

Focus

SCIENZA

AMBIENTE

CULTURA

COMPOR

ABBONATI
ALLA RIVISTA

Salute Perché al pronto soccorso si aspetta così tanto? Ecco come funziona la medicina d'emergenza oggi

Tra accessi impropri (22%), carenza cronica di medici di base e lunghi tempi d'attesa per un appuntamento, il pronto soccorso è ormai al collasso. Ecco come funziona oggi il sistema del triage a 5 codici.

Mettici tra i preferiti di Google



Il telefono squilla, insiste, la chiamata cade nel vuoto. Dall'altra parte, nessuna risposta. Il medico di base è irraggiungibile, l'agenda satura, il primo appuntamento utile a quattro giorni di distanza. Ma il dolore – o anche solo il timore che lo accompagna – non conosce attese. E così la traiettoria si sposta, quasi inevitabilmente, verso il pronto soccorso: non sempre per un'urgenza reale, quanto per l'assenza di alternative accessibili e riconoscibili sul territorio.

Nel 2023 sono stati **18 milioni gli italiani che hanno varcato quelle porte scorrevoli, con un incremento del 6%** rispetto all'anno precedente. Di questi, quasi uno su quattro presentava condizioni che la medicina territoriale avrebbe potuto – e

ADV

dovuto – intercettare e gestire. È qui che il **cortocircuito diventa evidente**: una domanda di cura che non trova risposta a monte si riversa a valle, congestionando le sale d'attesa, mettendo sotto pressione il personale e piegando un sistema concepito per l'emergenza a funzioni che non gli sono proprie.

Come funziona il triage e perché si aspetta tanto

All'arrivo in pronto soccorso, il primo contatto è con il triage infermieristico, che valuta i sintomi per assegnare a ogni paziente un **codice di priorità**. Non si tratta di una valutazione soggettiva, ma dell'applicazione di protocolli standardizzati e criteri internazionali. A seconda della gravità, ogni caso è etichettato come codice bianco (il meno grave), codice verde e, via via che si sale, azzurro, arancio e rosso.

Scienza Fai diagnosi poco precise, dottor Google!

I tempi di attesa sono definiti da un regolamento nazionale, ma possono allungarsi parecchio, specie per i casi meno gravi. Per esempio, per **i codici verdi l'ingresso o la rivalutazione dovrebbero avvenire entro le due ore**, ma i dati dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che includono però anche la visita, riportano che questi pazienti trascorrono in media tre ore e mezza nel pronto soccorso, con picchi anche oltre le compensi ore. Il motivo è che ogni accesso complesso (giallo o rosso) sottrae tempo e risorse ad altri pazienti, in un equilibrio già fragile.

Scienza Un cerotto a ultrasuoni potrebbe sostituire il pacemaker?

«Oggi il sistema dell'emergenza-urgenza opera quasi sempre in condizioni di saturazione, e ogni caso complesso amplifica le criticità», chiarisce Nino Cartabellotta, presidente di Fondazione Gimbe, organizzazione indipendente che svolge attività di ricerca e formazione in ambito medico e sanitario. A ciò si aggiungono **le nuove incombenze che i pronto soccorso sono chiamati a gestire**. «All'attività tradizionale, negli ultimi anni se ne sono aggiunte altre, come gli accertamenti **medico legali** (in particolare sullo stato di ebbrezza), e la gestione dei codici rosa per le **vittime di violenza**, che richiede un percorso dedicato, integrato con i servizi territoriali, e comporta necessariamente tempi più lunghi», aggiunge Enrico Ferri, direttore del pronto soccorso dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea di Roma.

Un accesso su quattro è improprio

Nel 2023 – riporta Agenas – gli accessi impropri hanno rappresentato circa un quarto del totale (il 22%), pari a quasi **3,9 milioni di casi**: un fenomeno diffuso in tutte le regioni e in tutte le strutture, con la provincia autonoma di Bolzano che si colloca in cima alla classifica. Sul fronte anagrafico, il **profilo tipico** di chi si rivolge

impropriamente al pronto soccorso è quello di un **uomo in età lavorativa, generalmente tra i 25 e i 64 anni.**

Tecnologia IA contro Medici: i chatbot sanno davvero fare diagnosi corrette?

«I dati confermano che c'è una distorsione ormai strutturale del sistema », prosegue Cartabellotta; «il pronto soccorso è sempre più utilizzato come un'alternativa ai servizi territoriali, che non riescono a garantire tempestività e continuità assistenziale». Sovraffollamento e attese, quindi, non nascono dentro gli ospedali, ma molto prima: in **una medicina di base sempre più sotto pressione.**

Mancano 5.700 medici di medicina generale

Il medico di medicina generale, che dovrebbe essere il primo presidio di cura, è oggi spesso difficile da raggiungere, non perché disorganizzato, ma perché oberato anch'egli da un carico di lavoro crescente. Per queste figure, alla necessità di seguire un numero sempre più elevato di assistiti – legata all'aumento della popolazione anziana con malattie croniche – si aggiungono incombenze **burocratiche** crescenti, prescrizioni, certificazioni, adempimenti informatici e il coordinamento con servizi territoriali spesso frammentati. Il tempo clinico, quello dedicato all'ascolto e alla valutazione, si riduce, mentre aumenta la sensazione di un sistema che chiede molto e restituisce poco in termini di supporto organizzativo.

