ABOUTOpen
Family Medicine & Community Care

AboutOpen | 2026; 13: 60-62
ISSN 2465-2628 | DOI: 10.33393/ao.2026.4848

EDITORIAL

Medicina generale e scienza della cura nel tempo: perché una nuova sezione?

Daniele Angioni

Medico di medicina generale ed ecografista; ricercatore e formatore nell'ambito dell'intelligenza artificiale per la sanità; Section Editor, Family Medicine & Community Care (FM&CC), AboutOpen. Azienda Sanitaria Locale Novara (ASL NO), Novara - Italia

Family Medicine & Community Care (FM&CC), nuova sezione multidisciplinare di AboutOpen, nasce per rafforzare in Italia la presenza di una casa scientifica dedicata alla medicina generale, aperta alle diverse professioni e al confronto internazionale. La scelta del nome Family Medicine afferma l'identità della medicina generale come disciplina clinica e scientifica, dotata di competenze, percorsi formativi e attività di ricerca propri (1).

Con Community Care esprimiamo il nostro impegno a prenderci cura della persona nella sua interezza, nel tempo e nel contesto familiare e sociale in cui vive. La responsabilità verso ciascuna persona si collega così a quella verso la comunità, attraverso una cura clinica e relazionale condivisa con gli altri professionisti sanitari e dell'assistenza. Questa attenzione si affianca alla prospettiva della salute di comunità, rivolta alla popolazione nel suo insieme.

La nostra identità poggia su tre pilastri: il generalismo come patrimonio clinico e scientifico, la cura longitudinale come responsabilità specialistica distintiva e la relazione terapeutica come fondamento della cura. Questi principi sono radicati nella definizione europea della medicina generale e sono coerenti con la visione di cure primarie globali e centrate sulla persona delineata dalle National Academies statunitensi (1,2). Il nostro impegno scientifico distintivo consiste nello studiare come la formazione e la tecnologia possano aiutare questi tre pilastri a operare insieme nella pratica quotidiana.

Il generalismo come patrimonio clinico e scientifico

L'ampiezza della medicina generale è essa stessa una forma di competenza. Il generalismo richiede infatti di integrare le evidenze relative alle singole malattie nella complessità della vita di ciascuna persona. Le patologie e i trattamenti interagiscono con i rischi, le preferenze, le responsabilità familiari e le condizioni sociali. La precisione scientifica dipende dalla comprensione di queste interazioni e dalla capacità di riconoscere quali elementi siano rilevanti per quella persona, in quel momento della sua vita. Nelle situazioni di multimorbilità, fragilità e politerapia, ciò significa definire le priorità, conciliare le raccomandazioni e mantenere un progetto di cura coerente. Il contributo del generalismo conserva la profondità dell'analisi e, al tempo stesso, collega conoscenze relative a organi, patologie e ambiti professionali diversi. FM&CC intende riconoscere, studiare e rafforzare questa competenza.

La cura longitudinale come responsabilità specialistica distintiva

La medicina generale si assume la responsabilità della cura della persona nella sua interezza, seguendola nel mutare delle condizioni di salute e malattia, oltre il decorso di una singola patologia. Gli incontri ripetuti permettono di integrare nel giudizio clinico la storia precedente, l'evoluzione dei sintomi, le condizioni abituali della persona e il suo contesto familiare e sociale. Anche un cambiamento lieve può acquistare significato se interpretato alla luce di anni di conoscenza del paziente. Seguire una persona nel tempo significa, inoltre, rivedere le decisioni, riconoscere il cambiamento delle priorità e mantenere la coerenza della cura attraverso gli invii specialistici, i ricoveri e le transizioni assistenziali. Il tempo diventa così una dimensione della conoscenza e della responsabilità clinica. FM&CC dedicherà attenzione scientifica a questa competenza specialistica, al valore dell'osservazione prolungata e della continuità, e alle decisioni che si affinano attraverso rivalutazioni successive.

