

Stati generali: discussione prima macro area

I cambiamenti e la crisi

Relazione introduttiva

Ivan Cavicchi

16/17 maggio 2019

Premessa: straordinario e ordinario

Gli stati generali sono un “*evento straordinario*” pensato per affrontare e risolvere i problemi altrettanto “*straordinari*” della professione medica.

La prima cosa alla quale dobbiamo fare attenzione è capire cosa sia:

- “*straordinario*”
- “*ordinario*”

Si tratta solo di fare attenzione a non annullare lo straordinario con l'ordinario.

Nell'ordinario ci sono le cose di tutti i giorni (la carenza di medici, i problemi del numero chiuso, i contratti che non si fanno, i problemi dell'intramoenia, le liste di attesa, i pronti soccorsi che non funzionano, le denunce dei malati ecc)

Nello straordinario c'è il destino della professione, la sua crisi di identità, ci sono questi convegni, ci sono processi lunghi che vanno avanti come dei treni come quelli che hanno a che fare con il principio di autodeterminazione del malato, c'è il problema della sfiducia, in una parola nello straordinario c'è il futuro della professione

Esempio:

- l'aumento dei contratti di formazione specialistica post laurea ci aiuta a risolvere un problema organizzativo importante, ma, in nessun modo, ci risolve la crisi della professione o la questione medica.

Oggi siamo chiamati a partire dall'ordinario per definire lo straordinario, a immaginare, cioè a ideare, soluzioni straordinarie per problemi straordinari.

Il titolo della nostra discussione “*dalla crisi al nuovo paradigma della medicina*” vale come un transito da una cosa straordinaria ad un’altra cosa straordinaria.

Pensare di risolvere la crisi della professione a invarianza del paradigma è cosa vana.

Crisi della medicina e del medico

Gruppo n°1

Quando si può usare il concetto di crisi?

Il concetto di “crisi” non appartiene alla logica dell’ordinario ma a quella dello straordinario (una crisi di governo è sempre un evento straordinario, la crisi dell’economia nasce dalla compromissione grave dei normali parametri della crescita ecc), tuttavia spesso il concetto di crisi viene banalizzato cioè depotenziato con concetti ordinari come: problema, disagio, difficoltà, congiuntura, contingenza.

Allora quando siamo autorizzati ad usare il concetto di crisi?

Siamo autorizzati a usare il concetto di crisi quando:

- qualcosa di fondamentale viene meno
- c’è una compromissione importante
- qualcosa non funziona più e crea grossi problemi

Ancora si può utilizzare il concetto di crisi quando:

- viene meno una definizione convenzionale,
- o una identità,
- o una organizzazione,
- quando c’è molto scontento

Tre esempi

- quando si parla di *crisi del ruolo medico* è perché la componente fondamentale del ruolo cioè l'autonomia è venuta meno
- la *definizione corrente di medicina* è la scienza che studia e cura le malattie, oggi è del tutto evidente che è una definizione in crisi, oggi oltre alla malattia si deve curare il malato, stare attenti a non spendere male, stare dentro un budget, ma mettendo il malato e i problemi economici, nella definizione di medicina la definizione va in crisi
- quando i problemi di *sostenibilità mettono in discussione le deontologie* è evidente che le deontologie una volta subordinate alla gestione entrano in crisi

Quindi la “crisi” è molto più di un disagio, di una difficoltà o di una complicazione, va ben oltre i problemi della contingenza e in quanto tale merita di essere trattata come una crisi.

Una metafora:

la differenza tra “crisi del medico” e “disagio del medico” è un po' come quella tra una grave malattia degenerativa e il mal di mare. Dobbiamo evitare il rischio di:

- confondere la malattia degenerativa con il mal di mare
- ridurre una malattia degenerativa al mal di mare.

Fare degli stati generali per curare il mal di mare non avrebbe senso.

La crisi della medicina e del medico

Oggi la medicina, come concetto generale, non è in crisi, ma a causa di una enormità di cambiamenti, di tutti i tipi, è in crisi una certa idea di medicina, una certa definizione, una sua precisa declinazione storica.

Oggi sta accadendo quello che è accaduto quando, nella seconda metà dell'800, è nata la medicina scientifica.

Cioè la medicina di fronte a cambiamenti radicali della società e dell'economia della cultura, fu indotta a cambiare il proprio paradigma facendo proprio il paradigma della conoscenza positivista.

