

L'atto medico nel Sistema di Emergenza Sanitaria

Integrazione, responsabilità e “governance”

di Adolfo Pagnanelli

Abstract: L'articolo analizza l'atto medico nel Sistema di Emergenza Sanitaria (SES). La funzione del medico di emergenza è quella di garante della coerenza diagnostico-terapeutica, responsabile della gestione delle eccezioni e della guida di team multidisciplinari, anche quando opzioni diverse possono discostarsi dai protocolli. Viene delineata la dualità tra fase extra-ospedaliera e ospedaliera, con particolare attenzione alle nuove competenze legate alla transizione di Pronto Soccorso e DEA da strutture di stabilizzazione a centri di stazionamento e cura. Il contributo evidenzia carenze organizzative come variabili chiave nel risultato clinico e propone strumenti di *governance*, formazione continua e innovazione digitale per migliorare efficacia, appropriatezza ed equità nell'intero percorso del soccorso.

Introduzione

Il Sistema di Emergenza Sanitaria (SES) è una rete organizzativa transmurale integrata che collega territorio, soccorso extra-ospedaliero (Centrale Operativa, Mezzi di Soccorso, posti di Primo Soccorso) e ospedale. È un modello clinico-assistenziale complesso finalizzato alla gestione delle urgenze di varia gravità, dalle

patologie tempo-dipendenti fino a quelle minori, che esprimono comunque sempre un bisogno del cittadino (Italia 1992).

L'atto medico in situazione di emergenza va oltre l'intervento clinico, e richiede *governance*, *leadership* e coordinamento di un sistema ad alto stress decisionale, dove la tempestività e l'appropriatezza del percorso di cura sono fondamentali. Negli ultimi trenta anni la figura del medico di emergenza ha vissuto una vera evoluzione storica legata al mutato contesto assistenziale e sociale, passando dall'assenza di percorsi formativi strutturati all'odierna specializzazione integrata.

1. Funzione, ruolo e responsabilità del medico nel SES

Il medico di emergenza nel nostro paese ha una storia non particolarmente lunga e in costante cambiamento. Almeno fino agli inizi degli anni Novanta la gestione del Pronto Soccorso rappresentava una parte limitata dell'attività dei medici dei reparti ospedalieri, in assenza di percorsi formativi specifici. Successivamente, in tempi diversi e con una realtà a macchia di leopardo, si sono create équipe dedicate con medici che all'inizio provenivano prevalentemente da percorsi di ambito chirurgico, e che progressivamente si sono diversificati fino ad arrivare nel 2006 all'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina e Chirurgia d'Urgenza (Italia 2006), allo scopo di offrire una formazione specifica tra competenze Internistiche, Chirurgiche e Intensivistiche.

Le caratteristiche del lavoro del medico del SES sono legate a specifiche competenze relative alla gestione delle prime ore dall'accesso, al *decision making* sotto stress, alla *leadership* e al coordinamento del team multiprofessionale, alla gestione della dimissione, senza tralasciare le motivazioni personali, tali da accettare ritmi di

vita complicati e difficilmente allineabili a quelli di un/una compagno/a che fa un lavoro diverso, anche non impiegatizio, ma che di norma rispetta il riposo notturno e quello del fine settimana.

Il medico del SES è il garante della coerenza dell'intero iter diagnostico-terapeutico, valida protocolli e gestisce eccezioni non previste dalle procedure standard in situazioni dove spesso il rischio clinico è massimo.

Altro aspetto specifico sono compiti e responsabilità organizzative che, se in altre situazioni sono quasi sempre in carico ai livelli dirigenziali, nel SES iniziano “dal primo giorno di lavoro”. In emergenza, il medico non agisce solo come clinico, ma come regista di un sistema, spesso tempo-dipendente, come *leader* di un team multiprofessionale: sebbene il soccorso sia un lavoro di squadra che coinvolge più figure professionali, la responsabilità della validazione diagnostica e delle scelte terapeutiche salvavita rimane in capo al medico che prende in carico il paziente. Pertanto se anche l'esecuzione di specifiche azioni può prevedere la supervisione di protocolli eseguiti da altre figure professionali, la titolarità dell'indirizzo clinico non è delegabile.

