

# il Notiziario

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



anno XXVII numero 4  
ottobre-dicembre 2025

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70% - C/AV/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 XXVII, Numero 4**  
**ottobre-dicembre 2025**

**Direttore responsabile:** dott. Marco Grassi

**Segretaria di redazione:** Valentina Aureli

**Redazione:** dott.ssa Laura Baffoni, dott. Mario Bartolomei, dott.ssa Loreley Bianconi, dott.ssa Nunzia Boccaforno, dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Sante Enrico Cogliandro, dott. Fabio Cortellini, dott. Pierpaolo De Ciantis, dott. Maurizio Della Marchina, dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa, dott.ssa Chiara Pesci, Dott. Andrea Santarelli

**Contributi a questo numero da:**

dott. Mario Agostini – presidente Federspev Sezione di Rimini

dott. Marco Magi – coordinatore Commisisona Fragilità Sanitaria Omceo Rimini

prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione di Rimini

**Referenze iconografiche:**

pag. 8-10 Archivio Ordine dei Medici

pag. 20 foto dell'autore

pag. 30-34 dal web

pag.35-39 foto dell'autore

pag. 43 Archivio FEDERSPEV

pag. 45-46 dal web

**In copertina:**

Archivio Ordine dei Medici

**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

# 4/2025

## sommario

- 4 Editoriale**  
di Maurizio Grossi
- 6 Il punto redazionale**  
di Marco Grassi
- 8 Vita dell'ordine**  
**GIORNATA DEL MEDICO  
E DELL'ODONTOIATRA**  
di Marco Grassi
- 11 OMCEO DI RIMINI, NASCE LA  
"COMMISSIONE FRAGILITÀ  
SANITARIA"**  
di Marco Magi
- 18 UN ANNO DA REVISORE DEI CONTI  
SUPPLENTE: RIFLESSIONI SU  
UN'ESPERIENZA DI CRESCITA  
PROFESSIONALE E ASSOCIATIVA**  
di Pierpaolo De Ciantis
- 20 Storia della medicina**  
**MOSTRA ADALBERTO PAZZINI  
(1898-1975).  
LA REINVENZIONE DELLA STORIA  
TRA VERUCCHIO E ROMA**  
di Marco Grassi
- 23 Medicina di genere**  
**FOCUS ON**  
di Laura Baffoni
- 30 Medici e padelle**  
**CHI BEVE BIRRA...**  
di Maurizio Della Marchina
- 35 Recensioni**  
**PALAZZO DEI DIAMANTI  
DI FERRARA: MOSTRA  
"CHAGALL, TESTIMONE DEL SUO  
TEMPO"**  
di Marco Grassi
- 40 Semiseria... mente**  
**INDOVINELLO - REBUS  
GIOCO CON NUMERI**  
di Saverino La Placa
- 43 Spazio FEDER.SP.eV.**  
**FOTO DEL 59° CONGRESSO  
NAZIONALE FEDERSPeV  
PREVIDENZA, SANITÀ, ASSISTENZA:  
"AGENDA URGENTE PER IL PAESE,  
TRA DISEGUAGLIANZE E MANCATE  
TUTELE"**
- 44 Spazio ammi**  
**TRA SCIENZA, EMPATIA E  
SOLIDARIETÀ: L'IMPEGNO DELLE  
DONNE  
DI AMMI - RIMINI**  
di Giovanna Tommasini Grossi
- 46 Variazione agli albi**
- 48 Ricordando i colleghi**
- 50 Corsi, convegni e  
attività culturali**



## XVI GIORNATA DEL MEDICO E ODONTOIATRA

di Maurizio Grossi

4

**A**UTORITÀ, Gentili Signore e Signori, care colleghe e colleghi Grazie per la vostra presenza. Grazie al professor Gabriele Bronzetti, cardiologo della Università di Bologna nonché scrittore e divulgatore scientifico che ci parlerà sulla "Anatomia dell'attimo fuggente". Grazie per aver accettato di condividere le emozioni di questa giornata dal forte significato simbolico.

Oggi festeggiamo medici e odontoiatri neo laureati che pronunceranno il giuramento professionale e medici che hanno raggiunto i 50 e 60 anni di professione. La presenza dei giovani e dei colleghi meno giovani ha il significato del passaggio del testimone. La professione medica si basa sul passaggio delle conoscenze e delle esperienze, sul passaggio intergenerazionale di scienza ed etica; queste sono le due discipline sulle quali si fonda la professione medica e odontoiatrica. Ma cosa è oggi la professione medica? Rispondo dicendo che è una professione bella, forse la più bella. Una professione che si fonda sull'aiuto, sulla cura.

In questo senso far parte dell'ordine professionale significa innanzi tutto impegnarsi a rispettare i principi etici sui quali da migliaia di anni si basa la

medicina. La medicina, e qui intendo anche la odontoiatria, sono due professioni che hanno in comune lo stesso codice deontologico quindi gli stessi principi etici.

La medicina fa parte della società, la influenza e ne è influenzata. È permeata dalle attese e dalle aspettative dei cittadini che a volte sono molto al di fuori di un realismo pratico e concreto. Le domande dei nostri pazienti risentono della eco mediatica, delle notizie carpite in rete; ma sono anche domande e richieste di speranza e di presa in carico a cui non possiamo, non vogliamo e non dobbiamo sottrarci. Stiamo attraversando un momento molto difficile nella gestione della salute pubblica e nella relazione con i nostri assistiti. E non sto ad elencarvi le criticità: sanità defanziata, difficoltà nell'arruolamento di medici negli ospedali e sul territorio, violenza nei confronti dei sanitari e dei medici. Sono ancora accesi i dibattiti sulle medicine non convenzionali, sulla utilità e sicurezza dei vaccini. Sappiamo che non esistono verità assolute e che ogni verità scientifica è tale perché può essere confutata. Ecco perché, giovani colleghe e colleghi vi invito ad avere sempre un po' di sano scetticismo per essere sicuri delle vostre scelte, a sviluppare un senso critico che è alla base della evoluzione del pensiero. Ma vi dico anche: non illudetevi di

spiegare tutto con la scienza. Le persone che si rivolgono a voi non sono solo aggregati di cellule e organi. È necessario andare oltre a questo riduzionismo scientifico, andare oltre perché di fronte a voi avrete donne, uomini, con bisogni, idee, paure. Non semplici organi.

Dobbiamo impedire che la persona malata sia vista come una "macchina da riparare"; la difesa della dimensione personale del malato è essenziale per l'umanizzazione della medicina. Dobbiamo quindi lavorare ed impegnarci molto sulla relazione di cura, sull'ascolto, sulla condivisione.

Ricordatevi che i nostri pazienti ci perdonano se sbagliamo, ma non ci perdonano se non entriamo in sintonia con loro, se veniamo a meno al patto di cura su cui si fonda l'atto medico, cioè se contravveniamo alla fiducia della relazione. Quando si parla di "dottore", questa è la comune definizione del medico, dottoressa, dottore, la maggior parte delle persone pensa a qualcuno che diagnostica, prescrive farmaci e cura malattie. Ma il ruolo del dottore è molto più profondo.

I dottori sono coloro che offrono speranza quando le cose sembrano incerte, calmano le ansie durante le emergenze, rimangono fermi, al loro posto, durante le crisi sanitarie, le pandemie, i disastri, e la prova la si è avuta durante il covid, il dottore è colui che lavora nei fine settimana, di notte, nei giorni festivi in modo che gli altri possano essere tranquilli. Poi dobbiamo difendere la libertà dell'agire medico. È questo è uno dei compiti dell'Ordine professionale. Il nostro ruolo non può essere ridotto a semplici esecutori delle volontà del malato o sottostare alle esigenze economiche e aziendalistiche delle AUSL. Dovete però ricordare sempre che avete una grande responsabilità verso le persone che abitano il

nostro Paese: se vogliamo che tutti possano accedere alle cure indipendentemente dalla capacità economica dovremo anche ricordarci di usare in modo appropriato le risorse che ci vengono messe a disposizione. In questo impegno, previsto anche nel nostro codice deontologico, dovremo essere perseveranti quanto in quello scientifico. Poi ricordatevi che la vostra futura vita professionale vi darà tante soddisfazioni, ma vi chiederà inesorabilmente anche tanti sacrifici. Ricordate che fare il medico è un privilegio che porta con sé un pesante carico di responsabilità. La più grande responsabilità è verso la persona che avete di fronte: il soggetto del vostro lavoro è Lui, con le sue debolezze e la sua forza. Rispettatene sempre la dignità e la indipendenza.

