


[ws](#) [Rubriche](#) [Eventi e Convegni](#) [AboutAcademy](#) [Prodotti editoriali](#) [AboutJob](#) [Multimedia](#)

cure primarie che vorrei: parola ai giovani medici



Pubblicato il: 16 Giugno 2026

 di *Patrizia Consoloni, Annette Corrado, Luigi Bracchitta e Alessandro Nobili** - Dal numero 238 del Magazine

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 tema difficile da leggere.

Un'istanza 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 trova ad affrontare.

Il 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.

Hipertensione, diabete, artrosi, insufficienza cardiaca, demenza: patologie che richiedono prossimità, continuità delle cure, integrazione tra professionisti. 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.

In questo scenario si aggiunge una crescente carenza di medici di medicina generale. Secondo la Fondazione Gimbe, al primo gennaio 2024 mancavano 5.575 medici di base. 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 di quelli 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.

Il ministro 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.

Ma cosa ne pensano i medici del domani?

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](#), 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 specialiste 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.

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.

e la formazione fatica a tenere il passo

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 loro 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 multidisciplinari, quelle relazionali, comunicative e di gestione del conflitto, la conoscenza dei servizi territoriali e la capacità di collaborare con le comunità di riferimento.

Sulle 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 omogeneità della formazione – ma anche loro segnalano carenze significative nelle competenze relazionali e comunicative e nella capacità di lavorare con le comunità.

Cosa chiedono i giovani medici?

Nei 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.

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, ponendo 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, è anni luce distante 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".

Il 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.

| nodo dei contratti

tre alle lacune formative, i futuri medici di medicina generale esprimono preoccupazioni profonde riguardo alle condizioni contrattuali che verranno al termine del percorso di formazione. È un capitolo di questo studio che merita attenzione, perché tocca il problema dell'attrattività e la sostenibilità della medicina generale – e quindi della tenuta dell'intero sistema nel medio-lungo periodo.

asi 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 fissa 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 del Magazine) 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.

Intanto il 3,8 per cento dei rispondenti indica infatti 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: vuole 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.

Quello 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 presenti 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.

In 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 formativi 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.

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.

Il futuro medico di medicina generale ha sintetizzato bene questa preoccupazione: “Sarebbe utilissimo poter collaborare con altri servizi territoriali

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 mal visto. A quel punto preferisco pagare affitto a un privato, rimanere libero e in prossimità del cittadino”.

Come cambia il pensiero lungo lo Stivale?

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.

L'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 dato prevedibile, che conferma quanto il successo delle riforme dipenda spesso dalla storia e dalle esperienze organizzative maturate nei singoli territori.

Le dati sottolineano un elemento metodologicamente rilevante: al momento della raccolta dati, la maggior parte delle Case della Comunità non è 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?

I loro insieme, i risultati dello studio delineano un quadro complesso ma tutto sommato coerente. I medici in formazione nelle cure primarie (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.

Intuiti 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 e 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 propone: la figura ma che, a oggi, rimane ancora quasi del tutto da costruire nella pratica.

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 integrati, fascicoli sanitari condivisi, telemedicina per i territori più difficili da raggiungere sono richieste concrete, che dicono qualcosa su come questa generazione immagina il proprio lavoro. È un segnale che vale la pena raccogliere, tanto più che il sistema ha previsto lo sviluppo di una piattaforma di intelligenza artificiale per le case della comunità.

Un'iniziativa ambiziosa, che però non esime dal porsi una domanda che la letteratura internazionale solleva con crescente attenzione: le tecnologie digitali alleggeriscono davvero i carichi di lavoro e riducono le distanze, o rischiano di amplificare le disuguaglianze esistenti?

Il sostegno che serve (ora più che mai)

aturti medici delle cure primarie si trovano intrappolati in un sistema che non riesce ancora a sostenerli: percorsi formativi spesso inadeguati, condizioni contrattuali precarie, ruoli professionali mal definiti e prospettive di carriera poco chiare.

unto centrale è che le riforme organizzative non si realizzano da sole: hanno bisogno di una visione di sistema, di una chiara analisi della situazione epidemiologica, demografica e dei bisogni di salute delle comunità e, non ultimo, del coinvolgimento diretto dei professionisti che le determinano, che le facciano proprie, che le traducano in pratica quotidiana.

i futuri medici di medicina generale percepiscono le case della comunità come una minaccia alla loro autonomia professionale e alla qualità dell'assistenza con il paziente, quelle strutture rischiano di rimanere gusci vuoti. Se i futuri specialisti delle cure primarie continuano a trovarsi in un limbo ospedaliero che ne comprime il ruolo clinico, una risorsa preziosa viene sprecata, proprio mentre il sistema ne avrebbe più bisogno. I medici che oggi frequentano entrambi i corsi eserciteranno la professione fino agli anni 2050 e oltre.

competenze che stanno (o meno) acquisendo accompagneranno milioni di pazienti per i prossimi trent'anni. Le frustrazioni che oggi li spingono a considerare la fuga all'estero o l'abbandono della professione lasceranno vuoti che il sistema farà fatica a colmare. In questo senso, il nostro studio esplora di quale medicina territoriale sarà possibile in un Paese che nel 2050 avrà più di diciotto milioni di over 65: con una 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 che 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.

Avvicinare i medici ai cittadini

sogna quindi andare verso una medicina di comunità capace di ascoltare i bisogni di salute dei cittadini: meno orientata all'episodio acuto, più incentrata sulla promozione della salute e alla prevenzione, abile nel mantenere insieme la dimensione clinica, quella sociale e quella comunitaria. Servono esattamente quelle competenze che i giovani medici che hanno partecipato al nostro studio dicono di non riuscire ad acquisire abbastanza e vedrebbero come necessarie per la loro professione nelle cure primarie. Non si parte da zero.

varie parti del Paese esistono già esperienze che provano a muoversi in queste direzioni: ambulatori che sperimentano forme di lavoro orizzontale, reti interprofessionali che connettono medici, servizi sociali e associazioni del territorio, presidi sanitari di prossimità che raggiungono il sistema fatica ad intercettare, percorsi di prevenzione e promozione della salute costruiti insieme alle comunità. Circa un anno fa abbiamo raccolto alcune di queste esperienze nel volume ["Esperienze orientate alla primary health care in Italia. Un percorso di mappatura" \(2025, Cultura e salute Editore, Perugia\)](#). Ciò che è emerso da quel percorso di mappatura non è un catalogo di modelli da replicare, ma la prova che cambiare è possibile e che in molti casi il cambiamento è già in corso.

problema è che queste esperienze restano spesso sommerse, difficilmente riconoscibili nei quadri istituzionali, e quindi prive degli strumenti e dei supporti per consolidarsi e diffondersi. Formare e sostenere i giovani medici affinché diventino capaci di abitare e alimentare queste realtà – e di farne di nuove – è forse il compito più urgente che il nostro Servizio sanitario nazionale ha davanti a sé per conservare il suo mandato e il suo universalismo.

Artina Consoloni e **Annette Corrado** sono ricercatrici del Dipartimento di politiche per la salute dell'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri (Milano); **Alessandro Nobili** è responsabile del Dipartimento di politiche per la salute dell'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri; **Luigi Bracchitta** è medico di medicina generale, Ats Città Metropolitana, Milano

Tag: [case di comunità](#) / [dm77](#) / [medici di Medicina generale](#) / [pnrr](#) /

CONDIVIDI    

P-DATE

