



Sanità digitale e Medicina Generale: meno burocrazia, più cura

Digital healthcare and general practice:
less bureaucracy, more care

Iacopo Cricelli
Genomedics

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Sanità digitale e Medicina Generale: meno burocrazia, più cura
Rivista SIMG 2026; 33 (03):50-52.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

La sanità digitale non manca di tecnologie. Manca, troppo spesso, di una progettazione davvero centrata sul lavoro clinico. Infatti, negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha investito molto in piattaforme, interoperabilità, FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), telemedicina, sistemi regionali, cruscotti, strumenti di raccolta dati e, più recentemente, soluzioni basate su IA (Intelligenza Artificiale). Eppure, nella quotidianità di molti medici di Medicina Generale (MMG), la percezione è diversa da quella promessa nei documenti programmatici: più adempimenti, più portali, più clic, più responsabilità informative, non sempre più tempo per curare.

Il punto non è rifiutare la tecnologia, ma distinguere la buona digitalizzazione da quella apparente. La prima riduce il carico cognitivo, migliora la continuità assistenziale, rende i dati più affidabili, aiuta il medico a decidere meglio e restituisce tempo alla relazione di cura. La seconda aggiunge un nuovo strato amministrativo sopra un sistema già saturo. Per la Medicina Generale questa distinzione è decisiva.

Il MMG non lavora su episodi isolati, ma su storie cliniche longitudinali, spesso complesse, fatte di cronicità, fragilità, politerapie, diagnosi stratificate negli anni, eventi ospedalieri, consulenze specialistiche, referti, esenzioni, piani terapeutici, aderenze intermittenti, condizioni sociali, caregiver e preferenze del paziente. In questo contesto, il dato sanitario non è mai semplicemente un dato. È un'informazione da interpretare, pesare, aggiornare e collocare nella storia della persona.

Una diagnosi certa non equivale a un sospetto diagnostico. Una terapia prescritta non coincide necessariamente con una terapia assunta. Un'allergia

non è un'intolleranza. Un referto recente non ha lo stesso peso di una nota anamnestica remota. Un'informazione riferita dal paziente non ha lo stesso valore di un documento validato da uno specialista. Se i sistemi digitali non distinguono questi livelli, non producono conoscenza clinica, producono rumore. E in medicina il rumore non è solo inefficienza, ma può diventare rischio reale.

Il FSE rappresenta uno degli snodi centrali di questa trasformazione. Ma il suo valore non dipenderà dalla quantità di documenti caricati. Dipenderà dalla capacità di rendere disponibili, nel momento giusto, informazioni utili, comprensibili, aggiornate e clinicamente contestualizzate.

Un FSE pieno di referti, lettere di dimissione, prescrizioni e verbali non è automaticamente uno strumento di cura. Può essere un archivio ricco ma difficile da usare. La domanda vera non è: "il documento è presente?". La domanda vera è: "quel documento aiuta un professionista a prendere una decisione migliore per quel paziente?".

Lo stesso vale per il Profilo Sanitario Sintetico (PSS). Non può essere considerato una semplice stampa automatica della cartella clinica. È, a tutti gli effetti, un atto di sintesi professionale. Deve selezionare ciò che è rilevante, attuale, verificato e utile alla presa in carico da parte di altri professionisti. Deve essere breve, ma non povero. Completo, ma non ridondante. Deve orientare, non confondere.

Per questo richiede tempo, strumenti adeguati e responsabilità chiare. Non tutto ciò che riguarda la storia sanitaria del paziente nasce nello studio del MMG. Molte informazioni provengono da ospedali, specialisti, pronto soccorso, laboratori, servizi territoriali e sistemi regionali. Se però la responsabilità finale della coerenza informativa viene sca-

ricata solo sul MMG, il sistema non sta costruendo governance. Sta trasferendo rischio.

Una sanità digitale matura deve fondarsi su una responsabilità distribuita del dato: chi produce un'informazione deve rispondere della sua qualità; chi la valida deve essere identificabile; chi la usa deve poterne comprendere origine, data, significato e limiti. Anche il concetto di interoperabilità va riportato sul terreno clinico. Far dialogare i software è necessario, ma non sufficiente. La continuità assistenziale non nasce dallo scambio tecnico di dati. Nasce dalla possibilità, per professionisti diversi, di condividere una comprensione coerente del paziente e coordinare decisioni appropriate.

