

Immaginate un medico di base che ogni mattina apre il suo studio e si trova davanti una sala d'attesa sempre più affollata: anziani con tre o quattro malattie croniche, pazienti che non sanno a chi rivolgersi per un problema di salute mentale, famiglie che cercano orientamento tra le pieghe di un sistema difficile da leggere. È un'istantanea comune in molte parti d'Italia, ma è anche il punto di partenza per capire perché la riforma delle cure primarie – avviata nel 2022 con

il decreto ministeriale 77 e sostenuta dai fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) – sia una delle sfide più urgenti che il Servizio sanitario nazionale si trovi ad affrontare.

VIAGGIO NELL'ITALIA CHE INVECCHIA

L'Italia sta invecchiando rapidamente. Secondo i dati Istat più recenti (2024-2025), le persone con 65 anni e più rappresentano circa il 24,3 per cento della popolazione. Vale a dire, quasi un italiano su quattro. Cresce in particolare la fascia dei cosiddetti grandi anziani: gli ultraottantenni sono circa 4,6 milioni di persone. Inoltre, nel 2024 la speranza di vita alla nascita ha raggiunto gli 83,4 anni complessivi (81,4 per gli uomini, 85,5 per le donne), valori tra i più elevati in Europa. Tuttavia, una quota sempre maggiore degli anni guadagnati viene trascorsa in condizioni di salute non ottimali.

Ipertensione, diabete, artrosi, insufficienza cardiaca, demenza: patologie che richiedono prossimità, continuità delle cure, integrazione tra professioni diverse. Tutto ciò che il sistema ospedaliero da solo non riesce a garantire. Ne deriva una domanda di cura in crescita, che trova progressivamente sempre meno supporto nelle reti familiari e nella popolazione in età attiva. A questo scenario si aggiunge una crescente carenza di medici di medicina generale. Secondo la Fondazione **Gimbe**,

al primo gennaio 2024 ne mancavano 5.575. Tra il 2024 e il 2027, circa 7.300 di loro raggiungeranno l'età pensionabile, aggravando il deficit senza un adeguato ricambio.

Già oggi l'accesso al proprio medico di medicina generale è difficile in molte aree del Paese: oltre la metà dei professionisti in attività ha un numero di assistiti superiore ai livelli considerati ottimali (1.500 pazienti) e in numerose regioni i cittadini faticano a trovare un medico disponibile vicino al proprio domicilio. Come ha recentemente sottolineato **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione **Gimbe**, questa situazione è il risultato di anni di programmazione inadeguata, incapace di assicurare il necessario ricambio generazionale a fronte dei pensionamenti previsti.

COSA NE PENSANO I MEDICI DEL DOMANI?

Ma come vedono queste trasformazioni i medici che tra pochi anni lavoreranno proprio in questo sistema? Come immaginano il loro futuro professionale coloro che fra uno, due o tre anni costituiranno la spina dorsale delle cure primarie italiane? Quali aspettative nutrono e quali timori? Per provare a rispondere a queste domande e come approfondiamo nel nostro articolo pubblicato a marzo 2026 sulla rivista Health Services Management Research ("The future of primary health care in Italy: needs, concerns and aspirations of physicians in training"), abbiamo condotto un'indagine nazionale, raccogliendo le prospettive di quasi 400 futuri medici di medicina generale e medici di comunità e cure primarie. I dati che presentiamo arrivano da uno



studio nazionale condotto nell'ambito del progetto "MedicInRete – Formazione e Networking per le Cure Primarie", promosso dal Dipartimento di politiche per la salute dell'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, insieme all'Alleanza per la riforma delle cure primarie e alla Campagna Primary Health Care Now or Never (grazie al supporto della Banca Popolare di Milano).

Abbiamo costruito un questionario, che è stato distribuito a due categorie di medici in formazione: i frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale (il percorso triennale, gestito dalle Regioni, che porta all'abilitazione come medico di medicina generale) e i frequentanti la scuola di specializzazione in medicina di comunità e delle cure primarie (un percorso quadriennale, a base universitaria, che forma come specialisti).