In questa prospettiva hanno fatto da apripista gli *Atti Medico Delegati dell'emergenza preospedaliera* emanati dalla Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze negli anni Novanta e aggiornati più volte, passando dai mitici “cartonati”, capaci di resistere all'uso in situazioni di disagio ambientale, fino all'attuale versione elettronica del 2023 (FCTSA 2023).

2. Il SES in ospedale tra gestione clinica e tutele sociali

Se il SES nasce per la miglior gestione del paziente in stato di instabilità, con una storia che affonda le radici negli scenari di

guerra, quindi a impronta chirurgica, successivamente il campo si è progressivamente allargato con una brusca accelerazione negli ultimi venti anni, durante i quali i Pronto Soccorso e i DEA si sono trasformati da luoghi di stabilizzazione e destinazione in centri di stazionamento e cura (OBI 2019). Questa mutazione ha comportato un necessario aggiornamento delle competenze professionali del medico, che hanno portato a prevalere in questo settore di figure di formazione internistica (Italia 2019).

Le criticità complessive del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), dalla crisi di identità della Medicina di Base al problema della progressiva riduzione della capacità di risposta alla domanda sanitaria esponenziale, con relativo aumento della spesa privata, fa sì che oggi sul SES e in particolare su Pronto Soccorso e DEA si riversi una domanda sempre più ampia con aree di inappropriatazza crescenti, in cui l'aspetto sanitario non sempre è prevalente rispetto alle problematiche sociali.

In seguito a questi nuovi scenari, anche il medico del SES, teoricamente formato ad affrontare criticità cliniche, ha dovuto acquisire nuove competenze, in quanto deve essere capace di gestire la fase che segue la stabilizzazione del paziente, dalla permanenza nell'ambito del Pronto Soccorso in attesa di un posto letto, alla dimissione spesso complicata da fattori sociali, come l'esistenza e la solidità del nucleo familiare o il livello socioeconomico del paziente stesso. Si pensi solo a come l'evoluzione del nucleo familiare, con oltre il 36,2% di famiglie monocomponente, possa condizionare la dimissibilità di pazienti guariti ma non ancora pienamente autonomi (ISTAT 2025).

3. Il SES nella fase extra-ospedaliera: la Centrale Operativa (CO)

Nella fase extra-ospedaliera, dove prevalgono i mezzi non medicalizzati, l'obiettivo del medico è far sì che il luogo (la strada o l'ambulanza) non riduca troppo lo standard clinico dell'intervento sanitario. Questo deve avvenire sia quando il medico è presente (percentuale modesta nel Lazio, ad esempio), sia quando il suo ruolo riguarda la formazione del personale, sia quando spetta a lui la definizione e la supervisione dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici.

La CO rappresenta il “cervello” del sistema. Qui l'atto medico si dematerializza ma conserva la sua natura di funzione di garanzia. Il medico in CO non compie solo una funzione amministrativa, ma esercita una sorveglianza clinica e una supervisione diretta sulle attività delegate agli operatori di Centrale e ai team che intervengono sul territorio. Un aspetto particolare ed esemplificativo della peculiarità della responsabilità medica è rappresentato dai casi in cui questi è chiamato a gestire, anche da remoto, eccezioni cliniche che non rientrano negli algoritmi standardizzati.

Quindi se il SES, in particolare nella fase territoriale, è per definizione multidisciplinare e multiprofessionale, coinvolgendo medici, infermieri e soccorritori, il giudizio del medico rimane fondamentale per fornire quella visione sistemica necessaria per bilanciare il rischio clinico in situazioni di estrema incertezza, fungendo da garante della sicurezza in un ambiente ad alto stress decisionale. Se infatti le altre professioni sanitarie operano in autonomia nell'ambito dei propri profili professionali sulla base di percorsi predefiniti, il medico assicura la coerenza e l'appropriatezza dell'intero iter, a lui spetta comunque la *leadership* clinica e la funzione di garanzia, e pur essendo tenuto a rispettare le Linee Guida e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (Legge Gel-

li-Bianco; Italia 2017) mantiene l'autonomia e la responsabilità di valutare la necessità di discostarsi dai protocolli se le condizioni del paziente lo richiedono per la salvaguardia della vita.