La relazione terapeutica come fondamento clinico

La fiducia, la comunicazione, l'alleanza terapeutica, le decisioni condivise e la conoscenza reciproca maturata nel tempo fanno parte del lavoro clinico. Questi elementi influiscono su come il paziente esprime le proprie preoccupazioni, su come viene affrontata l'incertezza e su come un piano di cura acquista significato e diventa attuabile nella sua vita. Per questa ragione, la psicologia occupa un posto importante nel nostro programma scientifico. La collaborazione con gli

Received: October 22, 2026
Accepted: October 22, 2026
Published online: November 16, 2026

Indirizzo per la corrispondenza:
Daniele Angioni
email: studiomedicoangioni@gmail.com

© 2026 The Authors. This article is published by AboutScience and licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).
Commercial use is not permitted and is subject to Publisher's permissions. Full information is available at www.aboutscience.eu

psicologi e con i ricercatori delle scienze comportamentali e sociali può aiutare a studiare come la comprensione, la motivazione, la sofferenza, l'aderenza e la fiducia entrino nella consultazione e si colleghino alle decisioni cliniche e agli esiti per il paziente. Accogliamo inoltre studi su come il carico di lavoro, i cambiamenti organizzativi, la telemedicina e l'intelligenza artificiale (IA) influenzino le condizioni necessarie per l'ascolto, il dialogo e la continuità della relazione.

Collegare i pilastri attraverso formazione e competenza diagnostica

In ogni decisione clinica, i tre pilastri agiscono insieme. Il generalismo definisce l'ampiezza del quesito clinico, la cura longitudinale lo inserisce nella storia della persona e la relazione terapeutica integra nel processo decisionale l'esperienza e le priorità del paziente. Per sostenere questa integrazione servono competenze, informazioni accessibili e risorse cognitive. La diagnostica può fornire reperti rilevanti nel luogo in cui si presta assistenza, mentre i sistemi digitali possono collegare le informazioni raccolte nelle diverse visite e nei diversi servizi. Il valore di queste risorse dipende dalla loro capacità di aiutare il clinico a comprendere meglio la persona e a prendere una decisione più appropriata.

La diagnostica di primo livello è, prima di tutto, un progetto formativo. Mettere a disposizione un ecografo senza investire nella formazione ecografica non crea competenza diagnostica. Per svilupparla occorrono un insegnamento strutturato, una pratica supervisionata, una valutazione delle competenze e un supporto continuativo. Questa competenza comprende la capacità di stabilire quando eseguire un esame, acquisire reperti affidabili, riconoscerne i limiti e decidere quando sia necessaria una valutazione specialistica. Il documento di posizione EURACT sull'ecografia point-of-care raccomanda di integrare l'insegnamento dell'ecografia point-of-care in tutte le fasi della formazione e dello sviluppo professionale (3). Per FM&CC, la formazione è parte dell'intervento diagnostico stesso: la progettazione del percorso, le competenze raggiunte e il supporto disponibile nella pratica devono essere valutati insieme al dispositivo. Il passaggio dalla semplice disponibilità di un'apparecchiatura a una capacità clinica affidabile diventa così una questione scientifica.

Questo programma comprende l'elettrocardiografia e il monitoraggio cardiaco ambulatoriale, la spirometria e gli altri test di funzionalità respiratoria, l'ecografia, i test di laboratorio point-of-care, il monitoraggio della pressione arteriosa e degli altri parametri fisiologici, la dermatoscopia, il monitoraggio a distanza e le tecnologie diagnostiche emergenti. La valutazione dovrebbe considerare l'accuratezza, l'utilità clinica, la sicurezza, la fattibilità, la verifica delle competenze e il rapporto costo-efficacia, insieme all'appropriatezza degli invii, alla tempestività dell'accesso specialistico e agli esiti per i pazienti. La domanda che guida questo lavoro è capire quali capacità diagnostiche possano essere portate più vicino al paziente, con quale formazione e sostegno organizzativo, e con quale beneficio clinico.

Il nostro interesse per la formazione si estende dal percorso universitario alla formazione post-laurea e all'aggiornamento continuo. Il ragionamento clinico, la simulazione e le abilità diagnostiche si affiancano alle competenze comunicative e relazionali, alle competenze digitali e a quelle relative all'IA, alla formazione interprofessionale e allo sviluppo di nuovi ruoli professionali. Accogliamo studi che indaghino come queste competenze vengano acquisite, mantenute e applicate, e se consentano all'innovazione di rafforzare le dimensioni generalista, longitudinale e relazionale della cura.

