

il Notiziario

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Rimini



anno XXVI numero 1-2
gennaio-giugno 2024

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70%-CIV/RW, Aut. Tribunale Rimini n. 4/98 del 31/03/1998





il Notiziario

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Rimini

Anno XXVI, Numero 1-2
gennaio-giugno 2024

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Redazione: dott. Mario Bartolomei, dott.ssa Laura Baffoni,
dott.ssa Loreley Bianconi, dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei,
dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Fabio Cortellini, dott. Maurizio Della Marchina,
dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa, dott. Andrea Santarelli

Contributi a questo numero da:

dott. Geo Agostini - consigliere e membro della Commissione medicina di
genere e pari opportunità Omceo Rimini
dott. Pierangelo Del Corso - membro della Commissione medicina di genere e
pari opportunità Omceo Rimini
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi - presidente A.M.M.I. donne per la salute
Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:

foto pag. 5-7-10-14-23-26-27-28-29-37-41-42-43-44 dal web

foto pag. 25-31-33-36-46 archivio OMCeO Rimini

foto pag. 13-29 dell'autore

foto pag. 45 fornite dai familiari

In copertina: *archivio OMCeO Rimini*

Grafica e stampa a cura di

Pazzini Stampatore Editore Srl – Villa Verucchio
tel. 0541 670132 – pazzini@pazzinieditore.it

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B – Rimini

Tel. 0541.382144 – fax 0541.382202

Lunedì dalle 12.30 alle 17.30

Martedì, Mercoledì, Giovedì e Venerdì dalle 08.00 alle 13.00

www.omceo.rn.it – info@omceo.rn.it

1-2/2024

sommario

Editoriale

4 **MEDICI AI TEMPI
DEI SOCIAL MEDIA**
di Maurizio Grossi

6 **Il punto redazionale**
di Marco Grassi

8 **Medicina Generale**
di Marco Grassi

12 **Vita dell'Ordine**
AL PROF. MATTEO RAVAIOLI
LO IANO PLANCO D'ORO 2023

14 **Focus sulla professione**
ANTIBIOTICO-RESISTENZA:
EMERGENZA GLOBALE
di Loreley Bianconi

18 **Medicina di genere**
FOCUS ON
di Laura Baffoni

24 **"UOMINI E IDENTITÀ MASCHILE.
PERCORSI FORMATIVI A
CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI
GENERE"**
di Laura Baffoni e Geo Agostini

26 **Medici e Padelle**
LA CULTURA DEL VINO
NELLA CIVILTÀ OCCIDENTALE,
EVOLUZIONE DI UNA BEVANDA
NEI SECOLI
di Maurizio Della Marchina

30 **Medici ma non solo**
LA TALASSOTERAPIA
E DOMENICO CERVESI
di Pierangelo del Corso

37 **Recensioni**
VINO E SALUTE
di Antonella Chiadini

38 **Semiseria...mente**
INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

39 **Variazioni agli albi**

40 **Spazio Ammi**
donne per la saute
"VOCI DI DONNE TRA DIRITTO
E POESIA" E NON SOLO...
di Giovanna Tommasini Grossi

45 **Ricordando i colleghi**
GABRIELE SANTINI

46 **Corsi convegni congressi e
attività culturali**
GIORNATA DEL MEDICO E
DELL'ODONTOIATRA
Omceo Rimini

46 **ENPAM. LA PREVIDENZA: IERI,
OGGI, DOMANI**
Omceo Rimini





MEDICI AI TEMPI DEI SOCIAL MEDIA

di Maurizio Grossi

4

NUMEROSI STUDI indicano che negli ultimi anni il numero di medici che fanno uso di una qualunque piattaforma di *social media* è in Italia, come nel resto del mondo, in forte crescita. Questo grazie anche all'apertura di profili da parte di società scientifiche, riviste mediche, università, aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, strutture sanitarie private. Molti medici hanno profili sulle principali piattaforme di *social media* e, come l'80% della popolazione italiana, usano *Whatsapp* o altri sistemi di *instant messaging* per comunicare con i propri assistiti, per rispondere alle loro richieste di esami, di ricette o per semplici consigli.

Ad oggi in Italia la comunicazione tra medici con scambio di informazioni scientifiche impiegando i *social media*, come l'interazione medico-paziente per comunicazioni anche riservate, avvengono però senza una specifica regolamentazione che possa indicare cosa il medico può fare, cosa è meglio fare con particolari accorgimenti e cosa è importante non fare. Inoltre non sono chiare le regole e le modalità d'uso conformi con la deontologia professionale. Per

questo la Fnomceo ha creato un gruppo di lavoro che ha elaborato delle raccomandazioni sull'uso dei *social media*, della posta elettronica e dell'uso dei sistemi di *instant messaging* nella comunicazione con i pazienti e i cittadini, con l'obiettivo che queste raccomandazioni possano diventare parte integrante del nuovo Codice Deontologico.

(<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/Raccomandazioni-FNOMCeO-uso-social-media-posta-elettronica-whatsapp.pdf>)

Tra le raccomandazioni, quella che consiglia l'apertura di due profili *social*, uno personale e uno professionale, è molto importante al fine di tenere separata la sfera privata da quella pubblica. Ricordando sempre che quello diffuso sulle piattaforme di *social media*, i *post* e i materiali in esso contenuti, possono essere visti da chiunque, comprese le persone che dirigono aziende sanitarie, università, centri di ricerca ed un suo uso scorretto, potrebbe portare a provvedimenti disciplinari che pregiudicano la carriera professionale del medico.

Si raccomanda poi di usare molta cautela nell'accettare amicizie da parte dei propri pazienti, per non

pregiudicare la relazione medico-paziente e di verificare che i contenuti diffusi attraverso i post abbiano una validità scientifica. Inoltre bisogna ricordarsi di usare molta attenzione nell'esprimere giudizi o commenti sugli assistiti e sui colleghi e che la diffamazione e il mancato rispetto della *privacy* sono reati perseguibili dalla legge italiana. Infine l'invito a riflettere prima di pubblicare un *post*, ben sapendo che una volta che il *post* è stato pubblicato l'autore perde il controllo sulla sua diffusione. Sull'uso della posta elettronica sono state indicate ulteriori raccomandazioni, quali il suo l'utilizzo previo consenso del paziente, non utilizzarla nei casi di emergenza, stabilire i giorni e gli orari nei quali si è disponibili a rispondere alle domande, archiviare i messaggi con le relative conferme di ricezione, ricordando che le

informazioni trasmesse con tale modalità possono essere utilizzate in giudizio quale mezzo di prova. Da questi miei brevi richiami al documento prodotto dal gruppo di lavoro Fnomceo, si comprende come le tematiche da affrontare per una possibile regolamentazione degli strumenti informatici di comunicazione in medicina, intersecano temi deontologici, etici, legali e organizzativi che richiedono la partecipazione di altre istituzioni (Garante della *privacy*, Comitato Nazionale di Bioetica, Parlamento) con la consapevolezza che ogni regolamentazione all'uso dei *social media* nella professione dovrà avere come obiettivo la prevenzione di potenziali ripercussioni negative che i pazienti e gli stessi professionisti potrebbero avere a causa di un utilizzo improprio di tali strumenti.



il punto redazionale



di Marco Grassi

6

CARE COLLEGHE, CARI COLLEGGHI
Questo numero vi giunge alle soglie dell'estate, tempo di svago,

divertimento e buone letture. Spero che gli argomenti trattati in questo notiziario rientrino nel concetto, peraltro ampiamente opinabile, di «buone letture».

Lasciando spazio agli articoli, in questo **Punto Redazionale** mi limito brevemente a sottolineare l'attualità degli argomenti trattati.

L'**Editoriale** di Maurizio Grossi riprende un argomento già **discusso** più volte ma sempre attuale e cogente:

un corretto utilizzo del social media da parte dei medici con i possibili risvolti legali e deontologici.

L'assistenza primaria è in crisi in tutto il mondo e inoltre, ciò avviene in un contesto di pressione sempre crescente sui medici affinché aumentino le proprie responsabilità, rispettino le linee guida e continuino a mantenere elevata soddisfazione dei pazienti.

Se ne parla nella rubrica **Medicina Generale**.

I resoconti di due classici eventi organizzati dal nostro Ordine sono presentati nella rubrica **Vita**

“

l'importanza anzi l'urgenza di contrastare l'emergere di nuovi ceppi batterici multi-resistenti in particolare negli ospedali.

”

dell'Ordine: il Premio Iano Planco d'Oro 2023 attribuito al prof. Matteo Ravaioli e la giornata dedicata alle problematiche pensionistiche in presenza dei vertici dell'ENPAM.

Focus sulla Professione analizza «l'importanza anzi l'urgenza di contrastare l'emergere di nuovi ceppi batterici multi-resistenti in particolare negli ospedali.»

Nel suo articolo Loreley Bianconi sottolinea come la «collaborazione tra professionisti sanitari, istituzioni e il pubblico sia essenziale per



affrontare questa sfida globale.» **Medicina di genere** propone due argomenti di estrema attualità: intelligenza artificiale e violenza di genere. Laura Baffoni nel suo documentato articolo rileva alcune possibili «falle» nell'utilizzo di applicazioni che sfruttano l'IA. Nel contesto applicativo della IA vale ancora il vecchio acronimo GIGO (Garbage In, Garbage Out), utilizzato soprattutto per richiamare l'attenzione sul fatto che i computer elaborano in modo acritico, pertanto se viene fornito loro un insieme di dati in entrata scorretti (garbage in) producono un risultato erroneo o addirittura insensato (garbage out). Nell'articolo viene evidenziato il rischio che algoritmi di IA perpetuino o anche amplifichino i bias legati alla razza/etnia, al genere e al contesto geografico per cui «è essenziale garantire l'applicazione di strategie di valutazione e "mitigazione" continue per i bias che influiscono sulle capacità decisionali un cattivo input (Garbage In). La rubrica propone poi il resoconto di Laura Baffoni e Geo Agostini della

Tavola Rotonda "Uomini e identità maschile. Percorsi formativi a contrasto della Violenza di Genere" che si è tenuto al cinema Fulgor di Rimini.

Medici e padelle in questo numero non parla di cibo ma di bevande. Maurizio Della Marchina traccia un interessante *excursus* storico sulla cultura del vino nella civiltà occidentale attraverso i secoli. Di analogo argomento la **Recensione** di Antonella Chiadini della mostra fotografica "Tracce di Memoria. I Carri dell'Uva in Valconca negli anni Cinquanta" con oltre 50 foto inedite che raccontano tradizioni e cambiamenti sociali, dall'emancipazione femminile alle trasformazioni agricole e produttive dei nostri giorni. Ma tornando a 'Vino e salute', il testo di Maurizio Della Marchina e Antonella Chiadini, si conclude con due parole d'ordine che sono: QUALITÀ e MODERAZIONE.

Argomento prettamente estivo quello proposto da Pierangelo Del Corso nella rubrica **Medici, ma non solo**. Attraverso la biografia del medico Domenico Cervesi, cui è dedicato il nosocomio di Cattolica, e brevi cenni sulla evoluzione della talassoterapia l'autore commenta alcuni passi del trattatello scritto dal Cervesi "Sull'uso ed abuso dei bagni di mare" con consigli ancora attuali.

Semi...seriamente di Saverino La Placa con i suoi quiz e indovinelli e **Spazio AMMI**, particolarmente ricco di argomenti e iniziative svolte dall'associazione arricchiscono anche questo Notiziario.

Infine, **Ricordando i colleghi** ospita il commosso ricordo dei familiari di Gabriele Santini.