A quel tempo fu abbastanza facile perché tutte le discipline, tutte le conoscenze in campo, si iscrissero al “partito positivista” perché tutte ambivano ad acquisire lo statuto delle discipline scientifiche. Compreso l'economia.

Ma al fondo della crisi della medicina cosa c'è? Il problema dell'inadeguatezza

Oggi per tante ragioni questa medicina, alla quale, sia chiaro, dobbiamo lo sviluppo della nostra medicina scientifica, in questa società, nel terzo millennio, manifesta soprattutto *problemi di inadeguatezza*.

L'inadeguatezza della medicina oggi non nasce:

- perché la scienza è meno scientifica
- ma perché è cambiata radicalmente la domanda di medicina e di medico
- è cambiato l'interlocutore, il concetto di bisogno, di cura, di salute.

Il cambio della domanda si accompagna ai cambiamenti di "chi" domanda e crea un problema di oggettiva e manifesta insufficienza della medicina nei confronti di una nuova società cioè una società diversa da quella rispetto alla quale è nata la medicina scientifica.

Oggi per la prima volta, il grado di adeguatezza della medicina nei confronti della società:

- non dipende solo dalle sue verità scientifiche
- ma anche dalla loro validazione sociale.

La scienza medica a differenza di ieri oggi deve essere socialmente approvata. La delega in bianco non c'è più. Il "padrone" (il cittadino) vuole controllare l'impresa. Oggi la medicina è un mezzo al servizio del divenire dell'uomo, del suo compiersi.

Questa è la vera novità che come medicina ci mette in crisi.

Il paradosso dell'appropriatezza inadeguata

Il *gioco della cura* se prima era delegato, con i più ampi poteri ad un solo giocatore, oggi diventa *a più giocatori* e per la prima volta le verità scientifiche se la devono vedere con:

- le opinioni personali dei malati,
- con le regole della gestione,
- con i limiti dei budget,
- con i contesti disorganizzati,
- con le culture degli altri,
- con internet,
- cioè con altri generi di "verità" e di "non verità"

Da questa discontinuità deriva quello che, a proposito di linee guida ho definito, "*il paradosso della appropriatezza inadeguata*", un paradosso che però riguarda l'intera medicina, vale a dire:

- il medico rispetto alla malattia da curare è appropriato alle regole scientifiche
- ma diventa inadeguato di fronte alla complessità del malato, del contesto, della contingenza, di fronte ad una nuova domanda di partecipazione, di condivisione, di libertà, di dignità.

La medicina diventa inadeguata non perché la scienza è meno scienza ma perché la società è diventata più complessa.

Rendere più adeguata la nostra medicina significa per la scienza fare i conti con la complessità.

I “problemi motore” della crisi

Le crisi sono sempre processi lunghi che vengono da lontano spinti da “motori” potenti che sono i cambiamenti che prendono forma in una società.

Anche la crisi della medicina viene da lontano.

Due esempi:

- quando è nata la medicina scientifica non c'erano i diritti ma la carità pubblica e la medicina curava le malattie, ma con l'avvento dei diritti quindi con la nascita del welfare è venuto fuori il malato e la persona e la società ha cominciato a chiedere che si curassero i malati come persone, cioè ha cominciato a chiedere un cambio di paradigma
- quando è nata la medicina scientifica la medicina costava poco, ma con l'immissione nel sistema di nuove tecnologie, di nuove terapie, con l'invecchiamento della popolazione, con una nuova domanda di salute, sono venuti fuori i problemi di sostenibilità che, a loro volta, sollecitano un cambio di paradigma. Oggi non si può più dire che “la salute non ha prezzo”.

I “problemi motore” della crisi della medicina sono tanti, ma fondamentalmente sono di due tipi:

- quelli legati alle trasformazioni etiche e culturali di questa società
- e quelli legati alle trasformazioni economiche

Nelle prime rientrano:

- il paziente e l'esigente
- una nuova spiegazione morale della malattia
- una nuova idea di cura la cura non è solo clinica
- il principio di autodeterminazione

- ecc

Nelle seconde:

- le aziende
- l'economicismo
- la medicina amministrata
- il contenzioso legale
- la sostenibilità

Il paradigma è in crisi, ma cosa è un paradigma?