In Medicina Generale questo significa, per esempio, poter riconciliare correttamente una terapia dopo una dimissione,

individuare rapidamente un peggioramento in un paziente fragile, evitare duplicazioni diagnostiche, intercettare una mancata aderenza, attivare medicina di iniziativa su popolazioni a rischio, comprendere cosa è cambiato davvero nella traiettoria clinica di una persona.

La tecnologia dovrebbe servire esattamente a rendere visibile ciò che conta. Invece, molti strumenti digitali continuano a chiedere al medico di alimentare sistemi informativi senza restituire un valore proporzionato. È qui che nasce molta resistenza. Non da ostilità verso l'innovazione, ma da esperienza concreta. I professionisti resistono agli strumenti che aumentano il lavoro duplicato, moltiplicano gli alert irrilevanti, frammentano l'attenzione, impongono obblighi non integrati nella pratica quotidiana e ampliano la responsabilità senza aumentare il

controllo.

Ogni minuto speso a cercare un'informazione, ricopiare un dato, aprire un portale separato o interpretare documenti non strutturati è un minuto sottratto alla cura. In un sistema già segnato da carichi crescenti, carenza di personale e aumento della complessità clinica, questo non è un dettaglio organizzativo. È un problema professionale e assistenziale.

L'IA può rappresentare una svolta, ma solo se viene collocata dentro questo scenario reale. Può aiutare il MMG a sintetizzare informazioni disperse, generare note strutturate, individuare incoerenze, supportare la revisione terapeutica, segnalare interazioni, stratificare pazienti a rischio, facilitare attività proattive e rendere più sostenibile la documentazione clinica.

Ma può anche diventare l'ennesimo strato

DAL RUMORE AL SIGNIFICATO CLINICO

TROPPI DATI NON SONO CONOSCENZA

IL PROBLEMA: SISTEMI FRAMMENTATI



MENO TEMPO PER LA CURA

LA SOLUZIONE: DATI UTILI, DECISIONI MIGLIORI



- ✓ Informazioni rilevanti e contestualizzate
- ✓ Sintesi intelligenti e aggiornate
- ✓ Supporto decisionale e alert significativi
- ✓ Tempo restituito alla relazione di cura



PIÙ TEMPO PER LA CURA



L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE COME FILTRO INTELLIGENTE

Seleziona, organizza, evidenzia ciò che conta.
Riduce il rumore, valorizza il giudizio clinico.

I 7 PILASTRI DELLA TRASFORMAZIONE DIGITALE

MENO BUROCRAZIA, PIÙ CURA



1. INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ

Dati e sistemi che parlano tra loro per garantire una visione completa e longitudinale del paziente.

01



2. QUALITÀ SEMANTICA DEL DATO

Informazioni chiare, aggiornate e contestualizzate per decisioni cliniche migliori.

02



3. RESPONSABILITÀ E TRACCIABILITÀ

Responsabilità distribuita del dato: chi produce, valida, usa ogni informazione è identificabile e responsabile.

03



4. RIDUZIONE DEL CARICO COGNITIVO

Strumenti che semplificano il lavoro clinico, riducono i clic e restituiscono tempo alla cura.

04



5. INTEROPERABILITÀ CLINICA

Non solo scambio di dati, ma condivisione di significato per decisioni coordinate e sicure.

05



6. INTELLIGENZA ARTIFICIALE AL SERVIZIO DEL CLINICO

AI come supporto alla sintesi, al decision making e alla medicina di iniziativa, non come nuovo carico di lavoro.

06



7. CENTRALITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

La tecnologia deve rafforzare il ruolo unico del MMG nella presa in carico globale e nella relazione di fiducia.

07

tecnologico sovrapposto a dati incompleti, processi confusi e responsabilità opache. La domanda, quindi, non è se usare o meno l'IA. La domanda è dove essa produca valore clinico reale, misurabile e sicuro. In Medicina Generale l'IA dovrebbe essere un copilota: uno strumento che aumenta la capacità del medico, non che la sostituisce; che aiuta a governare la complessità, non che la nasconde dietro una risposta apparentemente brillante; che resta verificabile, tracciabile e integrata nei flussi della cartella clinica.

