5 anni dalla laurea. Anche la retribuzione media mensile netta aumenta, passando da 1.478 euro ad un anno dalla laurea a 1.709 euro a cinque anni dal conseguimento del titolo di studio.

A cinque anni dalla laurea il 70,8% lavora a tempo indeterminato, il 9,1% a tempo determinato, il 5,6% lavora in proprio e il restante 14,3% ha un'altra tipologia di occupazione.

La soddisfazione media è di 7,9/10 e il 72,8% afferma di utilizzare le competenze acquisite con la laurea in misura elevata.

Le professioni maggiormente rappresentate dopo il conseguimento della laurea sono le seguenti:

- farmacisti (2.3.1.5.0)
- chimici e professioni assimilate (2.1.1.2.1)
- ricercatori e tecnici laureati nelle scienze chimiche e farmaceutiche (2.5.2.1.3).

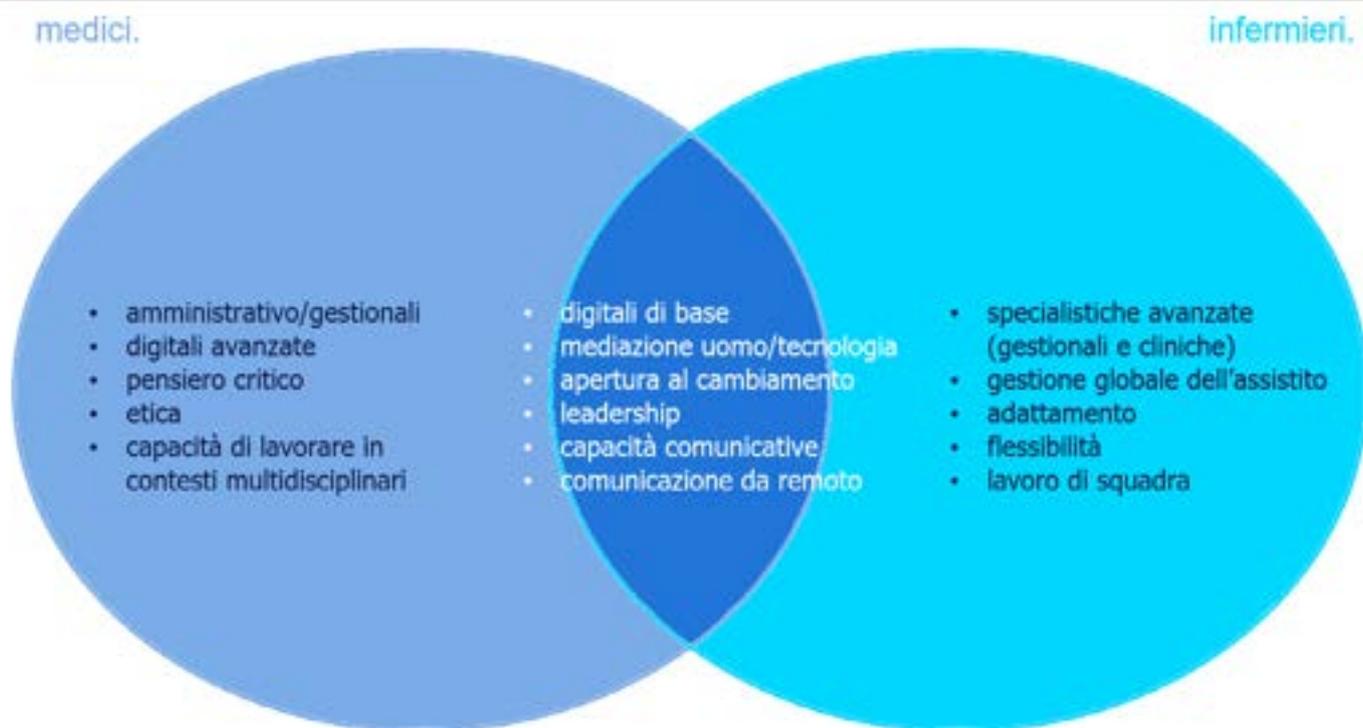
## 3.2 identificazione delle competenze emergenti.

Alla luce dei trend in atto possiamo individuare alcune specifiche competenze emergenti per

per le professioni sanitarie che abbiamo sintetizzato nel grafico 1.

grafico 5.

Competenze emergenti per medici ed infermieri e competenze emergenti condivise



Fonte: elaborazioni Randstad Research

### Medici

Per la categoria dei medici, abbiamo visto come i principali cambiamenti sono quelli legati all'ingente introduzione di tecnologie per l'operatività e per la diagnosi. Al momento, alla luce della [riforma delle classi di laurea](#) prevista dal PNRR, è difficile analizzare con precisione come saranno strutturati i nuovi piani universitari; tuttavia negli anni precedenti [era stata segnalata](#) la necessità di un'articolata introduzione di insegnamenti volti al perfezionamento delle competenze tecnologiche per gli studenti di medicina (Montagna, Della Rocca, Montorsi), raccomandazione espressa in altre sedi per tutti gli indirizzi di studio. In particolare l'attenzione era rivolta al rapporto tra medicina e sistemi ICT, in generale, ma anche a telemedicina, gestione dei big data, robotica. Il fab-

data, robotica. Il fabbisogno formativo veniva segnalato dal punto di vista della literacy, ossia della conoscenza e della capacità di distinguere i diversi strumenti e le loro funzioni, ma anche dal punto di vista delle applicazioni operative delle tecnologie, in particolare nell'ambito della cosiddetta "eHealth", termine che racchiude tutte le possibili declinazioni dei servizi sanitari declinati con o attraverso strumenti tecnologici (telemedicina, smart device etc.) ai fini di un utilizzo consapevole ed etico degli strumenti. Accanto alle competenze di tipo tecnologico assistiamo anche alla crescita delle mansioni relative alla gestione e amministrazione delle informazioni relative ai pazienti, con il corrispondente fabbisogno di competenze. In sintesi, le principali competenze emergenti sono:

- amministrativo/gestionali, per la corretta gestione dei dati e delle informazioni relative ai pazienti;
- digitali di base necessarie per l'utilizzo dei dispositivi medici avanzati;
- digitali avanzate, con particolare attenzione alla comprensione del funzionamento e dei limiti delle nuove tecnologie;
- pensiero critico, per interpretare correttamente le analisi svolte dagli algoritmi ed esercitare un adeguato ruolo di sorveglianza su di essi;
- mediazione, per comunicare gli output generati dalle tecnologie e i pazienti;
- etica, per un utilizzo consapevole delle IA;
- capacità di lavorare in contesti multidisciplinari.