La crisi della medicina è una crisi che riguarda il paradigma per risolverla è necessario ripensare il paradigma.

Cosa è un paradigma?

Un paradigma è un sistema concettuale paragonabile ad una *città* organizzata per *quartieri* tenuti insieme da ben precise *interconnessioni*.

In questa "città" vi sono concetti:

- *statutari* quelli che regolano "ciò che si può fare e ciò che non si può fare" e che sono nel quartiere della deontologia o dell'etica medica,
- *scientifici* che regolano l'uso della conoscenza e sono nel quartiere dell'epistemologia,
- *operativi* che guidano l'applicazione delle conoscenze e sono nel quartiere della metodologia.

Quando si può parlare di crisi del paradigma?

Si ha crisi del paradigma quando la crisi co-emerge da tanti quartieri diversi esattamente come il vapore profumato che esce dalla pentola del minestrone.

Per avere una crisi non basta avere dei problemi in un solo quartiere

Esempio:

- sottoporre l'autonomia ad un condizionamento economico non basta a mettere in crisi la professione
- per mettere in crisi la professione ci vuole anche il contenzioso legale, la medicina difensiva, il ricorso ad un eccessivo proceduralismo, le evidenze che funzionano poco, e tante altre cose

Insomma per avere una crisi del paradigma è necessario che i problemi deontologici, quelli epistemologici, quelli metodologici e anche molti altri facciano ciò che in fisica si chiama “*massa critica*” cioè una quantità di problemi diversi tali da creare come insieme una crisi.

La crisi del paradigma non si può descrivere con la logica lineare. Essa è colpa di.... Ma si deve descrivere con una logica circolare cioè attraverso le interconnessioni tra i problemi.

Insomma una crisi del paradigma non è riducibile ne ai suoi settori, ne ai singoli problemi.

E poi non va dimenticato che i principali problemi della medicina e del medico quelli seri, non hanno effetti settoriali ma spesso hanno effetti sovra-settoriali

Esempi:

- il passaggio malattia/malato pone al medico problemi deontologici, epistemologici, metodologici
- la sostenibilità pone problemi allo stesso tempo deontologici, (il principio delle cure proporzionali) epistemologici (appropriatezza) e metodologici (medicina amministrata)

La crisi del paradigma e i rapporti con la scienza

Dopo il famoso libro di Khun (che ricordo è un epistemologo uno dei principali critici di Popper) “*La struttura delle rivoluzioni scientifiche*” del 1962 , molti hanno pensato che i paradigmi cambiano in ragione delle rivoluzioni scientifiche , quindi in ragione dei cambiamenti della scienza. Ma se questo è vero in generale per la “scienza normale” (fisica, chimica, astronomia, biologia ecc) vale in modo diverso per la medicina che non è una scienza normale.

La medicina:

- non è solo scienza
- non è solo una scienza
- è solo una parte del paradigma anche se la più importante

La genomica e tutti i suoi derivati, oggi indubbiamente costituisce un cambio nella conoscenza delle malattie, nel senso che aggiunge all’interpretazione classica delle malattie altre interpretazioni, ma la semplice crescita delle conoscenze scientifiche non è detto che in medicina costituisca un cambiamento di paradigma

Alcuni esempi:

- la scoperta di nuovi farmaci non è detto che metta in discussione il modo di intendere la terapia
- le tecnologie diagnostiche non hanno cambiato il modello della diagnosi al massimo hanno ristretto gli spazi alla clinica
- i cambiamenti delle tecniche chirurgiche, robot compresi, non hanno cambiato il modello del chirurgo

Detto ciò non può essere escluso:

- che dalla scienza possano derivare dei cambiamenti al paradigma
- che questi cambiamenti siano automaticamente tutti positivi vi sono cambiamenti in essere che comportano vantaggi ma anche molti inconvenienti

Tre esempi:

- un uso scriteriato della tecnologia rischia di alterare il paradigma ma non perché la tecnologia in quanto tale altera il paradigma, solo perché il medico rischia di delegare alla tecnologia il proprio giudizio autonomo
- l'uso dell'intelligenza artificiale per sostituire i ragionamenti clinici con degli algoritmi rischia di cambiare il paradigma ma anche in questo caso, solo perché il giudizio del medico è trasferito sull'algoritmo

In conclusione:

- esiste una crisi della medicina
- è una crisi di paradigma
- la crisi del medico deriva in prima istanza dalla crisi del paradigma

Questione medica

Gruppo n° 2

Il non medico

Quando i tanti diversi problemi del medico fanno “massa critica” allora abbiamo “la questione medica”.