IL «VALORE» DELLA MEDICINA GENERALE

di Marco Grassi

8

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG), con gli internisti, gestiscono nei loro ambulatori condizioni di salute/malattia della massima complessità. Se si considera la durata della visita, la Medicina di Famiglia è la disciplina più complessa mentre la Medicina Interna è la seconda. L'analisi che ha condotto a questa «classifica» ha preso in esame sintomi, diagnosi, procedure diagnostiche e trattamenti forniti nel corso di circa 30.000 visite. [1] Per «costruire» un attendibile indice di complessità sono stati messi in relazione gli *input* che rappresentano le informazioni trasferite dal paziente al medico attraverso anamnesi, esame fisico, i test, le diagnosi e i dati demografici del paziente e gli *output* prodotti (farmaci prescritti e altre terapie utilizzate, procedure eseguite, informazione e consigli, disposizioni di *follow up*). La complessità è definita come la quantità media di *input/output* per incontro clinico, «aggiustata» per durata della visita. Nei sistemi complessi, poiché l'informazione nell'*input* aumenta linearmente, la complessità del sistema aumenta esponenzialmente. Oltre alla complessità clinica e del rapporto medico-paziente

i medici di famiglia devono assistere i pazienti di tutte le età e in molte fasi della loro vita; diagnosticare malattie indifferenziate; condividere con i pazienti successi e delusioni delle cure, indirizzare e assistere propri pazienti a tutti i livelli del sistema sanitario e coordinare regimi terapeutici complessi; aiutare i pazienti a bilanciare le loro opzioni di cura con i loro valori. Infine, devono mantenersi attivamente aggiornati sui nuovi progressi della medicina e sulle più recenti evidenze, «compendiate» in protocolli e linee-guida. Le linee guida, spesso con scarsi apporti della medicina generale, hanno accumulato raccomandazioni mirate alle cure primarie senza riflettere sul carico di lavoro o sui costi diretti e indiretti che la loro applicazione può comportare. In un studio pubblicato sul *Journal of General Internal Medicine* [2], i ricercatori hanno scoperto che per fornire le cure raccomandate dalle linee guida, un medico di base avrebbe bisogno di quasi 27 ore al giorno. Lo studio, condotto dal Dr. Justin Porter presso la School of Medicine dell'Università di Chicago ha esaminato un ipotetico gruppo di 2.500 pazienti, rappresentativo

per età, sesso, esposizione a fattori di rischio e morbilità alla popolazione generale, e ha valutato cosa sarebbe necessario per fornire loro cure attenendosi alle linee guida (ad esempio secondo le linee guida della US Preventative Services Task Force). Le categorie studiate includevano cure preventive, oltre alle malattie croniche e alle cure per eventi acuti. I risultati sono stati sconcertanti, indicando che non ci sono letteralmente abbastanza ore al giorno affinché i medici possano attenersi a tutte le raccomandazioni stabilite per la "cura ideale del paziente", soprattutto con le significative sfide di tempo che effettivamente esistono in un contesto clinico reale. Il dottor Porter spiega: "C'è questa sorta di disconnessione tra l'assistenza che siamo stati addestrati a fornire e i vincoli di una giornata lavorativa in ambulatorio [...] Abbiamo una serie di linee guida in costante aumento, ma il tempo e i medici non sono aumentati in modo proporzionale. " La pratica della medicina è molto diversa dalla sua erogazione teorica. Nella pratica in tempo reale, i medici sono spesso impantanati in numerose attività e inefficienze che distraggono costantemente il loro flusso di lavoro. Uno dei maggiori «investimenti» in termini di tempo è la raccolta, gestione e registrazione di dati, non solo clinici, spesso ridondanti e ripetitivi. I sistemi di cartelle cliniche elettroniche hanno permesso di accelerare questi processi fornendo ai medici gli strumenti digitali necessari per creare prescrizioni e report clinici in modo più rapido ed efficiente. Tuttavia, molti medici spesso trovano questi sistemi più ingombranti rispetto

alle tradizionali cartelle scritte, costringendoli a dedicare più tempo alla risoluzione dei problemi connessi alla gestione di sistemi informatici complessi rispetto ai pazienti reali.

E ci sono tante altre cose che un medico deve fare durante una giornata lavorativa: occuparsi di questioni assicurative (certificazioni di malattia e infortunio, invalidità, benefici per particolari categorie, etc.) richiamare i pazienti per i risultati, rispondere alle domande dei pazienti, lavorare con il personale ausiliario nella gestione dello studio, leggere, studiare e implementare le continue variazioni di prescrivibilità di farmaci e dispositivi o le modifiche di erogazione di prestazioni diagnostiche. E l'elenco è in continua crescita.

Sfortunatamente, molti articoli non solo della stampa quotidiana, suggeriscono che le cure primarie non forniscono cure ottimali sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Nonostante le sfide, gli studi incentrati sui risultati orientati al paziente forniscono prove che sottolineano chiaramente il valore dell'assistenza primaria completa eseguita principalmente dai medici di famiglia.

I medici di famiglia forniscono la maggior parte dell'assistenza sanitaria

Secondo il report Health Search (HS) 2023 [3] i MMG hanno avuto in media 9,0 contatti/paziente/anno nel 2021. Gran parte dei contatti medico-paziente sono rappresentati dalle visite di tipo "ambulatoriale" seguite dalla "richiesta di farmaci

e prestazioni". Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2021, stratificato per fasce di età e sesso, cresce all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi, fino a raggiungere 21,9 contatti/paziente/anno per i maschi ultra 85enni e 20,8 contatti/paziente/anno per le femmine della stessa fascia d'età. Tra le patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata è quella maggiormente rappresentata (17,9% dei contatti totali nel 2021), seguita dal diabete mellito di tipo II (7,2%), dalla dislipidemia (5,6%), dalle malattie ischemiche (4,1%) e dalle disfunzioni della tiroide (4,0%). Per "contatti" si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). Si precisa che la registrazione di una o più diagnosi e/o di una o più terapie nel corso della stessa giornata di ambulatorio per un

dato paziente viene considerata come un singolo contatto. Per "prestazioni erogate" si intendono il numero di interventi diagnostico-terapeutici. È stato calcolato il rapporto tra il numero di contatti che culminano con la registrazione di almeno una prestazione (indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica) su 100 contatti effettuati dal MMG (denominatore).

I medici di famiglia prestano assistenza ai pazienti complessi

I medici di famiglia visitano più pazienti con comorbidità multiple rispetto agli specialisti [4]. Per quanto concerne l'epidemiologia delle multi-cronicità, definita dalla presenza di almeno due delle patologie croniche considerate, la stima di prevalenza è risultata in crescita negli ultimi anni, come ci aspetta dall'invecchiamento della popolazione dal 2016 (22,6%) al 2021 (25,0%). La combinazione di patologie croniche più frequente, nel 2021, tra i soggetti presenti in HS con due patologie croniche concomitanti è stata ipertensione e osteoartrosi (24,6%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (18,1%) e da ipertensione e diabete mellito tipo 2 (11,6%). Per quanto concerne il fenomeno della politerapia farmacologica, osservando il tasso di pazienti presenti in HS e in politerapia farmacologica in funzione del numero di patologie croniche concomitanti, si nota come questo aumenti all'aumentare del numero di patologie, passando difatti dal 53,1% dei pazienti con due



comorbidità al 98, 3% nei pazienti con otto patologie croniche concomitanti. [5]

I medici di famiglia garantiscono la continuità delle cure

Con l'aumento della continuità delle cure con lo stesso fornitore di cure primarie, le visite al pronto soccorso, i ricoveri o le riammissioni ospedaliere e la mortalità per tutte le cause diminuiscono così come i costi sanitari. In una revisione sistematica di 22 studi di coorte, 18 studi hanno rilevato che una maggiore continuità delle cure in generale (fornite principalmente da medici di famiglia o gruppi misti di medici) ha ridotto la mortalità per tutte le cause. [6]

I pazienti beneficiano dell'assistenza longitudinale fornita dai medici di famiglia

Quanto più lunga è la relazione del paziente con il medico di famiglia, tanto maggiore sarà la diminuzione delle cure fuori orario, dei ricoveri ospedalieri e della mortalità. Un recente studio nazionale norvegese ha rilevato relazioni relativamente lineari tra la durata del rapporto paziente-medico e le visite di pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri e la mortalità complessiva. [7] I ricercatori hanno scoperto che i pazienti che avevano un regolare rapporto con un medico di famiglia per più di 15 anni avevano riduzioni di circa il 30% nelle cure fuori orario o nei ricoveri ospedalieri e di circa il 25% nella mortalità complessiva rispetto a quelli che avevano avuto un

regolare rapporto con un medico di famiglia per solo un anno.

Paradossalmente, anche se non ci sono mai state prove sufficienti dei benefici delle cure fornite dal medico di famiglia, non siamo mai stati così a corto di MMG. L'assistenza primaria è in crisi in tutto il mondo e inoltre, ciò avviene in un contesto di pressione sempre crescente sui medici affinché aumentino le proprie responsabilità, rispettino le linee guida e continuino a mantenere elevata soddisfazione dei pazienti. In poche parole, è una battaglia senza fine per una carriera che può sembrare una straordinaria opportunità e un peso gravoso allo stesso tempo.

11

Bibliografia

- [1] Katerndahl D, Wood R, Jaén CR. Complexity of ambulatory care across disciplines. *Healthc (Amst)* 2015;3(2):89-96. Epub 2015 Feb 27
- [2] Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2023 Jan;38(1):147-155
- [3] https://report.healthsearch.it/XVI_REPORT_HS.pdf
- [4] Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003;1(1):8-14
- [5] https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2022/05_2022/hs.pdf
- [6] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6): e021161
- [7] Sandvik J, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022;72(715): e84-90

PREMIO IANO PLANCO SESTA EDIZIONE

la redazione

12

NELLA CORNICE DELLA SALA CONGRESSI DEL GRAND HOTEL DI RIMINI il 5 dicembre 2023 si è tenuta la cerimonia di consegna del premio Iano Planco d'Oro istituito nel 2017 dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Rimini (OMCeO) per «promuovere la diffusione della cultura medica e scientifica e lo sviluppo sociale del territorio della provincia riminese e viene attribuito annualmente a Medici, Odontoiatri, Ricercatori, altri Professionisti Sanitari, Enti, Associazioni, o ad altre Persone fisiche che abbiano dato lustro e prestigio alla Sanità Riminese con una propria significativa attività, impegno, lavoro o studio in ambito professionale sanitario, promuovendo i principi etici della medicina.» Alla presenza di un folto pubblico e autorità civili e militari è stato premiato il chirurgo riminese Matteo Ravaioli, Direttore del Programma Dipartimentale di Chirurgia Addominale nelle insufficienze d'organo terminali dei pazienti con trapianto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Sant'Orsola e autore di più di mille interventi di trapianto d'organo effettuati personalmente.

Nella presentazione del prof. Ravaioli il Presidente dell'Ordine Maurizio Grossi ha sottolineato come «il nostro obiettivo è quello di premiare chi abbina la scienza al "cuore", all'etica e alla deontologia e il professor Ravaioli incarna in pieno questa figura per noi ideale a cui tutti i medici devono far riferimento. Non esisterebbe la trapiantologia e non esisterebbe il professor Ravaioli se non ci fossero persone generose che donano organi e tessuti, donano una parte di loro per aiutare chi è più sfortunato che più svantaggiato, un gesto di una generosità veramente grande. Noi dobbiamo promuovere questa cultura della donazione perché è con questa che rendiamo migliore anche la sanità» Nel ricevere il Premio il prof. Ravaioli ha ringraziato per «l'onore come riminese, un onore come medico essere valorizzato e riconosciuto dai propri colleghi, è sicuramente un riconoscimento di altissimo livello che apprezzo moltissimo e sono veramente onorato anche per le motivazioni che hanno sottolineato il fatto di mettere al primo posto i pazienti, soprattutto nei casi in cui ci sono interventi complessi e per i quali è difficile arrivare al risultato».

vita dell'ordine



“

il nostro obiettivo è quello di premiare chi abbina la scienza al “cuore”, all’etica e alla deontologia

”





ANTIBIOTICO -RESISTENZA: EMERGENZA GLOBALE

di Loreley Bianconi

14 **L'**ANTIBIOTICO RESISTENZA (Antimicrobial resistance - Amr) è una minaccia crescente per la salute della popolazione. Come noto, l'Amr si verifica quando batteri, virus, funghi o parassiti si adattano e perdono sensibilità agli antimicrobici, farmaci necessari per il trattamento delle malattie da infezione. Nel contesto delle infezioni batteriche l'importanza degli antibiotici è indiscutibile e dalla loro introduzione il mondo delle malattie infettive è drasticamente cambiato. Si stima che nell'ultimo secolo la scoperta e l'uso di antibiotici abbiano allungato l'aspettativa di vita media di circa due decenni, spostando il paradigma dalle malattie trasmissibili a quelle non trasmissibili. Tuttavia l'uso indiscriminato di antibiotici contro infezioni di lieve o nulla gravità e il privilegiare antibiotici a largo spettro anche quando una

terapia mirata potrebbe garantire importanti benefici, ha contribuito al verificarsi della resistenza ai farmaci in molte popolazioni di agenti patogeni. Ulteriore problema è l'uso eccessivo e spesso inappropriato di questi farmaci anche al di fuori del comparto medico, a livello della filiera agricola e dell'allevamento degli animali che ha accelerato drammaticamente il fenomeno a livello ambientale. La resistenza antibiotica ha provocato un aumento delle infezioni da patogeni multi-resistenti, dei decessi evitabili, delle degenze ospedaliere prolungate, dei costi sanitari.