### Professioni infermieristiche

Per le figure infermieristiche i trend analizzati nei capitoli precedenti hanno evidenziato una figura professionale il cui ruolo è in forte espansione. Nel paragrafo successivo vedremo alcuni esempi di sviluppo delle professioni infermieristiche attuali. A livello trasversale, le competenze più significative per il futuro del ruolo sono:

- competenze specialistiche avanzate, in particolare gestionali e cliniche per operare in un contesto demografico in età sempre più avanzata e con patologie sempre più complesse;
- gestione globale dell'assistito, per passare da una logica prestazionale ad una collaborazione globale con altri professionisti;
- competenze digitali, per l'utilizzo degli strumenti amministrativi e di telemedicina;
- capacità di adattamento, per operare in modelli organizzativi nuovi;
- flessibilità.

Per il complesso dei professionisti che operano in ambito sanitario, coerentemente con quanto indicato nel capitolo precedente, possiamo sottolineare la necessità di possedere alcune ulteriori competenze utili ad affrontare periodi di grandi cambiamenti come quello che sta attualmente vivendo il settore e dunque apertura al cambiamento, gestione del cambiamento e capacità di leadership. Nello specifico dei trend demografici è importante che i professionisti sanitari sviluppino inoltre capacità

che i professionisti sanitari sviluppino inoltre capacità relazionali e comunicative in contesti multiculturali o da remoto. La necessità di competenze digitali di base non rappresenta ormai più una novità e dal 2007 è introdotta nei piani formativi di indirizzo "la competenza informatica utile alla gestione dei sistemi informativi dei servizi, ed alla propria autoformazione" ([DM 16 marzo 2007](#)). In merito alla tendenza all'ibridazione delle professioni, è importante che i professionisti che operano in questo settore sviluppino dapprima la capacità di lavorare in team composti da professionisti di diversa formazione, in un approccio olistico che tiene conto di una molteplicità di specializzazioni che si fanno carico della cura e della prevenzione per il paziente, sia per il benessere fisico che per quello della mente.

### Farmaceutica

Rispetto alle imprese che operano in campo farmaceutico e dei dispositivi sanitari, e alle imprese che operano nei servizi assistenziali, una [recente ricerca](#) individua il fabbisogno delle seguenti competenze:

- pianificazione aziendale;
- organizzazione aziendale;
- business planning;
- competenze logico-analitiche;
- lavoro di squadra;
- risoluzione dei problemi;
- tecniche relazionali.

### Management

Circa le skill di tipo manageriale, la ricerca individua una carenza di competenze in pianificazione aziendale, business planning e principi di economia sanitaria. Per le competenze di tipo relazionale invece, le più carenti, a livello strategico per il futuro, sono la capacità di presentare in pubblico, leadership e pensiero laterale.

Infine, per le competenze emergenti, il tema del coordinamento delle professionalità risulta un elemento chiave critico in ambito sanitario. Da un lato questo è dovuto alla forte specializzazione delle competenze dei medici, per i quali competenze altamente specializzate convivono con una carenza di competenze trasversali. D'altro lato le competenze organizzative e di coordinamento si legano con il tema dell'efficienza. Spesso infatti, le patologie sono

patologie sono complesse e non isolate e richiedono dunque di essere considerate nel loro complesso e nella maniera più efficace e meno invasiva possibile per il paziente. Questo aspetto riguarda sia i contesti ospedalieri e l'organizzazione interna ai singoli centri sia il rapporto tra medico e paziente e la loro comunicazione anche a distanza. Questa dimensione richiede l'agevolazione della condivisione dei dati tra ospedali e regioni; innovazioni come l'adozione del lean management [hanno da tempo dimostrato](#) la loro utilità.

### 3.3 nuovi profili professionali.

Alla luce dei cambiamenti osservati fino ad ora possiamo elaborare alcune indicazioni rispetto alle evoluzioni future a medio termine dei professionisti sanitari. Ciò che si osserva è uno sviluppo che segue due strade principali. Una prima strada è quella dell'ibridazione sempre più accentuata tra professioni mediche e professioni tecnologiche. Una seconda strada è quella dell'affinamento o forte upskilling delle professioni esistenti.

Diversamente da quanto accade in altri settori, nell'ambito sanitario non osserviamo la sostituzione di alcune mansioni specifiche con il conseguente cambiamento dei profili professionali. Infatti la necessità di upskilling è trasversale, ma la differenza sta nelle competenze da integrare. Nel primo caso vengono integrate competenze che si collocano al di fuori dell'ambito sanitario, mentre nel secondo caso vengono integrate competenze sempre di ambito medico, ma di livello più alto o precedentemente appartenenti a differenti profili in ambito medico. Per facilità di comprensione prendiamo due esempi fra tutti. Il cardiocirurgo specializzato in IA appartiene alla prima casistica, acquisendo competenze di tipo digitale, l'infermiere specialista in gestione del dolore (pain nurse) appartiene alla seconda categoria, acquisendo competenze precedentemente proprie del ruolo del medico.

Questo quadro analitico è utile a navigare i cambiamenti in atto in ambito sanitario rispetto a come si stanno modificando le professioni che vediamo oggi. Nella sezione seguente, introduciamo nuovi raggruppamenti di professioni, utili a mettere in relazione ciascuna di

fessioni, utili a mettere in relazione ciascuna di queste con le tendenze di cambiamento che le accomunano maggiormente.

#### 1. Professioni sanitarie e infermieristiche avanzate

Questo primo raggruppamento fornisce alcuni esempi di professionisti sanitari adattati al contesto corrente e ai fabbisogni attuali, con particolare attenzione ai cambiamenti demografici e agli investimenti mirati alla delocalizzazione territoriale delle cure mediche.

##### Infermieri specialisti

- **Infermiere specialista in etica.** Garantisce che tutte le cure e i trattamenti forniti siano eticamente appropriati, rispettando i diritti, la dignità e i bisogni personali dei pazienti. L'infermiere etico si occupa di analizzare situazioni complesse, come decisioni di fine vita o trattamenti sperimentali, supportando il personale medico e le famiglie con una guida etica chiara.
- **Infermiere di famiglia e di comunità.** Fornisce supporto continuo e integrato ai pazienti, specialmente in contesti domiciliari e comunitari. Questo ruolo si concentra sulla prevenzione, gestione delle malattie croniche e promozione della salute, creando un legame diretto tra il paziente e il sistema sanitario.
- **Infermiere specialista in gestione del dolore (pain nurse).** Un esperto nella valutazione e nel trattamento del dolore cronico o acuto. Collabora con medici e altri professionisti per sviluppare piani terapeutici personalizzati, che possono includere farmaci, tecniche alternative e supporto psicologico, migliorando così la qualità di vita dei pazienti.
- **Infermiere specialista in gestione device PICC Team.** Professionista esperto nell'uso e nella gestione di cateteri venosi centrali a inserzione periferica (PICC), essenziali per trattamenti prolungati come chemioterapia e terapie endovenose.
- **Infermiere specialista in rischio infettivo.** Si occupa della prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere, sviluppando protocolli di biosicurezza e garantendo il rispetto delle norme igieniche.

