

Evoluzione dell'atto medico tra complessità delle organizzazioni sanitarie e uso delle Linee Guida

di Velia Bruno, Gianfranco Damiani, Barbara Rossi

Abstract: L'articolo analizza l'atto medico in sistemi sanitari complessi: dal riallineamento delle cure verso cronicità e pluri-morbilità fino ai percorsi di presa in carico longitudinali, integrati tra ospedale e territorio. Le Linee Guida e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali emergono come strumenti fondamentali di *governance*, qualità e appropriatezza, riducendo la variabilità, orientando le scelte e facilitando la responsabilità condivisa. Si descrivono tre transizioni chiave: dall'autonomia professionale all'interdipendenza, dal lavoro in équipe multidisciplinare alla gestione inter-organizzativa, e dal modello basato sull'individuo a quello basato sul valore del sistema.

Introduzione

I moderni sistemi sanitari operano in un contesto caratterizzato da profonde trasformazioni che ne ridefiniscono radicalmente le sfide. La transizione epidemiologica ha determinato un progressivo spostamento del carico di malattia dalle patologie acute a quelle croniche e cronico-degenerative, richiedendo il passaggio

da logiche incentrate sull'episodio di cura a percorsi di presa in carico longitudinali e integrati.

Sul piano demografico, l'invecchiamento progressivo della popolazione, pur rappresentando un successo delle politiche sanitarie, genera una crescente domanda di servizi assistenziali complessi, con particolare riferimento alla gestione della plurimorbilità e della non autosufficienza. Parallelamente, la denatalità determina uno squilibrio nella struttura demografica, con conseguente aumento del rapporto di dipendenza e impatto sulla sostenibilità economica dei sistemi di *welfare*.

Il tessuto sociale contemporaneo presenta inoltre elementi di fragilità che incidono direttamente sull'organizzazione dei servizi sanitari. La disgregazione dei nuclei familiari estesi e le trasformazioni nei modelli di convivenza generano condizioni di isolamento, particolarmente tra gli anziani, con conseguenze significative sulla salute fisica e mentale. La riduzione della disponibilità di *caregiver* familiari richiede un rafforzamento delle reti di supporto formali e semi-formali.

1. Evoluzione culturale e tecnologica: i sistemi sanitari come sistemi complessi

Altri elementi che caratterizzano lo scenario di sviluppo dei sistemi e dei servizi sanitari sono rappresentati dall'evoluzione culturale e tecnologica. Come evidenziato da Emanuel e Emanuel (1992), la relazione tra professionista sanitario e paziente ha subito un'evoluzione profonda, transitando da modelli paternalistici verso approcci maggiormente partecipativi e deliberativi. Questo cambiamento implica il riconoscimento del paziente come soggetto attivo e informato nelle decisioni riguardanti la propria sa-

lute, la necessità di sviluppare competenze comunicative avanzate da parte dei professionisti, e l'integrazione dei valori e delle preferenze del paziente nei percorsi di cura. L'accesso diffuso all'informazione ha determinato una maggiore consapevolezza sanitaria della popolazione, richiedendo modelli organizzativi più flessibili e personalizzati.

Le innovazioni *medtech* (farmaci e dispositivi medici) come la chirurgia robotica hanno profondamente trasformato la pratica medica, spostandola verso approcci più precisi, personalizzati e meno invasivi (*precision medicine*). Queste innovazioni richiedono *upskilling* continuo e integrazione interdisciplinare nei sistemi sanitari. La medicina di precisione rappresenta un'evoluzione della medicina basata sull'evidenza, articolata su quattro pilastri fondamentali: prevenzione, diagnosi, trattamento e prognosi. L'obiettivo principale è ridurre gli errori e migliorare l'accuratezza delle raccomandazioni mediche rispetto agli approcci tradizionali. Le soluzioni devono garantire sicurezza, essere compatibili con le preferenze e le capacità individuali, e adattarsi al contesto culturale e sociale della popolazione. Inoltre, la medicina di precisione deve essere economicamente sostenibile e promuovere l'equità sanitaria, aumentando l'accesso alle migliori pratiche mediche per chi ne ha maggior bisogno.