Infine continuate a studiare, ad aggiornarvi. Un medico non aggiornato in pochi anni è "fuori gioco".

Siate sempre pronti a modificare convinzioni e comportamenti. Ogni vostro atto faccia sempre riferimento al metodo scientifico. Non fatevi ammaliare dalle suggestioni, dai facili guadagni. Non siate portatori di idee contro le evidenze scientifiche.

E ricordatevi che non siete e non sarete mai soli, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri sarà sempre al vostro fianco. Per consigli, chiarimenti, confronto, conforto. Fra poco, dopo il giuramento, sfilerete sul palco e sarete presentati alla Città ed entrerete a pieno titolo nella grande comunità medica. Siate orgogliosi di farne parte e onorate la professione medica dimostrando integrità, impegno e professionalità nel vostro agire quotidiano.

*Buone cose a tutti*

*(Tratto dal discorso tenuto in occasione della Giornata del Medico e dell'Odontoiatra.)*

# il punto redazionale



di Marco Grassi

6

**C**ARE COLLEGHE, CARI COLLEGHI, con questo numero del Notiziario si chiude l'anno 2025. L'ultimo numero dell'anno di un

periodico è un fascicolo che conclude l'annata editoriale e solitamente contiene una rassegna dei principali eventi dell'anno e traccia prospettive e auspici per il futuro. Il futuro sono i giovani e l'**Editoriale** di Maurizio Grossi - la prolusione tenuta alla Giornata del Medico e Odontoiatra che ogni anno introduce i giovani medici alla professione e festeggia i decani che passano il testimone delle loro conoscenze - è rivolto soprattutto ai neolaureati che si avviano alla professione in tempi, oggettivamente, difficili.

**Vita dell'Ordine** offre una ulteriore panoramica della Giornata nei suoi momenti salienti e più significativi. La rubrica è particolarmente corposa in questo numero a testimonianza del lavoro svolto nell'anno che sta per terminare. Pierpaolo De Ciantis - revisore dei conti supplente alla prima esperienza ordinistica - nel suo articolo-riflessione evidenzia «quanto lavoro, spirito di servizio

e visione strategica caratterizzino l'impegno quotidiano dell'Ordine» così come dietro attività apparentemente scontate e dovute «che come medici percepiamo solo nella loro fase finale - la formazione, il supporto deontologico, la tutela della professione, le attività culturali e di aggiornamento - richiedono invece un'intensa attività organizzativa». Fra i principali eventi di quest'anno di cui il nostro Ordine si è fatto promotore va segnalata la nascita della "Commissione Fragilità Sanitaria" coordinata da Marco Magi, già consigliere di questo Ordine. La fragilità sanitaria è una condizione di vulnerabilità fisica, psichica e sociale che aumenta il rischio di esiti negativi per la salute, come disabilità o morte, anche a fronte di stress minori. Un tema cui abbiamo già dedicato articoli ma con la nascita della Commissione l'Ordine intende andare oltre la «divulgazione» e porsi proattivamente per «favorire la crescita professionale, culturale/educativa, umana e Deontologica per tutti gli iscritti, ma soprattutto elevi la Persona con disabilità, il soggetto fragile, a quella dignità che ogni società civile auspica». Sempre nell'ambito delle attività

dell'Ordine questo numero recensisce la mostra "Adalberto Pazzini (1898-1975).

La reinvenzione della storia tra Verucchio e Roma" che ha avuto il fattivo sostegno dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini e della **Scuola di Storia della medicina** il cui direttore, Stefano De Carolis, è stato uno dei curatori.

Il sesso ed il genere possono influenzare lo stile di vita e possono portare a effetti differenziati sul rischio cardiovascolare (CV) e sulla salute, ma nello stesso tempo possono influenzare l'accesso, il coinvolgimento e l'adesione alle linee guida sullo stile di vita, e anche questo può modificare il rischio CV.

La review di **Medicina di genere**, curata da Laura Baffoni, analizza i principali elementi costitutivi dello stile di vita: la nutrizione, l'attività fisica, il sonno, lo stress, il fumo e l'alcool. L'alcool, sotto forma di birra, è anche argomento di **Medici e Padelle**. Maurizio della Marchina ci erudisce su storia, caratteristiche, processi di produzione di una delle bevande alcoliche più antiche, addirittura vecchia di 7000 anni: chi l'avrebbe mai detto?

La vicinanza con Ferrara offre l'occasione di visitare la mostra al Palazzo dei Diamanti dedicata a Marc Chagall, uno dei maestri più significativi del '900. **Recensioni** fornisce un «bignamino» dell'universo poetico dell'artista russo naturalizzato francese. «La mostra "Chagall, testimone del suo tempo" rappresenta un'occasione imperdibile per esplorare l'eredità di un artista che ha saputo, con il suo talento unico,

dare voce alle complesse sfide dell'esistenza umana, invitandoci a riflettere sull'importanza dell'arte come strumento di connessione e di dialogo.» **Semiserialmente** di Saverino La Placa ci sottopone anche in questo numero i suoi giochi matematici, indovinelli e rebus mentre Luigi Casadei trova spazio in **Medici ma non solo** con le sue sempre «caustiche» vignette.

Nello **Spazio AMMI** Giovanna Tommasini Grossi ricapitola le numerose iniziative promosse dall'Associazione, in particolare riflettendo sul tema nazionale AMMI 2025, "Empatia, ascolto e comunicazione: la relazione medico e paziente al tempo dell'intelligenza artificiale".

Lo **Spazio FEDerspev** festeggia il 59° CONGRESSO NAZIONALE FEDERSPEV PREVIDENZA, SANITÀ, ASSISTENZA: "Agenda urgente per il Paese, tra diseguaglianze e mancate tutele" tenutosi a Riccione lo scorso settembre. Infine, Antonella Chiadini **Ricordando i colleghi** tratteggia la figura di Maria Luisa Scoccianti pediatra, specialista in psicologia medica: una pioniera, un solido e autorevolissimo pilastro punto di riferimento nel campo della psicologia dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile. Ai familiari vanno le nostre più sentite condoglianze.

*Nell'imminenza del Natale il Comitato di Redazione e il Consiglio dell'Ordine porgono a tutte le colleghe, colleghi e familiari i migliori Auguri di buone feste con l'auspicio che il Santo Natale rappresenti un momento di riflessione e di speranza.*



## GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

di Marco Grassi

8

**D**OMENICA 28 SETTEMBRE, nella cornice del Grand Hotel di Rimini, si è svolta la 16esima Giornata del medico e dell'odontoiatra, annuale cerimonia organizzata dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Rimini con la partecipazione delle Autorità cittadine e di un sempre numeroso pubblico. Settantatré giovani medici e odontoiatri neo-laureati (66 medici e 7 odontoiatri) hanno fatto il solenne giuramento professionale con il quale entreranno di fatto nel mondo della sanità, l'evento è stato anche un'occasione per riunire l'entusiasmo e la «freschezza» dei neolaureati e la saggezza di coloro che sono nella professione da 50 e 60 anni (28 decani).

### SFIDE E VALORI DELLA PROFESSIONE

Il presidente dell'Ordine, nel suo saluto inaugurale, ha sottolineato le nuove sfide poste dalla complessa situazione sanitaria attuale.

Ha richiamato i giovani al senso di responsabilità e alla deontologia, ma anche alla libertà e alla speranza. La professione è faticosa e richiede sacrifici, ma promette grandi soddisfazioni, enfatizzando la **componente umanistica e artistica della medicina**.

La medicina è oggi definita come una situazione complessa, non complicata. Di fronte alle immense aspettative generate dall'evoluzione scientifica, il medico deve mantenere la capacità di **guardare negli occhi la persona, di ascoltarla e di non stancarsi mai di ascoltare**, poiché l'ascolto è fondamentale per



la diagnosi, spesso più efficace di risonanze magnetiche o TAC. È stato ribadito che i medici devono essere liberi nella loro professione liberale, liberi da vincoli, specialmente quelli imposti talvolta dalla politica o dall'amministrazione, per poter curare i malati al meglio delle loro conoscenze e senza troppe restrizioni.