Il cuore della “questione medica” è la negazione di un certo tipo di medico, quindi è il “non medico”

Il “non medico” è tale quando privato della sua autonomia diventa una trivial machine

L'autonomia in questo caso è ridiscussa principalmente da due fattori:

- il malato che entra nel gioco e vuole dire la sua
- il limite economico che vede il medico come un costo e come un effetto di costi

Cosa vuol dire la perdita dell'autonomia?

Perché la perdita dell'autonomia è un fattore determinante rispetto alla crisi del ruolo?

Perché senza autonomia il medico perde:

- la facoltà di decidere su cosa è e su cosa non è necessario
- il controllo della malattia

Vorrei ricordare che la necessità vale come qualcosa che non si può non fare.

Gli stati generali hanno l'ambizione di mettere al posto del “non medico” non il medico che c'è sempre stato, ma un “medico altro”, per:

- riprendersi, l'autonomia nelle complessità del terzo millennio,
- il controllo sulle necessità del malato e sulla malattia
- risolvere i problemi di inadeguatezza del paradigma.

Come? Essere medico e modo di essere del medico

Per rispondere serve introdurre una distinzione: “*essere medico*” e “*modo di essere medico*”.

L'essere medico è definito in modo statutario: deve fare un certo percorso di studi, cioè essere formato in un certo modo, avere certi titoli di studio, essere iscritto all'albo, ecc.

Il modo di essere medico, cioè il modo di comportarsi del medico, in genere è del tutto coerente con l'essere medico cioè è una sua derivazione.

In tutti questi anni e ancora ora, in molti si sono dati da fare per dire al medico “*come essere medico*” cioè come si sarebbe dovuto comportare.

Il medico avrebbe dovuto essere:

- più umano
- più appropriato alle evidenze

- più sobrio
- più comunicativo
- addirittura più empatico
- più attento ai problemi economici

ma tutto questo sempre ad “essere *medico*” invariante.

Oggi questa società chiede al medico di comportarsi in un certo modo:

- essere in relazione,
- dialogare,
- concordare,
- personalizzare,
- informare,
- essere cauto per non fare errori,
- adeguato ai problemi personali del malato.

Ma io vi chiedo: è possibile cambiare il “modo di essere” del medico senza cambiare “l’essere medico”?

In filosofia esiste il principio che “il modo di essere” segue “l’essere”, (l’agire segue all’agente).

Oggi al medico si chiede di stare nelle relazioni ma ancora oggi nelle università non si insegna nessuna epistemologia delle relazioni.

Cioè oggi chiediamo al medico di comportarsi nonostante quello che egli è.

Noi pensiamo che per cambiare i “modi di essere” dobbiamo ripensare “l’essere medico” nel terzo millennio.

Epistemologia e metodologia

Gruppo n° 3

Una medicina più realista

Tutti sanno cosa sia l’epistemologia, essa attraverso dei criteri decide come un medico deve conoscere, giudicare, decidere, scegliere, quindi come fare.

Due sole questioni:

- il primo è il grado di realismo della medicina scientifica
- il secondo è l’alto grado di complessità dell’impresa medica

La nostra medicina scientifica, come tutto il positivismo, rientra nella categoria della conoscenza oggettiva della realtà (fatti, osservazioni, cause, misure ecc) . Noi crediamo solo a ciò:

- che è reale,
- che vediamo tocchiamo proviamo dimostriamo
- che è oggettivo
- sostanziale
- fisico ecc

Ma questo realismo funziona con la malattia, nel momento in cui mettiamo la malattia in un malato, questo realismo paradossalmente diventa meno realista di quello che si crede: *una parte della realtà resta fuori.*

Oggi è necessario ripensare l'epistemologia perché dobbiamo rendere più realista la nostra medicina, renderla addirittura pragmatica, perché il problema alla fine è avere rispetto a delle complessità dei risultati.

Sulla complessità

Alla base del problema dell'inadeguatezza del paradigma medico a parte il realismo vi è una crescita enorme del grado di complessità della domanda.