La vera sfida è la governance clinica della trasformazione digitale. I progetti non dovrebbero partire dalla piattaforma disponibile, ma dai casi d'uso. Che cosa serve al MMG quando rivaluta una terapia complessa? Che cosa deve emergere dopo una dimissione ospedaliera? Quali informazioni sono essenziali per gestire un paziente fragile? Come si riduce il tempo documentale? Come si migliora l'appropriatezza prescrittiva? Come si sostiene la medicina di iniziativa?

Se queste domande non guidano la progettazione, il rischio è costruire sistemi formalmente corretti ma poveri di impatto reale. Da qui deve nascere una direzione esecutiva.

Una sanità digitale utile alla Medicina Generale non dovrebbe essere progettata per moduli, portali o adempimenti, ma per scenari clinici prioritari. La prima prova di realtà dovrebbe essere molto semplice: cosa cambia domani mattina, nello studio del medico, nella gestione concreta di quel paziente?

Il primo criterio è partire dal flusso reale dello studio: visita, rinnovo terapeutico, gestione del paziente cronico, dimissio-

ne ospedaliera, urgenza differibile, presa in carico del fragile, attività proattiva su popolazioni a rischio. Ogni funzione digitale dovrebbe nascere dentro uno di questi momenti e rispondere a una domanda chiara: quale decisione rende più rapida, più sicura o più appropriata?

Il secondo criterio è integrare, non aggiungere. Lo strumento utile vive nella cartella clinica del MMG, usa i dati già disponibili, evita reinserimenti manuali, restituisce una sintesi azionabile e lascia traccia di ciò che ha fatto. Un portale esterno può essere necessario in alcuni casi, ma non può diventare l'unità di misura della trasformazione digitale.

Il terzo criterio è costruire una semantica clinica condivisa. Non basta trasportare documenti. Servono dati qualificati: fonte, data, autore, grado di certezza, stato dell'informazione, rilevanza attuale, responsabilità di validazione. È qui che interoperabilità, FSE, PSS e IA devono incontrarsi non nella quantità del dato, ma nella sua affidabilità d'uso.

Il quarto criterio è misurare il valore prima della scala. Un progetto digitale dovrebbe essere adottato solo se dimostra di ridurre tempo documentale, duplicazioni, errori evitabili, disallineamenti terapeutici, alert non utili o accessi impropri, e se aumenta continuità, appropriatezza, proattività e leggibilità del percorso assistenziale.

Il quinto criterio è mantenere il medico dentro il governo del processo. Il MMG non deve essere coinvolto solo nella formazione o nel collaudo, quando il prodotto è già deciso. Deve partecipare alla definizione dei casi d'uso, delle priorità, degli

standard informativi, delle regole di responsabilità e degli indicatori di impatto. Se dovessi indicare tre cantieri immediati, partirei da qui: riconciliazione terapeutica post-dimissione, sintesi clinica dinamica per pazienti fragili e cronici, medicina di iniziativa guidata da dati affidabili. Sono casi d'uso naturali per la Medicina Generale: ad alto impatto, misurabili, vicini al lavoro quotidiano e capaci di mostrare rapidamente se la tecnologia produce cura o solo ulteriore amministrazione.

La Medicina Generale non deve essere considerata il terminale periferico della digitalizzazione del SSN. È una delle sue infrastrutture cognitive principali. È nel setting della Medicina Generale che la storia del paziente si accumula, si interpreta e spesso si ricompone. È lì che prevenzione, cronicità, fragilità e continuità assistenziale possono diventare azioni concrete. È lì che il dato può trasformarsi in cura.

Per questo la sanità digitale potrà funzionare solo se saprà cambiare paradigma: meno piattaforme isolate, più strumenti integrati; meno raccolta documentale, più significato clinico; meno adempimenti, più supporto decisionale; meno burocrazia informatizzata, più tempo professionale restituito al paziente.

Alla fine, il criterio è netto: se uno strumento digitale non riduce complessità, non migliora la decisione, non chiarisce le responsabilità, non restituisce tempo e non aumenta la sicurezza, non è innovazione. È solo un ulteriore livello informativo. Il problema non è che abbiamo troppa tecnologia. Il problema è che ne abbiamo ancora troppo poca davvero al servizio della cura.