

L'AI in ambulatorio e il paradosso del medico che non usa la mail

di Antonella De Robbio

30 gennaio 2026

<https://ilbolive.unipd.it/it/news/societa/lai-ambulatorio-paradosso-medico-che-non-usa-mail>



Immagine generata dall'AI

In questi giorni si parla molto di **MIA (Medical Intelligence Assistant)** l'intelligenza artificiale che entra nei sistemi sanitari con approcci diversi ma con un obiettivo comune: supportare le decisioni cliniche e rendere più efficienti le cure. Uno strumento insomma che potrà cambiare la medicina generale in Italia, a differenza di altri Paesi dove prevalgono applicazioni AI ospedaliere su emergenza, imaging e predizione. Iniziare a parlare oggi di **MIA** – un'AI di Agenas che si configura come uno dei principali motori di innovazione, capace di ridefinire i modelli di cura e assistenza – significa però confrontarsi con un paradosso tutto italiano.

Da un lato, infatti, le federazioni mediche presentano l'AI come il salvagente contro il *burnout*, dall'altro ci scontriamo con una realtà in cui molti Medici di Medicina Generale (MMG), pilastri del nostro sistema italiano e in particolare in Veneto, faticano ancora a gestire una casella di posta elettronica. Nonostante l'**entusiasmo** per le innovazioni tecnologiche, la realtà della medicina territoriale deve fare i conti con un profondo ***digital divide***. Il rischio concreto è che l'Intelligenza Artificiale venga percepita non come una

risorsa, ma come l'ennesimo carico burocratico da un personale medico non ancora pienamente alfabetizzato ai nuovi linguaggi digitali. Per evitare questo rigetto, è necessario ripensare il ruolo del clinico: non un mero utilizzatore di software, ma un *garante della decisione*.

L'**AI Act europeo** non sanziona chi non usa l'AI, ma impone alle strutture sanitarie l'**obbligo di alfabetizzare** il personale che vi interagisce (*AI Literacy*). Parallelamente, la **legge italiana 132/2025** trasforma questo requisito in un presupposto della **responsabilità clinica**: nel momento in cui l'AI entra nei sistemi regionali, il medico non può più invocare l'ignoranza tecnologica. Senza formazione, il professionista perde la funzione di **"garante"** e risponde di imperizia per non aver saputo governare uno strumento presente nel suo ecosistema di lavoro. La legge, dunque, non obbliga a usare l'AI, ma obbliga a essere **utilizzatori consapevoli**: la formazione diventa l'unico scudo legale per validare criticamente l'algoritmo e mantenere la decisione in mano umana.

Il problema non è solo l'analfabetismo digitale del singolo professionista: è l'intero ecosistema delle piattaforme di gestione che sembra remare contro il paziente. Oggi, il panorama della medicina territoriale è frammentato in decine di software diversi, app su cellulari di pazienti per poter contattare il proprio MMG, ognuna con le proprie logiche e interfacce. Questa giungla tecnologica, invece di semplificare la vita del cittadino, spesso la complica: operazioni elementari come la richiesta di rinnovo di farmaci per patologie croniche diventano percorsi a ostacoli, diversi da studio a studio, che scoraggiano l'aderenza terapeutica e generano frustrazione. Impossibile comunicare efficacemente con il proprio medico di fiducia, perché di fiducia stiamo parlando.

Ancora più grave è la deriva commerciale di alcune di queste piattaforme. Non è raro, infatti, che il paziente si trovi la propria casella mail invasa da comunicazioni che, sotto la veste di "servizi sanitari", nascondono vere e proprie operazioni di marketing per prestazioni a pagamento. È un cortocircuito etico: lo strumento che dovrebbe garantire il diritto alla salute e la continuità assistenziale viene utilizzato come veicolo pubblicitario, sfruttando la fiducia del paziente nel proprio medico per proporre check-up o visite specialistiche private.

Leggi anche [Da ChatGPT Salute a MIA: l'AI in campo medico, ma solo a certe condizioni](#)

In questo scenario, l'introduzione di un assistente come **MIA** rischia di essere l'ennesima cattedrale nel deserto, se non viene accompagnata da una riflessione sulla **governance del dato** e sulla qualità degli strumenti esistenti. Se non riusciamo a rendere semplice l'invio di una ricetta dematerializzata senza esporre il paziente a pubblicità indesiderata, come possiamo pensare di integrare un assistente diagnostico complesso?

