

Cerca nel sito

5 Agosto 2026 09:20

quotidianosanità.it
Emilia-RomagnaCronache Governo e Parlamento Regioni e AsL Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newslet

QS » Emilia-Romagna » Medicina generale: 5.965 domande non sono 5.965 futuri medici di famiglia



Stampa

Medicina generale: 5.965 domande non sono 5.965 futuri medici di famiglia

**Gentile Direttore, il dato diffuso il 31 luglio merita attenzione: 5.965 domande di partecipazione al concorso per il Corso di formazione specifica in medicina generale 2026-2029, a fronte di 2.651 borse disponibili...**

Gentile Direttore,

il dato diffuso il 31 luglio merita

attenzione: 5.965 domande di partecipazione al concorso per il Corso di formazione specifica in medicina generale 2026-2029, a fronte di 2.651 borse disponibili.

Il segretario nazionale della FIMMG Silvestro Scotti lo ha commentato, a onore del vero anche con una certa prudenza, definendo i numeri capaci di superare le aspettative ma da leggere con lucidità e precisando che non si tratta di una celebrazione di successo. Su questo non c'è nulla da obiettare.

Il problema è la cornice che si è costruita intorno a quel numero. "Boom di candidature", "inversione di tendenza", "ritrovata fiducia dei giovani medici": è il racconto che ha attraversato l'informazione generalista nelle ore successive, e che rischia di consolidarsi come verità acquisita. Un racconto costruito su un dato diffuso a quasi tre mesi di distanza dalla prova, quando nessuno degli elementi che contano davvero è ancora noto.

Perché allo stato attuale una vittoria non esiste. Esistono 5.965 domande di partecipazione a un concorso che si svolgerà soltanto il 21 ottobre. Non sappiamo quanti candidati si presenteranno, quanti accetteranno il posto, quanti inizieranno effettivamente il corso, quanti lo completeranno e, soprattutto, quanti sceglieranno poi di lavorare stabilmente come medici di famiglia nel Servizio sanitario nazionale italiano.

Confondere una domanda di concorso con una scelta professionale definitiva è un errore metodologico prima ancora che politico.

Va aggiunta una seconda cautela, di ordine statistico. Il confronto con l'anno scorso va maneggiato con prudenza, perché il dato 2025 comunicato a settembre – 4.207 domande era esplicitamente parziale, mancando allora le informazioni di sette Regioni e Province autonome.

Il 2026 rende il problema particolarmente evidente. La prova nazionale per le scuole di

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative



Leadership Infermieristica 2026: nuovi modelli di responsabilità e autonomia



Leadership Medica 2026: guidare team clinici ad alte prestazioni



AI e telemedicina nello studio odontoiatrico: applicazioni concrete e uso protetto

Quotidiano Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti
[7 giorni] [30 giorni]

Comparto Sanità. Firmato il contratto 2025-2027. Aumenti fino a 240 euro per gli infermieri, arriva il capitolo sull'IA e nuove tutele per il personale



Eclissi solare del 12 agosto 2026, come osservarla in sicurezza

specializzazione medica si è svolta il 21 luglio; il termine per presentare domanda al Corso di formazione specifica in medicina generale scadeva il 27 luglio. Ma il punto decisivo viene dopo: il bando ministeriale fissa la pubblicazione della graduatoria SSM al 6 agosto, la finestra ordinaria di scelta delle sedi dal 16 al 22 settembre, la pubblicazione delle assegnazioni al 24 settembre e la presa di servizio al 2 novembre.

In altre parole, quando i candidati si siederanno, o non si siederanno, davanti al questionario del 21 ottobre, sapranno già da quasi un mese se hanno ottenuto un posto in specializzazione e in quale sede. È quindi del tutto naturale che moltissimi giovani medici abbiano presentato entrambe le domande, riservandosi di decidere a valle della graduatoria nazionale.

A questo si aggiunge un vincolo formale che rende la scelta obbligata: i due percorsi sono incompatibili, e chi risulti assegnatario di un posto in specializzazione deve rinunciare al corso di medicina generale prima dell'inizio della nuova attività formativa.

E, potendo scegliere, molti opteranno legittimamente per una scuola di specializzazione. Non perché non apprezzino la medicina generale o non ne comprendano l'importanza, ma perché si trovano a confrontare due prospettive formative, giuridiche ed economiche profondamente diverse.

Il precedente più citato va richiamato con precisione, perché il meccanismo era rovesciato rispetto a oggi. Nel 2014, con l'avvio del concorso nazionale per le specializzazioni, la prova SSM fu collocata

dopo quella per la medicina generale. Un'analisi pubblicata allora dallo stesso circuito sindacale rilevò tre effetti: partecipazione massiccia al concorso di medicina generale, innalzamento apparente dei punteggi minimi di accesso e scorrimenti consistenti delle graduatorie per le rinunce di quanti erano risultati successivamente vincitori alle scuole di specializzazione. Prevaleva, si osservava già allora, non la scelta vocazionale ma il tentativo di assicurarsi comunque una formazione post laurea, riversandosi sul primo concorso disponibile in calendario.