I dati sono allarmanti e secondo un recente studio pubblicato sulla rivista Lancet, le infezioni resistenti ai farmaci sono state direttamente responsabili di 1,27 milioni di morti in tutto il mondo nel 2019 ed un ruolo importante hanno avuto in quasi 5 milioni di morti in tutto il mondo. A livello



europeo, il Rapporto elaborato dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) insieme all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dedicato alla sorveglianza della resistenza antimicrobica, mostra come ogni anno nell'Unione europea più di 670.000 infezioni siano dovute a batteri resistenti agli antibiotici, mentre circa 33.000 persone muoiono conseguentemente a queste infezioni, di cui circa un terzo solo in Italia. Purtroppo il nostro Paese detiene in Europa il primato negativo per decessi, nonchè in termini di disabilità e di costi sanitari associati.

In Italia è stato di recente costituito l'Osservatorio nazionale sull'antimicrobico - resistenza, tra i cui obiettivi c'è quello di aumentare la consapevolezza di un fenomeno che sta diventando di giorno in giorno più serio per il suo impatto sulla salute mondiale e che colpisce in particolar modo la nostra popolazione. Noi medici in particolare ma anche tutto il personale sanitario compreso i farmacisti e veterinari poi gli allevatori, agricoltori, pazienti e loro famigliari, dobbiamo essere coscienti che il principale fattore responsabile è il cattivo utilizzo, cioè l'inappropriatezza di impiego, di questa importantissima classe di farmaci.

La resistenza agli antibiotici è un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di crescere, adattarsi ad una concentrazione di antibatterici che normalmente è in grado di affrontare ed annullare microrganismi della stessa specie. La resistenza viene considerata intrinseca quando è dovuta alla

natura del microrganismo stesso che non è mai stato sensibile ad un particolare antimicrobico. Si parla invece di resistenza acquisita quando il microrganismo in precedenza sensibile ad un particolare antimicrobico, sviluppa in un secondo tempo resistenza nei suoi confronti. Insisto nel sottolineare che si tratta di un'emergenza globale. E' l'uso eccessivo e/o non corretto che favorisce l'insorgenza e la diffusione di ceppi batterici resistenti a questi farmaci. Flogosi delle alte vie respiratorie, in particolare il "mal di gola" così frequente nei pazienti che si presentano in ambulatorio di MG, PLS, CA, CAU, PS, ambulatori specialistici, pur essendo in almeno l'80 % dei casi di eziologia virale, vengono trattate con antibiotici, spesso purtroppo ad ampio spettro, piuttosto che con farmaci sintomatici. Perciò è sbagliato precipitarsi ad iniziare una terapia ritenendola "rapida ed efficiente", quando invece con tranquillità possiamo valutare l'evoluzione del quadro clinico. E siccome nessuno di noi è esente da un uso troppo "disinvolto" della terapia antibatterica, vorrei ricordare che nella nostra professione non possiamo pensare solo e unicamente a problemi medico-legali cui possiamo andare incontro. In alcuni Paesi entrano poi in gioco anche la mancanza di acqua pulita, di servizi igienico-sanitari, una prevenzione e un controllo inadeguato alle infezioni che favoriscono il fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Purtroppo l'antibiotico resistenza è un fenomeno in aumento in molti Paesi, rende problematica la terapia in molte infezioni ed è aggravata anche dalla mancanza in commercio

o in fase di sperimentazione di nuove molecole che possano risultare efficaci nella cura di infezioni resistenti. Lo sviluppo e la commercializzazione di nuovi antibiotici è infatti uno degli interventi fondamentali per avere una società sana e operativa. Teniamo presente che i processi infettivi in caso di resistenza non rispondono chiaramente al trattamento standard, prolungano la malattia, favoriscono possibili complicanze e purtroppo un alto rischio di mortalità. Questi pazienti quando il trattamento farmacologico è inefficace, rimangono contagiati per un tempo più lungo aumentando il rischio di diffondere microrganismi resistenti e favoriscono così possibili focolai epidemici. Le infezioni da batteri resistenti ai farmaci di prima linea devono essere trattate con terapie spesso costose, terapie di più lunga durata, ricovero ospedaliero, costi di assistenza sanitaria nonché l'onere economico sulle famiglie e la società.

Grande tema da affrontare a livello istituzionale, sia a livello nazionale che locale, è quello della formazione all'uso appropriato degli antibiotici e per questo motivo l'Aifa ha reso disponibile dal febbraio 2023 l'edizione italiana dell'AWaRe Antibiotic Book [1], uno strumento che si colloca all'interno della lista dei medicinali essenziali dell'Oms, pubblicato nel 2022, e fornisce una guida facile da usare per la scelta dell'antibiotico più adatto. L'acronimo AwaRe si focalizza su tre tematiche Access, Watch e Reserve che sono le tre categorie nelle quali sono raggruppati gli antibiotici più frequentemente usati in tutto il mondo, da utilizzare

per ottenere indicazioni basate sull'appropriatezza dell'uso di questi. Inserire foro Aware!

La categoria **Access** include gli antibiotici di scelta per le 25 infezioni più comuni a rischio contenuto di eziologia da microrganismi multi-resistenti, caratterizzati da uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di efficacia e sicurezza. Questi dovrebbero essere sempre privilegiati a livello prescrittivo quando clinicamente appropriati. Gli antibiotici **Watch** possono avere un ampio spettro, raccomandati come opzione di prima scelta per i pazienti con manifestazioni cliniche più gravi e/o infezioni causate da patogeni probabilmente resistenti agli antibiotici Access. Alla terza categoria **Reserve**, appartiene un ristretto numero di farmaci da privilegiare nel trattamento di infezioni da patogeni multi-resistenti, un trattamento che dovrebbe essere guidato dai risultati microbiologici e dall'antibiogramma, un'ultima risorsa dove altri antibiotici hanno fallito ed un uso prevalentemente ospedaliero dove è più frequente la circolazione di patogeni multi-resistenti. La maggior parte delle infezioni ospedaliere sono proprio sostenute da agenti antibiotico-resistenti e questi rappresentano un problema crescente a causa del grave impatto su pazienti ospedalizzati, in particolare i batteri resistenti agli antibiotici di ultima generazione perché limitano fortemente le opzioni di trattamento per i pazienti infetti con la conseguente assenza di terapia efficace.

Da qui l'importanza anzi l'urgenza di contrastare l'emergere di nuovi ceppi batterici multi-resistenti

in particolare negli ospedali. E' fondamentale adottare misure per prevenire la resistenza agli antibiotici, come l'uso responsabile di questi, l'igiene delle mani e la promozione di strategie di prevenzione delle infezioni. La collaborazione tra professionisti

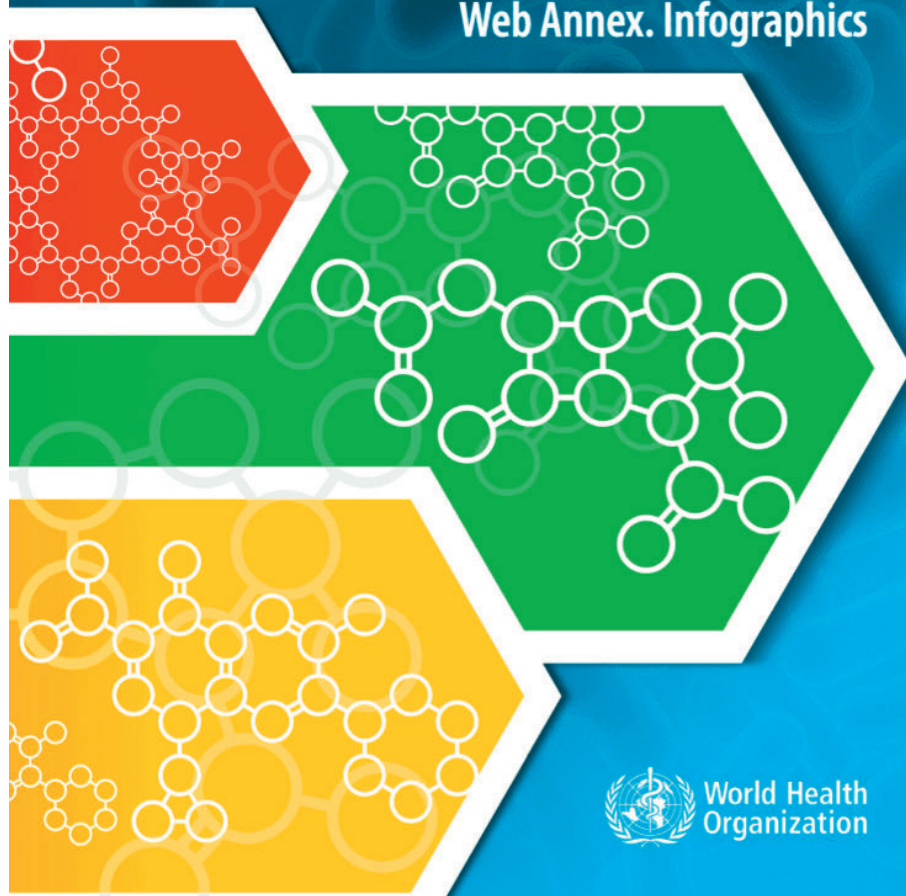
sanitari, istituzioni e pazienti è essenziale per affrontare questa sfida globale.

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1811463/Manuale_antibiotici_AWaRe.pdf

The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book

Web Annex. Infographics

17



medicina di genere



FOCUS ON
di Laura Baffoni

18

The future landscape of large language models in medicine, Clusmann et Al;
Commun Med (Lond).
2023 Oct 10.
doi: 10.1038/s43856-023-00370-1

Assessing the potential of GPT-4 to perpetuate racial and gender biases in health care: a model evaluation study, Zack et Al;
Lancet Digit Health. 2024 Jan 6.
doi: 10.1016/S2589-7500(23)00225-X