L'implementazione di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale e sulla digitalizzazione offre opportunità significative per il supporto ai processi decisionali clinici, il miglioramento dell'accuratezza diagnostica, la personalizzazione dei percorsi terapeutici e l'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse. Le tecnologie digitali abilitano inoltre nuove modalità di erogazione dei servizi, superando barriere geografiche e temporali. L'introduzione di tecnologie avanzate richiede tuttavia un'attenta *governance* per garantire equità nell'accesso, protezione della *privacy*, mantenimen-

to della centralità della relazione umana e formazione adeguata dei professionisti (Pham 2025).

L'insieme degli elementi descritti e delle relazioni tra gli stessi configura i sistemi sanitari contemporanei come sistemi adattivi complessi, coinvolgenti molteplici attori (assistiti, *care-givers*, *policy makers*, decisori aziendali, professionisti e operatori sanitari e sociosanitari, istituzioni ed enti di ricerca, attività produttive e altri *stakeholder* comunitari) con obiettivi potenzialmente divergenti, interconnessioni e interdipendenze dinamiche, fenomeni emergenti non completamente prevedibili e necessità di capacità adattiva continua (Ratnapalan, Lang 2020). Questa complessità richiede l'abbandono di approcci lineari a favore di strategie sistemiche basate sulla creazione di sinergie e alleanze a tutti i livelli: istituzionale, organizzativo, professionale e comunitario.

2. Soluzioni strategiche: le reti integrate

Le reti sanitarie sono forme organizzative complesse in grado di consolidare sinergie tra risorse informative, finanziarie, umane, tecnologiche, consentendo la produzione e lo sviluppo di una salute sostenibile. Le reti assistenziali integrate costituiscono una risposta strategica alla frammentazione dei servizi. Secondo Goodwin e Peck (2004), una «rete efficace è caratterizzata da un modello stabile di legami tra organizzazioni e individui, in cui tali legami rappresentano forme riconoscibili di responsabilità, sia formali sia informali. Gli elementi fondamentali includono la stabilità relazionale, la responsabilità condivisa, la flessibilità strutturale e un appropriato bilanciamento tra meccanismi formali e informali di coordinamento».

La costituzione di reti richiede il superamento della tradizionale dicotomia tra assistenza ospedaliera e territoriale attraverso percorsi diagnostico-terapeutici integrati, piattaforme informative condivise, meccanismi di *transitional care* e continuità assistenziale garantita da team multiprofessionali. Il coinvolgimento attivo delle comunità locali rappresenta inoltre una risorsa strategica per la promozione della salute, l'attivazione di risorse comunitarie, la co-progettazione dei servizi e lo sviluppo di competenze per l'*empowerment* dei cittadini (Haldane, Chuah 2019).

Un efficace governo della domanda richiede strategie articolate che includano l'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio, programmi di *demand management* per patologie croniche, fragilità e situazioni di rischio per la salute e stratificazione della popolazione secondo livelli di complessità assistenziale (Golinelli, Pecoraro 2025). L'integrazione si realizza a livello istituzionale attraverso *governance* condivisa e programmazione integrata delle risorse, a livello organizzativo mediante strutture di collegamento e sistemi informativi interoperabili, e a livello professionale attraverso team multi-professionali e formazione interprofessionale.

3. L'evoluzione della professione medica: dal modello gerarchico al modello reticolare

La professione medica segue un'evoluzione all'interno delle dinamiche precedentemente descritte. Sfide e opportunità per la stessa richiedono visione e capacità adattiva. Alcune traiettorie verso una trasformazione radicale sono già in essere, articolandosi in tre transizioni fondamentali.