### IL CONCETTO DI CURA

«La sanità deve dare speranza. L'obiettivo del medico è guarire quando possibile, ma quando non si può, l'obiettivo è **curare**. La cura è diversa dalla guarigione e significa farsi carico dell'altra persona, condividendo percorsi anche difficili o di fine vita.» Ha concluso il presidente dell'Ordine cedendo la parola al cardiologo Gabriele Bronzetti, che nella sua lezione magistrale ricca di rimandi all'arte e al cinema (compreso quello felliniano), ha messo al centro della riflessione l'ascolto, la passione e la capacità di vedere ogni paziente nella sua unicità. Ha evidenziato che, sebbene l'incontro con il paziente possa essere "un attimo fuggente", in quel momento si può fare la differenza tra vita e morte, o tra depressione e speranza.

### TECNOLOGIA E UMANITÀ

Bronzetti e il presidente Maurizio Grossi hanno concordato sui valori fondamentali come l'ascolto e la passione. È stato citato il Vangelo di Emmaus come augurio, suggerendo che il medico può incontrare un paziente che cerca di "risorgere" e deve saperlo notare non solo dalle parole, ma dai piccoli gesti, come il modo in cui tiene le mani o piega la testa. Con l'avanzamento dell'intelligenza artificiale (AI), che toglierà l'aggravio delle diagnosi più meccaniche, il tempo risparmiato dovrà essere utilizzato per guardare negli occhi il paziente e aprire le orecchie. È considerata **l'immagine più deteriore della medicina** quella del medico chino sul computer che non guarda il paziente.

### IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA SANITARIO

Nell'ultimo decennio, la sanità ha visto un passaggio **dalla cura della malattia alla cura della persona**. Questo approccio più ampio implica prendere in carico l'individuo con la sua malattia, le sue relazioni, la famiglia e il contesto, un supporto che, in particolare per i più fragili, cura anche meglio la malattia stessa. Questo cambiamento richiede l'attenzione non solo del medico,



# vita dell'ordine

ma di tutto il contesto e della comunità. La comunità deve rendersi più consapevole della propria funzione, non delegando completamente la cura al medico, ma assumendosi la responsabilità della prevenzione e della promozione degli stili di vita.

## LE NUOVE GENERAZIONI E I DECANI

Per i neo-medici e i neo-odontoiatri, la lettura del giuramento e l'accoglienza sono stati momenti di profondo valore.

I giovani hanno espresso l'auspicio di essere all'altezza dell'impegno richiesto, nonostante le difficoltà legate alle risorse limitate e i molti ostacoli imposti dalla burocrazia, accogliendo l'invito di essere attenti alla persona, non vedendola solo come numeri o dati clinici.

I decani, festeggiati per i 50 e 60 anni di laurea hanno condiviso la loro emozione e l'orgoglio per il percorso compiuto.

Hanno notato l'entusiasmo dei giovani ma anche quanto il mondo sia cambiato, mettendo in guardia sul fatto che la professione medica non è burocrazia, numeri e dati ma è

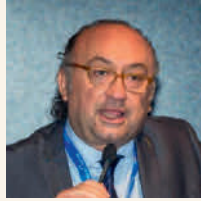
È stato ribadito che i medici devono essere liberi nella loro professione liberale, liberi da vincoli, specialmente quelli imposti talvolta dalla politica o dall'amministrazione, per poter curare i malati al meglio delle loro conoscenze e senza troppe restrizioni.

essenziale mantenere un "fuoco dentro" che permetta di superare la stanchezza che l'arduo impegno professionale può provocare. L'incontro ha dato la certezza che la professione ha un futuro, poiché i giovani sono coloro che cureranno le generazioni future.

Marco Grassi

# 10





## OMCeO DI RIMINI, NASCE LA "COMMISSIONE FRAGILITÀ SANITARIA".

di Marco Magi

## I NDEX

- *Premessa*
- *Introduzione*
- *Nasce un'esigenza educativa*
- *Considerazioni Deontologiche*
- *Esigenza di una Commissione Fragilità Sanitaria*
- *Proposte operative*
- *Conclusioni*

### PREMESSA

**La Salute (sancito dall'ONU, dalla Costituzione Italiana, dal Codice di Deontologia Medica) è un diritto per tutti. Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Rimini, nella seduta del 29 gennaio 2025, ha deliberato l'istituzione della "Commissione Fragilità Sanitaria".**

In questo inizio di millennio i nostri studi medici, pubblici e privati, sono permeati di fragilità sanitaria. Ogni nostro Incontro Scientifico rappresenta un passo di un cammino, una continuità di lavoro, di confronto interpersonale e di ricerca clinica tesa a migliorare le condizioni di salute e di vita dei nostri pazienti, non solo verso la popolazione in generale.

I nostri obiettivi sono legati, di conseguenza, all'approfondimento e alla maggior comprensione della FRAGILITÀ SANITARIA dove la parola chiave è stata rappresentata dalla CONOSCENZA.

La conoscenza è, per ogni medico e i suoi collaboratori, un requisito fondamentale per lo svolgimento della propria professione volto ad esercitare con scienza, coscienza, dignità e indipendenza senza alcuna discriminazione verso alcun paziente.

A maggior ragione quando si parla di Persona con disabilità, di soggetto fragile!

Infatti, non ci si può relazionare sulla fragilità se non c'è conoscenza del problema.

### Ma chi è la Persona fragile, con quali criteri definiamo un paziente fragile?

Questa domanda riteniamo sia la condizione propedeutica all'argomento stesso. Consideriamo fragile, in ambito sanitario, *quel paziente che, per deficit psico-fisici e/o sensoriali o per psico-patologie presenti, crei difficoltà nell'approccio e nell'operatività, di conseguenza la visita e/o la terapia richiedono un approccio e modalità appropriate al grado di collaborazione e autonomia del paziente.*

Questa definizione l'abbiamo scritta sia nelle Raccomandazioni Cliniche del Ministero della Salute in Odontoiatria Speciale (2017) e sia nelle "Indicazioni per la presa in carico del paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche" (Ministero della Salute 2019). Inoltre, l'abbiamo pubblicata nel Manuale di Odontoiatria Speciale SIOH, edito EDRA nel 2019.

Un'altra risposta viene anche dall'Articolo 32 del Codice di Deontologia Medica (2016).  
*... persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità della vita.*  
Sicuramente, a mio modesto parere, ritengo anche che ogni Medico (in scienza e coscienza) possa riconoscere una Persona fragile e valutare lo stato di salute al fine di conoscere e migliorarne lo stato clinico, la sua qualità della vita.

La CONOSCENZA è un percorso formativo a cui ogni medico non può esimersi (*Art. 19 del Codice di Deontologia Medica, Aggiornamento e Formazione permanente*). Nel soggetto fragile cambia l'approccio psicologico, la comunicazione, l'accoglienza, l'ascolto. la Relazione di cura e la cura della relazione (*Art. 20 del Codice di Deontologia Medica, Relazione di cura*). Ogni essere è unico e irripetibile, a maggior ragione quando si parla di fragilità, di conseguenza dobbiamo personalizzare le cure ed avere un grande attenzione ai bisogni del paziente in un pieno concetto di **uguaglianza e di equità** in funzione della collaborazione e autonomia del paziente stesso nella sua complessità e comorbidità. Per sviluppare **integrazione e inclusione**

(sociale e sanitaria) si devono ridurre i pregiudizi, (effetto alone e pigmalione) dobbiamo "formare e far conoscere" partendo proprio dalla conoscenza della Persona, a maggior ragione quando si parla di Persone con disabilità, di soggetti fragili. Inoltre, in ogni prestazione sanitaria riteniamo fondamentale lavorare anche sulla **PREVENZIONE PRIMARIA. Prevenire significa Educare alla Salute!**

*Basilare è riconoscere la Prevenzione come una cura sanitaria essenziale e primaria con fisiologica riduzione di costi economici, biologici ed emotivi.* Nella prevenzione assumono un ruolo primario i **caregivers/famiglia**: quasi tre milioni di persone, in larga parte donne e soprattutto mamme. La famiglia del soggetto con fragilità è un tramite fondamentale, in quanto è un osservatore privilegiato.

