



Progetta un sito come questo con WordPress.com

Comincia ora



Perché al pronto soccorso si aspetta così tanto: la fotografia (e i punti ciechi) di un sistema al collasso

Lug 12, 2026 Collaboratori Redazione, curiosità varie, medicina & ricerca

[accessi impropri](#), [Agenas](#), [carenza di personale](#), [direzione sanitaria](#), [emergenza-urgenza](#), [gettonisti](#), [Gimbe](#), [medicina generale](#), [medicina interna](#), [medicina territoriale](#), [pronto soccorso](#), [sanità pubblica](#), [Simeu](#), [sistema sanitario nazionale](#), [specializzazioni mediche](#), [triage](#)



Un articolo pubblicato il 6 luglio 2026 su *Focus.it*, a firma di **Cristina Da Rold**, ricostruisce con dati aggiornati e testimonianze dirette il funzionamento — e le crepe — del sistema di emergenza-urgenza italiano. È un pezzo che consiglio di leggere per intero a chiunque lavori in ospedale, perché mette in fila con chiarezza numeri che chi è dentro il sistema conosce per esperienza diretta ma raramente vede tutti insieme, in una cornice coerente. Ho integrato l'articolo con alcune fonti primarie e un aggiornamento recente che ne completa il quadro.

Come funziona (in teoria) il triage

Il primo contatto in pronto soccorso avviene con il triage infermieristico, che assegna a ogni paziente un codice di priorità sulla base di protocolli standardizzati e criteri internazionali, non di una valutazione soggettiva: codice bianco (il meno grave), verde, e poi, in ordine di gravità crescente, azzurro, arancione e rosso. I tempi di attesa massimi sono definiti da un regolamento nazionale — per i codici verdi, ad esempio, l'ingresso o la rivalutazione dovrebbero avvenire entro due ore — ma nella pratica i dati dell'Agenas mostrano tempi medi di permanenza ben superiori: circa tre ore e mezza per i codici verdi, con punte molto più elevate. Il motivo strutturale è semplice: ogni accesso complesso (giallo o rosso) sottrae tempo e risorse a tutti gli altri pazienti, in un sistema che opera quasi costantemente in condizioni di saturazione.

Un accesso su quattro è evitabile

I dati Agenas relativi al 2023, presentati nel corso del convegno istituzionale sull'implementazione del DM 77/2022, quantificano con precisione la dimensione del fenomeno: su 18,27 milioni di accessi complessivi ai pronto soccorso italiani (+6% rispetto al 2022), circa 3,9 milioni — il 22% del totale — sono classificabili come

impropri, cioè accessi in codice bianco o verde, esclusi i traumi, giunti in modo autonomo o su invio del medico di famiglia in orari diurni e feriali, con dimissione a domicilio o verso l'ambulatorio. Il profilo tipico di chi si presenta impropriamente è un uomo in età lavorativa, tra i 25 e i 64 anni. È un fenomeno trasversale a tutte le Regioni, con punte come Sulmona, dove gli accessi impropri hanno toccato il 34%, contro una riduzione fino al 10% nelle aree dove sono attive le Case di Comunità previste dal PNRR.

Il nodo a monte: la medicina territoriale in affanno

L'articolo individua correttamente la causa a monte del sovraffollamento nella crisi della medicina generale. Il medico di famiglia, primo presidio di cura, ha oggi in carico in media oltre 1.380 assistiti — a fronte di un massimale di 1.500, elevabile a 1.800 in casi particolari — un carico che, sommato agli oneri burocratici crescenti, riduce drasticamente il tempo clinico disponibile per ciascun paziente. Secondo le stime della Fondazione GIMBE, basate sul numero ideale di 1.200 assistiti per medico, mancano all'appello 5.700 medici di medicina generale a livello nazionale. Quando il medico di fiducia non è raggiungibile, il pronto soccorso — aperto 24 ore su 24 — diventa l'unico punto di accesso percepito come certo, anche per problemi che la medicina territoriale dovrebbe intercettare.