La prima riguarda il passaggio dall'atto isolato alla presa in carico globale del paziente, con assunzione di responsabilità per

l'intero percorso di cura e non solo per singoli interventi. La seconda transizione concerne l'evoluzione dalla mono-professionalità all'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che richiede lo sviluppo di competenze di comunicazione interprofessionale, flessibilità di ruolo, *leadership* diffusa e gestione costruttiva dei conflitti. La terza transizione riguarda il coinvolgimento dei professionisti da attori operanti in singole organizzazioni alla loro partecipazione in reti inter-organizzative che attraversano confini istituzionali, giuridici e di rappresentanza. Questo implica la capacità di operare in contesti caratterizzati da *governance* condivisa, gestione di *accountability* multiple e comprensione di logiche organizzative diverse. L'efficacia di queste reti dipende dalla qualità dell'integrazione realizzata a livello normativo e strategico, organizzativo, professionale e a livello dell'assistito, garantendo continuità informativa, gestionale e relazionale.

La transizione fondamentale nella concezione dell'autonomia professionale riguarda il passaggio dalle autonomie indipendenti alle autonomie interdipendenti. Il modello tradizionale, caratterizzato da enfasi sull'autonomia decisionale del singolo professionista e relazioni gerarchiche, presenta limiti significativi in termini di frammentazione dell'assistenza e difficoltà nella gestione della complessità. Il nuovo paradigma riconosce invece l'interdipendenza tra professionisti, la responsabilità condivisa per gli esiti di salute e le relazioni orizzontali basate su competenze complementari, garantendo una visione olistica del paziente e maggiore capacità di gestire situazioni complesse.

Parallelamente, si assiste all'evoluzione dal valore individuale al valore di sistema. La prospettiva *value-based* definisce il valore come rapporto tra esiti di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti per raggiungerli, orientando professionisti e organizzazioni verso gli esiti piuttosto che alle attività, e promuovendo l'al-

locazione delle risorse basata sul valore generato per garantire sostenibilità economica attraverso l'efficienza allocativa (Teisberg, Wallace 2020).

4. La natura dell'atto medico

Come evidenziato da Montgomery (2011), il giudizio clinico rappresenta il nucleo della competenza medica esclusiva, sviluppandosi attraverso pratica, esperienza e analisi critica continua. La medicina si configura come pratica interpretativa basata sul ragionamento clinico, in cui il medico integra la storia del paziente con segni e sintomi presenti, giustapponendoli con l'esperienza clinica e gli studi empirici per costruire un resoconto provvisorio della malattia. Questa pratica interpretativa e l'integrazione di dati eterogenei rappresentano attività che richiedono competenza esclusiva medica in quanto non standardizzabili (Chin-Yee, Upshur 2018).

La natura dell'atto determina la delegabilità: quanto più l'attività comporta valutazione clinica complessa, bilanciamento rischio-beneficio e decisione diagnostico-terapeutica, tanto più si configura come competenza esclusiva medica. Le competenze esclusive includono la formulazione di diagnosi, le indicazioni terapeutiche, la prescrizione farmacologica, l'acquisizione del consenso informato e le valutazioni medico-legali (FNOMCeO 2014). Le fasi esecutive standardizzabili sono invece tipicamente condivisibili con altri professionisti sanitari, come riconosciuto da Downie e Walsh (2023), secondo cui nessuna singola professione detiene proprietà esclusiva di una conoscenza clinica definita, e molti compiti possono essere eseguiti in modo sicuro ed efficace da diversi gruppi professionali.

Inoltre, i codici deontologici delle diverse professioni sanita-

rie forniscono riferimenti etici condivisi e basi per la collaborazione interprofessionale.

Le Linee Guida basate sull'evidenza costituiscono riferimenti scientifici condivisi che riducono la variabilità inappropriata nella pratica clinica e forniscono la base scientifica per i percorsi integrati. L'approccio *evidence-based* integra le migliori evidenze scientifiche con l'esperienza clinica del professionista e i valori del paziente, fornendo un linguaggio comune tra professionisti e facilitando la presa di decisioni condivise nel lavoro di équipe.