- **Infermiere specialista in stomaterapia e wound care.** Specializzato nella gestione delle stomie (aperture create chirurgicamente) e nella cura avanzata delle ferite complesse o croniche. Fornisce assistenza pratica e supporto emotivo, educando i pazienti su come gestire la propria condizione in modo autonomo e sicuro.
- **Advanced Practice Nurse (APN).** Infermiere generalista o specializzato con almeno un master, in grado di prendere decisioni cliniche complesse e fornire cure di alto livello. Si distingue in:
  - **Clinical Nurse Specialist (CNS).** Gestisce casi clinici complessi utilizzando un approccio sistemico, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso consulenze specialistiche e formazione del personale sanitario.
  - **Nurse Practitioner.** Integra competenze mediche e infermieristiche per diagnosticare, trattare e gestire pazienti con malattie acute o croniche. Può lavorare in ambiti sanitari primari o in terapia intensiva, fornendo assistenza continua e specializzata.

#### Medici e specialisti clinici

- **Medico della telemedicina.** Fornisce assistenza remota, sfruttando tecnologie avanzate per monitorare i pazienti a distanza,

diagnosticare condizioni cliniche e prescrivere trattamenti. Questo ruolo è fondamentale per raggiungere pazienti in aree remote o con difficoltà di mobilità.

- **Cardiochirurgo specializzato in IA.** Combina competenze chirurgiche con l'uso di algoritmi di intelligenza artificiale per ottimizzare interventi cardiaci complessi, riducendo i margini di errore e migliorando gli esiti clinici.
- **Chirurgo da remoto.** Esegue interventi chirurgici a distanza grazie a robot chirurgici avanzati, migliorando l'accesso alle cure specialistiche in aree remote.
- **Medical Advisor.** Fornisce consulenze mediche in ambito aziendale, assicurando che farmaci, dispositivi e trattamenti rispettino gli standard di efficacia e sicurezza.
- **Medico specializzato in IA per la prevenzione della SLA.** Unisce conoscenze mediche e tecnologie avanzate per sviluppare strumenti diagnostici predittivi che aiutano a identificare precocemente i segnali della SLA, migliorando le possibilità di intervento terapeutico.
- **Direttore sanitario 4.0.** Guida la trasformazione digitale delle strutture sanitarie, implementando tecnologie come l'intelligenza artificiale, la telemedicina e l'analisi avanzata dei dati per ottimizzare l'organizzazione e i servizi sanitari.

## il direttore operativo.

Una figura strategica che emerge per il settore sanitario degli anni a venire è quella del “direttore operativo” o “gestionale”, chiamato anche “direttore delle operations”. Questo professionista svolge funzioni di tipo gestionale ai fini del miglioramento dell’efficienza delle strutture. È un innovatore, capace di guidare la trasformazione digitale e organizzativa delle strutture sanitarie, mantenendo il focus sulla qualità delle cure e sulla sostenibilità del sistema.

Le sue competenze comprendono la pianificazione strategica, il controllo delle performance e la gestione delle risorse economiche per assicurare un utilizzo efficiente del budget e un’organizzazione efficace dei servizi. Si occupa di migliorare i flussi di lavoro, monitorare e ridurre gli sprechi, implementare metodologie basate su dati. In questo contesto si occupa di promuovere pratiche come il lean management ai fini di identificare ed eliminare le attività che non generano valore lungo la cate-

catena, migliorando così l’efficienza operativa e la qualità dell’assistenza.

Per ricoprire tale ruolo è essenziale la capacità di lavorare in un contesto multidisciplinare, interfacciandosi con medici, infermieri, amministratori e tecnici. Occorre saper bilanciare esigenze cliniche e gestionali, promuovendo un ambiente di lavoro collaborativo e orientato alla qualità. Le competenze digitali sono altrettanto fondamentali: il direttore operativo sanitario deve saper comprendere strumenti avanzati di analisi dei dati e avere una conoscenza di base dei fondamenti dei sistemi di intelligenza artificiale utilizzati nelle sue strutture, questo anche ai fini di garantire la sicurezza della gestione delle informazioni sanitarie.

Infine, leadership e capacità di gestire il cambiamento risultano indispensabili per affrontare le sfide di un settore in continua evoluzione.

## 2. Tecnologia e Innovazione applicate alla sanità

Questo raggruppamento segnala le professioni nelle quali l’integrazione e l’implementazione delle tecnologie avanzate sono intese ai fini di trasformare il settore sanitario per migliorarne l’efficienza e aumentare le possibilità di personalizzazione degli iter di cura.

### Sviluppatori di Intelligenza Artificiale

- **Programmatore di IA con sistemi di riconoscimento vocale per i medici.** Crea software basati su IA per il riconoscimento vocale che permettono ai medici di dettare referti, compilare cartelle cliniche e interagire con sistemi sanitari digitali in modo più efficiente, riducendo il tempo dedicato alla documentazione e migliorando la qualità dell’assistenza ai pazienti.
- **Esperto di IA per la diagnostica di tumori.** Progetta algoritmi in grado di analizzare immagini mediche e dati clinici per indi-

viduare precocemente tumori maligni, migliorando significativamente le possibilità di diagnosi precoce e trattamento tempestivo.

- **Programmatore di IA per disegnare DNA per la sintesi delle proteine.** Crea algoritmi che simulano e progettano sequenze di DNA per sviluppare proteine utili in ambito farmaceutico o biotecnologico, accelerando la scoperta di nuovi farmaci e terapie.
- **Programmatore di AI per la diagnosi dello stato di salute dalla scrittura.** Crea algoritmi capaci di analizzare la scrittura dei pazienti per individuare precocemente segni di patologie neurodegenerative o disturbi mentali.
- **Programmatore di IA per la creazione di molecole non esistenti in natura.** Utilizza modelli di machine learning per progettare molecole innovative con proprietà terapeutiche uniche, contribuendo alla creazione di farmaci.
- **Programmatore di IA per la realtà aumentata nella riabilitazione.** Sviluppa soluzioni

basate su realtà aumentata per supportare la riabilitazione fisica e neurologica, migliorando l'efficacia dei trattamenti.