In questo panorama frammentato, il Veneto (ma anche altre Regioni italiane) vanta un'eccellenza come **Sanità km zero**, che cerca di riportare l'interazione medico-paziente in un alveo pubblico e protetto. Tuttavia il paradosso resta: quello di un'infrastruttura regionale avanzatissima che però deve scontrarsi, da un lato, con la persistente difficoltà digitale di molti MMG e, dall'altro, con la concorrenza di piattaforme private che i medici

adottano autonomamente, e che spesso inquinano l'esperienza del paziente con logiche di mercato.

Sanità km zero è concepita come un ecosistema multicanale, quindi non è limitata solo all'App, ma vive su due binari paralleli che è importante distinguere, specialmente quando parliamo di accessibilità per il medico e per il paziente. C'è innanzitutto **il portale Web: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** in versione Desktop/Web, accessibile tramite browser inserendo le credenziali SPID o CIE. Per il paziente si tratta del vero "archivio storico": da qui si possono vedere i referti degli ultimi anni, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione e gestire i consensi alla privacy. È molto più completo dell'app per quanto riguarda la consultazione di documenti pesanti o storici. Per il medico è il punto di contatto con il sistema regionale, dove confluiscono i dati che poi dovrebbero alimentare le evidenze mediche.

L'App (Sanità km zero Ricette) è lo strumento "operativo" e immediato, pensato per lo smartphone. È focalizzata sulla gestione delle prescrizioni: visualizzare le ricette farmaceutiche e specialistiche, scegliere la farmacia, prenotare visite e, soprattutto, richiedere il rinnovo dei farmaci al proprio MMG. Interessante sottolineare come il **clubInnovatori**, nato come uno spazio di partecipazione e co-progettazione dedicato ai servizi sanitari, unisca dimensione fisica e digitale per favorire l'incontro tra cittadini e professionisti e **migliorare l'architettura della App**.

Eppure, nonostante l'esistenza di questa infrastruttura pubblica, sicura e priva di pubblicità, il paradosso persiste: molti medici continuano a preferire o a imporre l'uso di piattaforme terze. Il risultato è un paziente che deve districarsi tra l'App istituzionale per vedere i propri referti e il software privato del medico per chiedere una ricetta, raddoppiando la confusione invece di ridurla.

“La legge non obbliga a usare l’IA ma a saperla governare: senza formazione il medico perde il ruolo di garante della decisione clinica

Tuttavia, parlare di **Sanità km zero** e del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** senza denunciarne le criticità operative sarebbe un esercizio di pura retorica. Sebbene l'infrastruttura multicanale sia pronta, la sua efficacia attuale è quella di un "groviera": un sistema potenzialmente rivoluzionario ma costellato di buchi informativi. La realtà è che il Fascicolo oggi non è uno specchio fedele dello stato di salute del paziente. Non si tratta di una scelta deliberata dei professionisti: semplicemente, molti medici specialisti ospedalieri e interi reparti **non alimentano il sistema**. Non sappiamo se per limiti tecnici, carichi di lavoro o difetti di integrazione dei software, ma il risultato è che i referti non arrivano.

Questo silenzio digitale crea **pericolose derive**, poiché il quadro clinico non risulta mai aggiornato. Un medico che consulta il FSE in emergenza in un Pronto Soccorso o durante una visita specialistica vede solo una parte della storia, ignorando magari esami decisivi o variazioni terapeutiche recenti. Il buco nero si allarga ulteriormente nel settore del **privato convenzionato**. È un paradosso inaccettabile che laboratori di analisi o centri diagnostici, pur operando per conto del sistema pubblico, non abbiano l'obbligo o la capacità di refertare nel FSE. Il dato clinico resta così "ostaggio" di portali privati o, peggio, solo del supporto cartaceo che il paziente deve fisicamente trasportare.

A complicare ulteriormente questo scenario c'è la posizione del medico di medicina generale. Non sempre i MMG hanno la formazione o gli strumenti per accedere

agevolmente al FSE; soprattutto però le loro **piattaforme software private**, quelle dotate di App per i pazienti, spesso **non sono minimamente agganciate al sistema regionale**. Vivono in una "bolla" tecnologica isolata, che invia ricette ma non legge la storia clinica completa del paziente contenuta nel Fascicolo.