Due iter diversi, ma destinati a lavorare sempre più spesso insieme nelle case della comunità, secondo quanto previsto dalla riforma territoriale del Dm 77. La ricerca è stata realizzata tra la primavera e l'estate del 2024, coinvolgendo quasi tutte le regioni italiane. Le 34 domande del questionario – alcune a risposta chiusa, altre su scala di valutazione, con spazio anche per commenti liberi – coprivano quattro aree tematiche: le motivazioni che avevano spinto i medici a scegliere il percorso formativo in medicina generale o medicina di comunità e cure primarie; la percezione dell'adeguatezza del proprio percorso di formazione rispetto a otto aree di competenza; le aspettative e le preoccupazioni per il futuro professionale; e le opinioni sulle Case della Comunità, il pilastro organizzativo della riforma in corso. Le loro risposte offrono una prima fotografia delle opportunità e delle difficoltà che potrebbero accompagnare la trasformazione delle cure primarie prevista nel Dm 77.

SE LA FORMAZIONE FATICA A TENERE IL PASSO

Se c'è un messaggio che emerge con particolare forza dallo studio, è questo: entrambi i gruppi di medici in formazione percepiscono lacune importanti tra le competenze che ritengono necessarie per esercitare la professione di medici delle cure primarie e quelle che il loro percorso formativo consente effettivamente di sviluppare. Nel disegno della ricerca, abbiamo identificato otto aree di competenza rilevanti per le cure primarie italiane: le competenze cliniche e di presa in carico, quelle epidemiologiche, quelle gestionali e manageriali, le competenze per il lavoro con altri medici di cure primarie e in équipe multiprofessionali, quelle relazionali, comunicative e di gestione del conflitto, la conoscenza dei servizi territoriali e la capacità di collaborare con le comunità di riferimento. Su tutte e otto, i futuri medici di medicina generale riferiscono un divario tra l'importanza percepita

e l'acquisizione effettiva. La forbice più ampia riguarda proprio le competenze cliniche e di presa in carico dei bisogni di salute dei loro assistiti, ma anche la conoscenza dei servizi locali, la capacità di lavorare in équipe e la collaborazione comunitaria risultano largamente insufficienti secondo i diretti interessati. Un dato colpisce, in modo particolare: oltre il 96 per cento dei futuri medici di medicina generale giudica "abbastanza" o "molto" importante la conoscenza dei servizi sanitari e sociali del territorio, ma soltanto il 36 per cento ritiene di aver ricevuto una formazione adeguata in questo ambito. I futuri medici delle cure primarie mostrano gap generalmente più contenuti – il percorso universitario strutturato sembra garantire una maggiore organicità della formazione – ma anche loro segnalano carenze significative nelle competenze relazionali e comunicative e nella capacità di collaborare con le comunità.

COSA CHIEDONO I GIOVANI MEDICI?

Dai commenti aperti emergono temi ricorrenti: la scarsa attenzione alla salute mentale, alla medicina di genere, alla medicina narrativa, alla medicina delle migrazioni. C'è poi il capitolo della digitalizzazione: molti giovani medici chiedono una maggiore integrazione delle tecnologie digitali – dalla telemedicina all'intelligenza artificiale – nella formazione e nella pratica quotidiana.

Su un tema specifico, i numeri sono inequivocabili: il 74,5 per cento dei futuri medici di medicina generale vorrebbe che il corso regionale di formazione venisse trasformato in una scuola di specializzazione universitaria. I motivi citati sono molteplici: maggiore organicità del percorso, migliore qualità dei tirocini, possibilità di fare ricerca, maggiore riconoscimento professionale. Non mancano tuttavia voci critiche: una minoranza teme che l'università possa snaturare la vocazione territoriale della medicina generale, imponendo logiche accademiche lontane dalla realtà del campo. Non è un caso che una delle risposte più ricorrenti – come concetto – sia stata la seguente: "L'ambiente universitario, e per molti versi anche quello ospedaliero, sono anni luce distanti dai bisogni e dai metodi di lavoro che si hanno sul territorio. Sul territorio il paziente è immerso in un contesto molto più ampio della semplice stanza d'ospedale". Tale dibattito non è certamente nuovo. Da anni esperti, movimenti e associazioni di categoria lo sollevano. Ma i dati di



questa ricerca mostrano che è ancora vivo anche tra chi studia per diventare medico di famiglia.

IL NODO DEI CONTRATTI

Oltre alle lacune formative, i futuri medici di medicina generale esprimono preoccupazioni profonde riguardo alle condizioni contrattuali che troveranno al termine del percorso di formazione.

È un capitolo di questo studio che merita attenzione, perché tocca il problema dell'attrattività e della sostenibilità della medicina generale – e quindi della tenuta dell'intero sistema nel medio-lungo periodo. Quasi due terzi di loro risultano insoddisfatti del modello contrattuale vigente.