- **Programmatore di stetoscopi con IA per identificare scompensi cardiaci.** Sviluppa dispositivi avanzati dotati di IA per analizzare i suoni cardiaci e identificare segnali di insufficienza cardiaca o altre anomalie.
- **Sviluppatore di IA per fisioterapie.** Progetta piattaforme basate sull'intelligenza artificiale che monitorano i progressi dei pazienti durante la riabilitazione, fornendo feedback personalizzati e supporto virtuale.

#### Ingegneria e tecnologie sanitarie

- **Robotic surgery engineer.** Progetta, sviluppa e ottimizza robot chirurgici in grado di eseguire interventi minimamente invasivi ad alta precisione.
- **Progettista di ambulanze modulabili.** Disegna ambulanze adattabili per rispondere a diversi tipi di emergenze mediche, includendo moduli specifici per terapia intensiva, pediatria e traumi gravi.
- **Programmatore di robot per preparazioni chemioterapiche.** Automatizza la preparazione dei farmaci chemioterapici, riducendo errori di dosaggio e minimizzando il rischio di esposizione a sostanze tossiche.
- **Tecnico per le lastre in 3D.** Utilizza tecnologie avanzate di imaging tridimensionale per produrre immagini diagnostiche di alta qualità, migliorando l'accuratezza delle diagnosi mediche.

#### Teleassistenza e app medicali

- **Coordinatore della teleassistenza.** Gestisce e fornisce supporto remoto ai pazienti che necessitano di monitoraggio continuo, migliorando l'accesso alle cure per persone con difficoltà motorie o residenti in zone isolate.
- **Sviluppatore di app di supporto alle disabilità.** Progetta e implementa applicazioni digitali per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità, offrendo strumenti di comunicazione assistita, supporto alla mobilità e interfacce adattive per l'accesso ai servizi sanitari e sociali.
- **Sviluppatore di app di supporto alle persone con disturbi della comunicazione.** Progetta applicazioni digitali che aiutano

Progetta applicazioni digitali che aiutano pazienti con problemi di comunicazione, come quelli causati da malattie neurologiche o traumi, a interagire in modo più efficace.

#### 3. Economia e gestione della sanità

Ruoli strategici per il coordinamento, l'ottimizzazione e la sostenibilità delle risorse e dei servizi sanitari.

- **Addetto al Quality Assurance.** Supervisiona i processi sanitari per garantire il rispetto degli standard di qualità, sicurezza e conformità normativa.
- **Clinical project manager.** Gestisce progetti clinici complessi, come sperimentazioni di farmaci o nuovi protocolli medici, assicurandosi che siano conformi alle normative e rispettino le tempistiche.
- **Health economics specialist.** Valuta il rapporto costi-benefici di tecnologie sanitarie, trattamenti e politiche, fornendo dati fondamentali per migliorare la sostenibilità economica del sistema sanitario.
- **Head of Patient Advocacy.** Coordina iniziative per tutelare i diritti dei pazienti, migliorando la loro esperienza nel sistema sanitario e facilitando il dialogo tra pazienti e operatori.
- **Patient journey manager.** Supervisiona l'intero percorso del paziente, coordinando team multidisciplinari e garantendo un trattamento uniforme e continuo tra i vari livelli di assistenza sanitaria.
- **Responsabile dell'innovazione.** Guida l'adozione di nuove tecnologie e strategie innovative nelle organizzazioni sanitarie, migliorando l'efficienza dei servizi.

#### 4. Specialisti di ricerca

Ruoli orientati alla ricerca scientifica e alla scoperta di nuove soluzioni in ambito medico e biotecnologico.

- **Biologo sintetico.** Sviluppa organismi artificiali o modifica quelli esistenti per creare soluzioni innovative, come nuovi farmaci, vaccini e materiali biocompatibili.
- **Computational Chemist.** Utilizza la chimica computazionale per sviluppare nuovi farmaci e ottimizzare le formulazioni terapeutiche.
- **Crio-microscopista elettronico.** Utilizza la

la microscopia criogenica per studiare strutture biologiche a livello molecolare, fondamentale per lo sviluppo di farmaci avanzati.

- **Esperto di NLP per il settore sanitario.** Progetta e sviluppa algoritmi di elaborazione del linguaggio naturale per applicazioni sanitarie, come l'analisi automatica delle cartelle cliniche, il riconoscimento vocale per assistenti sanitari virtuali e la valutazione di sintomi attraverso il linguaggio scritto o parlato. Collabora con medici e ricercatori per migliorare l'interazione tra pazienti e sistemi digitali.
- **Esperto di Recurrent Neural Networks per le diagnosi.** Utilizza reti neurali ricorrenti (RNN) per analizzare dati sanitari complessi, come segnali EEG, ECG e serie temporali di parametri vitali, al fine di sviluppare modelli predittivi per la diagnosi precoce di patologie neurodegenerative, cardiovascolari e metaboliche.
- **Responsabile ricerca e sviluppo nanotecnologie.** Coordina progetti di sviluppo nel campo delle nanotecnologie applicate alla medicina, come i sistemi di rilascio controllato di farmaci.
- **Tecnico di colture bio per la salute.** Sviluppa colture cellulari e microbiologiche per applicazioni in biomedicina e nutraceutica.

## 5. Altre professioni

Possibili occupazioni del futuro per operare in ambito sanitario alla luce dei trend che impattano sul mercato del lavoro in generale.

- **Designer di cassette di pronto soccorso ecosostenibili.** Progetta kit medici utilizzando materiali riciclabili e biodegradabili, contribuendo a ridurre l'impatto ambientale del settore sanitario.
- **Displaced Persons Re-integrator.** Aiuta nella reintegrazione di rifugiati e migranti con necessità sanitarie, facilitando l'accesso a cure e servizi di supporto.
- **Produttore di plastiche 100% naturali per il biomedicale.** Realizza materiali innovativi biodegradabili per dispositivi e strumenti medici, garantendo sicurezza e sostenibilità.
- **Produttori di protesi mioelettriche.** Sviluppano protesi avanzate controllate dai segnali elettrici del sistema nervoso, migliorando il recupero funzionale degli arti amputati.
- **Produttore di solette intelligenti.** Crea dispositivi indossabili in grado di monitorare postura e salute del piede, utili per la prevenzione di patologie muscolo-scheletriche.
- **Specialista della Care Economy.** Fornisce supporto fisico, emotivo e psicologico a persone fragili, inclusi anziani, bambini e disabili. Il suo ruolo comprende assistenza domiciliare, attività educative e di intrattenimento, promuovendo il benessere e la qualità della vita.