## INTRODUZIONE

In ambito medico si definisce "Paziente Speciale" quel soggetto che nell'operatività terapeutica richiede tempi e modi diversi da quelli di routine. Scopo della Medicina, in tutte le sue branche, è di consentire a tale tipologia di paziente di essere curato, compatibilmente con il quadro clinico e il grado di collaborazione, in maniera paragonabile per efficacia e qualità al resto della popolazione, tenendo presente che il paziente può, nel tempo, modificare il suo grado di collaborazione e/o autonomia. Fondamentale è identificare i pazienti a maggiore rischio; tale rischio può essere direttamente collegato alla patologia di base, o alle terapie farmacologiche in atto, o alle difficoltà a mantenere una corretta alimentazione e igiene domiciliare, ma anche alla scarsa collaborazione e compliance per le cure e la

prevenzione.

Nell'ultimo secolo, a parità di condizioni medico-sociali, la vita media delle persone con disabilità è circa triplicata rispetto al resto della popolazione che è raddoppiata. Questo è dovuto senza dubbio alla precoce riabilitazione, all'inserimento nella scuola e fondamentale per il successo dell'integrazione è il ruolo di tramite tra ambiente affettivo e società che la famiglia oggi rappresenta.

Inoltre, non dimentichiamoci che le cure mediche appropriate, la prevenzione di alcune specifiche patologie e la chirurgia in generale hanno notevolmente migliorato la sopravvivenza nei primi anni di vita, permettendo il riconoscimento precoce di condizioni cliniche che influenzerebbero negativamente lo sviluppo fisico e mentale.

Registriamo una migliore qualità della vita, migliore sviluppo delle autonomie, migliore inserimento e integrazione nella società e soprattutto una migliore consapevolezza del sé, sentirsi persona, vivere una realtà. Un Io sociale ridotto conduce ad una vita di relazione minima e il ritardo psico-motorio o il deficit cognitivo presenti si esasperano in un feedback negativo.

Molta letteratura non è più aggiornata in quanto non è cambiata la Persona con disabilità, il soggetto fragile, sono cambiate le condizioni educative.

Rousseau ci ricorda: "Tutto quello che non abbiamo dalla nascita e di cui abbiamo bisogno da grandi ci è dato dall'educazione". Esiste un'evoluzione biologica in un contesto di interazione gene-ambiente (epigenetica) su una base che ci è stata donata. Roose nel 1979 scriveva in merito: "E' sicuro ormai che genetica ed ambiente sono due

fattori fra loro strettamente connessi in quanto il cervello dell'uomo è programmato per la plasticità, programmato per essere in contatto dinamico con l'ambiente e quindi predisposto a questa continua osmosi con le esperienze ambientali." Uno studio medico può rappresentare una sicura esperienza ambientale volta al miglioramento estetico/funzionale, ma può partecipare ed essere protagonista di un ruolo educativo proprio per il rapporto fra medico e paziente nel desiderio di relazione. L'autenticità ed il valore della conoscenza si può individuare, pertanto, nella qualità del rapporto tra un "io" ed un "altro". Una persona con disabilità necessita di un coinvolgimento più ampio.

#### **NASCE UN'ESIGENZA EDUCATIVA.**

Abbiamo già affermato che ogni persona rappresenta l'espressione di un percorso evolutivo genetico ed ambientale.

Giustiniano affermava. "Non è molto utile conoscere la legge, se non si sa nulla delle persone per le quali la legge esiste."

Pier Luigi Lenzi scrive: "Che cosa c'è oltre le diversità? C'è la comune appartenenza all'umanità, il comune possesso della dignità di persona umana. A questa dignità occorre guardare, quando si entra in rapporto con qualunque diversità."

Locke affermava che alla nascita la mente è vuota, priva di qualsivoglia contenuto e tutta la conoscenza nasce dall'esperienza del mondo esterno e dalla riflessione interiore. Personalmente ritengo che l'uomo nasce come Essere unico e irripetibile.

Un medico, il padre, la madre, il tutore educativo, l'associazionismo in generale, devono far parte di

quell'avventura che è la "realtà della vita".

Il disastro educativo nasce dall'incertezza affettiva: lo avverte un figlio, lo avverte un nostro paziente.

Esempio. Uno stereotipo sulla sindrome di Down vuole questi ragazzi socievoli, affettuosi, simpatici che promuovono atteggiamenti protettivi nei loro confronti da parte di alcuni genitori, ma più in generale di tutto l'ambiente.

Questo si traduce in un'infantilizzazione con il rischio di non farli crescere mai.

La paura del tempo che passa!!!

La persona che resta bambino può essere accolto: nella Persona adulta con disabilità si attivano angosce che vanno dal lavoro, ad una sessualità che appare misteriosa, a disturbi comportamentali ed altro ancora. Persona, aggiungo, che non deve essere considerata solo in quanto Persona o in base alla sua condizione, **ma in base al suo genere.**

In una condizione socioculturale ed educativa il percorso di un bambino o di una bambina propongono binari chiari e ben distinti; parallelamente, ma spesso diversamente, il processo di costruzione dell'identità dei bambini e delle bambine con disabilità è particolarmente complesso...

Nella Persona con disabilità (spesso, nell'immaginario collettivo) l'identità di genere scompare.

La de-sessualizzazione è trasversale sia nei maschi come de-mascolinizzazione e sia nelle femmine come de-femminilizzazione. Esiste, inoltre, una tendenza a infantilizzare le persone con disabilità con un tono di voce che si usa con i bimbi piccoli, oppure ci si rapporta solo con la persona che le ha accompagnate. Si considera una persona con

disabilità, ma non bimbo o bimba, ragazzo o ragazza, uomo o donna... donne e uomini con disabilità vengono considerate, purtroppo a volte, persone asexuate a cui viene negata una sessualità.

In buona sostanza, descrivere la Persona nella sua complessità, nella sua fragilità e capacità, nelle sue interazioni con i diversi ambienti di vita, nel suo genere.

Ognuno ha, nel proprio ruolo, un compito educativo nello sviluppo evolutivo di ogni paziente/Persona sul quale deontologicamente, come Medici, non possiamo esimerci. Detto questo, che ritengo una riflessione importante, nella psicopatologia non bisogna assolutamente standardizzare né le diagnosi, né le terapie, ma come dico sempre riconoscere l'individualità di ogni singola persona, di ogni singola famiglia per potersi avvicinare in modo umano e professionale.

Ricordiamo sempre che **la prima visita è un atto medico** a cui dobbiamo dedicare tempo, a maggior ragione quando si parla di Persona con disabilità, di soggetto fragile, e la

Legge 219/2017 Articolo 1 al comma 8 recita: *«Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura».*

Di conseguenza, anche il modello di cura deve essere centrato sul paziente non sulla malattia.

E quindi, educazione come legame, partecipando alle sue esperienze, dando motivazione e desiderio e il desiderio di Essere e di essere felici è alla radice del cuore di ogni uomo. Occorre una tensione. Una motivazione alla vita, una motivazione alla realtà. Occorrono modelli che propongono, ad ogni uomo, il desiderio ed il

piacere di esistere che esprimano la gioia di essere persona in una realtà presente.

Sant'Agostino in merito ci ricorda:

"Nel Mistero del tempo tutta la percezione umana si radica nell'esperienza del presente".

Winnicott scrive: "Un bambino da solo non esiste", aggiungiamo anche che un Medico da solo non esiste!

E quindi sottolineiamo ancora che non si può amare quello che non c'è, il nulla è vinto solo dall'Essere.

Greenspan sottolinea che la chiave dell'intelligenza e dello sviluppo mentale sta nelle relazioni e nelle esperienze emotive del rapporto umano e non rappresentate da capacità isolate come quella di inserire un perno in un foro o di trovare una pallina, e aggiunge:

"In realtà sono le emozioni, e non la stimolazione cognitiva, a determinare l'architettura della mente."

L'uomo opera e costruisce partendo da una propria identità, quell'identità che si riconosce a tante associazioni scientifiche o di volontariato nel loro operato quotidiano.

Platone in merito: "Solo chi ama si pone in una condizione di ricerca".

