

Cerca nel sito

20 Luglio 2026 12:00

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

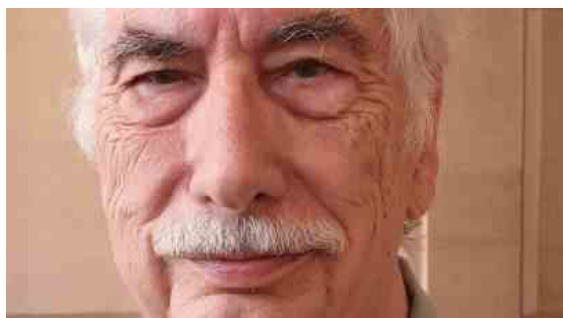
QS Club Newslet

QS » Emilia-Romagna » J'accuse. Perché solo pochi medici di assistenza primaria vanno nelle CdC e perché i PS ...



Stampa

J'accuse. Perché solo pochi medici di assistenza primaria vanno nelle CdC e perché i PS scoppiano?



Gentile Direttore, al di là che la maggior parte dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) vogliano continuare a garantire il rapporto di fiducia e la prossimità ad una popolazione sempre più fragile ed anziana, come perseguono e vengono diversamente incentivati a

fare i Farmacisti da Governo, Ministro e Regioni...

Gentile Direttore,

al di là che la maggior parte dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) vogliano continuare a garantire il rapporto di fiducia e la prossimità ad una popolazione sempre più fragile ed anziana, come perseguono e vengono diversamente incentivati a fare i Farmacisti da Governo, Ministro e Regioni attraverso la farmacia dei servizi, quasi tutte le Case di Comunità, specie quelle PNRR, privilegiano come spazi solo gli infermieri ed i servizi AUSL-ASST, anziché i Medici.

Nelle Case di Comunità possono trovare spazio solo pochissimi MAP, con studi angusti anche di soli 13 mq, e le stesse, inoltre, per difetti di progettazione su basi non operative, non prevedono quasi mai spazi per i Collaboratori e gli Infermieri di studio dei MAP, costringendo i Medici delle Medicine di gruppo ad avere sale di attesa e servizi comuni con altri servizi, anziché riservati, mettendo in grosse difficoltà non solo i MAP ma anche le loro Società di servizio-Coop, sia per gestirle secondo i normali criteri di sicurezza ed assicurativi previsti i polistudi sia anche per ottenere gli spazi in concessione attraverso manifestazioni di interesse allucinanti ed escludenti: la concessione non può essere direttamente ai singoli MAP ma va stipulata con la società di servizio perché possa fornire il personale, altrimenti incorrerebbe nel reato penale di intermediazione di manodopera-caporalato!

Poiché le AFT prevedono circa max 25 MAP a ciclo di scelta e 5 a quota oraria, è chiaro che, anche volendo, la maggior parte dei MAP non possano andarci fisicamente ad esercitare nelle CdC, se non limitatamente a fare Continuità Assistenziale nell'unico ambulatorio di AFT H12 - H 24.

Perché poi duplicare nelle AFT le Case della Salute (CdS) già esistenti con Case di Comunità (CdC) PNRR?

Ad es., nella AFT di Albinea, Quattro Castella e Vezzano (RE), i cui Sindaci, avendo

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]



Ebola. Secondo operatore umanitario statunitense contagiato, trasferito in Germania. Tedros: "Proteggere chi è in prima linea"



"Il medico non può essere il tappabuchi del sistema. E nella PA la nostra dirigenza deve diventare 'speciale'. Intervista a Di Silverio (Anaa)



Alzheimer, lo studio CELIA rilancia la strategia anti proteina tau: diranersen rallenta il declino cognitivo



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



Screening oncologici. Oltre 7,6 milioni di italiani esclusi, Gimbe: "Oltre 50 mila tumori non intercettati"

intelligentemente anteposto l'interesse generale dei cittadini al solito mero campanilismo elettorale, avevano creato la loro Casa della Salute HUB nel centro del territorio della AFT, a Puianello, è stata incredibilmente instaurata una nuova Casa della Comunità PNRR (CdC) ad Albinea. distante soli 5,7 Km dalla CdS Hub!