4.

prospettive e  
raccomandazioni  
strategiche per il futuro del  
sistema sanitario italiano.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova di fronte a sfide complesse e in rapida evoluzione, determinate da fattori demografici, socio-culturali, tecnologici ed economici. Nei capitoli precedenti abbiamo esaminato in dettaglio le dinamiche relative ai trend in corso e osservato lo stato dell'arte del settore, identificando gli sviluppi che si prospettano per professionisti e competenze. Alla luce di ciò, riepiloghiamo ora i punti focali strategici per rafforzare il SSN in ottica futura e garantirne sostenibilità, equità e capacità di rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione nel lungo termine.

### Ad ogni spazio la giusta funzione

Per affrontare il problema del sovraffollamento dei pronto soccorsi, spesso dovuto a un uso inappropriato dei servizi di emergenza da parte dei pazienti, è necessario potenziare la medicina territoriale e i servizi di assistenza primaria, offrendo alternative valide e accessibili che possano decongestionare le strutture di emergenza. L'esperienza di regioni come l'Emilia-Romagna con i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) dimostra come strutture intermedie tra il medico di base e il pronto soccorso possano contribuire a gestire i codici bianchi e verdi in modo più appropriato. L'implementazione di modelli simili a livello nazionale, adattati alle specificità regionali, potrebbe migliorare significativamente l'efficienza del sistema di emergenza-urgenza.

In quest'ottica, le Case di Comunità rappresentano un anello chiave per rafforzare l'assistenza primaria e la medicina territoriale. È fondamentale accelerarne la realizzazione e dotarle di personale multidisciplinare adeguato, comprendente medici di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali e psicologi. Un aspetto strategico per migliorare l'accessibilità e l'efficacia dei servizi sanitari nell'attuale e prospettico contesto demografico è rappresentato dall'inserimento della figura del mediatore culturale nelle Case di Comunità. Questo professionista svolge un

ruolo fondamentale nel facilitare la comunicazione tra il personale sanitario e i pazienti di diverse origini culturali, contribuendo a ridurre le barriere linguistiche e a migliorare l'efficacia di cura e prevenzione. La sua presenza può contribuire a migliorare l'aderenza alle terapie e la soddisfazione dei pazienti, promuovendo un'assistenza più equa e inclusiva e garantendo il diritto universale alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

### Prevenire prima che curare, ovunque allo stesso modo

Un rilevante riorientamento del sistema sanitario verso la prevenzione, prima che verso la cura, e la promozione di stili di vita sani sono essenziali per migliorare la salute della popolazione e garantire la sostenibilità del SSN nel lungo termine.

Per i cittadini occorre rafforzare i programmi di screening e vaccinazione e promuovere iniziative di educazione e sensibilizzazione fin dalle più giovani età, su salute e consapevolezza dei fattori di rischio. Analogamente, dal lato dell'assistenza, la prevenzione deve divenire parte integrante dei percorsi assistenziali a tutti i livelli. Dal lato istituzionale è invece cruciale intervenire sui determinanti sociali della salute, in primis povertà, istruzione, condizioni abitative, etc. e promuovere una collaborazione intersettoriale efficace.

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale ha compiuto progressi significativi, con l'introduzione di standard pubblici elevati che hanno orientato le scelte regionali verso un allineamento qualitativo. Tuttavia, permangono ambiti, come l'assistenza domiciliare, in cui è necessario sviluppare ulteriori standard per garantire un servizio omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Ricordiamo che la mobilità sanitaria, con famiglie costrette a trasferirsi per accedere a cure adeguate, comporta costi significativi sia in termini economici che sociali. Questo fenome-

nomeno evidenzia le disparità regionali nella qualità e nella disponibilità dei servizi sanitari. Una maggiore centralizzazione e standardizzazione delle cure potrebbe contribuire a ridurre queste disuguaglianze, evitando che le regioni più ricche attraggano risorse e pazienti a scapito di quelle meno sviluppate.

### [Dal movimento del cittadino verso il servizio a quello del servizio verso il cittadino](#)

L'espansione e l'integrazione delle reti di telemedicina rappresenta un'opportunità fondamentale per migliorare l'accessibilità, l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria. La telemedicina, nelle sue diverse forme ha dimostrato la sua valenza strategica, accelerata dalla pandemia. La realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina è un passo cruciale per fornire assistenza remota a un numero significativo di persone, soprattutto a tutti coloro che abitano nelle zone più distanti dai centri di cura. È essenziale garantirne l'operatività entro i tempi previsti e soprattutto assicurarne l'interoperabilità con i sistemi informativi regionali. Per massimizzare l'efficacia della telemedicina, è necessario poi un cambiamento culturale sia tra i professionisti sanitari che tra i pazienti. I professionisti devono essere formati e incentivati all'utilizzo di questi strumenti, accompagnando e istruendo gli assistiti. Parallelamente, è fondamentale promuovere l'alfabetizzazione digitale per la cittadinanza, soprattutto tra le fasce più anziane della popolazione, per garantire un accesso equo a questi servizi. È necessario definire modelli organizzativi chiari e protocolli clinici basati sull'evidenza per l'erogazione delle diverse prestazioni di telemedicina, garantendo la qualità e la sicurezza. Gli incentivi per l'adozione della telemedicina previsti dalla Legge di Bilancio 2025, così come quelli per la Farmacia dei Servizi, rappresentano un segnale positivo. È importante ascoltare le richieste che ne richiedono la garanzia di continuità e valutare l'opportunità di ulteriori misure incentivanti per favorire la diffusione dei punti di assistenza e cura, in particolare anche approfittando della

anche approfittando della capillare distribuzione territoriale delle farmacie, i cui spazi fisici possono essere utilizzati per ampliare l'offerta di servizi ed assistenza, ad esempio anche come punto d'accesso alla telemedicina per coloro, fragili o anziani, che hanno difficoltà con la sua fruizione in autonomia. Certo, la telemedicina non deve essere vista come un'alternativa sostitutiva all'assistenza tradizionale, ma come uno strumento integrativo che può migliorare la gestione delle patologie croniche, facilitare il monitoraggio a distanza, ridurre gli spostamenti e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

### [Valorizzazione del capitale umano](#)

La fuga di cervelli dal settore medico in Italia rappresenta un fattore di preoccupazione, così come gli elementi che pesano sull'attrattività, noti e strutturali. È cruciale implementare politiche attive per ridurre l'emigrazione dei professionisti sanitari e valorizzare il loro ruolo all'interno del SSN. Ciò include il miglioramento delle condizioni di lavoro, la strutturazione di percorsi di carriera competitivi e incentivi adeguati, economici e non.