I motivi sono vari, ma convergenti: l'assenza di tutele tipiche del lavoro dipendente (ferie retribuite, maternità, malattia), il carico amministrativo eccessivo, il rischio di burnout, il modello retributivo a quota capitaria che viene percepito come inadeguato, l'alto numero di assistiti che grava su ogni singolo medico. Queste criticità non emergono solo dal nostro campione. Già su queste pagine (si veda il numero 235 di AboutPharma) è stato evidenziato come la crescente complessità del lavoro territoriale si scontri con oneri amministrativi e modelli contrattuali sempre meno adeguati.

Eppure, sarebbe un errore leggere questa insoddisfazione come una domanda di impiego pubblico di dipendenza. Infatti, soltanto il 3,8 per cento dei rispondenti indica questa come soluzione auspicabile e il 10,4 per cento difende esplicitamente il modello attuale proprio per l'autonomia professionale che garantisce. Ciò vuol dire che la quota più consistente di critici non si riconosce in nessuno dei due poli: chiede condizioni migliori (più tutele, meno burocrazia, meno pazienti per medico), senza necessariamente voler cambiare la natura del rapporto di lavoro. Il dato sugli assistiti è di per sé eloquente. Secondo il ministero della Salute, la percentuale di medici di medicina generale con un massimo di 1.500 assistiti (il limite massimo previsto dalla normativa) ha superato il 51 per cento, più che raddoppiando rispetto a pochi anni fa.

In Lombardia, la regione in cui il fenomeno è più acuto, quasi 3 medici su 4 si trovano in questa condizione. Ciò che emerge dai nostri dati (insoddisfazione diffusa per le condizioni attuali, ma scarsa adesione anche all'alternativa della dipendenza pubblica) è dunque una sfumatura importante, che invita a non ridurre il dibattito a una semplice scelta tra autonomia professionale e dipendenza dal sistema pubblico: il problema reale, per molti di questi medici, non è la forma giuridica del contratto, ma le condizioni concrete di lavoro.

L'ultimo accordo collettivo nazionale 2022-2024 ha introdotto importanti novità, tra cui il ruolo Unico di assistenza primaria, che prevede una settimana

lavorativa di 38 ore che combina assistenza ai propri assistiti con attività a orario in strutture come le Case della Comunità o altri servizi afferenti al Distretto di appartenenza.

Una riforma che ha generato ulteriori interrogativi tra i professionisti, soprattutto in merito alla chiarezza dei ruoli, alle attività da svolgere nelle case della comunità, al lavoro in équipe con le altre figure professionali e alla coerenza con il percorso formativo ricevuto.

C'è anche chi immagina un futuro positivo – circa un quarto dei rispondenti parla di soddisfazione professionale, relazioni significative con i pazienti, lavoro in équipe – ma il dato che colpisce è che il 6,9 per cento dei futuri medici di medicina generale stia già considerando di abbandonare il percorso o di lavorare all'estero. Sul fronte dei futuri medici di comunità e delle cure primarie, il tema dominante è diverso ma altrettanto critico: quello delle barriere regolatorie che limitano il loro ruolo clinico nel sistema sanitario.

Questi camici bianchi completano quattro anni di specializzazione universitaria – con un curriculum di area medica che abbraccia tanto le attività cliniche di medicina generale e cure primarie, di cure palliative e terapia del dolore, quanto l'organizzazione dei servizi territoriali nell'ambito dell'assistenza distrettuale – ma non possono accedere direttamente alla convenzione come medici di medicina generale. La separazione tra percorsi formativi crea una situazione paradossale: professionisti formati proprio per lavorare nelle cure primarie che, una volta terminata la specializzazione, non possono svolgere pienamente l'attività clinica. Non sorprende quindi che una quota significativa degli specializzandi in medicina di comunità e delle cure primarie percepisca questi vincoli normativi come ostacolo alla propria realizzazione professionale.

LE CASE DELLA COMUNITÀ VISTE DAI GIOVANI MEDICI

Le case della comunità rappresentano probabilmente il simbolo più visibile della riforma avviata con il Dm 77/2022. Pensate come nodi centrali dell'assistenza di prossimità, queste strutture dovrebbero ospitare équipe multiprofessionali e servizi integrati tra sociale, sanitario e terzo settore, con l'obiettivo di rendere le cure primarie più accessibili e coordinate per i cittadini.