5. L'attributo valoriale di Linee Guida e Buone Pratiche Clinico-Assistenziali nella "governance" clinica

Una delle criticità più rilevanti nei sistemi sanitari complessi è rappresentata dalla persistente disomogeneità nell'erogazione delle cure, che si manifesta in variabilità non sempre giustificata nei comportamenti clinici, negli esiti assistenziali e nell'accesso alle prestazioni. In questo contesto, le Linee Guida (LG) e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (BPCA) assumono un ruolo centrale nella *governance* clinica, configurandosi come strumenti strutturali per l'orientamento dell'agire professionale e per la regolazione dei processi assistenziali.

Le LG, intese come raccomandazioni fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e sviluppate attraverso metodologie rigorose e trasparenti, contribuiscono a ridurre la variabilità inappropriata della pratica clinica, promuovendo comportamenti professionali coerenti con lo stato dell'arte scientifico e con i principi di qualità e sicurezza delle cure. Le BPCA favoriscono l'applicabilità delle indicazioni *evidence-based* in situazioni cliniche complesse o non completamente standardizzabili.

Nel sistema sanitario contemporaneo, LG e BPCA non svolgono una funzione esclusivamente scientifica o formativa, ma assumono una valenza organizzativa e regolativa sempre più marcata, concorrendo alla definizione degli standard di comportamento professionale e alla costruzione di modelli assistenziali più uniformi, confrontabili e misurabili.

In tale prospettiva, l'atto medico non può più essere considerato come pratica individuale isolata, ma si configura come azione professionale inserita in un sistema di regole condivise orientate alla qualità dell'assistenza. LG e BPCA contribuiscono infatti a rendere l'agire clinico più trasparente, verificabile e coerente con obiettivi di salute definiti a livello sistemico.

Il loro valore può essere analizzato lungo tre direttrici principali: la responsabilità professionale, la qualità e sicurezza delle cure e l'uniformità e appropriatezza dell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Sul piano della responsabilità professionale, il riferimento a raccomandazioni validate consente di delineare criteri oggettivi per la valutazione della condotta clinica, riducendo l'incertezza interpretativa e offrendo parametri tecnici condivisi nei contesti di accertamento medico-legale. La Legge 24/2017 (Italia 2017) ha consolidato questa funzione, riconoscendo esplicitamente il ruolo delle LG e delle BPCA quali riferimenti per la valutazione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, pur nel rispetto delle specificità del caso concreto.

In termini di qualità e sicurezza delle cure, l'adozione sistematica di raccomandazioni basate sulle evidenze e sul consenso esperto favorisce interventi più appropriati, tempestivi e coerenti con le migliori conoscenze disponibili, contribuendo alla riduzione degli errori evitabili e al miglioramento degli esiti clinici. LG e BPCA promuovono inoltre una maggiore omogeneità nei livelli

di competenza e aggiornamento dei professionisti, rafforzando l'affidabilità complessiva del sistema sanitario.

Sul piano dell'appropriatezza e dell'equità di accesso, l'utilizzo di standard condivisi contribuisce a limitare fenomeni di sovra-utilizzo, sottoutilizzo e cattivo utilizzo delle prestazioni, favorendo un impiego più razionale delle risorse disponibili e riducendo le disuguaglianze territoriali nell'offerta assistenziale.

Al tempo stesso, l'adozione di LG e BPCA non esaurisce la complessità dell'atto medico, che resta fondato sull'integrazione tra evidenze scientifiche, esperienza clinica e specificità del paziente. Il loro utilizzo deve pertanto configurarsi come supporto al giudizio professionale e non come sostituzione dello stesso, evitando derive di tipo meramente procedurale o difensivo.

In questa prospettiva, LG e BPCA rappresentano non solo strumenti tecnici, ma dispositivi di governo della pratica clinica, capaci di orientare l'atto medico verso modelli di decisione più responsabili, trasparenti e coerenti con le esigenze di sistemi sanitari complessi.