## CONSIDERAZIONI DEONTOLOGICHE

Ricordiamo che, la salute del cittadino è protetta dall'Art. 32 della Costituzione Italiana, dall'Art. 32 del Codice di Deontologia Medica e, ultimamente, anche la Corte di Giustizia Europea del 4 maggio 2017 si è espressa raccomandando agli Ordini di controllare - attraverso l'informazione sanitaria - la tutela della salute del paziente.

*La Formazione e l'aggiornamento permanente, a cui siamo tutti chiamati come Medici è sancita dall'Art. 19 del Codice di Deontologia Medica.*

Formarsi e aggiornarsi significa interporci favorevolmente con i nostri Pazienti Speciali nella Relazione di cura dove il valore della Persona Umana è mirabilmente descritto nella Relazione di Cura dell'Art. 20 del Codice di Deontologia Medica.

*Prevenire significa educare alla salute, soprattutto quando si parla di persone con disabilità.*

*L'Educazione (educere) richiama un rapporto umano e una responsabilità (abili a dare una risposta) verso i soggetti fragili a cui il Medico non può esimersi:*

**RIAPPROPRIAMOCI DEL NOSTRO RUOLO CENTRALE DI MEDICO!**

Se vogliamo mettere al centro il paziente (prima di protocolli, Raccomandazioni e Linee Guida) dobbiamo formare gli operatori sanitari e i familiari/caregivers nella conoscenza della disabilità e nella conoscenza della persona con disabilità.

La FRAGILITA' SANITARIA sarà una delle principali discipline del futuro, cominciando proprio dalla Prevenzione!

*La Prevenzione, infatti, rievoca l'importanza dell'atto della prima visita, dove comincia la nostra Relazione di cura e la cura della relazione con il paziente, con i suoi familiari e/o caregivers. E' qui che dovremo usare le tecniche di approccio e comunicazione più adatte ad ogni singolo soggetto, a maggior ragione quando si parla di persone con disabilità: considerando sempre la loro complessità, la loro eventuale comorbilità (importanza della Formazione).*

*Il nostro ruolo come Medici è, e sarà, guidare sempre il paziente fragile, e i suoi familiari, verso un'efficace Prevenzione, non ultimo riducendo (ove possibile) anche il numero di tanti pazienti che hanno nell'anestesia generale l'unica risposta.*

*Di conseguenza, come già ricordato, la Prevenzione deve essere considerata una cura sanitaria fondamentale e, in quanto tale, parte imprescindibile della Salute di ogni Persona.*

*Inoltre, nel suo percorso evolutivo, la salute (nella sua complessità e nella sua comorbilità) determina in maniera efficace l'integrazione e l'inclusione nella scuola, nel lavoro, nello sport, nella vita sociale, a maggior ragione quando si parla di soggetto fragile, di Persona con disabilità.*

## 16

### **ESIGENZA DI UNA COMMISSIONE SULLA FRAGILITÀ SANITARIA**

Gli obiettivi etici, deontologici e di ricerca scientifica devono avere scopi e finalità per migliorare la qualità della vita, l'integrazione della persona con disabilità, lo sviluppo cognitivo, emozionale, culturale, caratteriale e di autonomia personale, i rapporti relazionali, il valore della Persona Umana, lo sviluppo educativo. In merito, come nota introduttiva, proponiamo tre prime riflessioni di cui molto è stato detto, scritto e fatto, ma (come si suole dire) molto è ancora da fare. Queste le consideriamo propedeutiche a programmi futuri.

1. Creare una cultura/educativa del soggetto fragile, sviluppando una conoscenza del tema attraverso Convegni, corsi ed eventi. Non ci si può relazionare se non c'è conoscenza del problema: questo vale per i medici, le famiglie, per gli studenti, per gli operatori, per gli insegnanti, per gli specialisti del settore, vale per le istituzioni.
2. Creare una cultura/educativa multidisciplinare, sociale e specialistica, che lavori nella interdisciplinarietà specialistica.

Parallelamente creare una "rete" di collaborazione culturale e operativa fra Associazioni di settore, Enti Locali, Enti di ricerca, Università, studi pubblici e privati basata su programmi di educazione, prevenzione, diagnosi e terapia.

Motivare le famiglie direttamente coinvolte con progetti che abbiano un fine non imposto, ma proposto e condiviso.

Fermo restando, per tutti, che l'identità di ogni singolo ente, i ruoli e gli ambiti di intervento siano sempre ben chiari e definiti.

3. Creare una "Mappa delle Risorse" mediche, pubbliche e private, distribuite nel territorio nazionale che serva alla ricerca, alle associazioni, ad enti preposti, alle famiglie, a chi esercita nel settore.

### **PROPOSTE OPERATIVE**

1. In ambito più operativo rivolgere l'attenzione in questi punti: Essere promotori sia sul piano operativo che congressuale di un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare fra i vari rami scientifici, medico/psicologico/pedagogico e tanti altri che lavorano sulla fragilità umana e sanitaria (Università, Aziende USL, Istituzioni, Scuole, liberi professionisti, ecc...). Educare alla collaborazione non solo medico/paziente, ma sensibilizzando l'opinione pubblica alle tematiche della disabilità.
2. Motivare gli studenti in Medicina e Odontoiatria invitandoli ai corsi e seminari in merito.
3. Creare un opuscolo educativo/didattico. Un opuscolo può essere un

piccolo ausilio di aiuto per i medici, per le famiglie, specialisti e le associazioni che a qual si voglia titolo operano nel settore della disabilità.

4. Sviluppare la Ricerca in collaborazione con le Università coinvolgendo anche gli studenti interessati.
5. Sviluppare un programma di collaborazione con Società Scientifiche nazionali accreditate al Ministero della salute che lavorano sulla fragilità sanitaria con ampi programmi di Formazione e aggiornamento.

Questi pochi punti hanno la piccola presunzione di porre il Medico in un ruolo umanamente più grande: dimostrare che le Persone con disabilità, i soggetti fragili sono Persone con una loro Identità.

## CONCLUSIONI.

In considerazione di quanto detto sopra, specie in merito alle difficoltà che insorgono nell'intraprendere un percorso terapeutico nei soggetti fragili, grande attenzione deve essere attribuita alla FORMAZIONE e AGGIORNAMENTO del medico, alla RELAZIONE di CURA, alla PREVENZIONE primaria e secondaria ed al follow-up in collaborazione con familiari/ caregivers.

Appare chiara, quindi, la componente discrezionale del Medico nella pianificazione del trattamento che deve essere appropriato e proporzionato, in scienza e coscienza per quello specifico paziente, nel rispetto della dignità e della salute orale nella unicità di ogni Paziente/ Persona.

Questa Commissione si pone come obiettivo finale di favorire la crescita professionale, culturale/ educativa, umana e Deontologica per tutti gli iscritti, ma soprattutto di elevare la Persona con disabilità, il soggetto fragile, a quella dignità che ogni società civile auspica.

17

## La Commissione Fragilità Sanitaria

organizza un CONVEGNO a  
Rimini in data 31 GENNAIO  
2026 dal Titolo:

*“La fragilità sanitaria, lo stato  
dell’arte: dall’analisi alla presa  
in carico.” Un’occasione per  
conoscere e approfondire,  
per formare ed aggiornarsi  
in un Tema di grande,  
grandissima  
attualità.*

Commissione Fragilità Sanitaria

MAGI Marco Coordinatore  
BASILI Maria Cristina  
BIANCONI Loreley  
CANANZI Giovanni  
DE CIANTIS Pierpaolo  
FATTORI Silvano  
MOROLLI Bianca Maria  
PIASTRA Roberto  
RAGGI Francesca  
RATTA Alberto  
TOMASETTI Luigi



## UN ANNO DA REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE: RIFLESSIONI SU UN'ESPERIENZA DI CRESCITA PROFESSIONALE E ASSOCIATIVA

di Pierpaolo De Ciantis

18

**A** UN ANNO dalla mia elezione a Revisore dei Conti Supplente dell'Ordine dei Medici, ritengo sia doveroso condividere alcune riflessioni su questa esperienza, che si è rivelata molto più ricca e formativa di quanto potessi immaginare al momento dell'insediamento. Ciò che inizialmente percepivo come una sfida – sia sul piano delle responsabilità che su quello della conoscenza dei complessi meccanismi amministrativi dell'Ente – si è progressivamente trasformato in un percorso di crescita professionale e personale, scandito dall'incontro con colleghe e colleghi di altissima competenza, animati da un profondo senso di appartenenza alla nostra comunità professionale. L'attività dei Revisori dei Conti, spesso poco conosciuta al di fuori degli ambiti istituzionali, rappresenta un pilastro fondamentale della trasparenza e del buon funzionamento dell'Ordine. Attraverso il monitoraggio della gestione economico-finanziaria, il controllo sulla regolarità amministrativa e la verifica dei

processi interni, questo ruolo contribuisce in modo concreto a garantire l'efficienza, la correttezza e la credibilità delle azioni messe in campo dall'Ente a beneficio degli iscritti e della collettività. Partecipare da vicino a queste attività mi ha permesso di comprendere quanto lavoro, spirito di servizio e visione strategica caratterizzino l'impegno quotidiano dell'Ordine.