La carenza di personale in pronto soccorso

Il quadro si aggrava se si guarda alla dotazione organica interna ai pronto soccorso stessi. Un'indagine della Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza (SIMEU), condotta su 50 strutture che ricevono il 12% degli accessi nazionali, ha stimato che in un quarto dei casi l'organico è inferiore alla metà del necessario, e in quasi 7 strutture su 10 non raggiunge il 75% del fabbisogno — con singoli professionisti chiamati, in alcuni casi, a coprire il carico di lavoro di quattro persone.

Per compensare questi vuoti, negli ultimi anni si è fatto ricorso massiccio ai cosiddetti "gettonisti": medici e infermieri reclutati tramite cooperative o aziende private per coprire turni a chiamata, spesso a compensi più elevati e senza gli stessi vincoli formativi e di continuità assistenziale del personale strutturato. La spesa per queste figure ha raggiunto i 476 milioni di euro nel solo periodo gennaio-agosto 2023, più del doppio rispetto all'anno precedente. Per contenere il fenomeno, dal 31 luglio 2025 è scattato il divieto per le aziende sanitarie di stipulare nuovi contratti con gettonisti, salvo eccezioni motivate e non rinnovabili, con nuovi limiti su orario di lavoro (non più di 48 ore settimanali, almeno 11 ore di riposo tra un turno e il successivo) e compensi.

Un aggiornamento che l'articolo non copre: il divieto sui gettonisti non ha funzionato come previsto

È qui che vale la pena aggiungere un tassello che l'articolo di Focus, concentrato sulla fotografia strutturale del sistema, non affronta nel dettaglio: a un anno dall'entrata in vigore del divieto, i dati più recenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), analizzati da un'inchiesta de Il Post nel maggio 2026, mostrano che la spesa per i gettonisti non solo non si è ridotta, ma è aumentata. Nel biennio 2024-2025 le aziende sanitarie hanno impegnato oltre un miliardo di euro per queste figure, con una spesa 2025 salita del 15% rispetto al 2024 secondo un'analisi de Il Fatto Quotidiano del giugno 2026, sostenuta da pratiche elusive documentate — dallo spezzettamento degli appalti per restare sotto la soglia di gara pubblica, alla riclassificazione dei contratti sotto voci di spesa generiche, fino al ricorso sistematico alla deroga per "urgenza" anche quando i criteri stringenti previsti dalla norma non sarebbero soddisfatti. Una recente indagine della Federazione dei Medici Internisti Ospedalieri (FADOI) segnala che oltre la metà dei pronto soccorso italiani continua a ricorrere a esternalizzazioni per reggere il sistema, spesso impiegando medici privi di specializzazione specifica in emergenza-urgenza.

Specializzazioni vuote: il problema si autoalimenta

A chiudere il cerchio, i dati dell'associazione di categoria Anaa-Assomed relativi al 2025 confermano un trend negativo negli accessi alle scuole di specializzazione: il 17% dei posti disponibili complessivamente non è stato assegnato, ma nella medicina d'emergenza-urgenza la quota sale drammaticamente, con solo il 55% dei 976 contratti banditi effettivamente coperto. I neolaureati in medicina scelgono sempre più spesso specialità percepite come più sostenibili, meno esposte a turni gravosi, rischio clinico elevato e violenza contro gli operatori — un fenomeno che rischia di trasformarsi in una profezia che si autoavvera: meno specialisti in emergenza-urgenza formati oggi significano organici ancora più fragili domani, e quindi maggiore dipendenza futura proprio da quelle soluzioni emergenziali, come i gettonisti, che si vorrebbero superare.

Commento editoriale

Da Direttore di una Struttura Complessa di Medicina Interna e Lungodegenza, leggo questo articolo con un misto di riconoscimento e di frustrazione professionale che credo molti colleghi condivideranno. Riconoscimento, perché la ricostruzione di Focus.it mette in fila con precisione dati che normalmente restano frammentati tra fonti diverse — Agenas, GIMBE, SIMEU, Anaa-Assomed — e che invece vanno letti insieme per capire che il sovraffollamento del pronto soccorso non è un problema che nasce nel pronto soccorso: nasce a monte, nella crisi della medicina territoriale, e si scarica a valle su un sistema di

emergenza che non è stato progettato per assorbire la domanda di cura ordinaria che il territorio non riesce più a intercettare.