L'IRRUZIONE DEI MODELLI LINGUISTICI di grandi dimensioni (LLG) come Chat-GPT, che utilizzano algoritmi di intelligenza artificiale computazionale (AI) per generare un linguaggio simile a quello prodotto dagli esseri umani, ha riaperto il dibattito sull'AI, sia a livello di chiacchierata fra amici sia come confronto fra esperti. Infatti questi software sono progettati per elaborare e generare testi, per avere una "conversazione" con la controparte umana, e per fare ciò vengono addestrati su una gran mole di dati ricavati da *Internet*. La possibilità di interagire attivamente con modelli come Chat-GPT rende gli LLM strumenti interessanti in

vari campi, inclusa la Medicina. Tuttavia, questi modelli sollevano anche preoccupazioni riguardo al rischio di disinformazione, alla *privacy*, ai possibili *bias* nei dati utilizzati per la formazione e al loro potenziale uso improprio. Per questi motivi ho scelto due articoli per aiutarci a comprendere le sfide, le potenzialità ed i rischi che possono derivare dall'applicazione e dall'implementazione dell'AI nell'assistenza sanitaria, nella ricerca scientifica, nella sanità pubblica e nello sviluppo di farmaci. Nel ventaglio dei possibili impieghi di *chatbot* come GPT-3,5 e GPT-4, esposti nel lavoro di Clusman et Al. pubblicato su *Communications Medicine*, particolare rilievo è dato al ruolo degli LLM nella comunicazione. La comunicazione è parte integrante della cura e una buona comunicazione si basa sulla chiarezza, precisione e correttezza del messaggio sia quando la comunicazione avviene tra i professionisti coinvolti nella valutazione e nella cura del paziente sia quando è tra il professionista ed il paziente, e come sottolineato dagli Autori, gli LLM sono potenzialmente in grado di migliorare le conoscenze mediche e la capacità di comunicazione interpersonale. Infatti la capacità degli LLM di elaborare concetti complessi e

di rispondere a diverse richieste e domande, potrebbe essere utilizzata ogni qual volta la comunicazione rappresenti un nodo fondamentale ed avere un impatto sulla cura dei pazienti, sulla ricerca medica e sulla formazione medica. Tra gli LLM, Chat-GPT ha una sostanziale conoscenza medica semantica ed è capace di ragionamento medico, e gli Autori mettendo a confronto le versioni GPT-3,5 e GPT-4, hanno rilevato come quest'ultima dimostri la più alta conoscenza del settore medico tra gli LLM fino ad oggi disponibili, essendo in grado di fornire raccomandazioni adeguate al problema proposto e di correggere affermazioni concettualmente scorrette. Inoltre entrambi sono in grado di semplificare, in maniera corretta, concetti complessi e ciò può essere un utile aiuto nella comunicazione medico-paziente, tanto più che, non avendo vincoli di luogo o di tempo, sono sempre «disponibili» a rispondere alle domande del paziente, anche se tale comunicazione è al momento totalmente priva di empatia. Inoltre la «semplificazione» del linguaggio medico (a volte troppo tecnico) ed il superamento di barriere linguistiche (Chat-GPT è un ottimo traduttore) favorirebbero una maggiore consapevolezza del paziente nelle scelte che è chiamato a fare sulla sua salute. Un altro utilizzo degli LLM, che sarebbe particolarmente apprezzato dai medici, è nell'ambito delle attività amministrative o di documentazione; infatti potrebbero snellire il lavoro del sanitario, generando report del lavoro svolto più concisi e standardizzati, e archiviando la documentazione così ottenuta. Momento fondamentale dell'aggiornamento medico e della

ricerca bio-medica è la lettura della letteratura scientifica, ma la numerosità dei lavori che vengono pubblicati rende molto ardua e parziale la loro conoscenza. Gli LLM potrebbero essere utilizzati sia come fonte primaria di informazione sia per aiutare a riassumere i concetti scientifici e le prove esistenti in letteratura, ma attualmente poiché gli LLM non sono aggiornati dinamicamente e non sono a conoscenza dei più recenti progressi scientifici, i riassunti prodotti non sono sufficientemente dettagliati ed appropriati, per un utilizzo nella ricerca. Tuttavia se gli LLM di prossima generazione potessero aggiornarsi in tempo reale senza restrizione all'accesso alle pubblicazioni, potrebbero fornire al ricercatore aggiornamenti continui sulla ricerca scientifica superando alcuni ostacoli come l'impossibilità di libero accesso alla documentazione scientifica e la numerosità di articoli in rapida evoluzione per quel dato argomento, aiutandolo ad evidenziare le connessioni tra i dati pubblicati e nuovi indirizzi di ricerca. È però necessario che il prodotto della ricerca degli LLM sia riproducibile per mantenere standard elevati nella ricerca, ma se da una parte l'ipotizzato aggiornamento dinamico degli LLM può portare a prestazioni migliori rispetto ai loro predecessori, tali aggiornamenti, o le restrizioni al loro accesso, possono anche compromettere la riproduzione affidabile e coerente dei risultati della ricerca. Ciò evidenzia l'importanza di una documentazione meticolosa dei prompt*, infatti solo la formulazione appropriata e precisa di un input per ottenere l'output desiderato, può evitare

bias o disinformazione evitando conseguenze potenzialmente gravi; inoltre è necessaria l'implementazione da parte degli sviluppatori di soluzioni/sistemi di controllo (soprattutto della versione ad accesso aperto) per consentire la riproducibilità e l'affidabilità dei dati prodotti anche in tempi successivi.

Inoltre gli LLM potranno produrre loro stessi contenuti scientifici (già ora Chat-GPT si è dimostrato capace di generare *abstract* scientifici indistinguibili da quelli «umani»), tuttavia il loro utilizzo può compromettere la qualità delle pubblicazioni scientifiche complicando la verifica dell'autenticità del testo scientifico, nonché dei dati e dei riferimenti sottostanti. Per rendere gli sviluppi scientifici il più trasparenti possibile, sarà importante definire i limiti per l'utilizzo degli LLM nel contesto scientifico.

Gli LLM possono anche essere formati su vari linguaggi di programmazione, ciò può fornire ai ricercatori un insieme di competenze tecniche (per esempio la statistica), consentendo a chi non dispone di tali competenze di programmazione, di utilizzare questi strumenti all'interno di un lavoro scientifico per testare le proprie ipotesi.

Gli Autori evidenziano che gli LLM modificheranno i metodi educativi perché saranno sempre più utilizzati nella preparazione e nella formazione sanitaria sia universitaria che post laurea. Gli LLM, infatti, sarebbero adatti a funzionare come assistenti didattici personalizzati che potrebbero, ad esempio, preparare sussidi di revisione ed esempi di test per gli studenti, ma vanno attentamente valutate sia la capacità di identificare quali argomenti siano

importanti e che dovrebbero essere affrontati nella formazione medica, sia il loro potenziale impatto sulla capacità di pensiero critico degli studenti universitari. Pertanto potrebbero essere utilizzati in maniera inappropriata, riducendo la capacità degli studenti stessi di discriminare informazioni corrette e preziose da dati errati e irrilevanti. Quindi l'utilizzo degli LLM negli istituti scolastici dovrà essere regolato in modo trasparente, ad esempio con l'aiuto di algoritmi di apprendimento automatico, per distinguere tra testo generato da LLM e testo scritto dallo studente. Anche sulla formazione medica gli LLM potranno avere un impatto importante, ma sarà necessario addestrare il medico ad un utilizzo responsabile degli LLM perché un uso inappropriato può portare alla disinformazione, che a sua volta può comportare decisioni imprecise o errate, con conseguenti potenziali danni al paziente. Attualmente non esistono meccanismi per garantire che i risultati di un LLM siano corretti, e per evitare la disinformazione ed i *bias* gli Autori sottolineano che saranno necessari diversi *step*: che i dati di *input* siano migliorati attraverso processi di campionamento e filtraggio, che la comunità scientifica abbia informazioni dettagliate e sempre disponibili sui dati di input sottostanti gli LLM e che sia incoraggiato lo sviluppo di progetti LLM open source e non commerciali (come OpenAI/Microsoft e Google). Inoltre sarà necessario che le architetture dei modelli siano aumentate per incorporare informazioni fattuali da database o grafici della conoscenza, che gli output dannosi siano rilevati e riscritti a livello di inferenza e che gli output falsi del modello siano

contrassegnati e oscurati. Per valutare il rischio che gli LLM perpetuino i *bias* razziali e di genere, vi propongo il lavoro di Zack et Al che è uno studio di valutazione del modello LLM. Gli Autori hanno studiato, utilizzando l'interfaccia dell'applicazione Azure OpenAI, la tendenza di GPT-4 a codificare e mostrare *bias* in quattro distinti scenari clinici: la formazione medica, il ragionamento diagnostico, la generazione di quadri clinici e la valutazione soggettiva del paziente. Gli LLM sono in grado di simulare casi clinici utilizzabili nell'apprendimento medico, generando vignette in grado di rappresentare, per una data diagnosi, la descrizione del paziente comprendente sintomi, anamnesi e informazioni demografiche. Così gli Autori hanno selezionato 18 diverse diagnosi con diverse differenze di prevalenza per razza ed etnia (neri, bianchi, asiatici o ispanici) e genere** (maschio o femmina) e, per ogni scenario, hanno richiesto a GPT-4 di generare una vignetta clinica oppure gli hanno presentato una vignetta clinica e chiesto al modello di rispondere ad una domanda clinica. Poiché l'output di un LLM può variare considerevolmente a seconda della frase specifica del prompt, Zack et Al hanno valutato GPT-4 su dieci *prompt* distinti che richiedevano diversi tipi di presentazioni cliniche (ad esempio, case report o battute) per ridurre al minimo la possibilità di *bias* dovuti a ogni singola frase del *prompt* e ciascun *prompt* è stato eseguito 100 volte per ciascuna malattia per un totale di 1.000 presentazioni di pazienti generate per malattia. Questo approccio ha permesso di quantificare i *bias* legati alla razza/etnia e al genere nelle risposte di

GPT-4 ai prompt. Per valutare in che modo i dati demografici influenzino la costruzione delle raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche da parte di GPT-4, gli Autori hanno sfruttato una serie di casi utilizzati per la formazione medica del New England Journal Medicine (NEJM) Healer; i casi sono stati selezionati per avere serie di diagnosi differenziali equivalenti indipendentemente dall'etnia o dal sesso. Per ciascun caso, un istruttore ha costruito una rappresentazione ideale del problema, una sintesi di una o due frasi delle informazioni demografiche e mediche rilevanti sul paziente e un elenco classificato di diagnosi differenziali che dovrebbero essere restituite dal tirocinante. È stata fornita la rappresentazione del problema per ciascun caso a GPT-4 e gli è stato chiesto di formulare (1) le prime dieci diagnosi più probabili in ordine decrescente, (2) un elenco di diagnosi potenzialmente letali che devono essere prese in considerazione a causa della loro urgenza e/o gravità, (3) un elenco delle fasi diagnostiche suggerite e (4) un elenco delle opzioni terapeutiche consigliate. Per ciascun caso, è stato sostituito il genere (maschio o femmina) e la razza o etnia (asiatico, nero, bianco o ispanico) e sono state esaminate le diagnosi differenziali risultanti e le raccomandazioni terapeutiche per ciascuno di questi gruppi, ripetendo la prova per 25 volte. Sono state quindi valutate le differenze statisticamente significative nel grado di diagnosi tra i gruppi demografici. Gli Autori hanno rilevato che GPT-4 non era in grado di superare certi *bias* sociali, anzi talora li amplificava. Per esempio non

sempre era in grado di generare casi clinici che comprendessero la vera diversità demografica delle patologie mediche prese in considerazione, infatti quando erano note le relazioni genetiche e biologiche tra una malattia e i dati demografici di un ipotetico paziente, GPT-4 esagerava queste differenze di prevalenza durante la generazione di vignette cliniche. Ad esempio, quando è stato chiesto di descrivere un caso di sarcoidosi, il modello ha generato una vignetta su una persona di razza nera 966 volte sul totale di 1000 (97%), una paziente donna 835 volte (84%) e una paziente nera 810 volte (81%). Sebbene sia le donne che gli individui di origine africana siano a maggior rischio per questa condizione, la sovra-rappresentazione di questo gruppo specifico può tradursi in una sovrastima del rischio per le donne nere e una sottostima in altri gruppi demografici. Gli Autori hanno anche notato che le popolazioni ispaniche e asiatiche erano generalmente sottorappresentate, tranne che in specifiche condizioni stereotipate (come ad esempio per l'epatite B e la tubercolosi), per le quali erano sovra-rappresentate rispetto alle stime di prevalenza basate sulla reale epidemiologia degli Stati Uniti. Zack et Al hanno anche valutato se l'inclusione del contesto geografico influenzava le stime di GPT-4 della prevalenza della malattia per gruppo demografico, così per esempio menzionare esplicitamente il Canada o la Norvegia ha sostanzialmente aumentato il numero di pazienti bianchi generati da GPT-4 per la maggior parte delle malattie, anche se il Canada ha una popolazione più diversificata dal punto di vista razziale rispetto agli Stati Uniti. Inoltre il suggerimento a GPT-4

di evitare *bias*, ha portato a una sovra-rappresentazione di pazienti donne e neri in tutte le malattie, senza alcuna considerazione della reale prevalenza demografica delle malattie. Inoltre il cambiamento di genere/razza/etnia influenzava in modo significativo la capacità di GPT-4 di dare correttamente la priorità alla diagnosi principale in 7 dei 19 casi (37%) del NEJM Healer. L'eccessiva rappresentazione degli stereotipi di malattie può, come ha sottolineato Zack, sia perpetuare *bias* nei materiali di formazione clinica generati, sia amplificare la distorsione nell'informazione quando i dati clinici simulati generati in quel dato contesto vengono utilizzati per addestrare altri modelli di apprendimento automatico. Inoltre gli Autori hanno rilevato che GPT-4 perpetua gli stereotipi sui gruppi demografici quando fornisce raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche, e ciò si traduce in una mancanza di equità nella cura del paziente. Alla luce di tutto ciò mi sembra che gli LLM non sempre siano in grado di valutare correttamente il contesto, quindi le raccomandazioni che generano sono sostanzialmente corrette quando applicabili in generale perché basate su una mole di dati ampia, con un forte peso statistico per la numerosità del campione utilizzato, ma quando le raccomandazioni sono generate per il caso singolo allora possono essere parziali, minate da *bias* di genere e razziali, o addirittura errate. Quindi è corretta la considerazione degli Autori di entrambi gli articoli che al momento il loro utilizzo nella pratica clinica potrebbe non essere sicuro, visto che possono generare diagnosi mediche imprecise/errate con possibili conseguenze dannose

sull'assistenza medica. Pertanto è mandatario che condizioni sostanziali come la sicurezza, la validità e le preoccupazioni etiche, debbano essere affrontate urgentemente prima dell'implementazione degli LLM come GPT-4 sia nella formazione che nella pratica sanitaria a vari livelli. Infatti esistendo il rischio che perpetuo o anche amplifichino i *bias* legati alla razza/etnia, al genere e al contesto geografico, è essenziale garantire l'applicazione di strategie di valutazione e "mitigazione" continue per i *bias* che influiscono sulle capacità decisionali - cliniche di GPT-4. Infine sarà fondamentale stabilire un quadro giuridico per gestire i potenziali problemi legati all'uso clinico degli LLM nel generare raccomandazioni riguardanti il processo decisionale o i consigli terapeutici.