Molte delle iniziative che come medici percepiamo solo nella loro fase finale – la formazione, il supporto deontologico, la tutela della professione, le attività culturali e di aggiornamento – richiedono invece un'intensa attività organizzativa e una forte collaborazione tra diverse competenze interne.

È un mondo vivo e dinamico, sostenuto da donne e uomini che dedicano tempo, professionalità ed energia a promuovere una medicina più consapevole, moderna e attenta alle esigenze reali dei professionisti e dei cittadini.

Desidero rivolgere un invito particolare ai colleghi che operano in ambito ospedaliero. Conosco bene il ritmo serrato che caratterizza la vita di reparto:

turni intensi, responsabilità cliniche crescenti, urgenze impreviste e spazi di tempo che sembrano ridursi sempre più. In questo contesto, è naturale sentirsi talvolta confinati all'interno delle mura dell'ospedale, immersi in una routine che lascia poco spazio all'apertura verso la dimensione istituzionale della nostra professione.

Eppure, è proprio al di fuori di quel perimetro quotidiano che si aprono opportunità preziose.

Avvicinarsi all'Ordine significa respirare un'aria diversa, fatta di confronto, di progettualità e di partecipazione. Significa scoprire che l'identità del medico non si esaurisce nell'attività clinica, pur fondamentale, ma comprende una dimensione più ampia: quella del contributo alla vita della comunità professionale, della costruzione di iniziative condivise, della tutela dei valori etici e deontologici che la caratterizzano.

Gli spazi dell'Ordine sono luoghi in cui si generano idee, si promuovono innovazioni, si incontrano colleghi di differenti contesti – ospedaliero, territoriale, universitario, libero professionale – e si sviluppano sinergie che arricchiscono la visione complessiva della nostra missione comune.

È un ambiente che ha bisogno di energie nuove, di entusiasmo e di partecipazione attiva: la cosiddetta "linfa" che permette ai progetti di crescere e di consolidarsi nel tempo. Invito quindi le colleghe e i colleghi ospedalieri a non considerare la partecipazione alla vita dell'Ordine come un ulteriore impegno gravoso, ma piuttosto

come un'opportunità di respiro, di rinnovamento e di crescita.

Anche una presenza sporadica, un contributo puntuale, una proposta o una semplice osservazione possono avere un impatto significativo sul percorso dell'Ente e sul miglioramento della nostra professione.

Concludo questo primo bilancio annuale con un sentimento di gratitudine.



*Avvicinarsi  
all'Ordine  
significa*

*respirare un'aria diversa,  
fatta di confronto,  
di progettualità  
e di partecipazione.*



19

Gratitudine per la fiducia ricevuta, per l'accoglienza da parte degli organi dell'Ordine, e per il clima di collaborazione che ho potuto trovare sin dal primo giorno. Sono convinto che il secondo anno di mandato offrirà ulteriori occasioni di impegno e approfondimento, nella consapevolezza che il valore della nostra istituzione risiede nella partecipazione attiva di ciascuno di noi.

*Dr. Pierpaolo De Ciantis dirigente  
medico medicina d'emergenza e  
urgenza componente segreteria  
aziendale ANAAO-ASSOMED*

# storia della medicina



## **MOSTRA ADALBERTO PAZZINI (1898-1975). LA REINVENZIONE DELLA STORIA TRA VERUCCHIO E ROMA** di Marco Grassi

20

**S** **ABATO** 6 settembre 2025 alle ore 16.30, è stata inaugurata a Verucchio la mostra *Adalberto Pazzini (1898-1975)*.



*La reinvenzione della storia tra Verucchio e Roma.* Questa mostra, che terminerà il 6 gennaio 2026, è organizzata dal Comune di Verucchio e da Atlantide, in collaborazione con la Sapienza Università di Roma, con il sostegno

della Regione Emilia-Romagna, dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini e della Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, e con il supporto di Pazzini Editore e adArte.

La mostra è curata da Sara Masinelli, Stefano De Carolis, Maria Conforti e Alessandro Aruta e si concentra sul lavoro di Adalberto Pazzini, una figura chiave nella storia della medicina e della museologia medica in Italia.

**Adalberto Pazzini (1898-1975)**, nato a Roma dal celebre pittore verucchiese Norberto Pazzini (1856-1937), è stato un medico che ha profondamente segnato la storia della medicina italiana e internazionale del XX secolo. Lo riassume efficacemente lo storico verucchiese Giuseppe Pecci che nel 1959 scriveva: «oltre ad essere titolare della cattedra di storia della medicina all'Università di Roma, dirige altresì nella capitale un museo fra i più noti e visitati d'Europa. È autore di numerosissime pubblicazioni di carattere storico-medico; membro di una trentina di accademie italiane e straniere; conferenziere apprezzatissimo e collaboratore delle riviste mediche più diffuse».

Dopo i saluti di rito della sindaca

di Verucchio, Lara Gobbi, che ha sottolineato l'importanza della ricorrenza (50 anni dalla morte di Adalberto Pazzini) per la città e il valore della mostra nella valorizzazione del patrimonio storico, è intervenuta l'assessora alla cultura Maria Antonietta Pazzini aggiungendo che la mostra intende onorare Pazzini come cittadino illustre, evidenziando il legame profondo che aveva con Verucchio e i suoi sforzi per far rinascere la Rocca.

Stefano De Carolis ha introdotto poi le relazioni sulla figura di Adalberto Pazzini, ricordando che l'ultimo evento "ufficiale" organizzato dalla Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini è stato il convegno *Adalberto Pazzini (1898-1975) a Verucchio: medico, storico, archeologo e artista*, che si è tenuto – rievocando proprio Adalberto a 125 anni dalla nascita – sabato 14 ottobre 2023 al Teatro "Eugenio Pazzini" di Verucchio. In quell'occasione sono stati ricordati i suoi molteplici interessi (professionali ma anche artistici e

archeologici) che lo portarono a valorizzare la **Rocca Malatestiana di Verucchio** con scavi e ricostruzioni d'ambiente.

E dallo stesso convegno è emerso come il modo del tutto particolare di "fare storia" di Adalberto si inserisse in una tendenza ampiamente diffusa nella museologia scientifico-medica dell'epoca: tendenza che con questa mostra si vuole riscoprire e sottolineare.

Curata da Sara Masinelli, Stefano De Carolis, Maria Conforti e Alessandro Aruta, l'esposizione offre una rilettura dell'opera di Adalberto Pazzini. Il percorso ripercorre le tappe salienti della sua attività, a partire dalla fondazione del Museo di Storia della Medicina di Roma nel 1938 fino agli interventi di allestimento e restauro della Rocca Malatestiana di Verucchio tra gli anni Cinquanta e Sessanta.