Scienza Massaggio cardiaco: come si fa, nello Spazio?

«I medici in servizio hanno in carico in media oltre 1.380 assistiti a testa (ma il **numero massimo consentito sarebbe 1.500, o 1.800 in casi particolari**, ndr): è un livello di saturazione che riduce la capacità di risposta sul territorio», continua Cartabellotta. Se il medico di fiducia non è disponibile, il cittadino tende a cercare soluzioni alternative, e il pronto soccorso, aperto 24 ore su 24 è percepito come l'unico luogo dove si ottiene una risposta. «Il rafforzamento dell'assistenza territoriale è necessario per restituire al pronto soccorso la sua funzione originaria di gestione delle urgenze», sottolinea l'esperto. Secondo la Fondazione Gimbe, invece, all'appello **mancano 5.700 medici di medicina generale, stima basata sul numero ideale di pazienti che ognuno di loro dovrebbe seguire (ovvero, 1.200).**

La carenza di personale

Ma la mancanza di medici non riguarda solo il territorio: un'indagine della Società italiana di medicina d'emergenza urgenza (Simeu), condotta in 50 pronto soccorso che ricevono il 12% degli accessi nazionali, ha stimato che in un quarto dei casi l'organico è meno della metà di quello necessario, e in **quasi 7 strutture su 10 non arriva al 75%**

. In alcune strutture, poi, **ciascun professionista è chiamato a fare il lavoro di 4**

persone.

Chi sono i gettonisti?

E c'è poi l'aspetto economico. Dal 2012 al 2024, la quota della spesa sanitaria destinata ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale è passata **dal 33,5% al 31,3%**.

Al contrario, quella per i gettonisti (**professionisti reclutati tramite cooperative o aziende private per coprire turni a chiamata**) è cresciuta rapidamente, raggiungendo i **476 milioni di euro** nel periodo gennaio-agosto 2023: più del doppio rispetto all'anno precedente.

Per limitare il fenomeno, a partire dal 31 luglio 2025 è scattato il divieto per gli enti del Servizio sanitario di stipulare nuovi contratti con medici e infermieri gettonisti. Le nuove regole stabiliscono un'eccezione solo in situazioni di reale necessità, per una volta sola e senza possibilità di rinnovo. Sono inoltre previsti limiti precisi sull'orario di lavoro – **non più di 48 ore settimanali e almeno 11 ore di riposo tra un turno e il successivo** – e sui compensi orari. Il provvedimento però potrebbe creare difficoltà aggiuntive. «Se da un lato lo stop ai gettonisti nasce dal lodevole obiettivo di superare una distorsione nella gestione delle risorse umane, dall'altro apre a criticità rilevanti», si legge nel Rapporto Gimbe 2025. «Infatti la copertura dei turni rischia di diventare un problema non indifferente, soprattutto in alcune specialità (emergenza-urgenza in primis)».

Specializzazioni vuote

Resta quindi il nodo di fondo: senza un rafforzamento strutturale degli organici, il rischio è che il pronto soccorso continui a reggersi su soluzioni emergenziali. Ma l'obiettivo sembra di là da venire. I dati diffusi dall'associazione di categoria Anaao-Assomed confermano anche per il 2025 il trend negativo degli accessi alle scuole di specializzazione, che offrono la formazione e il titolo necessari a esercitare la professione in molti ambiti della clinica. **Il 17% dei posti disponibili non è stato assegnato**, e nella medicina d'emergenza-urgenza la quota è ancora maggiore: **su 976 contratti banditi, solo il 55% è stato effettivamente coperto**.

Scienza

Gravidanza: arriva il cerotto a ultrasuoni che monitora il feto h24: ha già salvato...

I neolaureati, insomma, preferiscono altre specialità: una scelta che riflette condizioni di lavoro difficili, turni gravosi, elevata esposizione al rischio clinico e, non di rado, alla violenza contro gli operatori. «La scarsa copertura dei posti nelle scuole di specializzazione in emergenza-urgenza è un indicatore molto chiaro della perdita di attrattività della disciplina», conclude Cartabellotta. «I giovani medici orientano le proprie scelte verso percorsi percepiti come più sostenibili e meno esposti a rischi professionali e personali».

. Questo fenomeno non può essere corretto aumentando semplicemente il numero di contratti, ma richiede un ripensamento profondo delle condizioni di lavoro, della sicurezza e del riconoscimento professionale».