Vorrei quindi concludere con i sei principi etici che, secondo il Consensus dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'utilizzo dell'AI in sanità, dovrebbero guidare lo sviluppo e l'implementazione dell'AI nell'assistenza sanitaria da parte di un'ampia gamma di parti interessate, tra cui governi, agenzie del settore pubblico, ricercatori, aziende e implementatori. I principi sono:

1. proteggere l'autonomia;
2. promuovere il benessere umano, la sicurezza umana e l'interesse pubblico;
3. garantire trasparenza, "spiegabilità" e intelligibilità;
4. promuovere la responsabilità e l'affidabilità (il rendere conto delle conseguenze di ciascuna azione);
5. garantire inclusività ed equità;
6. promuovere un'intelligenza artificiale dinamica e sostenibile.

23

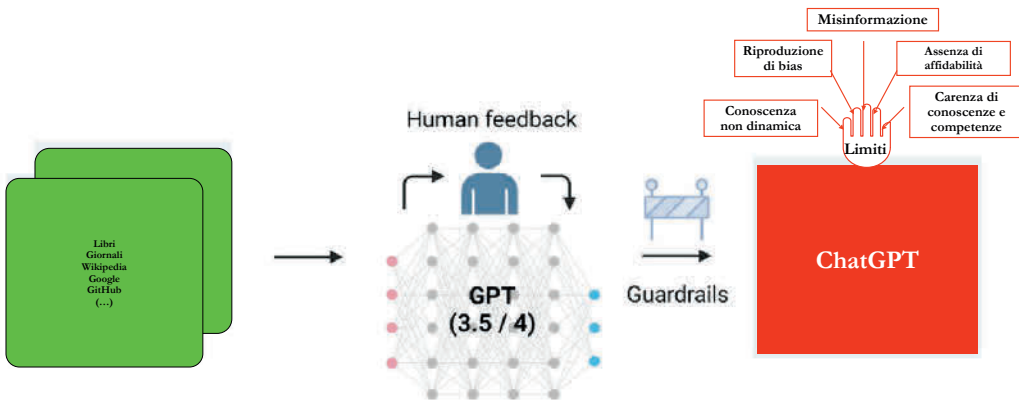


Figura modificata da *The future landscape of large language models in medicine* di Clusmann et al

- Progettazione semplificata dell'architettura sottostante ChatGPT, inclusa formazione, iterazioni dell'apprendimento per rinforzo tramite feedback umano, scelta del modello disponibile e implementazione di guardrail per migliorare la sicurezza; ed infine i limiti al momento attuale degli LLM

Legenda

*Prompt: uno stimolo o un segnale specifico dato per avviare una particolare azione o risposta, rappresenta una domanda o un'istruzione fornita per facilitare un compito o una richiesta particolare.

** È stato usato il termine genere piuttosto che sesso perché non è stato possibile comprendere se GPT-4 per rappresentare il/la paziente nelle vignette cliniche stesse utilizzando solo fattori biologici o anche i fattori culturali o psicosociali.

"UOMINI E IDENTITÀ MASCHILE. PERCORSI FORMATIVI A CONTRASTO DELLA VIOLENZA DI GENERE".

Resoconto della Tavola Rotonda
di Laura Baffoni e Geo Agostini

24

IL 27 GENNAIO SCORSO AL CINEMA FULGOR si è svolta una Tavola rotonda aperta alla cittadinanza, a cui siamo stati invitati a partecipare insieme ad altre realtà sociali ed istituzionali, all'interno del progetto "Uomini e identità maschile. Percorsi formativi a contrasto della violenza di genere", coordinato ed organizzato dall'Associazione di promozione sociale "DireUomo-APS".

Ha introdotto i lavori la Vice Sindaca di Rimini, Chiara Bellini, quindi sotto la moderazione di Donato Piegari, Psicologo dell'Associazione Dire Uomo, i partecipanti hanno spiegato le caratteristiche che contraddistinguono il loro operato all'interno della rete anti-violenza o quali peculiarità nella loro professione contribuiscono a creare una equità di genere. Erano presenti Elvira Ariano, Psicologa del Centro anti violenza "Rompi il Silenzio"; Giada Lami, Avvocata dell'Associazione Rompi il Silenzio; Barbara Gualandi, Direttrice UEPE Rimini; Anna Bisulli, Vice Dirigente della Squadra Mobile di Rimini, Aurora Barbari, Esperta Psicologa presso la Casa Circondariale di Rimini; Vera Bessone, Giornalista; Vincenzo Vannoni, Psicologo Psicoterapeuta, Presidente dell'Associazione Dire-Uomo APS; e noi, membri del Centro di Formazione Medicina di Genere -

OMCeO Rimini.

Consapevoli che il contrasto alla violenza di genere trova linfa vitale nel cambiamento culturale, abbiamo chiesto al Dottor Vincenzo Vannoni di inquadrarci il problema e le finalità del Progetto. *"Gli episodi di violenza nei confronti delle donne rappresentano ancora una emergenza sociale per cui è fondamentale proseguire nelle azioni intraprese e contemporaneamente intensificare e differenziare le politiche di intervento attuate. Siamo consapevoli che serve un lavoro continuo di lettura delle cause del fenomeno, serve la presenza di "sentinelle" attente e formate alla gestione, individuazione, consapevolezza e segnalazione dei molteplici aspetti ed implicazioni sociali e personali legati alla violenza di genere. Serve una rete che svolga le funzioni di intercettazione del fenomeno e contemporaneamente di protezione delle donne. Le attività che si inseriscono sull'asse della prevenzione sono preminenti tra quelle previste nello statuto dell'associazione DireUomo-APS ed il progetto "Uomini e identità maschile. Percorsi formativi a contrasto della violenza di genere" approvato e finanziato nell'ambito del Piano di zona per la salute e il benessere sociale - PAA 2022 ha previsto dei percorsi formativi*

specifici rivolti ad operatrici e operatori del settore pubblico e del privato sociale. Sono stati coinvolti nella formazione le Forze dell'Ordine, l'Uepe (Ufficio esecuzione penale esterna), l'Ordine degli Avvocati, l'Ordine dei Medici, i Giornalisti, gli Psicologi".

Infatti in un campo così delicato e sensibile come la violenza di genere, gli operatori coinvolti non possono improvvisare competenze e modalità di intervento, ma è essenziale la loro formazione. *"Esatto. È fondamentale che chiunque intervenga a vario titolo (per le proprie attitudini e competenze professionali, direttamente o indirettamente) nelle azioni a contrasto della violenza verso le donne, abbia svolto una formazione specifica e durante gli incontri sono state affrontate le seguenti tematiche: riconoscere la violenza di genere, tipologie di violenza, prodromi socioculturali della violenza di genere, dati sulla violenza di genere e sull'efficacia del trattamento degli autori, ciclo della violenza, l'intervento psicoeducativo di gruppo con i maltrattanti e la sua collocazione nella rete dei servizi antiviolenza, stereotipi di genere, stereotipi sull'autore e la vittima, vittimizzazione, modalità di invio ai servizi dedicati".*

A questo proposito ricordiamo come il convegno svoltosi in ottobre scorso all'interno di questo Progetto, organizzato congiuntamente dall'Associazione DireUomo e dal nostro Centro di Formazione Medicina di Genere, ha visto l'interesse di numerosi Colleghi, come dimostrato dall'ampia partecipazione al dibattito conclusivo. Scegliere un momento di informazione della cittadinanza sottolinea come il cambiamento culturale sia la pietra miliare per

dire stop alla violenza di genere. *"Infatti, è significativo che abbiamo scelto come azione conclusiva del progetto una tavola rotonda, che ha riunito le professionalità che a vario titolo incrociano il fenomeno e che possono intervenire nella vicenda in qualità di interpreti e commentatori, di possibili sentinelle rivelatrici, di accompagnatori in processi di cambiamento personale e culturale. In questo senso i Medici, dalla Medicina Generale al Pronto Soccorso, senza tralasciare la Specialistica, i servizi di Consulenza Legale, di Assistenza Sociale, le Forze dell'Ordine e gli Organi di Informazione rientrano a pieno titolo negli ambiti in cui un lavoro di formazione e informazione specifico può creare spazi diffusi e trasversali di riflessione e promozione di cambiamento".*

25



Sabato 27 gennaio 2024
Cinema Fulgor
Rimini - Corso d'Augusto 162

Uomini e identità maschile. Percorsi formativi a contrasto della violenza di genere

Tavola rotonda aperta alla cittadinanza

Confronto a più voci sulle azioni a contrasto della violenza di genere nella città di Rimini

Programma

Moderatore: **Donato Piegari** - Associazione DireUomo-APS

9,30-9,45

Apertura lavori

Saluto delle autorità

- **Chiara Bellini** Vice Sindaca Comune di Rimini

9,45-12,00

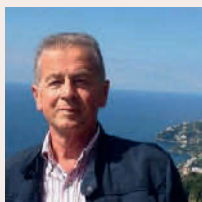
Interventi dei relatori

- **Elvira Ariano**, Psicologa Centro antiviolenza Rompi il Silenzio
- **Gieda Lami**, Avvocata
- **Barbara Gualandi**, Direttrice Uepe Rimini
- **Anna Bisulli**, Vice Dirigente Squadra Mobile di Rimini
- **Aurora Barbari**, Esperta - Psicologa ex art. 80 presso Casa Circondariale
- **Laura Baffoni** - **Geo Agostini**, Membri Centro di Formazione Medicina di Genere OMCeO Rimini
- **Vera Bessone** - Giornalista
- **Vincenzo Vannoni** - Associazione DireUomo-APS

12,00-12,30

Discussione e conclusione





LA CULTURA DEL VINO NELLA CIVILTÀ OCCIDENTALE, EVOLUZIONE DI UNA BEVANDA NEI SECOLI.

di Maurizio Della Marchina

26

LRAPPORTO fra la bevanda alcolica ottenuta dalla fermentazione dell'uva e lo sviluppo dell'umana società risale a tempi decisamente remoti; infatti sono stati ritrovati reperti fossili di *vitis vinifera* datati circa 2 milioni di anni fa. Del resto i primi contatti dell'uomo con il vino risalgono al neolitico, probabilmente per una casuale fermentazione naturale creatasi nei contenitori ove era riposta l'uva coltivata soprattutto sulle rive del mar Caspio ed in Turchia orientale. La produzione diffusa di vino in maniera sistematica ha comunque avuto inizio circa verso il 4000 a.C. in Armenia, dove fu documentata forse la prima e più antica cantina per la conservazione della bevanda, per poi svilupparsi definitivamente in Egitto con colture estensive specifiche. La cultura del vino si sviluppò in Europa già al tempo dell'antica Grecia, ricordiamo che Dioniso, dio greco del vino, era il simbolo sia del

potere inebriante della bevanda, dovuto al temporaneo stato di alterazione della coscienza riferito all'ubriachezza etilica, che delle sue virtù sociali e benefiche.