Medico, storico e uomo di cultura, Pazzini ha elaborato un approccio espositivo innovativo e interdisciplinare, in cui la ricostruzione ambientale e la riproduzione di oggetti storici



assumono una funzione narrativa e didattica. In dialogo con il modello museale di Sir Henry Wellcome, l'approccio di Pazzini mette in luce la visione di una medicina intesa come fenomeno culturale. Documenti, materiali audiovisivi e oggetti provenienti da collezioni pubbliche e private permettono di ricostruire un progetto museografico che, pur radicato nel territorio, si inserisce in una più ampia prospettiva nazionale. Nei testi critici in mostra, i curatori parlano dell'operato di Adalberto Pazzini, svoltosi tra Verucchio e Roma: per lo studioso, la catalogazione del mondo medico del passato, esteso su una geografia assai ampia, era infatti più che un semplice modo per mettere in collegamento fatti diversi, fenomeni apparentemente scollegati e lontani: significava offrire a un pubblico di studenti, professionisti, studiosi la possibilità di ritrovare le tracce del proprio mestiere e di orientarsi nell'oceano delle informazioni, senza mai dimenticare l'aspetto piacevole, a tratti ludico, di una full immersion nel passato.

Un tipo di approccio mantenuto anche a Verucchio, dove tra gli anni Cinquanta e Sessanta Pazzini ricevette l'incarico dall'Amministrazione Comunale di "riportare la rocca al suo primitivo splendore".

Partendo da un'intensa campagna di scavi archeologici, non si limitò alla valorizzazione dell'allora decadente edificio malatestiano esclusivamente attraverso interventi di restauro, ma ricreò una ricostruzione d'ambiente in grado di mostrare al visitatore come la rocca doveva presentarsi nella prima metà del Cinquecento. Acquistò di tasca propria mobili in stile e costruì e decorò personalmente gran parte degli arredi che andarono a popolare le varie sale, ispirandosi agli originali tramandati da fonti e musei. Un *modus operandi* che unisce lo studio delle fonti, all'elaborazione di nuove strategie didattico-divulgative, all'utilizzo di riproduzioni, plastici, calchi e 'falsi', e si inserisce all'interno di una tendenza diffusa nella museologia del tempo.





## FOCUS ON

di Laura Baffoni

## L LIFESTYLE MEDICINE PILLARS FOR WOMEN'S HEART HEALTH

C. Geyer et al.; American Journal of Preventive Cardiology, 2025  
<https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2025.101085>

TRENDS, TRANSITIONS AND PATTERNING IN SOCIAL ACTIVITY OVER TIME AMONG AGING WOMEN AND MEN: A SECONDARY ANALYSIS OF THE CANADIAN LONGITUDINAL STUDY ON AGING (CLSA)

G. Ceolin et al.; Archives of Gerontology and Geriatrics, 2025  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105618>

La popolazione mondiale sta invecchiando e, se le previsioni globali indicano che nel 2050 una persona su 6 avrà più di 65 anni, in Italia, campione per longevità, il 34.6% della popolazione avrà raggiunto questo target contro l'attuale 24.3% (ISTAT). La letteratura mondiale propone moltissimi lavori sull'invecchiamento dalla biologia alla clinica, infatti lanciando la ricerca "aging or longevity" su PubMed si ottengono circa 48.000 risultati pubblicati nel 2025 di cui 4429 hanno "sesso" e/o "genere"

nel titolo o nell'abstract, e in questa gran mole di dati è difficile scegliere un articolo rappresentativo delle diverse sfaccettature dell'argomento. In questo ambito, nei due precedenti numeri del nostro Notiziario, abbiamo affrontato la "Sindrome da fragilità" ed in particolare nel sottogruppo dei pazienti obesi e sarcopenici, ed il tema degli "Orologi biologici". In continuità con questi argomenti e per rafforzare le nostre conoscenze sulle differenze di genere, vi propongo una review sul rapporto stile di vita e salute del cuore delle donne di **Cynthia Geyer et al.**

Parlare di stile di vita è un importante "aggiustamento di rotta" perché punta l'attenzione non solo sulla malattia, ma soprattutto sulla salute ed il suo mantenimento, come si evince dalle linee guida dell'American Heart Association, Life's Essential 8, e dai sei pilastri della Medicina dello Stile di vita (fig.1). Il sesso ed il genere possono influenzare lo stile di vita e possono portare a effetti differenziati sul rischio cardiovascolare (CV) e sulla salute, ma nello stesso tempo possono influenzare l'accesso, il coinvolgimento e l'adesione alle linee guida sullo stile di vita, e anche questo può modificare il rischio CV. Gli Autori in questa review hanno analizzato i principali elementi costitutivi dello stile di vita: la nutrizione, l'attività fisica, il

sonno, lo stress, il fumo e l'alcool.

La nutrizione è fortemente associata al rischio CV e alla salute cardiometabolica, ma meno dell'1% della popolazione soddisfa le raccomandazioni per un modello alimentare sano. Gli studi sulle differenze di sesso e genere nelle assunzioni alimentari sono principalmente epidemiologici e non danno risultati univoci risentendo di altri fattori concomitanti. Durante la gravidanza la nutrizione riveste un ruolo particolarmente importante. Le donne che hanno un modello dietetico ad alto contenuto di verdure, cibi vegetali e oli vegetali sono a rischio più basso di pre-eclampsia (rispetto a quelle che nella loro dieta hanno un alto contenuto di carne lavorata, *snack* salati e bevande zuccherate/dolci), hanno i trigliceridi più bassi ed il colesterolo HDL più alto. Inoltre secondo gli Autori sarebbe importante in questa fase della vita di una donna motivare maggiormente scelte dietetiche salutari: non solo riducendo il consumo di alcool, caffeina e pesce crudo (in favore della salute del nascituro) e aumentando il consumo di frutta (spesso in risposta alle "voglie" gravidiche) come già è nello stile della maggioranza delle gravide, ma dando la priorità ai cibi che forniscono nutrienti importanti per la gravidanza e che abbassano il rischio di quelle patologie gravidiche a loro volta fattori di rischio per patologie CV.

Durante il periodo perimenopausale e menopausale, il rischio cardiometabolico aumenta significativamente nella donna. Diversi studi hanno dimostrato che la dieta può agire su questo rischio: una maggiore assunzione di proteine può ridurre la perdita muscolare e mantenere la forma fisica, e una maggiore assunzione di proteine vegetali rispetto

alle proteine animali si associa a un invecchiamento sano, un minor rischio di malattie croniche, una buona forma fisica e un buon stato mentale. Gli Autori mettono in evidenza una *review* del 2020 che ha identificato nel *marketing* alimentare mirato, nel "razzismo strutturale", nella segregazione di quartiere, nell'edilizia malsana e nell'alimentazione precaria i principali fattori che contribuiscono alle disparità legate all'etnia e allo status socioeconomico riguardo alla qualità del cibo e al rischio CV.

L'attività fisica, grazie al suo effetto su diversi fattori di rischio CV (lipidi, glicemia, pressione arteriosa e peso), è stata costantemente associata alla riduzione delle malattie CV, della mortalità CV e della mortalità per tutte le cause, ma non è solo grazie all'azione su questi fattori di rischio che l'attività fisica svolge i suoi benefici effetti, infatti il Women's Health Study ha dimostrato che l'impatto della attività fisica sui fattori di rischio CV noti spiega solo circa il 60% della riduzione del rischio di malattie CV, e quindi c'è spazio per ulteriori studi al riguardo. Le raccomandazioni delle linee guida per gli obiettivi di attività fisica consigliata (150-300 minuti a settimana di attività fisica "aerobica" di intensità moderata o 75-150 minuti di intensità vigorosa), non differiscono in base al sesso e secondo gli studi in letteratura portano ad una riduzione del rischio di mortalità dal 30 al 60%. La relazione tra attività fisica aerobica e malattie CV/mortalità è dose-dipendente, infatti chiunque svolga qualsiasi attività fisica, anche se al di sotto dei livelli raccomandati dalle linee guida, ha una mortalità inferiore rispetto a coloro che sono completamente sedentari. Dagli studi in letteratura sembra che gli effetti benefici in tema di riduzione del rischio di malattie e mortalità CV sia maggiore nelle femmine

rispetto ai maschi, per contro nelle donne i determinanti sociali che incidono sulla partecipazione alle attività sportive possono ridurre i livelli di attività fisica delle donne per tutta la vita, influenzando i livelli di base della forma cardio-respiratoria e della forza muscolare. Interessante è l'osservazione che l'azione benefica raggiunga un plateau quando l'attività svolta è intorno a 3-5 volte i livelli minimi raccomandati. Anche se con minori evidenze, le linee guida raccomandano oltre all'attività aerobica anche due sessioni a settimana di attività di rafforzamento muscolare che avrebbe anch'essa un'azione sulla riduzione del rischio CV, anche se inferiore rispetto all'attività aerobica; tale riduzione del rischio non è proporzionale alla quantità di attività, ma sembra seguire una curva ad U, il che significa che coloro che fanno attività di rafforzamento muscolare molto intensa hanno un rischio significativamente più alto di coloro che fanno una attività di rafforzamento più modesta (es. 50 minuti a settimana) e simile al rischio di coloro che non fanno alcuna attività di rafforzamento muscolare.