Questa AFT con un CdS Hub H 24 ed una CdC spoke H 12 è composta oltretutto da soli 15 MAP che ora dovrebbero gestire teoricamente 36 ore giornaliere di ambulatori di AFT dalle 8 alle 20 dal Lu al VEN, oltre al loro normale orario settimanale di studio di almeno 20 ore e considerando che le loro ore di lavoro settimanali non sono solo quelle di studio ma globalmente ben 66, compensate per 38 follia pura!

TANTI MILIARDI DI DEBITI PNRR PER NULLA!

I politici ed i giornalisti prendano atto della situazione reale e delle vere necessità delle cure primarie, che non sono il costruire strutture ed il centralizzare i MAP in ipermercati della sanità, costringendoli ad esercitare in spazi tipo gabbie cunicolari, ma di essere dotate di un budget annuale dedicato non più al 5,4% dei fondi annuali aziendali, come nel 1979 e prima del covid, ma almeno del 10%, ritoccando al ribasso quello di ben il 12% delle frotte di amministrativi burocratici, del 4,5% dei servizi di igiene pubblica e del 3,5% dei DSM, oltre a quello di ben oltre il 60% per specialisti ed ospedali, che doveva essere del 45 % avendo chiuso da decenni almeno 5 ospedali su 11 nella sola provincia di RE, quando il 98% della popolazione è notoriamente trattata a casa dai MAP per 363 gg all'anno statistici (in ospedale 2) , del potenziamento del numero degli infermieri, non a disposizione dei SID AUSL-ASST (attualmente l'AUSL RE ha oltre 900 infermieri sul territorio ma solo 90 dedicati alle cure primarie) ma dei MAP, della massima deburocratizzazione con applicazione cogente e costante delle sanzioni previste dalle leggi verso gli Specialisti inadempienti ed i Dirigenti Ausl che non fanno applicare né la deburo e le certificazioni obbligatorie agli specialisti ospedalieri, di un forte investimento della telemedicina per i MAP con specialisti che rispondano in tempo reale e wereable indossabili dai pazienti cronici collegati ad una centrale che trasmetta gli alert ai MAP curanti e, nel caso, al 118, di una informazione alla popolazione sul corretto accesso ai MAP curanti ed ai PS con spot incisivi recidivanti sui media e pre TG locali, della diffusione dei codici colore territoriali aziendali ai MAP per avere risposte uniformi territoriali verso i bisogni sanitari reali e della loro formazione sulle migliori tecniche organizzative di gestione del lavoro ambulatoriale e domiciliare.

Sotto un esempio della nuova CdC PNRR Reggio Centro – Hub Viale Risorgimento 57, che, nella distorta visione onirica aziendale AUSL RE, dovrebbe anche risolvere con l'ambulatorio H24 di AFT l'affollamento del PS dell'Ospedale ASMN, anziché realizzare che i codici bianchi in PS sono ritenuti ovunque nel mondo inappropriati, i quali dopo un triage non certo solo infermieristico ma fatto da un medico di PS esperto, dovrebbero essere semplicemente reinviati sul territorio, necessitando di un consulto medico entro 3-5 gg, senza fare alcun accertamento o proporre visite specialistiche (principale scopo di questi codici solo per bypassare file territoriali, prenotazioni dal MAP curante e poi al CUP, liste di attesa aziendali penelopesche ed ottenere molte prestazione con un ticket complessivo ridotto).

La medicina difensiva dei PS non si combatte con il FSE, strumento inadatto per visitare i pazienti ed utile solo al cittadino, ma collegando tutti i MAP al server aziendale dei dati clinici, nominandoli ex artt 4 e 28 del GDPR EU responsabili esterni da parte del DG Ausl, così come lo stesso nomina Responsabili interni gli specialisti convenzionati ed ospedalieri : in questo modo sia i Medici dei PS e dei Reparti che il Medico curante avrebbero un costante quadro degli esami , degli accertamenti e delle visite specialistiche già effettuati e potrebbero evitare di richiederli quando ancora validi, riducendo così realmente le liste di attesa, i tempi operativi nei PS ed evitando anche tanti morti per allergie note ma non condivise.