Questa mancanza di comunicazione tra i sistemi trasforma il Fascicolo da "archivio storico" a "puzzle incompleto". Ed è qui che il discorso sull'IA e su strumenti come **MIA** diventa cruciale e, allo stesso tempo, problematico: come può un assistente digitale fornire un supporto diagnostico accurato se il "pasto" algoritmico che gli diamo è privo di pezzi fondamentali? Se mancano le analisi del sangue di un centro convenzionato o il referto dell'ultimo specialista, l'IA produrrà inevitabilmente un'analisi parziale, se non del tutto errata. La vera sfida non è dunque l'adozione dell'ultimo software di tendenza, ma la pretesa di una **reale integrazione dei flussi**. Senza un sistema in cui ogni prestazione lasci una traccia digitale automatica nel FSE, l'Intelligenza Artificiale non sarà un aiuto, ma rischierà di diventare un ulteriore elemento di confusione in una sanità che, pur definendosi "digitale", costringe ancora il paziente a essere il postino di se stesso.

Se MIA si propone come un assistente più vicino alla quotidianità del MMG, cercando di semplificare la gestione della politerapia e della cronicità, d'altro canto la vera frontiera è rappresentata dai modelli verticali come [OpenEvidence](#), chatbot diversi da quelli generalisti che comunque stanno mettendo a punto [strumenti bot specialistici](#) come [ChatGPT Health](#) (Salute) e [Claude for Healthcare](#), o [Gemma](#) di Gemini3. Questi strumenti si distinguono perché non attingono al web generico, spesso inquinato da fonti opache o da disinformazione, ma si basano su corpus certificati di letteratura scientifica e linee guida ufficiali.

“Un’IA alimentata da Fascicoli incompleti non è un aiuto alla cura, ma un moltiplicatore di incertezza

OpenEvidence ha siglato accordi di collaborazione con testate come [New England Journal of Medicine \(NEJM\)](#) considerata la rivista medica più prestigiosa e antica al mondo, il [Journal of the American Medical Association \(JAMA\)](#), il [National Comprehensive Cancer Network \(NCCN\)](#), l'ente che stabilisce le linee guida mondiali per il trattamento dei tumori, e molte altre istituzioni, le quali integrano già sistemi di AI (come quelli sviluppati dalla Mayo Clinic) per l'analisi dei dati e la produzione dei loro paper scientifici. OpenEvidence ha l'obiettivo di fornire risposte che siano sempre ancorate a una fonte citabile. Dire che questa IA attinge da tali fonti significa eliminare ogni dubbio sulla qualità dei dati e dell'informazioni.

L'AI non deve essere un sostituto che solleva dalle responsabilità, bensì un **copilota** capace di setacciare migliaia di pagine di letteratura in pochi secondi. Tuttavia, la macchina da sola non basta: come insegna il caso della diagnosi complessa trattata dal New Yorker, l'AI può arrivare alla soluzione corretta solo se guidata da un prompt umano sapiente, capace di inserire i dettagli clinici salienti che la macchina, da sola, non potrebbe mai cogliere. È il medico che, attraverso il suo giudizio critico, inserisce i dettagli clinici salienti necessari a orientare l'IA, trasformando il dato grezzo in una scelta di cura sicura ed efficace.

Il compito del medico moderno, e degli Enti Consorziati che ne curano la formazione, non è quindi solo quello di imparare a usare l'ultimo software, ma di pretendere una **tecnologia che sia neutra, etica e realmente orientata al servizio**. L'AI deve

essere un moltiplicatore di umanità, non un nuovo strato di burocrazia commerciale che si frappone tra il clinico e il suo assistito. Solo partendo da questa consapevolezza critica possiamo trasformare il "medico analogico" in un garante consapevole della salute digitale, capace di distinguere tra un supporto scientifico reale e una semplice interfaccia di mercato.

Il panorama della ricerca scientifica e della pratica clinica sta attraversando una trasformazione radicale che non riguarda solo la tecnologia in sé, ma il modo in cui il sapere viene prodotto, protetto e distribuito. Al centro di questa rivoluzione si colloca il concetto di Intelligenza Artificiale, che oggi non può più essere vista come una semplice curiosità informatica, ma come un motore che alimenta la scoperta biomedica. Tuttavia, per comprendere realmente questa evoluzione, è necessario guardare oltre l'algoritmo e analizzare l'infrastruttura che lo nutre: i dati. Qui si inserisce il ruolo politico e strategico dell'Open Access. La Scienza Aperta non è solo un nobile ideale di condivisione; è l'unica difesa concreta contro la creazione di nuovi monopoli della conoscenza. Se i risultati della ricerca pubblica finiscono esclusivamente per addestrare modelli commerciali chiusi, la comunità scientifica rischia di trovarsi nella paradossale situazione di dover pagare per accedere a intuizioni generate dai propri stessi dati. L'Open Access strategico mira a rompere questo circolo, garantendo che il "carburante" dell'IA rimanga un bene comune, trasparente e verificabile.