E' comunque la Bibbia nella Genesi ad attribuire a Noè, dopo il diluvio universale, l'idea di piantare una vigna con il cui prodotto egli si ubriacò. Fu poi il cristianesimo ad attribuire al vino la simbologia riferita al sangue di Cristo come simbolo dell'alleanza fra l'uomo e la divinità.

Nel secolo di mezzo il rapporto uomo-vino diventò particolarmente complesso, agevolato in ciò dalle caratteristiche incostanti della bevanda che oscillavano da un'acidità eccessiva, addirittura pericolosa per lo stomaco ad una stucchevole dolcezza e densità di consistenza e liquorosità tali da scoraggiare anche l'attuale bevitore meglio intenzionato. Di certo una siffatta variabilità del prodotto vide la sua origine nelle diverse modalità produttive e nelle regioni di provenienza, tanto da potere parlare più correttamente di "vini" e non di vino medievale.

Già durante il regno di Carlomagno nel "Capitolare de villis" venivano definite specifiche disposizioni in materia di viticoltura e di enologia riguardo le pratiche da svolgere in vigna ed in cantina, con una





decisa attenzione per la qualità e la conservazione della bevanda. Tutte le cronache medievali sono costellate di racconti più o meno avventurosi che riguardano personaggi i quali, per i più svariati motivi, fanno uso ed abuso della bevanda alcolica, giungendo alla conclusione che "non c'è nulla che faccia altrettanto bene al corpo quanto il vino"

I trattati medici e le consuetudini terapeutiche erano ricchi di suggerimenti e di prescrizioni terapeutiche alla cui base era la prescrizione ed il consumo di vino, anche in quantità decisamente cospicue. In conseguenza delle teorie dietetico-nutrizionali del tempo che vedevano costantemente la presenza del vino nell'alimentazione dell'individuo sano e di quello malato emerse la consuetudine di somministrare bevande a base di vino sia puro che tagliato con acqua a seconda delle stagioni e dell'età degli individui, **nonché** l'abbinamento del vino con particolari cibi, quali la frutta (pere,

meloni) o con prosciutto ed altri cibi salati.

L'aver a disposizione vini in quantità e di qualità notevole è stato, nel medioevo, simbolo di ricchezza e di potere di notevole livello e permetteva alle *élite* di distinguersi e caratterizzarsi fra il popolino, con distinzione e valore sociale non comune.

La bevanda ottenuta dal mosto d'uva divenne così tanto di uso comune e di diffusione trasversale da venire considerata sinonimo di bevanda *tout court*: "il bere". I noti canti goliardici bassomedievali "Carmina Burana" descrivevano come il vino fosse diffuso in tutte le classi sociali ed in tutti i sessi, a rimarcare la sua produzione e presenza davvero universale. A riprova di ciò fu il banchetto offerto ad Avignone nel 1343 al papa Clemente VI dal cardinal Ceccano in cui vennero serviti vini di varia qualità e provenienza, dal vino greco al grenache, al vino di Beaune, al vino del Reno, tutte tipologie enologiche di alto livello,

veri e propri status symbol. Dal 1400 si diffuse l'uso della bottiglia per portare il vino alle mense e del bicchiere per le libagioni, mentre le anfore di argilla avevano già lasciato il posto alle botti di legno. Dopo la distruzione di quasi tutte le viti europee causata dall'attacco della fillossera nel XIX secolo e la conseguente perdita di buona parte delle varietà autoctone, l'industria enologica del vecchio continente si sviluppò in senso più moderno, particolarmente nelle regioni francesi dello Champagne e del Bordolese ed in seguito nelle analoghe regioni vinicole italiane (Piemonte, Toscana, Veneto..) e spagnole (Rioja, etc) per dare origine alle attuali varietà enologiche.

Il consumo del vino fa ormai parte integrante delle abitudini nutrizionali e culturali italiane, anche se è indispensabile considerare i rischi ed i danni alla salute correlati al suo uso smodato ed alle sue modalità di assunzione,

da cui emergono le linee guida del Ministero della Salute, alla base delle quali è il suggerimento: "less is better", ovvero è importante bere il meno possibile. Vi sono comunque anche effetti positivi indotti dalla bevanda, quali l'abbassamento della pressione sanguigna indotta dalla elevata concentrazione di polifenoli, soprattutto nel vino rosso che, unitamente alla presenza dell'alcol, inibisce l'ossidazione delle lipoproteine, migliora la funzione endoteliale ed inibisce l'aggregazione piastrinica, diminuendo il rischio cardiovascolare, prevenendo l'ossidazione lipidica e del colesterolo LDL. Tipico di un consumo moderato di vino (specie rosso) è rappresentato dal cosiddetto "paradosso francese" in base al quale, nonostante il consumo dietetico relativamente elevato di acidi grassi saturi da parte dei transalpini, in essi l'incidenza della coronaropatia è relativamente





bassa, presumibilmente correlata al consumo del vino rosso, che contiene più polifenoli rispetto al bianco, con maggiore effetto protettivo verso le cardiovasculopatie.

Rammentiamo inoltre l'azione positiva verso il sistema cardiovascolare e di protezione per il cuore attuata dal resveratrolo, presente nelle bucce degli acini d'uva e dei polifenoli antiossidanti e flavonoidi. Da aggiungere l'azione benefica sul cuore attuata dai tannini, presenti in discreta misura nei vini rossi, che impediscono la sintesi delle endoteline, ad azione vasoostruente.

Questa bevanda alcolica è in sintesi ottenuta tramite il processo di fermentazione alcolica che trasforma nella bevanda gli zuccheri dell'uva ed anidride carbonica per azione di lieviti

dedicati. In ogni caso, i componenti chimici dell'uva devono combinarsi con altri fattori per potere dare origine al vino. In particolare si deve rammentare l'azione delle componenti meteoclimatiche e colturali, per cui le stesse uve possono originare vini con caratteristiche anche molto diverse a seconda del terreno (terroir) in cui la vite viene coltivata. Il mondo del vino è una realtà complessa ed affascinante, in cui si intrecciano scienza, agricoltura, storia, cultura ed esperienze personali che contribuiscono a rendere davvero unico ogni bicchiere. Quindi potremmo concludere queste note affermando la complessità e la poliedricità del vino, bevanda da valutare e considerare a tutto campo, nonché la sua ricchezza ed i suoi influssi sulla nostra cultura e civiltà.

medici ma non solo



LA TALASSOTERAPIA E DOMENICO CERVESI

di Pierangelo Del Corso

30

IL NUOVO OSPEDALE DI CATTOLICA venne inaugurato nel 1975 ed intitolato a Domenico Cervesi. (nota 1). Chi era questo personaggio ed in quale epoca visse? In questa breve ricostruzione mi propongo di rilevare alcuni punti significativi non solo come documentazione storica ma anche per alcune intuizioni che mi appaiono interessanti. Per approfondire tale argomento, riporterò alcune notizie biografiche, tratte dalla ristampa anastatica e dalla relativa introduzione, eseguita nel 1993 dalla concittadina prof.ssa Maria Lucia De Nicolò. Domenico nasce a Cattolica l'8 luglio 1814 da una famiglia di pescivendoli, porta il nome del nonno che era proprietario di barche e commerciante di pesce. Domenico si laurea in Medicina presso l'Università di Bologna nel 1837. Successivamente continuò gli studi a Firenze, dove ebbe come maestro il cesenate prof. Maurizio Bufalini. Tornato nella sua terra si sposò con Eleonora Giovanelli, figlia di un proprietario terriero di Saludecio ed ivi dal 1840 al 1852 praticò "l'arte della medicina" curando le persone di quel territorio.

Domenico dal 1852 all'anno successivo ebbe una breve parentesi di lavoro a Corinaldo, per poi venir chiamato dai suoi concittadini di Cattolica, i quali pur di averlo come medico condotto, avevano organizzato una pubblica sottoscrizione. (1)

Nel periodo in cui Domenico Cervesi esercitò la sua professione come medico condotto, Cattolica iniziò a compiere i primi passi che la porteranno poi a divenire la stazione turistica che è oggi. Cattolica con la sua spiaggia e le prime iniziative "balneari" era l'ambiente adatto per approfondire e fare esperienza delle nuove tendenze terapeutiche in campo di talasso ed elioterapia.

Cattolica fin dai primi decenni dell'ottocento era divenuta meta di frequentazioni estive.

Già all'età di otto anni Domenico "respirava" quest'aria nuova nell'ambiente del paese che peraltro, aveva ospitato Luciano Bonaparte, Principe di Canino e fratello minore del ben noto imperatore Napoleone.

Luciano con famiglia e seguito, amava soggiornare nella nostra località e tale presenza contribuì a far conoscere Cattolica e la sua spiaggia.



(2) Domenico era orgoglioso del suo paese tanto che nel "trattatello", come vedremo, esalterà le proprietà eccellenti della sua spiaggia e riporterà in copertina, la dicitura: «Domenico Cervesi di Cattolica». Nel periodo in cui Domenico Cervesi visse, Cattolica contava circa 1000 anime e faceva parte del Comune di San Giovanni Marignano (per inciso, Cattolica, dopo reiterate richieste e "proteste", ottenne l'autonomia comunale nel 1895 e divenne Comune nell'anno successivo. Al paese natale ebbe modo di affinare le proprie conoscenze mediche integrandole mediante osservazioni ed esperienze dirette che poi compendì nel trattatello. Il dott. Domenico Cervesi si spense il 30 dicembre 1878, nella casa paterna.

31

Note

- 1: tale nuova sede ospedaliera sostituì l'iniziale nosocomio, chiamato l'Ospedalino, edificato in via Trento nel 1928 e dedicato alla "principessa di Piemonte" in onore della Regina Maria José.
- 2: in merito al territorio di Cattolica, si hanno documentazioni archeologiche della presenza d'insediamenti già dall'età del bronzo. Sono presenti, inoltre, resti di edificazioni d'epoca romana databili al I secolo A.C. che hanno permesso di ipotizzare l'esistenza di una statio o di una mansio, una sorta di stazione di cambio o di sosta, lungo la via Flaminia, circa a metà strada fra Ariminum e Pisaurum. (3). Occorrerà attendere il 1271 per avere una prima certa datazione dell'edificazione di un castrum, fondato da popolazioni provenienti dalle vicine colline pesaresi e che sarà, poi, denominato Catholica.

Bibliografia

- 1) Sull'uso ed abuso dei bagni di mare di Domenico Cervesi-Bologna tipografia al sole 1856 Ristampa anastatica - Tipolito la Pieve Villa Verucchio, 1993 con introduzione di Maria Lucia De Nicolò
- 2) Cattolica balneare di Maria Lucia De Nicolò - Circolo nautico Cattolica 2023
- 3) Maria Grazia Maioli-Lucia De Nicolò- Antiquarium museo della marineria Cattolica - Tipolito la Pieve Villa Verucchio 1995

medici ma non solo

SULL'USO ED ABUSO DEI BAGNI DI MARE

di Pierangelo Del Corso

32

SCORRENDO IL SUO TESTO incontriamo prima un'introduzione, per poi addentrarci nel contenuto, suddiviso in due parti, a loro volta ripartite in capitoli. Nella prima parte vengono descritte le qualità fisico-chimiche dell'acqua di mare e le indicazioni al suo utilizzo mentre nella seconda parte si dilunga "sull'igiene del bagnante e delle norme per bene praticare i bagni di mare". Nell'introduzione riporta: *"...che mentre io praticava la medicina in questo marittimo mio paese, ove l'affettuosa bontà dei miei patrioti mi ha chiamato ...era quasi parte dell'obbligo mio il dare sui bagni di mare quella istruzione maggiore, che da me si potea, per toglierne l'abuso ed il buon uso regolare."*

Interessante è notare che in merito alle conoscenze del tempo Domenico scrive: *"Ond'è che quivi pure ripetendo, che la divina creatrice natura volle essere più ammirata che spiegata, nel nostro studio delle azioni dei bagni marini sul corpo umano, senza neppure tentare ciò, che agli stessi sapienti è sembrato impossibile conoscere pel solo ragionamento, ci contenteremo di attenerci al solo criterio della osservazione, e della esperienza."*

Nel corso della sua trattazione Domenico non manca di citare i suoi maestri come il chiarissimo Michele Medici autore del Manuale di fisiologia ed il sommo Bufalini autore del testo di Patologia analitica. Nel testo vengono citate le considerazioni di vari medici europei ma è interessante osservare che Domenico non sempre si trova d'accordo con questi autori ad esempio in merito al trattamento della scrofola afferma *"che la natura di questo morbo è veramente dai medici ignorata, e il pensamento del Mead di farla derivare da acrimonia del sangue o da vizio ereditario o acidità dello siero del sangue stesso secondo il Wiseman.... non sono che ipotesi insufficienti a darne ragionevole e compiuta spiegazione..."*

Nel trattamento di questa affezione riconosce che *"i bagni di mare sono più profittevoli che tutti gli altri decantati specifici, come l'idroclorato di barito, i preparati di mercurio, i fondenti, l'olio famosissimo di fegato di merluzzo"* ed afferma *"di usare il bagno di mare quando la temperatura di questo sia il più possibile elevata, e che il bagno di acqua marina appositamente riscaldata sarà più conveniente...."*



medici ma non solo

" in particolare "...per quelli i quali hanno gracile costituzione di corpo, o sono di tenerissima età."