Per attrarre e trattenere professionisti in aree svantaggiate (aree interne, periferiche, rurali), sono necessari incentivi economici e di carriera specifici, supporto logistico e infrastrutturale, lo sviluppo di modelli di assistenza innovativi, la creazione di reti professionali e opportunità di formazione continua.

### [Dati che curano, tecnologia che avvicina](#)

Accanto alla creazione di nuove infrastrutture sanitarie territoriali, è necessario un piano di riqualificazione e ammodernamento delle strutture sanitarie esistenti, garantendo anche la loro adeguatezza tecnologica e la conformità agli standard di sicurezza e accessibilità. Questo include l'adozione di strumenti tecnologici ad hoc, come quello del Lean Management che abbiamo visto, per migliorare l'efficacia organizzativa e contenere le spese.

conseguenza, come abbiamo già ribadito, è fondamentale allineare le competenze digitali del personale medico per il corretto utilizzo di tali strumenti e per far sì che le modifiche implementate abbiano effetti efficaci anche sull'assetto organizzativo del lavoro sanitario.

La creazione di piattaforme integrate per la gestione dei dati sanitari è fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza, l'efficienza del sistema e la ricerca scientifica. È prioritario garantire la piena interoperabilità dei sistemi informativi sanitari a livello nazionale e regionale, consentendo lo scambio sicuro e fluido di dati tra i diversi professionisti e strutture sanitarie, nel rispetto della normativa sulla privacy. Il potenziamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, con una maggiore completezza dei dati e una maggiore accessibilità per i cittadini e i professionisti, rappresenta un passo importante ed è necessario superare le barriere tecniche e culturali che ne hanno finora limitato la pie-

na adozione. L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale per l'analisi dei dati offre enormi potenzialità per il supporto alla diagnosi e alla cura, l'efficientamento dei processi, il miglioramento della ricerca e la personalizzazione dell'esperienza del paziente. È fondamentale investire nello sviluppo e nell'implementazione di queste soluzioni nel rispetto dei principi etici e garantendo la validità e l'affidabilità degli output, con la massima attenzione alla cybersecurity e alla protezione dei dati personali e alla standardizzazione e qualità dei dati per garantire l'affidabilità delle analisi e la qualità dell'assistenza. A livello europeo, l'introduzione del nuovo regolamento sullo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (European Health Data Space - EHDS), che mira a facilitare l'accesso e lo scambio sicuro dei dati sanitari promuovendo ricerca, innovazione e politiche evidence-based, rappresenta un passo significativo verso la creazione di un ecosistema sanitario digitale integrato.



# conclusioni.

Questo rapporto ha fornito una fotografia del sistema sanitario nazionale e formulato alcuni scenari prospettici alla luce delle tendenze tecnologiche e demografiche che sono attese avere un impatto rilevante sulle professioni sanitarie del futuro.

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale italiano dipende dalla capacità di affrontare le sfide attuali con una visione strategica e con una copertura che sia adeguata per i tempi che ci prepariamo ad affrontare.

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 digitali che stanno trasformando non solo la diagnostica strumentale ma la stessa professione medica in cui molte attività saranno svolte da remoto attraverso la telemedicina. 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.

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 anche di fronte ai cambiamenti demografici, tecnologici e globali.



## appendice.

tabella 1.

Sottoinsieme di codici professionali afferenti all'area sanitaria.

Codici professionali	descrizione codice	occupati	quote percentuali
1219	Imprenditori e amministratori di grandi aziende private nei servizi di istruzione, sanità, assistenza sociale e nelle attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	2.558	0,2%
1319	Imprenditori e responsabili di piccole aziende nei servizi di istruzione, formazione, ricerca, sanità, assistenza sociale e nelle attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	14.951	0,9%
2112	Chimici e professioni assimilate	37.615	2,2%
2218	Ingegneri biomedici e bioingegneri	4.878	0,3%
2312	Farmacologi, batteriologi e professioni assimilate	5.900	0,4%
2315	Farmacisti	72.536	4,3%
2411	Medici generici	54.485	3,3%
2412	Specialisti in terapie mediche	83.754	5,0%
2413	Specialisti in terapie chirurgiche	39.282	2,3%
2414	Laboratoristi e patologi clinici	8.748	0,5%
2415	Dentisti e odontostomatologi	36.401	2,2%
2416	Specialisti in diagnostica per immagini e radioterapia	11.436	0,7%
2417	Specialisti in igiene, epidemiologia e sanità pubblica	11.516	0,7%
2418	Anestesisti e rianimatori	15.045	0,9%
2533	Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	72.776	4,4%

2612	Docenti universitari in scienze della vita e della salute	11.034	0,7%
2622	Ricercatori e tecnici laureati nelle scienze della vita e della salute	17.740	1,1%
3112	Tecnici chimici	44.228	2,6%
3173	Tecnici di apparati medicali e per la diagnostica medica	7.260	0,4%
3211	Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche	382.771	22,9%
3212	Professioni sanitarie riabilitative	196.754	11,8%
3213	Professioni tecnico sanitarie - area tecnico diagnostica	48.208	2,9%
3214	Professioni tecnico sanitarie - area tecnico assistenziale	16.089	1,0%
3215	Professioni tecniche della prevenzione	32.590	1,9%
3216	Altre professioni tecniche della salute	46.139	2,8%
3217	Tecnici della medicina popolare	8.309	0,5%
3223	Tecnici biologi, biochimici e professioni assimilate	29.618	1,8%
5311	Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	360.104	21,5%
Totale complessivo		1.672.726	100,0%

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

## bibliografia.

AGENAS, [Intelligenza artificiale](#), 2024

AGENAS, [Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità](#), 2023

AGENAS, [Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici](#), 2024

AGENAS, [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

AlmaLaurea, [sito web](#)

ALTEMS, [Competencies mismatch nel settore healthcare: un allineamento possibile tra università, innovazioni e ruoli](#), atti del convegno "Insieme verso la medicina del futuro", 8-12 luglio 2024

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

Anaa-Assomed, [Quasi 6000 medici in fuga dalle scuole di specializzazione: la nuova mappa Anaa dei contratti non assegnati e abbandonati](#), 23 febbraio 2023

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

Anelli F; Pulice E. (a cura di), [Una nuova deontologia per il nuovo ruolo del medico. Primi spunti di riflessione](#), Atti del convegno nazionale FNOMCeO del 24 e 25 novembre 2022 Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, 2022

ANVUR, Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca, [La formazione di area medica](#), 20 giugno 2024