6. Le attuali esigenze di sistema: eccellenza clinica e appropriatezza d'accesso alle cure

Nel contesto dei sistemi sanitari contemporanei, l'atto medico è chiamato a confrontarsi con esigenze crescenti di qualità, sostenibilità ed equità nell'accesso alle cure. In tale scenario, l'eccellenza clinica non può essere intesa come mera conformità a standard tecnici, ma come processo dinamico che integra *Evidence-Based Medicine (EBM)*, giudizio clinico esperto e responsabilità organizzativa orientata agli esiti di salute.

L'eccellenza clinica implica l'impegno sistematico a identifica-

re, implementare e monitorare interventi diagnostico-terapeutici e modelli assistenziali che abbiano dimostrato efficacia, sicurezza e valore attraverso studi controllati, revisioni sistematiche e valutazioni comparative. Questo orientamento non si esaurisce nella scelta iniziale dell'intervento, ma richiede un monitoraggio continuo degli *outcome* clinici e un adattamento costante delle pratiche sulla base dei risultati osservati e delle caratteristiche del contesto assistenziale.

L'atto medico contemporaneo si configura pertanto come decisione orientata agli esiti, nella quale l'integrazione tra conoscenze scientifiche, esperienza professionale e contesto organizzativo diventa condizione essenziale per garantire qualità delle cure e sostenibilità del sistema.

Tuttavia, l'eccellenza clinica non può essere considerata separatamente dal principio di appropriatezza, che ne rappresenta la necessaria declinazione operativa ed etica. L'appropriatezza clinica non coincide con la sola efficacia dell'intervento, ma implica la valutazione della pertinenza della cura rispetto alla specifica condizione del paziente, al rapporto beneficio-rischio, alle preferenze individuali e al contesto assistenziale (Tringale, Stephen 2022).

Non ogni intervento clinicamente efficace risulta appropriato per ogni paziente: l'appropriatezza dell'atto medico richiede che il professionista valuti se il beneficio atteso sia giustificato in relazione alla condizione clinica individuale, agli effetti avversi potenziali, ai valori del paziente e alle implicazioni organizzative e sociali della decisione.

In questa prospettiva, appropriatezza ed eccellenza si configurano come dimensioni complementari dell'agire clinico: la prima orienta la selezione degli interventi nel caso concreto, la seconda definisce il livello qualitativo verso cui tende la pratica professionale.

Il tema dell'appropriatezza si intreccia inoltre con quello dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale. La letteratura ha ampiamente documentato la presenza di significative variazioni nella pratica clinica tra aree geografiche, strutture sanitarie e professionisti, non sempre giustificabili dal *case-mix* assistenziale. Tali variazioni possono esprimersi in fenomeni di sovra-utilizzo, sottoutilizzo o uso inappropriato delle prestazioni, con conseguenze rilevanti in termini di esiti di salute, sostenibilità economica e giustizia distributiva.

L'appropriatezza rappresenta pertanto anche uno strumento di governo della variabilità, consentendo di orientare l'atto medico verso decisioni più coerenti con evidenze scientifiche, bisogni assistenziali e risorse disponibili.

Dal punto di vista metodologico, la definizione dell'appropriatezza si fonda su un approccio sistematico che integra revisione delle evidenze scientifiche, analisi di scenari clinici specifici e valutazioni condivise da panel multidisciplinari di esperti. Questo processo consente di formulare raccomandazioni esplicite e operative, capaci di orientare la decisione clinica nelle diverse situazioni assistenziali.

L'appropriatezza dell'atto medico non costituisce tuttavia una categoria dicotomica, ma un *continuum* che richiede valutazioni graduate e contestuali. La decisione clinica rimane quindi un processo interpretativo che integra raccomandazioni *evidence-based*, esperienza professionale e specificità del paziente.

In tale quadro, il coinvolgimento attivo del paziente nel processo decisionale (*shared decision-making*) rappresenta un elemento essenziale per garantire la coerenza tra scelte cliniche, preferenze individuali e obiettivi di salute, contribuendo a migliorare l'aderenza terapeutica e gli esiti percepiti.