L'idea moderna di complessità, quella che è nata soprattutto in ambito biologico, negli anni 70 è del tutto assente:

- dalla medicina scientifica e sperimentale di C: Bernard
- e dalle nostre riforme in particolare la 833

La medicina scientifica di stampo positivista semmai è una medicina della complicazione.

Per capire il concetto di complicazione basti pensare ad un orologio: man mano che aumento le sue funzioni (ore minuti, secondi, data, fasi lunari, altitudine, cronometro ecc) l'orologio diventa sempre più complicato.

La complessità è un'altra cosa è quando:

- alla oggettività si aggiunge la soggettività,
- ciò che si considera generale è contraddetto dalla singolarità,
- i contesti che influenzano quello che si fa
- le ragioni le più diverse che influenzano le decisioni del medico,
- le verità scientifiche devono confrontarsi con quelle personali del malato
- gli standard le evidenze sono falsificate dalla realtà ecc

Il malato complesso

Quando noi diciamo il “malato complesso” in realtà, secondo la definizione corrente, noi ci riferiamo ad un “malato complicato” cioè consideriamo il malato come un orologio che ha semplicemente più patologie.

Oggi una delle ragioni per cui dovremmo ridefinire l’epistemologia è:

- la sfida della complessità
- andare oltre la complicazione
- imparare a ragionare nella complessità per governare la complessità.

Epistemologia e metodologia sono sostanzialmente termini sinonimi. La nostra metodologia, penso all’ebm già ora, nei confronti del malato complicato, ha dei problemi, figurarsi nei confronti della complessità.

La nostra medicina per restare scientifica deve avere un metodo, senza metodo non c’è scienza, ma oggi il metodo va ridefinito di fronte alla complessità.

Ripeto l’aforisma dei post positivisti: non si tratta di rinunciare al metodo ma di usarlo con un grado di autonomia da parte del medico, in più.

Errori e insuccessi

L’errore come colpa personale

Gli errori in medicina ci sono sempre stati ma ora la vera novità è che essi anziché essere imputati alla mala sorte come in passato sono imputati direttamente al medico. L’errore oggi:

- da accidente casuale
- è diventato una colpa personale.

Quindi la vera questione che sta dietro all’errore certo è il contenzioso legale e la medicina difensiva e i loro problemi, ma ancor prima:

- è quella della *percezione sociale* dell’errore come colpa
- è quella *dell’accettazione di una ragionevole fallibilità*
- è quella di fronte ad una fallibilità ineliminabile della *corresponsabilità con il malato*

Per una pedagogia dell’errore

Vorrei ricordare che il nostro paese è stato grazie a grandi medici come Murri e come Austoni, Federspil, il precursore di una scuola di pensiero indicata con l’espressione “*pedagogia dell’errore*” che è un orientamento che fa leva

sulla formazione del medico convinti che si debba imparare dall'errore a non sbagliare o a sbagliare il meno possibile o a sbagliare bene.

Questo orientamento negli ultimi anni di fatto è stato sostituito dalla teoria del risk management che ricordo nasce da una logica assicurativa ed è tutto pensato nella logica della resilienza.

Io penso che anziché gestire (management) quello che fa un medico sia meglio insegnare al medico a ragionare e a decidere nella complessità.

Vorrei richiamare una categoria di errore che ho definito *congetturale* che mi sta a cuore per dire che in certi casi senza errore non si fa diagnosi e che senza errore si rischia di lasciare milioni di persone senza una diagnosi.

Personalmente sarei per ritornare allo spirito della pedagogia dell'errore nel senso che nell'ambito della ridefinizione epistemologica della medicina, riserverei un posto di primo piano alla formazione del medico su errore e complessità.

Donne medico, il fenomeno della femminilizzazione

Gruppo n 5

Un fenomeno innegabile

Nel 2014 la Fnomceo ha licenziato l'ultimo aggiornamento del codice deontologico quello che è attualmente in vigore. 5 anni fa il processo di femminilizzazione stava raggiungendo il suo culmine ma in quel codice nessun accenno.

Noi anche con gli stati generali al contrario vorremmo intanto:

- riconoscere che esiste questo fenomeno,
- poi cercare di indagarlo al meglio,
- ma soprattutto vorremmo capire i suoi significati e le sue implicazioni.

Per questo nelle 100 tesi vi è un capitolo dedicato dal titolo "*il genere*" e *la professione medica*" al quale rimando.