ANVUR, Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca, [La formazione di area medica, I focus del rapporto ANVUR 2023](#), 2024

Bartoloni M.; Bruno E., [Con il boom di posti a Medicina rischio bolla per 60mila camici](#), Il Sole 24 Ore, 3 marzo 2024

Bernini A.; Icardi R.; Natale F.; Nedee A., [Healthcare workforce demand and supply in the EU27](#), Publications Office of the European Union, Ispra, 2024

Bobini M.; Boscolo P. R.; Caccia C.; Petracca F.; Rotolo A., [La telemedicina verso il consolidamento: assetti organizzativi formalizzati ed emergenti nel SSN](#), capitolo 12, Rapporto Oasi 2023

Boscolo P. R.; Cinelli G.; Guerra F.; Petracca F.; Petralia P.; Pinelli N., [La trasformazione digitale delle aziende del SSN: tra investimenti del PNRR e spazi di autonomia manageriale](#), capitolo 13, Rapporto Oasi 2024

Brunetti I.; Ricci A. (a cura di), [Professioni nella Care economy e occupazione: evidenze su dati amministrativi](#), SINAPPSI, anno XIV, n. 1/2024

Camera dei Deputati, [Audizione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 2149 approvata, in un testo unificato, dal Senato, recante delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria](#), Commissione 7a (Cultura, scienza e Istruzione), Roma, 5 febbraio 2025

Camera dei Deputati, [Bollettino delle giunte e delle commissioni parlamentari](#), Affari sociali (XII), comunicato, XIX legislatura, 207, 28 novembre 2023

## bibliografia.

Camera dei Deputati, [Indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie](#), XII Commissione Permanente (Affari Sociali), 29 gennaio 2025

Camera dei Deputati, [Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia](#), XII Commissione Permanente (Affari Sociali), Seduta n. 16 di Martedì 21 maggio 2024

Camera dei Deputati, [Proposta di legge C. 3215](#), Atto della Camera, XVI Legislatura, Presentata il 16 febbraio 2010

Camera dei Deputati, [Revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria A.C. 2149](#), Documentazione per l'esame dei progetti di legge, 4 dicembre 2024

Cartabellotta N.; Mosti M.; Cottafava E.; Luceri R. (a cura di), [7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale](#), Fondazione GIMBE, Bologna, 8 ottobre 2024

Casadei C., [Farmacisti introvabili, tra crisi di vocazione e stipendi bassi](#), Il sole 24 Ore, 22 gennaio 2025

Cergas, [Liste e tempi di attesa in sanità, Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane](#), Bocconi, Egea, 2022

Cittadinanzattiva, Federfarma, [VII Rapporto Annuale Farmacia](#), 2025

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

Conferenza Stato-Regioni, [Report seduta del 17/12/2020](#)

Consiglio Superiore di Sanità, [I sistemi di intelligenza artificiale come strumento](#)

[telligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica](#), 9/11/2021

Consulcesi, [Test Medicina abolito, ma rettori e docenti bocciano riforma](#), 21 ottobre 2024

De Caro W., Competenze infermieristiche avanzate: se non ora quando?, Professioni Infermieristiche, 72(3), 2019

Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale, [180.000 giovani italiani hanno richiesto il "Bonus psicologico"](#), 2022

European Institute of Gender Equality, [Health](#), 2017

Eurostat, [sito web](#)

Fassari L., [Carenza professioni sanitarie: i numeri della crisi, quotidianosanità.it](#), 31 gennaio 2025

Federfarma, Convenzione farmaceutica, firmato il preaccordo collettivo nazionale. Federfarma: "Strumento efficace", 8 gennaio 2025

Federfarma, [la farmacia italiana 2022](#), maggio 2022

Federfarma, [sito web](#)

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

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

Fnomceo, [Medicina di Genere, newsletter](#), gennaio 2025

Fnopi, [Master Specialistici delle Professioni Sanitarie](#)

Francesca Giani, Gender Gap. Orari spezzati,

## bibliografia.

Francesca Giani, [Gender Gap. Orari spezzati, retribuzione, fuga dalla professione: le criticità segnalate dalle farmaciste](#), Farmacista33, 8 marzo 2024

Gabanelli M.; Ravizza S., [Infermieri e medici: quanto guadagnano davvero e chi ha fatto saltare gli aumenti](#), Dataroom, 27 gennaio 2025

Gabanelli M.; Ravizza S.; Viafora G., [Sanità, medici a gettone: 100 mila turni in un anno. Tutti i rischi per i pazienti](#), Dataroom, 16 gennaio 2023

Gazzetta Ufficiale, [Decreto 2 aprile 2020 n. 8](#)

Gazzetta Ufficiale, [Decreto Ministeriale 16 marzo 2007 \(allegato 1\)](#)

Gazzetta Ufficiale, [Decreto-legge n. 59 del 2021](#)

Gazzetta Ufficiale, [Legge 11 marzo 1988, n.67](#)

Gazzetta Ufficiale, [Legge 30 dicembre 2024, n. 207](#), Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. (24G00229) (GU Serie Generale n.305 del 31-12-2024 - Suppl. Ordinario n. 43)

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

Il Post, [Il presidente Javier Milei ha deciso che anche l'Argentina si ritirerà dall'OMS, come gli Stati Uniti](#), 5 febbraio 2025

Il Sole 24 Ore, [Intelligenza artificiale: prime linee guida italiane sull'uso in cardiologia, diagnosi di infarto in 37 secondi](#), 13 dicembre 2024

Il Sole 24 Ore, Medicina, Bernini ["No abolizione numero chiuso, ma test d'ingresso"](#), 14 marzo 2025

marzo 2025

Istat, [Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2023](#)

Istituto Superiore di Sanità, [One Health](#), 30 dicembre 2024

Italia Domani, [Andamento dell'attuazione del piano](#), Missione 6

Italia Domani, [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza](#), 2021

Italia Domani, [sito web](#)

Kung T.; Cheatham M.; Medenilla A.; Sillos C.; De Leon L.; Elepaño C.; Madriaga M.; Aggabao R.; Diaz-Candido G.; Maningo J.; Tseng V., [Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models](#), 9 febbraio 2023

Maroccia I.; Scinetti F.; Turati G., [La questione aperta delle liste d'attesa](#), Osservatorio CPI, Università Cattolica del Sacro Cuore, 28 giugno 2024

Martorana M., [L'Intelligenza artificiale nella medicina Aspetti giuridici e responsabilità per l'utilizzo della IA in ambito sanitario](#), altalex.com, 27/11/2024