L'atto medico contemporaneo si configura dunque come decisione complessa che deve tendere all'eccellenza clinica attraverso l'appropriatezza delle scelte, integrando evidenze scientifiche, giudizio professionale, valori del paziente e vincoli organizzativi all'interno di sistemi sanitari sempre più complessi.

7. Atto medico e processo decisionale condiviso

Nei sistemi sanitari contemporanei, caratterizzati da elevata complessità organizzativa e crescente interdipendenza tra professioni, l'atto medico si realizza sempre più all'interno di contesti multi-professionali e multidisciplinari. In tale scenario, la decisione clinica non può essere ricondotta esclusivamente alla dimensione individuale del professionista, ma si configura come esito di processi deliberativi che coinvolgono una pluralità di attori.

Le LG e le BPCA, per la loro natura intrinsecamente multidisciplinare e multi-professionale, rappresentano strumenti fondamentali per orientare l'azione congiunta dei professionisti della salute. La loro elaborazione condivisa contribuisce a definire un quadro di riferimento comune che favorisce coerenza decisionale, integrazione operativa e responsabilità condivisa (Snyder Sulmasy, Carney 2026).

In questo contesto, l'atto medico si colloca in una prospettiva di autonomia relazionale, nella quale il giudizio professionale si esercita attraverso il confronto tra pari e l'interazione con competenze complementari. L'adozione di raccomandazioni *evidence-based* non sostituisce il giudizio clinico, ma ne struttura l'esercizio all'interno di contesti complessi, rendendo espliciti i criteri decisionali e favorendo processi più trasparenti e condivisi.

La letteratura evidenzia come l'integrazione tra evidenze scientifiche, *expertise* clinica e valori del paziente migliori la qualità delle decisioni e rafforzi la partecipazione degli attori coinvolti, configurando scelte realmente co-prodotte tra autonomie professionali interdipendenti. In questa prospettiva, il processo decisionale condiviso rappresenta non soltanto una modalità operativa, ma una componente essenziale della qualità dell'atto medico contemporaneo (Karthikeyan, Pais 2010).

L'impiego di percorsi e indicatori *evidence-based* contribuisce inoltre a migliorare l'aderenza alle raccomandazioni e l'uso appropriato delle risorse disponibili, favorendo al contempo lo sviluppo di competenze collaborative tra i professionisti. In questo senso, le raccomandazioni basate sull'evidenza svolgono la funzione di linguaggio comune tra professioni diverse, orientando responsabilmente le autonomie medica, infermieristica, riabilitativa e sociale verso obiettivi condivisi di esito e sicurezza.

L'atto medico si configura pertanto come nodo decisionale centrale all'interno di una rete di responsabilità interprofessionali, in cui la sintesi del giudizio clinico mantiene la propria specificità, pur collocandosi entro processi deliberativi più ampi e strutturati.

Conclusioni

Nel panorama sanitario attuale, l'atto medico acquista pieno significato quando il medico non è più soltanto esecutore tecnico di prestazioni, ma professionista inserito stabilmente in contesti organizzativi e relazionali complessi. Egli opera all'interno di équipe multiprofessionali, partecipa ai processi decisionali clinico-organizzativi e contribuisce alla costruzione e al funzionamen-

to di reti assistenziali territoriali e specialistiche, assumendo una responsabilità che si estende lungo l'intero *continuum* assistenziale, dalla prevenzione ai diversi livelli di cura.

In questo quadro, l'atto medico si configura come decisione situata, esercitata attraverso l'integrazione tra evidenze scientifiche, giudizio professionale, contesto organizzativo e bisogni del paziente. Il medico assume così un ruolo di snodo tra paziente, familiari, professionisti e istituzioni, contribuendo – attraverso trasparenza decisionale, uso appropriato delle evidenze e competenze comunicative – al rafforzamento della fiducia nella relazione di cura e nella sanità pubblica nel suo complesso.

L'esercizio delle professioni sanitarie si colloca oggi in un contesto fortemente evolutivo, caratterizzato dal progressivo superamento delle tradizionali logiche gerarchiche a favore di modelli organizzativi fondati sull'interdipendenza professionale e sulla responsabilità condivisa. In questo scenario, diventa indispensabile un'apertura sistematica al confronto: con gli altri professionisti, con i pazienti – riconosciuti come partner attivi del processo di cura – e con l'innovazione nelle sue molteplici forme.