L'IA come infrastruttura cognitiva per la medicina generale

L'IA occupa un posto centrale nel programma scientifico di FM&CC. Proponiamo di studiarne il potenziale come infrastruttura cognitiva per la medicina generale: un insieme di funzioni che aiuti i clinici a collegare le conoscenze interdisciplinari, la memoria clinica longitudinale e il contesto individuale del paziente. L'obiettivo è rendere questa integrazione disponibile nel momento della decisione e lungo tutto il percorso di cura, attribuendo all'IA un ruolo potenzialmente decisivo nel sostenere insieme i tre pilastri. Si tratta di un'ipotesi di ricerca, il cui valore deve essere dimostrato nella pratica clinica. La competenza diagnostica e l'IA condividono infatti lo stesso obiettivo: collegare i reperti di oggi con ciò che si è appreso nel tempo e con ciò che conta per il paziente.

Per il generalismo, questo significa studiare se l'IA possa integrare le evidenze pertinenti in una valutazione coerente delle interazioni tra patologie, farmaci e priorità del paziente. Per la cura longitudinale, significa rendere utilizzabile la documentazione accumulata da una visita all'altra: ricostruire le traiettorie cliniche, riconoscere i cambiamenti che richiedono una rivalutazione e collocare i nuovi reperti diagnostici nella storia della persona. Un'infrastruttura di questo tipo dovrebbe preservare la provenienza e la cronologia delle informazioni, distinguere i reperti documentati dai dati mancanti e dalle inferenze, e rendere visibile l'incertezza. La memoria clinica comprende anche la conoscenza maturata nella relazione: ciò che non è stato registrato deve poter essere approfondito attraverso le domande e il dialogo. La responsabilità interpretativa e decisionale resta al medico, in collaborazione con il paziente. Il clinico deve inoltre poter esaminare le informazioni su cui si basa un risultato prodotto dal sistema, metterne in discussione l'interpretazione e rivederla.

Il legame con la relazione terapeutica riguarda gli aspetti cognitivi e organizzativi della cura. Gli strumenti di documentazione clinica basati sull'ascolto ambientale, insieme ai sistemi che facilitano il reperimento delle informazioni, potrebbero ridurre l'impegno necessario per registrare, cercare e ricomporre i dati. Uno studio randomizzato su due assistenti IA che documentano la visita attraverso l'ascolto ambientale ha rilevato, con uno dei due sistemi, una riduzione del tempo dedicato alla stesura delle note nella cartella elettronica. Gli esiti secondari suggerivano benefici sul carico di lavoro percepito, mentre gli utilizzatori segnalavano occasionali imprecisioni (4). Perché questi eventuali vantaggi si traducano in una cura migliore, occorre però un ulteriore passaggio: tutelare il tempo e l'attenzione recuperati, destinandoli all'ascolto, alle spiegazioni e alle decisioni condivise. Se invece queste risorse vengono interamente assorbite da nuovi compiti o appuntamenti, non si può dare per acquisito

© 2026 The Authors. Published by AboutScience - www.aboutscience.eu

un beneficio per la relazione. La valutazione deve quindi includere anche l'esperienza del paziente e l'impegno richiesto per verificare i risultati e correggere gli errori. Umanizzare la cura è un obiettivo esplicito, da verificare nelle consultazioni reali.

FM&CC accoglie ricerche sull'IA, sui grandi modelli linguistici, sui sistemi di supporto alle decisioni cliniche, sulla documentazione basata sull'ascolto ambientale e sull'automazione amministrativa, insieme a studi sulla telemedicina, sulle terapie digitali, sull'interoperabilità e sulle cartelle cliniche elettroniche. La valutazione di queste tecnologie dovrebbe considerare l'efficacia clinica e la sicurezza, il ragionamento diagnostico, il carico cognitivo e professionale, la continuità, l'autonomia e l'interazione medico-paziente. Sono altrettanto rilevanti l'accessibilità, le disuguaglianze, i fattori umani, l'implementazione e le implicazioni etiche e normative. La domanda centrale è capire se l'integrazione di queste funzioni migliori le decisioni e la continuità nel susseguirsi degli incontri, per quali persone e in quali condizioni. Le sole prestazioni tecniche non sono sufficienti a dimostrare questo valore clinico.

Una casa scientifica aperta a discipline e professioni

Una ricerca può essere rilevante per la medicina generale anche quando nasce in un'altra disciplina. Sono quindi benvenuti contributi provenienti dai più diversi ambiti clinici, tra cui cardiologia, medicina interna, pneumologia, endocrinologia, geriatria, neurologia, psichiatria, oncologia, malattie infettive, pediatria, dermatologia, reumatologia, riabilitazione e sanità pubblica, purché sia chiara la loro rilevanza per le cure primarie o di comunità. I contributi possono riguardare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, il follow-up, il monitoraggio, l'invio allo specialista, il coordinamento o l'organizzazione delle cure. Sono la domanda clinica e le sue conseguenze per i pazienti a determinare la pertinenza di ciascun contributo.