Nel 2026 l'ordine è invertito, e con esso la forma che assumerà la dispersione. Non avremo rinunce dopo la vittoria e scorrimenti di graduatoria, ma più probabilmente assenze il giorno della prova. Il risultato sostanziale, però, è il medesimo: una quota rilevante delle 5.965 domande non si tradurrà in corsisti.

Un'indicazione in questo senso viene dai dati più recenti. Secondo la Fondazione GIMBE, che rielabora dati FIMMG, i partecipanti al concorso 2025 sono stati 2.810 a fronte di 2.228 borse; nel 2024, su dati del Ministero della Salute e della Provincia autonoma di Bolzano, erano stati 2.240 per 2.623 borse, con un gap del quindici per cento. La stessa Fondazione ricorda che, anche dopo l'iscrizione, almeno il venti per cento dei corsisti abbandona il percorso formativo.

Il dato che manca

La vera domanda, quindi, non è quante domande siano state presentate. È quanti dei 5.965 candidati ritroveremo tra tre anni con il diploma, quanti accetteranno un incarico del ruolo unico e quanti saranno ancora nel Servizio sanitario nazionale dopo altri tre o cinque anni.

Su questo servirebbe un monitoraggio nazionale trasparente, pubblicato annualmente e articolato sull'intera filiera: domande, presenti alla prova, idonei, accettazioni, iscritti effettivi, abbandoni in itinere, diplomati, primi incarichi e permanenza nel SSN a tre e a cinque anni, distinguendo pensionamenti, trasferimenti, rinunce e abbandoni volontari precoci. Oggi questi dati non esistono in forma sistematica, e la loro assenza consente a chiunque di raccontare la medicina generale come preferisce.

Anche il dato di quest'anno, letto per Regione, dice più di quanto dica il totale nazionale: si va dalle 1.080 domande della Campania per 240 posti alle 10 della Valle d'Aosta per 10 posti. Uno squilibrio che segnala, prima ancora dell'attrattività della professione, la geografia delle opportunità occupazionali alternative.

Il modello verso cui si viene formati

C'è poi la questione di merito, che nessun dato di iscrizione può eludere. Il percorso formativo



Contratto sanità, valorizzati gli infermieri ma penalizzate le altre professioni



Caldo estremo, FADOI: "Sopra i 40 gradi il corpo può non riuscire più a disperdere il calore"



Fibromialgia. Identificati 26 fattori di rischio genetici. Uno studio rafforza l'origine biologica della malattia

conduce oggi verso un ruolo unico di assistenza primaria che rappresenta un modello organizzativo francamente indecente.

L'Accordo collettivo nazionale del 4 aprile 2024 stabilisce che i nuovi incarichi comportano un impegno a tempo pieno pari a 38 ore settimanali, con obbligo di contemporanea apertura dello studio e progressiva modulazione tra attività a ciclo di scelta e attività oraria: 38 ore fino a 400 assistiti, 24 ore da 401 a 1.000, 12 ore da 1.001 a 1.200 e ancora 6 ore anche tra 1.201 e 1.500 assistiti.

Va sottolineato un aspetto decisivo e troppo poco discusso: questa disciplina si applica agli incarichi conferiti a partire dal 2025. Per i medici già titolari a tempo indeterminato restano in vigore le regole del precedente Accordo del 28 aprile 2022, con limiti orari sensibilmente più contenuti. Il modello,

in altre parole, ricade interamente sulle nuove leve. È una discriminazione generazionale scritta nero su bianco in un accordo contrattuale, e i giovani medici che si preparano al concorso di ottobre lo sanno perfettamente.

Per l'attività oraria è l'Azienda a individuare le sedi di servizio e a predisporre i turni su base distrettuale. L'Accordo prevede che ciò avvenga in collaborazione con i referenti di AFT e sentiti i medici interessati: ma essere sentiti non è codeterminare, e il potere organizzativo resta interamente in capo alla parte pubblica. Al contempo, il rapporto continua a essere qualificato come attività libero-professionale contrattualizzata, e i relativi compensi restano trattati come redditi di lavoro autonomo, come confermato anche dall'Agenzia delle Entrate.

Si pretende dunque di esercitare un rilevante potere organizzativo sul medico, imponendogli monte ore, sedi e turni tipici della dipendenza, senza riconoscergli il complesso delle garanzie proprie del lavoro dipendente. È una dipendentizzazione sostanziale senza dipendenza formale: un modello eterodiretto, discriminatorio e scarsamente compatibile con l'autonomia clinica e organizzativa che dovrebbe caratterizzare la medicina di famiglia.