La risposta ai bisogni di salute complessi, al tempo stesso specifici e multidimensionali, richiede necessariamente un'azione collaborativa che integri competenze multidisciplinari e multi-professionali. Tuttavia, per evitare la frammentazione degli interventi e delle decisioni – rischio intrinseco quando operano diverse autonomie professionali – si rende necessario ricondurre tale complessità a una unitarietà di indirizzo del trattamento (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, palliazione) e a una sintesi del giudizio clinico conclusivo.

Questa funzione di integrazione e sintesi richiede una visione multidimensionale e multi-sistemica che è propria del medico, in virtù della specificità del suo percorso formativo. Tale percorso

si caratterizza infatti per l'acquisizione congiunta di competenze tecniche (*hard skills*: conoscenze scientifiche e teoriche, abilità cliniche) e competenze trasversali (*soft skills*: comunicazione, capacità manageriali e di *leadership*, consapevolezza deontologica), che nel loro insieme rendono il medico capace di governare la complessità clinico-assistenziale, mantenendo la centralità del paziente e del suo progetto di cura.

Riferimenti bibliografici

- Chin-Yee B., Upshur R. (2018), *Clinical judgement in the era of big data and predictive analytics*, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 24, 3, pp. 638-645, doi: 10.1111/jep.12852.
- Downie S., Walsh J., Kirk-Brown A., Haines T.P. (2023), *How can scope of practice be described and conceptualised in medical and health professions? A systematic review for scoping and content analysis*, in «The International Journal of Health Planning and Management», 38, 5, pp. 1184-1211, doi: 10.1002/hpm.3678.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992), *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, in «Journal of American Medical Association», 267(16), pp. 2221-2226.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Golinelli D., Pecoraro V., Tedesco D., Negro A. et al. (2025), *Population risk stratification tools and interventions for chronic disease management in primary care: a systematic literature review*, in «BMC Health Services Research», 25, 1, p. 526, doi: 10.1186/s12913-025-12690-0.
- Goodwin N., Peck E. (2004), *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation*, NCCSDO, London.

- Haldane V., Chuah F.L.H., Srivastava A., Singh S.R. et al. (2019), *Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes*, in «PLoS One», 14, 5, p. e0216112, doi: 10.1371/journal.pone.0216112.
- Italia (2017), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 64 del 17 marzo 2017.
- Karthikeyan G., Pais P. (2010), *Clinical judgement & evidence-based medicine: time for reconciliation*, in «The Indian Journal of Medical Research», 132, 5, pp. 623-626, doi: 10.4103/0971-5916.73418.
- Montgomery K. (2011), *Clinical judgement and the medical profession*, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 17, 6, pp. 1050-1051.
- Pham T. (2025), *Ethical and legal considerations in healthcare AI: innovation and policy for safe and fair use*, in «Royal Society Open Science», 12, 5, p. 241873, doi: 10.1098/rsos.241873.
- Ratnapalan S, Lang D. (2020), *Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems*, in «The Health Care Manager», 39, 1, pp. 18-23, doi: 10.1097/HCM.000000000000284.
- Snyder Sulmasy L., Carney J.K. (2026), *Physicians Are Not Providers: The Ethical Significance of Names in Health Care: A Policy Paper From the American College of Physicians*, in «Annals of International Medicine», 179, 4, pp. 556-558, doi: 10.7326/ANNALS-25-03852.
- Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. (2020), *Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework*, in «Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges», 95, 5, pp. 682-685, doi: 10.1097/ACM.0000000000003122.
- Tringale M., Stephen G., Boylan A.M., Heneghan C. (2022), *Integrating patient values and preferences in healthcare: a systematic review of qualitative evidence*, in «BMJ Open», 12, 11, p. e067268, doi: 10.1136/bmjopen-2022-067268.