4. SES formazione continua e innovazione digitale

Le carenze strutturali nel SES espongono a rischi seri gli operatori divenendo parte non secondaria di quel circolo vizioso che possiamo sintetizzare così:

pochi medici >> maggiori carichi di lavoro e maggiori rischi medico
legali >> meno medici disponibili a lavorare nel SES.

La sostanziale non sostenibilità del SES, e forse dell'intero SSN, per come è oggi organizzato a causa della carenza strutturale di figure professionali idonee, non contingente e non sanabile nel medio periodo, può essere l'occasione per accettare proprio in questo ambito la sfida che le più recenti innovazioni tecnologiche pongono alla professione medica.

Né a breve né a medio termine è possibile pensare di avere più medici di emergenza, quindi l'obiettivo percorribile è quello di recuperare tempo di assistenza!

In questo senso, anche in considerazione della naturale tendenza alla curiosità e all'innovazione di chi opera in emergenza ed è costantemente alle prese con situazioni nuove e sfidanti, si tratta di chiederci come e dove in particolare l'IA possa divenire strumento per affrontare le difficoltà create dalla carenza di organici che oggi si rischia di risolvere abbassando i livelli di competenza richiesti a quanti lavorano nel SES.

Si tratta di:

- liberare tempo clinico ed assistenziale sottraendo medici ed infermieri dalla burocrazia, dall'eccesso di controlli e dalla ridondanza di documentazioni prodotte;
- utilizzare il supporto tecnologico al percorso clinico già oggi disponibile senza sottrarlo al ruolo di verifica e validazione del medico;
- semplificare le fasi di refertazione e produzione di certificati e ricette;
- potenziare le capacità di individuazione dei bisogni, predizione della domanda e pianificazione delle risposte.

Conclusioni

Il medico di emergenza nel SES occupa una posizione centrale che unisce competenze cliniche avanzate e responsabilità di *governance* multidisciplinare e multiprofessionale. La sua *leadership* e la capacità di garantire coerenza tra i percorsi diagnostico-terapeutici, insieme alla possibilità di derogare dai protocolli quando necessario, sono elementi essenziali per la sicurezza del paziente e l'efficacia dell'intero sistema di soccorso. Le sfide attuali riguardano l'equilibrio tra sviluppo delle competenze cliniche e la gestione di una domanda crescente con risorse variabili, mantenendo l'integrità e la tempestività delle cure, e ampliando l'attenzione alle dimensioni sociale ed etica. La scelta di dare maggiore spazio alla tecnologia e il ricorso alle nuove, ma non prive di rischi, possibilità derivanti dall'uso dell'IA per porre rimedio in modo accettabile alle carenze di organico, costituiscono parte non secondaria di questa sfida.

Riferimenti bibliografici

- FCTSA (2023), Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze, *Atti Medico Delegati dell'emergenza preospedaliera*, <https://www.fctsa.ch/media/cr2gdxai/amd-2023-ver-2.pdf>.
- ISTAT (2025), Istituto Nazionale di Statistica, *Rapporto annuale 2025. La situazione del paese*, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-Annuale-2025-integrale.pdf>.
- Italia (1992), *Decreto Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 76 del 31 marzo 1992.
- Italia (2006), *Decreto Ministeriale 17 febbraio 2006. Istituzione della Scuola di Specializzazione di "Medicina d'Emergenza-urgenza"*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 118 del 23 maggio 2006.
- 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.
- Italia (2019), *Conferenza Stato-Regioni dell'1 agosto 2019. Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero*, <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2019/seduta-del-01082019/atti/repertorio-atto-n-143csr/>.
- OBI (2019), Ministero della Salute, *Linee d'indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3142_allegato.pdf.