Questa casa scientifica è aperta anche alle discipline infermieristiche e farmaceutiche, alla psicologia, all'epidemiologia, all'economia sanitaria, all'ingegneria, alla scienza dei dati, alle scienze sociali e alla ricerca sui servizi sanitari. L'assistenza infermieristica di comunità, l'assistenza farmaceutica, la gestione delle terapie e la riabilitazione multidisciplinare sono parte integrante del nostro programma scientifico. Accogliamo lavori che diano concretezza clinica alla collaborazione tra professioni e analizzino come le responsabilità e le informazioni vengano trasferite tra i servizi. In questa comunità trovano posto i medici di medicina generale, gli altri professionisti sanitari e i ricercatori provenienti dalle università, dagli enti di formazione e dalle società scientifiche.

Il programma clinico spazia dalla prevenzione, dallo screening e dalla diagnosi precoce alle patologie acute e croniche, alla cura centrata sul paziente, all'accesso ai servizi e alle disuguaglianze di salute. Comprende inoltre l'integrazione delle cure tra ospedale e territorio, le transizioni assistenziali e i percorsi di invio. Gli studi sulla salute di popolazione, le evidenze della pratica reale, la scienza dell'implementazione, i modelli di organizzazione del personale, le politiche sanitarie e l'economia sanitaria possono contribuire a verificare se i cambiamenti siano attuabili, sostenibili e utili nei luoghi in cui le persone ricevono assistenza. In questo confronto trovano spazio studi originali, revisioni, protocolli, casi clinici, contributi metodologici e analisi critiche, con metodi e conclusioni adeguati a ciascuna tipologia di articolo.

Anche il contesto sanitario merita un'attenzione scientifica esplicita. Le norme, i ruoli professionali, i sistemi di rimborso, la disponibilità di personale, i percorsi di invio e le infrastrutture digitali possono influenzare sia la pratica sia i risultati della ricerca. SQUIRE 2.0 riconosce il contesto come una componente fondamentale nella descrizione degli interventi di miglioramento dell'assistenza (5). Per FM&CC, uno studio rigoroso che esamini la realtà di un Paese, di una regione o di un determinato modello organizzativo può offrire un contributo significativo anche quando i risultati non siano direttamente trasferibili altrove. La trasferibilità limitata, infatti, non equivale a una debolezza metodologica. Gli autori dovrebbero quindi chiarire quali caratteristiche del contesto siano rilevanti, quali elementi possano essere trasferiti ad altri contesti e a quali condizioni. In questo modo, una ricerca radicata nella realtà locale trova un posto definito nel confronto scientifico internazionale, con gli stessi requisiti di rigore.

Vogliamo che il lavoro clinico quotidiano diventi una fonte di conoscenza scientifica. Le domande che nascono nelle consultazioni, nell'assistenza domiciliare e nella collaborazione tra servizi possono trasformarsi in studi, purché siano formulate con chiarezza e affrontate con metodi appropriati. FM&CC unisce questa ambizione allo sviluppo di competenze diagnostiche attraverso la formazione e a un'IA costruita attorno alle responsabilità della cura. Il nostro obiettivo comune è far progredire insieme la precisione scientifica e un'esperienza di cura più umana. È questa la casa scientifica che invitiamo i lettori, gli autori e i revisori a costruire insieme.

Ringraziamenti

L'autore ringrazia la Scuola Piemontese di Medicina Generale "Massimo Ferrua" (SPMG) per la collaborazione alla nascita della sezione Family Medicine & Community Care e per l'impegno nella formazione e nella ricerca scientifica in medicina generale.

Bibliografia

1. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. 2023 edition. Online (Accessed October 2026)
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. The National Academies Press; 2021. CrossRef
3. Homar V, Michels NR, Kucera M, et al. Point-of-care ultrasound teaching in general practice and family medicine: EURACT position paper. Eur J Gen Pract. 2026;32(1):2666751. CrossRef PubMed
4. Lukac PJ, Turner W, Vangala S, et al. Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial. NEJM AI. 2025;2(12): AIoa2501000. CrossRef PubMed
5. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. BMJ Qual Saf. 2016;25(12):986-992. CrossRef PubMed

© 2026 The Authors. AboutOpen - ISSN 2465-2628 - www.aboutscience.eu/aboutopen