Non sorprende, in questo quadro, che gli albi delle Aziende sanitarie registrino cessazioni, rinunce e dimissioni anche fra chi è entrato da poco nella professione. Non esistono rilevazioni nazionali che consentano di quantificare il fenomeno e di ricostruirne le motivazioni: ed è esattamente per questo che il monitoraggio andrebbe istituito.

Conviene ricordare da dove veniamo. Le borse ministeriali per il Corso di formazione specifica erano salite fino a 4.362 nel 2021, grazie alla sovrapposizione dei finanziamenti straordinari del DL Calabria e del PNRR, per poi ridiscendere verso quota 2.600 nel biennio 2023-2024 e a 2.228 nel 2025. Nel frattempo, la quota di spesa sanitaria pubblica destinata all'assistenza medico-generica da convenzione è scesa dal 6,2 per cento del 2012 al 5,2 per cento del 2023.

Non è un problema di domanda di formazione. È un problema di investimento e di condizioni di esercizio.

Due scenari che la politica sembra ignorare

Il primo riguarda la mobilità europea. Il diploma italiano di formazione specifica in medicina generale è un titolo riconosciuto nell'Unione europea ai fini dell'accesso alla professione. Nulla garantisce, pertanto, che un medico formato con risorse pubbliche italiane decida poi di lavorare in Italia. Se altri Paesi offriranno maggiore autonomia, condizioni economiche migliori e un'organizzazione professionale più dignitosa, il trasferimento all'estero sarà una scelta perfettamente razionale. Potremmo quindi ritrovarci a finanziare corsi che preparano medici destinati a esercitare altrove: non per esterofilia, ma perché respinti dalle condizioni costruite dal nostro stesso sistema.

Il secondo riguarda il mercato interno. Sotto la superficie si sta sviluppando una cultura della general practice privata: servizi di medicina generale a pagamento, assistenza privata e formule alternative rivolte a cittadini che non trovano risposta nel servizio pubblico. Non è difficile prevedere l'arrivo di veri e propri medici di famiglia privati. Sarà forse una risposta professionale legittima e per molti colleghi persino positiva. Ma dal punto di vista del Servizio sanitario nazionale rappresenterebbe la certificazione di un fallimento: una medicina di famiglia pubblica

progressivamente svuotata e un'assistenza primaria di qualità disponibile soprattutto per chi può permettersela.

Occorre infine chiedersi se la strategia implicita non sia semplicemente quella di attendere la futura pleora medica, confidando che un eccesso di laureati costringa qualcuno ad accettare qualsiasi

condizione pur di lavorare. Sarebbe una politica miope e pericolosa. Un sistema sanitario non si rafforza creando professionisti che scelgono un mestiere per esclusione, per necessità economica o semplicemente per sbarcare il lunario. Così si produce disillusione, disimpegno e medicina difensiva, non una nuova generazione di medici di famiglia motivati.

Le 5.965 domande sono un'opportunità, non una vittoria. e ma va tradotta in due atti concreti: la pubblicazione sistematica dell'intera filiera formativa e occupazionale, e la revisione di un modello di ruolo unico che scarica sulle sole nuove leve vincoli da lavoro dipendente senza le corrispondenti tutele.

Una vittoria potrà essere dichiarata soltanto quando quei giovani troveranno una formazione dignitosa, una professione realmente autonoma e attrattiva e condizioni capaci di convincerli a restare nel sistema pubblico italiano.

Fino ad allora, meno celebrazioni e molta più onestà nell'analisi dei dati.

Roberto Pieralli

Presidente SNAMI Emilia-Romagna

05 Agosto 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Emilia-Romagna



Che pizza l'Inail...

Gentile Direttore, le riporto il contenuto di una telefonata intercorsa con la mia giovane sostituta, che ricorre a me per qualche dritta burocratica. "Enzo, c'è uno che si è fatto male..."



La validità della "clausola di salvaguardia" negli accordi tra struttura privata accreditata e Asl

Gentile direttore, alla fine, è dovuta intervenire l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato a dirimere una questione che, impugnata e respinta in primo grado, in appello ha fatto riscontrare un contrasto...



Prima che sia l'ultimo turno: lettera di chi cura i fragili d'Italia

Gentile Direttore, in questi giorni il web è pieno di annunci che cercano infermieri, fisioterapisti, logopedisti, OSS. Numeri di telefono lasciati come bottiglie in mare, per ambulatori, RSA, ospedali classificati, centri...



Memoria corta e difficoltà sempre più gravi

Gentile Direttore, ormai è una costante nel nostro Paese: talvolta vengono elaborati e definiti documenti che contengono soluzioni solide e organiche, condivise a molti livelli, sia politico-amministrativi sia sociali, che...