Il problema non è costruire continuamente muri nuovi intra ed extra moenia, ma tessere una rete nuova fra Territorio ed Ospedale per far arrivare in PS e reparti solo chi ne ha davvero bisogno e riportare rapidamente a casa chi può essere curato in sicurezza grazie a un territorio efficiente e collegato.

Servono una centrale operativa unica capace di attivare il medico associato o quello dell'ambulatorio di AFT per le urgenze indifferibili, di conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto, assistenza domiciliare, riabilitazione, hospice, RSA, telemonitoraggio, "reparti virtuali"

ed una piena interoperabilità informatica ed in telemedicina tra ospedali, Medici di famiglia, Infermieri territoriali, farmacie dei servizi, specialisti e servizi sociali.

Solo quando si riuscirà ad attuare questa interoperabilità in rete, i Pronto Soccorso torneranno alla loro missione originaria di gestire le emergenze ed urgenze anziché supplire a tutto ciò che il resto della sanità ospedaliera e territoriale non riesce a garantire.

Aniché consultare i soloni dell'AGENAS o la Conferenza delle Regioni, composta da soggetti che mai hanno fatto i Medici di Assistenza Primaria, è bene che il Ministro Schillaci prima di assumere decisioni per la medicina territoriale, consulti sempre prioritariamente chi rappresenta i MAP ed analizzi le loro proposte, così come i Sindaci ed i Presidenti delle provincie, prima di decidere sulla sanità territoriale, dovrebbero altrettanto confrontarsi sempre con i Medici di famiglia dei loro territori, che sono a contatto diretto con i cittadini, e solo successivamente con le Ausl-ASTT e gli Assessorati regionali.

Chi è al fronte tutti i giorni in sanità, vede molto meglio disfunzioni, ritardi, criticità e necessità rispetto a chi progetta a tavolino in uffici asettici, distanti anni luce dalla realtà oggettiva dei problemi socio sanitari dei cittadini.

Euro Grassi

Segretario generale provinciale Fimmg Reggio Emilia

20 Luglio 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Emilia-Romagna



l'autorità del medico di...

Amanuense benedettino o medico di base?

Gentile direttore, se il fine è nobile e legittimo, ma la procedura per realizzarlo un po' meno, il giudice amministrativo la annulla e rigetta il ricorso. Che



La prescrizione infermieristica non è un tabù: l'Italia segua l'Europa e completi la riforma delle competenze avanzate

Gentile Direttore, la sanità italiana si trova davanti a un bivio. Da una parte vi è la possibilità di costruire un Ssn più moderno, capace di rispondere all'invecchiamento della popolazione, alla...



Dalla teoria di Michael Marmot alla realtà dei territori: perché curare le disuguaglianze sociali è la prima vera medicina

Gentile Direttore, la promozione dell'equità nella salute non passa soltanto attraverso l'efficienza degli ospedali, la qualità dei professionisti o l'innovazione tecnologica. Ridurre le disuguaglianze richiede un approccio più ampio, capace...



Professioni sanitarie ed esercizio fisico: una formulazione che merita un approfondimento

Gentile Direttore, con riferimento alla notizia riguardante gli emendamenti approvati dalla Commissione Affari Sociali nell'ambito del DDL delega sulle professioni sanitarie, desideriamo sottoporre alcune considerazioni sulla disposizione concernente la promozione...

Edizioni Regionali

**Abruz Vene: Piem: di Valle
Basil: Giulia Provi: Trent D'Ao
Calab Lazio Autor Pugli: Vene
Camp Liguri di Sarde
Emili: Lomb Bolza Sicili:
Roma Marc: Provi: Tosca
Friuli Molis: Autor Umbr**

sanità

Quotidiano online
d'informazione sanitaria

Direttore responsabile
Luciano Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Sede legale e operativa:
Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

Sede operativa:
Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

Tel: (+39) 06 45209 715
Email: info@homnya.com

Coordinamento Pubblicità
commerciale@homnya.com

Redazione
redazione@homnya.com



Copyright 2013-2026 © Homnya
Srl
Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308
Iscrizione Tribunale di Roma
n.115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)
[Cookie Policy](#)
[Accessibilità](#)