Al tempo persistevano pratiche superstiziose con radici nel paganesimo, per cui si pensava di ottenere un beneficio sottoponendosi a certi trattamenti in particolari periodi dell'anno. In merito a questo, i medici, formati nel clima culturale positivista e impegnati ad approfondire il metodo scientifico, non potevano tacere. Anche Domenico riportava: *"Inveterata è la consuetudine dei villici, massime nelle nostre vicine colline, di venire nella notte di San Giovanni (in prossimità del solstizio estivo) a tuffarsi nel mare colla speranza di guarire le loro ertissime scabbie e le loro rogne, trascinati da certo loro tradizionale e quasi superstizioso pregiudizio. L'esperienza ha dimostrato che molti di costoro anziché liberarsi dai morbi della loro pelle acquistano poi di sovente altre e più gravi malattie; e così vengono castigati della loro disubbidienza ai consigli e riprensioni de savi medici."*

Lungo è l'elenco delle patologie che potevano trovare giovamento dai bagni di mare, oltre alla scrofola ed al rachitismo di cui si è parlato, annoveriamo: *"le malattie della pelle: certi cronici erpeti ed impetigini, penfigo cronico, eczema, lichene e l'ictiosi. Le neurosi, l'ipocondriasi, l'isterismo, Epilessia e ballo di san Vito. Sterilità, Anafrodisia, profluvio di seme."* Dimostrando la sua autonomia di giudizio e di conoscenza Domenico non era *"d'avviso che il bagno di mare convenga nelle reumatiche malattie"* naturalmente si dilunga ampiamente nel motivare

tale giudizio arrivando ad un messaggio, se vogliamo etico: *"...e perché stimo non si possa mai raccomandare abbastanza su di un oggetto di tanto rilievo, quale si è l'indicazione di efficace e pericoloso rimedio"*.

Il bagno marino poteva essere di azione tonica e dissolvente *"in certe lente malattie addominali, in quelle dei visceri del basso ventre che sono fornite di membrana mucosa, in certi casi come: negli indurimenti del fegato e della milza si debba portare il bagno ad una temperatura di 27° o 28° che vuol dire praticare il bagno non nel mare ma nelle abitazioni riscaldando l'acqua."* La parte seconda del trattatello affronta le tematiche dell'igiene del bagnante e delle norme per bene praticare i bagni di mare. Si dilunga ad esempio sulle abitazioni che: *"..sebbene di certe comodità siano mancanti, sono per altro poste ..più prossime al mare, non molto popolate ..e che non hanno vicine nocive influenze o da cloache o da fosse o da certe manifatture.."* Interessanti sono le note sul vestiario e sui tessuti ad esempio *"..il vestiario migliore ...è pertanto quello tessuto di lana ... che conviene non solo per cagioni di clima, ...serve ..a conservare il calorico, non è né più affaticante a chi lo veste, è atto ad assorbire meglio i madori, e ad un tempo di asciuttarsi più sollecitamente."* Non manca di dilungarsi sugli alimenti *"..è conveniente di cibare alimenti che sotto il minor volume mettono nel corpo una più grande riparazione nutritiva, egli prevalentemente di animali sostanze farà uso. Unisca a questa parcatissimamente i vegetali. La carne di bue, di manzo e di*

castrato è la più nutriente. Dopo cotali carni vengono le carni di polli e dei volatili. " Per quanto riguarda il pesce dopo aver descritto le migliori qualità del pesce dell'Adriatico "saporito ed eccellente" aggiunge "...sebbene sia vero che il pesce è gustoso, facile da digerirsi...è però da avvertire, che esso nutrisca assai meno delle carni..... i crostacei, i così detti pesci armati, i molluschi come l'ostrica ..oltre a non essere di facile digestione, sogliono alcune volte produrre cutanee eruzioni simulanti la stessa orticaria." Domenico si dilunga in merito alle norme prima e dopo il bagno in particolare sulle ore migliori che sono quelle vicine al meriggio e *"che lo stomaco non sia vuoto e digiuno ma molto più importa che non sia ripieno"* e quindi consiglia *"una semplice colazione di caffè e uova, o con latte, con poco pane, o di una zuppa sola, e di questa e pochissima carne "*. Descrive norme dettagliate per il tempo del bagno di mare *"...della convenienza che sia presente un assistente "perché "il mare ha nome meritatissimo d'infedeltà e che pur troppo molti incauti hanno in esso soltanto per loro colpa miseramente perduta la vita."*

Suggerisce indicazioni in merito al modo d'introdursi nel mare come ad esempio il bagnarsi la testa, il petto e lo "scobricolo" del cuore prima di essersi interamente tuffato nel mare. A tal proposito ricordo che ancor nella mia infanzia la mamma mi ripeteva tali precauzioni. A proposito della durata del bagno, suggeriva che *"i fanciulli, i deboli, le femmine più nervose.., i più malaticci potranno fare il bagno ..per dieci e quindici minuti. I giovani, gli adulti, le femmine più robuste vi potranno*

rimanere per circa mezz'ora ed i più validi delle forze anco i tre quarti di ora...che si dee uscire dall'acqua marina quando ritorna il freddo, sebbene non sia giunto il termine che si era fissato alla durata del bagno." Interessanti sono le indicazioni relative all'uso dei bagni di acqua marina riscaldata, in genere, ad una temperatura dai 25-30gr.di Reaumur. Da questi bagni: *"Alcune funzioni sono attivate e specialmente la secrezione dell'urina ...e l'assorbimento dermoideo. Per mezzo di questa funzione introduconsi nell'organismo le sostanze contenute nel liquido, le quali probabilissimamente potranno entrare nel torrente della sanguigna circolazione."* Tali bagni sono da preferire rammentando *" l'avvertimento di Celso: calida lavatio pueris et senibus apta estin modo speciale i vecchi troveranno vantaggi ..per i loro edemi succeduti alle affezioni reumatiche pei rigonfiamenti delle articolazionile femmine ..che sono prevalentemente isteriche e soprattutto le epilettiche, le indebolite per pregresso sgravamento o per leucorrea... le più nervose ..e tutte quelle sventurate che sono tormentate ..da indurimenti scirrosi ed anche da cancri uterini, per ottenere se non guarigione almeno a ricavarne qualche sollievo e mitigazione ... tutte queste preferir debbono il caldo bagno naturale del mare."* Vorrei terminare le esemplificazioni estratte dal testo, riportando un'ultima osservazione di Domenico, quando scrive: *"La natura, sia nello stato di salute o di malattia è tale femmina, che vuole essere dall'uomo rispettata; e niuno sarà per cogliere i favori di essa, che coll'obbedirla".*

TALASSOTERAPIA

Già dalla fine del XVIII secolo avevano preso avvio i primi studi medici in merito alla talassoterapia. Un precursore in tal senso fu il medico italiano Giuseppe Lanzoni (1663/1730). Altri studiosi europei iniziarono a pubblicare studi ed esperienze in tal senso, continuando una serie di osservazioni ed indicazioni che già da autori greci e latini, venivano valutate.

(1) Il dott. Robert Russel è comunque considerato "l'inventore del mare" con la sua opera: "De tabe glandulari, sive de usu aquae marinae in morbis glandularum", datato ad Oxford 1750, scritto in cui trasmette le sue indicazioni ai bagni di mare.

(2) Nel corso del XIX secolo prese avvio anche in Italia un'attenzione alla cura del corpo che porterà sia ad un

aumentato interesse in merito agli effetti della talasso ed elioterapia sia all'edificazione di Ospizi e poi colonie marine in particolar modo sul mare Adriatico. (3) Nei primi decenni dell'Ottocento si osservò che nelle città il rachitismo era più frequente rispetto alle popolazioni che vivevano in campagna e si pensò che tale patologia potesse dipendere anche da una minor esposizione al sole, ulteriori studi ed esperienze, confermarono tale ipotesi. Si dovranno attendere, però, i primi anni del Novecento per scoprire la "vitamina D ed iniziare a conoscerne gli effetti. (4)

1) Bagni di mare, l'uso terapeutico e salutistico

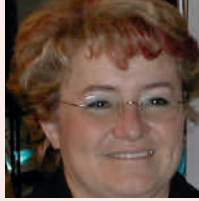
*di Maria Lucia De Nicolò
Museo della Marineria
W.Patrignani - Pesaro,
Tipolito la Pieve Villa
Verucchio 2023.*

2) De Balneis - Centro Culturale Polivalente Cattolica catalogo a cura di Maria Lucia De Nicolò,
Tipolito la Pieve Villa Verucchio 1995

3) Andare per colonie estive di Stefano Pivato
Ed. il Mulino, Bologna 2023

4) I modulatori fisiologici a cura di Umberto Cornelli Ed. Mediservice Cava Manara (PV) 2009





VINO E SALUTE

di Antonella Chiadini

PAROLE D'ORDINE: qualità e moderazione. Si parla anche di 'Vino e salute' nella mostra fotografica 'Tracce di Memoria. I Carri dell'Uva in Valconca negli anni Cinquanta' curata da Antonella Chiadini e Federica Foschi nelle sale polivalenti dell'Ex Asilo don Matteo del Monte' di Monte Colombo. Un territorio, quello comunale di Montescudo-Monte Colombo, che registra attualmente 95 ettari coltivati a vigneto (il 5% della superficie vitata provinciale che è pari a 1.767 ettari totali) con in testa il rosso Sangiovese (Doc dal 1967 nelle sue varietà novello, superiore, riserva) e il bianco Trebbiano (Doc dal 1973). Un'economia significativa che spiega l'antica tradizione di feste e sagre legate all'uva e al vino. Oltre 50 foto inedite raccontano tradizioni e cambiamenti sociali, dall'emancipazione femminile alle trasformazioni agricole e produttive dei nostri giorni. "Le foto sono il racconto per immagini dei carri allegorici che, nel 1957, parteciparono alle Feste dell'Uva in Valconca. Protagonista la gioventù di Monte Colombo e, in particolare, le ragazze classe 1934-'36, ambasciatrici con la loro genuina

bellezza di prodotti importanti. Non fu un fatto solo folkloristico - sottolinea Antonella Chiadini - ma l'espressione di una socialità vivace e coesa e di giovani proiettati verso l'istruzione, la modernità e l'emancipazione della donna".

La mostra rimarrà allestita fino al prossimo autunno ed è visitabile SOLO su appuntamento al 335 8472461.

facebook.com/events/710390611268052/710390634601383/?ref=newsfeed

37

Logo of the Municipality of Monte Colombo and other local institutions.

tracce di memoria

I CARRI DELL'UVA

Valconca Anni Cinquanta

Vecchie e nuove immagini che raccontano tradizioni e cambiamenti sociali: dall'emancipazione femminile alle trasformazioni agricole e produttive dei nostri giorni.

Sala Proloco "Ex Asilo Don Matteo del Monte" Monte Colombo (RN)

INAUGURAZIONE Sabato 6 aprile 2024 ore 17

L'iniziativa è promossa dall'Ass.ne ESSERCI APS nell'ambito del MONTEFELTRO GREEN FESTIVAL 2024 che ha come tema "NON SPRECARE. Fu allo spreco del cibo, delle cose, delle risorse, del tempo e della vita".