La frustrazione nasce invece da un pattern che conosco bene, avendolo vissuto in prima persona nella gestione amministrativa del mio reparto: la distanza tra l'intenzione normativa e l'effetto reale. Il divieto sui gettonisti, introdotto con l'obiettivo lodevole di restituire stabilità e continuità assistenziale al sistema, si è tradotto — nei dati più aggiornati disponibili — in un aumento della spesa e in un proliferare di espedienti elusivi, non in una riduzione del fenomeno. È una dinamica che chi lavora nelle direzioni sanitarie riconosce fin troppo bene: un vincolo imposto dall'alto, senza un piano di sostituzione strutturale altrettanto concreto, non elimina il bisogno che aveva generato quella soluzione emergenziale — semplicemente lo sposta su un binario meno visibile, più costoso e meno regolamentato. Il caso dei gettonisti dovrebbe essere uno studio di caso obbligatorio per chiunque si occupi di policy sanitaria: vietare un sintomo senza curare la causa produce, quasi sempre, una versione mascherata dello stesso sintomo.

Il punto su cui vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi, in particolare di chi ricopre ruoli di direzione, riguarda le specializzazioni vuote in emergenza-urgenza. Non è un dato che si risolve con un incentivo economico isolato o con una campagna di reclutamento straordinaria: è il sintomo di condizioni di lavoro — turni, esposizione al rischio clinico e alla violenza, carico organizzativo — che i giovani medici valutano razionalmente, e che finché non cambieranno in modo strutturale continueranno a orientare le scelte di carriera altrove. Come Direttori di Struttura Complessa, credo che il nostro margine d'azione reale sia limitato ma non nullo: nella gestione quotidiana dei turni, nella tutela attiva del personale da aggressioni e sovraccarico, e nella capacità di segnalare con dati concreti — non solo con lamentele generiche — alle direzioni aziendali e regionali l'entità del problema, possiamo contribuire a rendere un po' più sostenibile un sistema che, altrimenti, continuerà a scaricare le proprie fragilità strutturali sulle spalle di chi, ogni giorno, resta comunque in corsia.

BIBLIOGRAFIA

Da Rold, C. (2026, 6 luglio). Perché al pronto soccorso si aspetta così tanto? Ecco come funziona la medicina d'emergenza oggi. *Focus.it*.
<https://www.focus.it/scienza/salute/come-funziona-un-pronto-soccorso>

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). (2024). Pronto Soccorso: analisi degli accessi e dell'appropriatezza — dati 2023.
<https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/pronto-soccorso-un-accesso-su-quattro-circa-mln-improprio-e-mln-di-persone-non-raggiungono-i-ps-entro-i-dati-agenas/>

Fondazione GIMBE. (2025). Rapporto sulla crisi del personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126817

Redazione. (2026, 13 maggio). Come gli ospedali italiani aggirano il divieto di assumere gettonisti. *Il Post*. <https://www.ilpost.it/2026/05/13/gettonisti-ospedali/>

Redazione. (2026, 25 giugno). Gettonisti in sanità: spesa record, +15% nel 2025 nonostante i divieti. *Il Fatto Quotidiano*.
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2026/06/25/gettonisti-sanita-pubblica-spesa-notizie/8429032/>

Redazione. (2025, 3 agosto). Cosa cambia nel pronto soccorso senza più medici "gettonisti". *Il Post*. <https://www.ilpost.it/2025/08/03/divieto-assunzione-gettonisti-pronto-soccorso-ospedali/>

Ministero della Salute. (2022). Decreto Ministeriale n. 77/2022: Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

Condividi!

Stampa

WhatsApp

X

LinkedIn

Facebook

E-mail

Pinterest

Telegram

Tumblr

Caricamento...

Reazioni nel fediverso



2 repost