Ma come la vedono i giovani medici che ci dovranno



lavorare? La risposta sembra dipendere molto da quale percorso formativo stanno frequentando. Tra i futuri medici di comunità e delle cure primarie, il 91,3 per cento dichiara un'alta disponibilità a lavorare nelle case della comunità. Per loro, rappresentano il contesto ideale in cui esprimere le competenze acquisite durante la specializzazione: lavoro in équipe, organizzazione dei servizi, presa in carico integrata del paziente, collaborazione con il territorio. Ben diversa è la prospettiva dei futuri medici di medicina generale. Il 63,1 per cento dichiara infatti una bassa disponibilità a lavorare nelle case della comunità. Le preoccupazioni sono di due tipi principali: da un lato, l'incertezza sul funzionamento concreto di queste strutture (ruoli poco chiari, accordi contrattuali ancora nebulosi); dall'altro, il timore di perdere l'autonomia professionale e la relazione fiduciaria con il paziente.

Un futuro medico di medicina generale ha sintetizzato bene questa preoccupazione: "Sarebbe utilissimo poter collaborare con altri servizi territoriali in un ambiente come una casa della comunità. Ma non sarei disposto a lavorarci se deve essere solo uno spazio con me dentro in modo tale che si possa dire che nelle case della comunità c'è la nostra figura, quando poi sono solo un inquilino, magari malvisto. A quel punto preferisco pagare l'affitto a un privato, rimanere libero e in prossimità del cittadino".

COME CAMBIA IL PENSIERO LUNGO LO STIVALE?

I dati mostrano anche importanti differenze geografiche. Tra i rispondenti dalla Sicilia, il 73,3 per cento esprime una bassa o nulla disponibilità a lavorare nelle case della comunità, con motivazioni legate soprattutto all'incertezza organizzativa e al timore di perdere autonomia professionale. All'opposto, tra i rispondenti dell'Emilia-Romagna – regione che ha tradizionalmente investito più di altre nell'integrazione sociosanitaria e ha già sperimentato le Case della Salute, il modello da cui le case della comunità discendono – il livello di disponibilità è significativamente più alto. Un risultato prevedibile, che conferma quanto il successo delle riforme dipenda spesso dalla storia e dalle esperienze organizzative maturate nei singoli territori.

Vale la pena sottolineare un elemento metodologicamente rilevante: al momento della raccolta dati, la maggior parte delle Case della Comunità non era ancora operativa.

Le opinioni dei giovani medici riflettono dunque aspettative e timori, non valutazioni basate sull'esperienza diretta. Questo significa che vi è ancora un'importante finestra di opportunità: se la fase di implementazione sarà gestita con attenzione ai bisogni e con il coinvolgimento dei professionisti, molti scettici potranno diventare sostenitori.

CHE COSA SERVE DAVVERO ALLE CURE PRIMARIE?

Nel loro insieme, i risultati dello studio delineano un quadro complesso ma tutto sommato coerente. I medici in formazione nelle cure primarie (futuri medici di medicina generale e delle case di comunità e delle cure primarie) sono motivati, orientati al lavoro in équipe e convinti dell'importanza di un approccio olistico alla salute.

Lontani dall'immagine di professionisti disimpegnati che talvolta emerge nel dibattito pubblico, sono figure spesso poco sostenute nei loro percorsi formativi e inserite in un sistema che fatica ancora a valorizzarne pienamente le competenze e le aspirazioni professionali.

Dal nostro studio emergono almeno quattro direzioni di azione che ci sembrano urgenti e importanti. La prima direzione riguarda la formazione. Riformare il corso triennale per medici di medicina generale non è più rinviabile: la trasformazione da corso regionale a una scuola di specializzazione universitaria sembra essere la strada preferita dai diretti interessati.

Qualunque riforma, però, dovrà preservare l'identità della medicina generale come pratica radicata nel territorio. Per questo, sarà necessario riconoscere la medicina generale come settore scientifico-disciplinare universitario, senza penalizzare chi fino ad oggi ha costruito la propria competenza più sul campo che nella ricerca. La seconda direzione riguarda le condizioni contrattuali. Le preoccupazioni per la mancanza di tutele, il sovraccarico lavorativo e i rischi di burnout dei futuri medici di medicina generale non sono lamentele campanilistiche: sono segnali di un sistema che rischia di perdere i suoi professionisti più giovani prima ancora che entrino a regime. Introdurre maggiore flessibilità nei modelli contrattuali e garantire libertà di scelta potrebbe rendere più attrattiva la carriera in cure primarie e ridare prospettiva a chi oggi sta pensando di lasciare la professione.