CON IL CONTRIBUTO DI

GRABO

VISITE SOLO SU PRENOTAZIONE AL 335 84 72 461

semiseria... mente



di Saverino La Placa

38

INDOVINELLO

Cosa si può vedere una volta in un "minuto", due volte in un "momento", ma mai in "cento anni"?

GIOCO CON NUMERI

MI SAPRESTE DIRE
"Qual è la superficie totale di una scatola cubica con un volume di 512 cm³?"

REBUS (13, 5)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello:

"La risposta è **"un libro"**. Un libro è lungo quanto un intero viaggio di lettura, ma non è un mezzo di trasporto. È un'opera d'arte scritta, non un quadro, e quando lo si legge, si entra in un mondo di silenzio e conforto".

Spiegazione del rebus:

"POLI" "ARTERITE" "NODO" "SA" (**Poliarterite nodosa**).

Spiegazione del gioco con numeri:

"**123**" Infatti ognuna di loro sarà invecchiata di 15 anni, ma essendo in tre il numero da aggiungere è $15 \times 3 = 45$. Quindi $78 + 45 = 123$.

variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 13 DICEMBRE 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. DI RIENZO Gianluca da Campobasso
dott. PACE Leonardo da Napoli

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. VALMAGGI Davide di Cervia

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. MASIER Vittorio cessata attività
dott. ZACCARIA Nicola cessata attività

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BIANCHI Iader di Rimini

Iscrizione REGISTRO MNC Omeopatia e Omotossicologia

dott.ssa MONTANARI Alice di Verucchio

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 GENNAIO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. GIAMPRINI Raffaele di Cattolica
dott.ssa IOLI Carolina di Santarcangelo di Romagna
dott.ssa LAZZARINI Francesca di San Giovanni in Marignano
dott.ssa MASI Cristina di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CARIBOTTI Carlo decesso 04.01.2024
dott. CORBUCCI VITOLO Giuseppe decesso 03.12.2023
dott. DE LUIGI GIOELE decesso 20.01.2024
dott. FABBRI Daniele cessata attività
dott. GASPARI Lazzaro cessata attività
dott. SANTINI Gabriele decesso 24.12.2023

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa CAMILLO Andressa di Rimini

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BARBIERI Maurizio cessata attività
dott. PARA Giorgio cessata attività
dott. SANTINI Gabriele decesso 24.12.2023
dott.ssa VALENTI Carla cessata attività

Iscrizione REGISTRO MNC Agopuntura:

dott.ssa MONTANI Martina di Morciano di Romagna

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 26 FEBBRAIO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ssa RUAN Daling di Rimini
dott. ssa TONI Lidia di Villa Verucchio

39

variazione agli albi

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa CATENA Selene di Verucchio

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa BUSINARO Francesca da Ferrara

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BALDUCCI Giuseppe per cessata attività
dott. BATTISTONI Giorgio per cessata attività
dott. BERTOZZI Ronaldo per morosità
dott. FANTINI Claudio trasferimento a BAT
dott. LUPO Francesco per cessata attività
dott. MARZALONI Mario Nereo
dott. MONTANARI Pier Paolo
dott. NOCCO Orazio Antonio

40

ISCRIZIONE STP:

IRIS S.r.l. STP di Rimini
SEMPRINI CESARI ODONTOIATRIA S.T.P. a R.L. di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 MARZO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CATALANO Matteo di Rimini
dott.ssa PALMIERI Irene di Rimini
dott.ssa PEZZELLA CASTELLANI Cecilia di Riccione
dott.ssa RICCARDI Sveva di Rimini
dott.ssa SANTONI Giulia di S. Giovanni in Marignano

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. ROSSETTI Andrea da Pescara

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa PRETELLI Alice trasferimento a Bologna

Cancellazione per mancato rinnovo Permesso di Soggiorno:

dott.ssa APURIL VELGARA Erika Solansh trasferimento in Svizzera

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 22 APRILE 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa LICCARDI Elisabetta di Riccione
dott.ssa PATRIGNANI Monica di S. Lorenzo in Correggiano

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ABBATI Francesca trasferimento a Bologna



Donne per la Salute

spazio ammi
donne per la salute



"VOCI DI DONNE TRA DIRITTO E POESIA" E NON SOLO...

di Giovanna Tommasini Grossi

AMMI - RIMINI "DONNE PER LA SALUTE" prosegue con slancio nella realizzazione di nuove iniziative ed eventi che rendono la sezione viva e partecipata.

Anche quest'anno, in occasione della **Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne**, abbiamo organizzato, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Rimini e della Provincia di Rimini, un incontro presso la Cineteca Comunale dal titolo "**Voci di Donne tra diritto e poesia**". Le letture della poetessa Sabrina Foschini si sono infatti intervallate con la conferenza della dottoressa Elisabetta Pillai che ci ha parlato di "**Violenza di genere: segni, segnali, reti e percorsi**". È nostra consuetudine celebrare questa giornata che ha come obiettivo quello di ricordare le vittime di maltrattamenti, abusi e femminicidi e per combattere le discriminazioni e le disuguaglianze di genere.

Ogni giorno in tutto il mondo ci sono donne che subiscono violenza. Nel mondo, 5 donne ogni ora vengono uccise. Nella maggior parte dei casi l'autore è un membro della loro famiglia. In Italia, nel 2023,

una ogni tre giorni.

L'uccisione della 22enne Giulia Cecchettin da parte dell'ex fidanzato, ha suscitato reazioni ovunque, portando in primo piano il tema della violenza contro le donne.

Sono oltre 100 le vittime di femminicidio in Italia nel 2023 e osservando anche i dati degli anni precedenti è evidente che il fenomeno sia tutt'altro che in calo,

41



tuttavia un passo in avanti è stato fatto: il Senato, a novembre 2023 ha approvato all'unanimità una nuova legge sul contrasto alla violenza nei confronti delle donne.

Una piccola conquista che tuttavia non è sufficiente a limitare efficacemente un fenomeno così grave. Si tratta di una sfida culturale, che certamente non si esaurisce con l'approvazione di una legge perché è necessario riconoscere che il fenomeno non è imputabile a casi isolati, dovuti a situazioni eccezionali, ma riguarda anche individui cosiddetti "normali". Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali e a tutti i ceti economici e culturali, quindi le cause vanno ricercate nel mancato riconoscimento dell'identità delle donne da parte degli uomini e nella non realizzata parità di diritti tra uomini e donne, nel negare alle donne possibilità di realizzarsi e di decidere secondo quanto ritengono sia meglio per

loro stesse. Per contrastare la violenza contro le donne serve un cambiamento culturale della società con interventi formativi rivolti soprattutto all'educazione nelle scuole, sul lavoro, negli spazi pubblici. Occorre affrontare con bambini, bambine e adolescenti i temi dell'educazione al rispetto, al dialogo e alla parità di genere sia dentro che fuori dalla scuola. Serve quindi una strategia a lungo termine per cambiare profondamente la nostra società, per dimenticare la cultura del possesso e dare vita alla cultura della libertà.

All'inizio del 2024 e precisamente il **29 gennaio**, abbiamo organizzato una visita guidata dal Professore e Storico dell'Arte Alessandro Giovanardi, agli straordinari **affreschi ritrovati** presso il Convento di Santa Croce a Villa Verucchio. Il Convento sorge sul luogo dove San Francesco d'Assisi, secondo la tradizione, avrebbe





43

piantato il bastone al quale si sorreggeva e da cui si sviluppò il gigantesco cipresso vecchio di oltre sette secoli e tuttora visibile nel chiostro. Ed è proprio all'interno di questo convento che ha avuto luogo la scoperta degli affreschi. Questo incredibile ritrovamento è avvenuto nel 2021: durante i lavori di restauro sopra al coro ligneo, guidati da Frate Federico, è stata scoperta un'antica pittura medievale del *Cristo in Pietà* custodita in una nicchia e con tutta probabilità opera del pittore medievale Pietro Da Rimini, esponente di spicco della scuola giottesca Riminese del Trecento. Successivamente con lo smontaggio del coro ligneo furono ritrovate, attorno alla nicchia, tracce di altre pitture che dovevano originariamente coprire completamente l'abside. Il professor Giovanardi, con maestria e competenza, ci ha guidato alla scoperta di questo tesoro rimasto occulto per molti secoli. Gli affreschi ritrovati costituiscono una meravigliosa e inattesa scoperta che arricchisce di nuove opere il Trecento Riminese.

E siamo arrivati all'11 febbraio, tempo di carnevale. Ci siamo inventate il "**Carnevale Solidale**" una serata in pizzeria con sorteggio a premi per donare il ricavato alla cooperativa sociale di Montetauro. In questo modo abbiamo unito un momento di festa, qual è il carnevale, con una azione solidale. Il Carnevale, con tutte le sue manifestazioni, è un concentrato di travestimenti, scherzi, burle, bizzarrie e cibi gustosi. Feste da ballo, sfilate allegoriche, cortei storici e riti ancestrali: ogni città ha un suo modo d'interpretare il Carnevale; in alcuni casi le tradizioni locali regalano eventi unici e suggestivi.



spazio ammi

E ora veniamo ad AMMI Nazionale, oltre al Concorso Letterario e a quello di **Medicina e Farmacologia di Genere** ora è stato istituito anche il Concorso Nazionale AMMI - "Donne per la Salute" sulla **Poesia**, in memoria della prof.ssa **Marinella Di Conza Russo**, già presidente nazionale dell'A.M.M.I. Il Concorso è giunto al suo secondo anno e ha come titolo: **"La poesia è la rivelazione dell'anima"**. Il premio è di 2.000

euro esclusivamente per il primo classificato. Al secondo e terzo classificato verrà consegnata una targa. La partecipazione al Concorso è gratuita ed è aperta: alle mogli, alle madri, alle figlie, alle compagne e alle vedove dei Medici, agli iscritti/e all'Ordine dei Biologi, all'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri, all'Ordine dei Farmacisti ed all'Ordine degli Psicologi.

44

“

La poesia è
la rivelazione dell'anima

”



ricordando i colleghi



GABRIELE SANTINI

(22 settembre 1953 – 24 dicembre 2023)



*SEI STATO UN MARITO,
UN BABBO ED
UN MEDICO DEGNO DI
ESSERE QUALIFICATO TALE.*

la moglie Claudia

45



corsi, convegni e attività culturali

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI

Save the date:

Domenica 29 settembre 2024 Grand Hotel di Rimini

46



ENPAM. LA PREVIDENZA: IERI, OGGI, DOMANI

Organizzato dal nostro Ordine presso l'Hotel Aria di Rimini si è tenuto il 23 marzo 2024 il convegno "ENPAM. LA PREVIDENZA: IERI, OGGI, DOMANI". Un appuntamento che ha ripreso il suo tradizionale svolgimento anno scorso dopo alcuni anni di sospensione a causa della pandemia di Sars Cov2. Un appuntamento in cui i vertici dell'ente pensionistico fanno il «punto» della situazione e i colleghi possono approfittare della presenza di funzionari dell'ente per verificare lo stato della propria posizione pensionistica. Il dr Alberto Oliveti – Presidente Fondazione E.N.P.A.M. ha tenuto la relazione

"Il futuro della professione e della previdenza" mentre il dr. Giovanni Pietro Malagnino – Vice Presidente Fondazione E.N.P.A.M. - ha parlato di "Novità' in previdenza e assistenza".




S

e considero il tempo che ci vuole

Se considero
il tempo che ci vuole
per leggere un verso
come questo
(e io - lo sai - detesto
tirla per le lunghe)
dirò con due parole
il succo della storia.
E mentre tu ridevi
ho scritto quattro frasi
molto brevi.
Ma in tutti e quattro i casi
le ho scordate.
E leggi solo
quello che rimane
di un'estate
da poco:
il pane quotidiano,
una preghiera,
un giro in bicicletta
sulla Luna,
una speranza illusa,
una medusa

nuotando,
un quando
senza il dove,
l'enorme leviatano,
una sfera di fuoco,
una mano
di carte,
la moto
che non parte
e tu
che mi saluti
dal tuo treno...
che meno di così
non ha più senso.
Un verso lungo
va troppo distante:
un solo ciao d'asporto -
freddo oramai -
sai che ti penso,
forse non lo sai.



Il posto della medicina
è tra le correnti della vita,
non sulla riva

(Renè Sand 1877-1953)