Agli Stati generali interessa:

- dare una *lettura deontologica* del fenomeno quindi colmare una lacuna
- definire un *qualche criterio di rappresentanza* per la banale ragione che le maggioranze devono essere rappresentate

- ma soprattutto capire in che modo la femminilizzazione della medicina sia un *valore aggiunto per la professione* e per il malato e quindi per la medicina stessa

Se è un valore aggiunto il problema che abbiamo a parte aggiornare il codice deontologico è capire in che modo questo valore va registrato in un paradigma

Concludendo,ridefinire un paradigma cosa vuol dire e cosa non vuol dire:

Vuol dire:

- prendere la medicina dell'800 e del 900 e immergerla nel terzo millennio cioè ricontestualizzarla.
- la ri-contestualizzazione è la ridefinizione culturale a partire dai nuovi significati contestuali dei significati di base della medicina.
- complessificare ciò che oggi risulta indebitamente ridotto o semplificato quindi aggiungere a quello che studiamo ciò che manca
- rendere maggiormente adeguata la nostra medicina alle complessità che ci stanno davanti
- essere più scientifici non meno e scientifici e essere scientifico in modo pragmatico
- acquisire come medici nuove abilità nuove capacità, essere semplicemente più bravi
- ridefinire il rapporto tra medicina e la società accettando la società come parte integrante dell'esercizio della medicina

Cosa non vuol dire:

- soppiantare un paradigma con un altro, (non esiste nessun paradigma di ricambio pronto)
- mettere in liquidazione la nostra tradizione scientifica e meno che mai i nostri postulati positivisti, (è vero che c'è il malato ma anche che le malattie restano e che vanno studiate prima di tutto come fenomeni biologici)

La nuova medicina

Dovrà essere:

- basata sulla scelta autonoma e responsabile del medico e del malato, quindi sulla scelta consensuale,
- molto attenta ai risultati, quindi con una forte natura pragmatica
- in grado di governare le complessità
- in grado di ragionare nelle relazioni e per questo basata sulle relazioni,
- in grado di curare in modo appropriato e adeguato
- molto più realista
- razionale e ragionevole

Il paradigma ippocratico non va superato ma reinterpretato

A fronte di una comune crisi della medicina, di contro al nostro tentativo di ripensare il paradigma ippocratico e positivista ve ne sono altri, che pensano invece di cancellarlo.

Due esempi emblematici:

4 giorni fa si è tenuto a Bologna il festival della scienza medica dedicato alla intelligenza della salute. I postulati di base dichiarati sono due:

- *“la salute dipende dall’intelligenza, e l’intelligenza dalla salute”.*
(Hambrick 2015)
- *per fare salute l’intelligenza umana non basta e spesso è un problema per cui è necessario puntare su quella artificiale*

Per cui si tratta di:

- affidare all’intelligenza artificiale la gestione epistemologica della medicina
- definire “un medico del futuro capace di affiancare le macchine, per aiutarle ad apprendere in modi per fare salute,
- automatizzare le procedure mediche a ogni livello, per migliorare i rapporti tra i pazienti e la sanità, “togliendo di mezzo quei fattori paternalisti, psicologici, di inganno e autoinganno all’origine del fatto che, la medicina almeno da un secolo è diventata sospetta o invisibile ai malati e alle persone che interagiscono con essa”.
- definire algoritmi più precisi per abbattere gli errori medici e le diagnosi sbagliate
- fare in modo che i medici si conformino a standard incontestabili
- sostituire nel tempo i medici con gli *chatboat* (software progettato per simulare una conversazione con un essere umano) e quindi risolvere i problemi della relazione.

Questa idea di medicina per affermarsi ha bisogno di togliere al medico qualsiasi autonomia quindi di ridurre i medici a trivial machine

Il secondo, esempio riguarda *Babylon Health* un'app per la sanità digitale fondata su un mix di intelligenza artificiale, video e consultazioni via sms. L'utente attraverso un semplice smart phone deve dire i sintomi e il sistema dell'app li confronta con un database di malattie per offrire indicazioni sulla terapia da seguire. L'obiettivo a lungo termine è quello di curare le persone direttamente con l'intelligenza artificiale, senza l'intervento di un medico in carne e ossa.

Questa idea di medicina per affermarsi ha bisogno di eliminare i medici in quanto tali.

Buon lavoro a tutti i gruppi.