Ministero dell'Economia e delle Finanze, [Il monitoraggio della spesa sanitaria](#), Rapporto n. 11, 2024

Ministero della Salute, [Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio](#), Decreto 21 settembre 2022

Ministero della salute, [Il personale del sistema sanitario](#), agosto 2023

Ministero della Salute, [Piano nazionale di comunicazione del rischio pandemico, 2023-](#)

## bibliografia.

[2028 ad interim](#), 2023

Ministero della Salute, [Pronto soccorso e DEA, Triage: nuova codifica di priorità e tempi di attesa](#), aggiornato il 2 maggio 2022

Ministero dell'Università e della Ricerca, Università, [Quasi 21.000 \(+1.231\) i posti disponibili per Medicina e Chirurgia](#), 31 luglio 2024

Nicolosi G. L.; Casolo G., [L'intelligenza artificiale in cardiologia](#), Giornale italiano di Cardiologia, Vol. 23, N. 10, ottobre 2022

Nisi G., [La "grande fuga" di medici e infermieri dall'Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti](#), quotidianosanità.it, 7 marzo 2023

Nurse24.it, [Infermieristica, calano ancora le domande di ammissione](#), 12 settembre 2023

Nurse24.it, [Magistrali a indirizzo clinico e prescrizione: "riforma epocale"](#), 22 novembre 2024

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

OECD, [sito web](#)

Ostherr K., [Artificial Intelligence and Medical Humanities](#), J Med Humanit, giugno, 43, 2, 2022

Pagella Politica, [La proposta di legge sullo psicologo di base è pronta, ma mancano i soldi](#), 22 gennaio 2025

Petrini C.; D'Aprile C.; Floridia G.; Gainotti S.; Riva L,M Tamiozzo S. (a cura di), [Tutela della salute individuale e collettiva: temi etico-giuridici e opportunità per la sanità pubblica dopo COVID-19](#), Rapporti Istituzionali 20/20, Istituto Superiore di Sanità, 2020

[Piattaforma Nazionale di Telemedicina \(PNT\)](#)

Pizzimeni C., [Medicina, verso l'addio al test di ingresso a numero chiuso: come funzionerà l'accesso alla facoltà?](#), Vanity Fair, 24 aprile 2024

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

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

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

Randazzo M. P., [Lo stato dell'emergenza urgenza alla luce del DM77](#), slide del convegno "Accessi in Pronto Soccorso e Implementazione DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti", Agenas, Roma, 22 aprile 2024

Redazione Roma, [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, [CAU - Centri di Assistenza e Urgenza](#), ultima modifica 25 novembre 2024

Rete Cardiologica, [Ruolo dell'intelligenza artificiale nella cardiologia del futuro](#), 2023

Sanità 33, [Go lean, il Lean Management nella sanità italiana. Un bilancio il 23 gennaio a Roma](#), 13 gennaio 2025

Scinetti F., [L'evoluzione della spesa sanitaria italiana](#), Osservatorio Conti pubblici Italiani, 5 gennaio 2023

## bibliografia.

Scinetti F.; Turati G.; Virgadamo L., [L'evoluzione dei finanziamenti alla sanità in Italia](#), Osservatorio Conti pubblici Italiani, 16 maggio 2024

Sood S.; Mbarika V.; Jugoo S.; Dookhy R.; Doarn C. R.; Prakash N.; Merrel R. C., [What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings](#), Telemed J E Health, 13 (5), 2007

Spadonaro F.; d'Angela D.; Polistena B., [Il futuro \(incerto\) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione](#), 19° Rapporto Sanità, CREA Sanità, 2024

Spadonaro F.; d'Angela D.; Polistena B., [Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pub](#)

[blico in Sanità al bivio](#), 20° Rapporto Sanità, CREA Sanità, 2025

University of North Carolina, [What Is Transcultural Healthcare and Why Is It Important?](#), 30 novembre 2022

Wallace-Wells D., [Suddenly, It looks like we're in a golden age for medicine](#), 23 giugno 2023

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

WHO, [WHO calls for safe and ethical AI for health](#), World Health Organization, 16/05/2023.



## ringraziamo il gruppo degli esperti:

- Andrea Cambieri, Direttore Sanitario Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
- Andrea Cipriani, Direttore Generale della Casa di Cura San Camillo di Milano
- Giandomenico Coviello, Group Human Resources Director, Bialisi
- Pasqualino D'Aloia, Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano, Lodi, Monza e Brianza
- Nicolò D'Amico, Fondatore e CEO Prismed
- Pierino Di Silverio, Segretario Generale Anaa Assomed
- Roberta Galluzzi, Direttore Risorse Umane e Organizzazione Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
- Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
- Beatrice Mazzoleni, Segretario FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
- Andrea Migliorati, Specialty Manager Healthcare Randstad
- Carmen Nuzzo, Dirigente delle Professioni sanitarie SITRA Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
- Francesco Possenti, Direttore del personale Gruppo San Donato
- Mariangela Rulli, Head of Public Affairs Italy Miodottore
- Laura Schieroni, Head of Healthcare Randstad.

## ringraziamo i membri del comitato scientifico:

- Daniele Checchi, Professore di Economia Politica, Università degli Studi di Milano
- Silvia Ciucciovino, Professoressa di Diritto del Lavoro, Università di Roma Tre
- Claudio Gagliardi, Vice Segretario Generale, Unioncamere
- Giuseppina Gualtieri, Presidente TPER
- Fabio Manca, Big Data Coordinator, Employment, Labour and Social Affairs, OCSE
- Mario Mezzanzanica, Pro-Rettore per l'Alta formazione e per le attività del Job Placement, Direttore di Dipartimento (Statistica e metodi quantitativi) Università Bicocca di Milano
- Francesca Morandi, Imprenditrice, Morandi Spa
- Isabella Pierantoni, Futurista, Generation Mover
- Stefano Sacchi, Professore di Scienza politica, Politecnico di Torino
- Paolo Sestito, Responsabile del Servizio Struttura economica, Banca d'Italia
- Alessandro Ramazza, Economista e Presidente di Ebitemp
- Giovanni Trovato, Professore di Statistica Economica, Università di Roma Tor Vergata.

## randstad research institute:

Emilio Colombo (Coordinatore del Comitato Scientifico), Francesco Trentini (Coordinatore della ricerca), Federica Romano (Coordinatrice), Maria Berardi (Responsabile partnership), Giovanni Armillotta (Ricercatore quantitativo), Martina Gnudi (Ricerca quantitativa), Francesca Lettieri (Ricerca qualitativa).

La responsabilità di eventuali errori è da attribuire esclusivamente a Randstad Research.



partner for talent.



research  
institute.