

# Il paziente che arriva con la diagnosi già fatta

## Chatbot, autodiagnosi e il perimetro possibile delle regole

Capita ormai ogni settimana. Il paziente si siede e, prima ancora di raccontare i sintomi, dice: «Ho chiesto all'intelligenza artificiale, dice che potrebbe essere una...». Talvolta la traccia è ragionevole. Talvolta è una diagnosi rara letta con allarme. Talvolta — ed è il caso più insidioso — è una rassicurazione che ha ritardato di giorni un accesso appropriato.

Non è un fenomeno marginale. Un'indagine del 2025 su 297 soggetti ha rilevato che poco più di un quinto utilizzava attivamente chatbot per cercare informazioni sanitarie; già nel 2023, quasi otto intervistati su dieci si dichiaravano disposti a usarli per l'autodiagnosi. La prima domanda, per chi lavora in ambulatorio, non è se ciò accada, ma con quali conseguenze.

## Il modello sa, l'utente sbaglia

Lo studio più istruttivo sul punto è stato pubblicato su *Nature Medicine* da un gruppo dell'Università di Oxford. Disegno solido: 1.298 partecipanti nel Regno Unito, dieci scenari clinici costruiti e validati in cieco da medici, randomizzazione a tre modelli linguistici (GPT-4o, Llama 3, Command R+) oppure a una fonte a libera scelta come gruppo di controllo.

Interrogati direttamente, i modelli identificavano la condizione nel 94,9% dei casi e il livello di intervento appropriato nel 56,3%. Ma i partecipanti che usavano gli stessi modelli individuavano le condizioni rilevanti in meno del 34,5% dei casi e la condotta corretta in meno del 44,2%: nessun vantaggio rispetto al gruppo di controllo.

Il dato interessante non è che la macchina sbaglia. È che non sbaglia da sola: sbaglia l'accoppiata uomo-macchina. Gli autori documentano due meccanismi. I partecipanti omettevano informazioni che il modello non aveva chiesto; e le risposte mescolavano indicazioni corrette e scorrette, lasciando all'utente — privo della competenza necessaria — l'onere di selezionare quella giusta. È esattamente il lavoro che il medico svolge in visita: decidere quali domande porre e quale informazione pesa.

A questo si aggiunge un limite strutturale, non tecnologico. La diagnosi non è un problema di recupero di informazione, ma di probabilità condizionata. La stessa dispnea da sforzo significa una cosa in un uomo di 78 anni iperteso e diabetico e un'altra in una studentessa di 22 anni: cambia la probabilità pre-test, e con essa il valore predittivo di ogni elemento successivo. Il chatbot lavora su un racconto autoprodotta, senza esame obiettivo, senza

conoscenza longitudinale del paziente e senza il tempo diagnostico che in medicina generale resta spesso lo strumento più informativo. E senza una responsabilità professionale che ne governi l'errore.

Va detto, per onestà metodologica, che i partecipanti recitavano scenari scritti: non erano spaventati, non avevano sintomi reali, non avevano motivo di omettere dettagli imbarazzanti. Nella vita reale queste condizioni peggiorano, non migliorano. Altri lavori, come quello recente della Penn State, collocano l'accuratezza delle risposte a quesiti sanitari comuni intorno al 76%: un valore che sarebbe inaccettabile per qualsiasi test diagnostico proposto come strumento di prima istanza.

## Che cosa si può regolare davvero

Da qui la richiesta, condivisa da molti colleghi, di «una legge che vieti l'autodiagnosi». La direzione è giusta; la formulazione va corretta. Non è vietabile — né sarebbe desiderabile — che un cittadino cerchi informazioni sul proprio corpo. Ciò che si può e si deve regolare è l'offerta, non la curiosità.

Gli strumenti, in parte, esistono già. Il Regolamento (UE) 2024/1689, l'AI Act, colloca tra i sistemi ad alto rischio quelli destinati a usi sanitari. Il Regolamento (UE) 2017/745 impone che un software con finalità diagnostica sia certificato come dispositivo medico, con valutazione clinica e sorveglianza post-market. La Legge 23 settembre 2025 n. 132, in vigore dal 10 ottobre 2025, ha introdotto agli articoli 7-10 la cornice nazionale per l'uso dell'IA in sanità, ribadendo che la decisione clinica resta riservata al medico e che il cittadino ha diritto di sapere se e come un sistema automatico abbia inciso sul proprio percorso di cura.

Il vuoto sta altrove: nei chatbot generalisti, che non si dichiarano dispositivi medici, non sono validati per uso clinico e tuttavia rispondono quotidianamente a domande cliniche. Su questi servono obblighi minimi e verificabili:

- **qualificazione regolatoria** quando la funzione effettivamente svolta è diagnostica o di triage, indipendentemente da come il servizio si presenta;
- **validazione con utenti reali** prima del rilascio, secondo una logica analoga alla sperimentazione clinica di un farmaco — raccomandazione esplicita degli autori dello studio di Oxford, poiché i benchmark tecnici non predicono i fallimenti dell'interazione;
- **safety netting obbligatorio**, con rinvio esplicito ai servizi di emergenza in presenza di red flags;
- **divieto di presentazione sostitutiva** rispetto alla consultazione medica, con avvertenze non aggirabili;

- **tracciabilità delle risposte**, presupposto di qualunque valutazione di responsabilità.

## Il vuoto che l'algoritmo riempie

Sarebbe però un errore fermarsi al versante normativo. Il paziente che interroga un chatbot alle 23 non lo fa per sfiducia nel proprio medico: lo fa perché in quel momento il medico non è raggiungibile, e perché il tempo della visita è compresso da adempimenti che con la cura hanno poco a che vedere. L'autodiagnosi digitale prospera negli spazi che il sistema lascia vuoti. Restituire tempo clinico al medico di famiglia è, in questo senso, una misura di sicurezza almeno quanto una norma.

Nulla di tutto questo è ostilità verso la tecnologia. Gli stessi modelli che disorientano il cittadino sono strumenti utili nelle mani di chi sa interrogarli, verificarne le affermazioni e collocarle in un contesto clinico. La differenza non sta nello strumento, ma nella competenza che lo governa: una distinzione antica della nostra professione, che ora va scritta anche nelle regole.

---

### Riferimenti essenziali

- Bean A.M., Payne R., Parsons G. et al. *Clinical knowledge in LLMs does not translate to human interactions*. Nature Medicine, 2026.
- Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act); Regolamento (UE) 2017/745 (MDR).
- Legge 23 settembre 2025 n. 132, artt. 7-10.