Strettamente connessa alla seconda direzione, la terza ha a che fare con il riconoscimento professionale dei medici delle case di comunità e delle cure primarie. Avere medici con quattro anni di formazione universitaria in cure primarie che non possono lavorare come medici di medicina generale – per di più, in una fase di grave carenza di medici di medicina generale – è un paradosso che il nostro studio documenta con chiarezza e che il nostro servizio sanitario non può permettersi. Chiarire il ruolo di questi specialisti e creare



percorsi di reclutamento pubblici dedicati su tutto il territorio nazionale, coerenti le funzioni previste dalla riforma, è una priorità che non può essere rimandata.

La quarta direzione riguarda le case della comunità. Come già sottolineato da più parti, le strutture fisiche da sole non bastano. Servono ruoli chiari, forme solide di governance e coordinamento, modelli organizzativi che garantiscano la qualità della relazione terapeutica e una vera presa in carico dei bisogni, per superare la logica delle prestazioni e costruire un vero lavoro in équipe e una reale medicina di iniziativa. Servono anche spazi di ricerca che consentano la crescita professionale di chi ci lavora. Quello che i nostri dati suggeriscono è che la disponibilità dei medici a lavorare nelle case della comunità dipenderà da come queste strutture saranno concretamente organizzate e dalla credibilità del modello di cura che il Dm 77 prefigura ma che, a oggi, rimane ancora quasi del tutto da costruire nella pratica.

C'è infine un tema trasversale che il nostro studio non ha esplorato direttamente, ma che è emerso con una certa insistenza dalle risposte dei giovani medici: la digitalizzazione. Strumenti digitali inte-



“Quale medicina territoriale sarà possibile in un Paese che nel 2050 avrà più di diciotto milioni di over 65? Tanti i dubbi di fronte alla quota crescente di grandi anziani, di pazienti con polipatologie croniche e di famiglie sempre meno capaci di farsi carico informalmente della cura dei propri cari”

“La medicina del territorio dovrà essere radicalmente diversa da quella che conosciamo oggi, troppo ancorata alle prestazioni, alle singole malattie e di conseguenza alla frammentazione delle cure e per nulla attenta ai determinanti socioeconomici della salute”

Medicina generale e di comunità e cure primarie: formazione e opportunità a confronto

	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	MEDICO DI COMUNITÀ E CURE PRIMARIE
Percorso e durata	Corso triennale di formazione specifica in medicina generale, organizzato a livello regionale	Specializzazione quadriennale universitaria in medicina di comunità e cure primarie
Modalità e luoghi	Formazione pratica e teorica diffusa a livello regionale con tirocini in ambito territoriale e ospedaliero. Formazione organizzata a livello regionale, non standardizzata a livello nazionale	Percorso universitario con attività cliniche e organizzative in contesti territoriali; attivato in un numero limitato di università italiane (tra cui Bari, Bologna, Milano, Modena e Reggio Emilia, Napoli Federico II, Padova, Palermo, Verona, Sapienza Università di Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore e Università Politecnica delle Marche)
Status contrattuale	Lavoro esclusivamente come libero professionista convenzionato sotto Accordo collettivo nazionale; remunerazione a quota capitaria con integrazioni; tirocinanti autorizzati a lavorare come medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e massimale ridotto dal 2019	Specialista con canale contrattuale dedicato solo in alcune regioni italiane; inserimento nel Ssn per attività di assistenza sanitaria primaria come dipendente tramite bandi o come specialista convenzionato, tramite il canale della specialista ambulatoriale interna
Integrazione nel Servizio sanitario nazionale (Ssn)	Ruolo consolidato ma con dibattito su transizione, anche parziale, verso rapporto di dipendenza con Ssn	Ruoli organizzativi e clinici, fatta eccezione per l'esercizio della medicina generale
Ruoli nelle Case di comunità secondo il DM 77/2022	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali



“Bisogna andare verso una medicina di comunità capace di ascoltare i bisogni di salute dei cittadini: meno orientata all’episodio acuto, più attenta alla promozione della salute e alla prevenzione, abile nel mantenere insieme la dimensione clinica, quella sociale e quella comunitaria”