La durata e la qualità del sonno influenzano la salute CV e differenze di genere nel sonno sono dovute anche ai ruoli associati al genere, per esempio le donne sono più facilmente caregiver dei familiari anziani o malati, si prendono cura dei neonati nel periodo postpartum, e risentono maggiormente del russamento del partner. Inoltre gli Autori sottolineano che l'apnea ostruttiva del sonno (OSA), sebbene più diffusa negli uomini, è spesso sottodiagnosticata nelle donne per molteplici motivi: i questionari di screening sono spesso meno sensibili nelle donne, le donne tendono a negare o sottovalutare il loro russare per cui non prendono i provvedimenti necessari, le donne

affette da OSA hanno caratteristiche sintomatologiche che possono fuorviare la diagnosi, infatti hanno meno probabilità degli uomini di avere risvegli improvvisi con sensazione di soffocamento e più probabilità di presentare sintomi diurni come affaticamento, depressione e fibromialgia.

La qualità del sonno è ridotta anche in chi soffre della sindrome delle gambe senza riposo, che è più frequente nelle donne rispetto ai maschi, la sua prevalenza aumenta durante la gravidanza, ed è associata ad un aumento del rischio CV (se si mettono a confronto donne che ne soffrono rispetto a chi non ne è affetto), ed è interessante che l'assunzione di ferro e folati migliori tale sindrome. I disturbi del sonno nelle donne nel terzo trimestre di gravidanza sono associati a un odds ratio di 8,2 per la preeclampsia, che è associata ad un aumento di 2 volte del rischio di malattia coronarica, ictus e morte. **Geyer et al.** riportano uno studio controllato randomizzato condotto su donne in gravidanza con OSA mettendo a confronto quelle che utilizzavano la CPAP con quelle che non ne facevano uso; nel gruppo trattato si osservava un significativo abbassamento della pressione sanguigna diastolica e il dimezzamento dell'incidenza della preeclampsia.

Il periodo perimenopausale e menopausale si associa a disturbi del sonno: il 31 % delle donne in premenopausa e il 40-56 % delle donne in menopausa lamentano una scarsa qualità del sonno e un aumento dei risvegli notturni. I sintomi vasomotori durante la menopausa sono stati associati a punteggi di rischio di apnea notturna più elevati e ad un rischio CV più elevato, suggerendo meccanismi condivisi.

I disturbi del sonno sono molto frequenti nelle donne con ovaio

policistico (PCOS), che rappresenta un importante fattore di rischio per patologia CV, e la presenza di OSA nelle donne con PCOS è associata ad un aumento del rischio.

Per quanto riguarda la terapia, i farmaci ipnoinducenti sono più spesso prescritti alle donne piuttosto che agli uomini, e l'American College of Physicians raccomanda per l'insonnia come terapia di prima linea la terapia cognitivo comportamentale, che si è rivelata efficace per migliorare la qualità del sonno nelle donne in gravidanza e nelle donne in transizione della menopausa e post menopausa, riducendo anche i sintomi vasomotori menopausali.

È interessante la sottolineatura degli Autori riguardo alla differente valutazione dei disturbi del sonno in base al genere, infatti avere una qualità ed una durata del sonno non adeguata nelle donne è accettato come culturalmente normale.

Nelle donne si osservano tassi più elevati di stress, depressione e ansia. L'esposizione a stress acuti, come un disastro naturale o la perdita di un lavoro, è associata a un aumento dei tassi di eventi CV acuti. Lo stress cronico, che può essere lavorativo, domestico, finanziario, ma anche legato alla discriminazione etnica, ha effetti diretti sulla genesi della patologia CV aumentando l'infiammazione cronica, l'insulino-resistenza, l'aggregazione piastrinica e la pressione arteriosa, ed effetti indiretti sul comportamento come l'uso di sostanze e la qualità e la quantità degli alimenti assunti con la dieta. Lo stress cronico è anche associato ad un rischio più elevato di depressione e ansia. Le donne sono più soggette/esposte allo stress per motivi sia biologici sia legati al genere, infatti gli estrogeni hanno un impatto su più sistemi di neurotrasmettitori tra cui dopaminergici, serotoninergici e noradrenergici, allo stesso tempo

le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di essere esposte alla violenza domestica e di vivere in povertà, e questi rischi aumentano nelle minoranze etniche. L'effetto dello stress su metabolismo glucidico, lipidico ed infiammazione cronica è maggiore nella donna rispetto all'uomo. La sindrome di Takotsubo è un esempio ben noto che supporta le differenze di sesso nello stress e nella patologia CV, verificandosi nelle donne in postmenopausa nell'80-90% dei casi. Le donne in questo periodo della vita, perdendo gli effetti protettivi degli estrogeni contro l'infiammazione correlata alle catecolamine, diventano più sensibili allo stress che porta ad una aumentata suscettibilità al vasospasmo e alla reattività vascolare; all'ansia e/o alla depressione. Inoltre lo stress ha un impatto più forte sul metabolismo del glucosio e dei lipidi nelle donne rispetto agli uomini e lo studio prospettico CARDIA ha rilevato che un maggiore stress cronico percepito era associato a un rischio più elevato di aterosclerosi e al rilievo di un incremento dello spessore intima-media carotide nelle donne rispetto agli uomini. Nelle donne si osserva una vasocostrizione periferica indotta dallo stress e cambiamenti nella funzione microvascolare che portano ad avere il doppio delle probabilità di sperimentare ischemia miocardica indotta da stress (donne giovani e di mezza età con CVD).

Il fumo e l'alcool hanno impatti importanti sui fattori di rischio e sulla patologia CV. L'uso di tabacco rimane una delle principali cause di malattie prevenibili, come la malattia coronarica e gli incidenti cerebrovascolari, e le donne fumatrici hanno maggiori probabilità di sviluppare e morire di tali patologie rispetto ai fumatori maschi; anche lo sviluppo di un aneurisma dell'aorta addominale è maggiore nelle fumatrici rispetto ai fumatori. Le

ipotesi proposte per giustificare tali effetti nelle donne è che il fumo nelle donne giovani riduca i livelli di estrogeni (cardioprotettivi) e che abbia un impatto differente tra i due sessi sulla vascolarizzazione.

Per quanto riguarda il consumo di alcolici, mentre nelle persone adulte questo è maggiore negli uomini, nelle generazioni più giovani è più simile e in età scolare le donne hanno un consumo di alcol più elevato (32%) rispetto agli uomini (26%), è da sottolineare che le donne adulte pur avendo un tasso di consumo di alcool inferiore rispetto agli uomini di pari età, hanno un rischio di patologia CV maggiore a parità di consumo, probabilmente in relazione ad un diverso metabolismo dell'alcool, oltre alle differenze di dimensioni medie (e composizione) del corpo femminile che a parità di dose assunta portano ad un tasso diverso nei due sessi. L'eccesso di alcool nelle donne è stato correlato ad un aumento anche del rischio di ipertensione, diabete mellito e fibrillazione atriale, per non dimenticare che in entrambi i sessi il consumo di alcool è stato correlato all'insorgenza di diversi tumori.

Proprio perché è un fattore di rischio per diverse malattie croniche non trasmissibili e non esiste una quantità minima non dannosa, le principali organizzazioni sanitarie (come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Federazione Mondiale del Cuore) sottolineano che nessuna quantità di consumo di questa sostanza è considerata sicura.

Le strategie per ridurre l'uso di tabacco e di alcool devono essere genere specifiche, riconoscendo che donne e uomini possono scegliere di assumerli per motivi diversi, e devono agire sullo stile di vita, per esempio riducendo lo stress e aumentando la "connessione sociale".

Molteplici sono i lavori che evidenziano l'importanza dell'isolamento sociale in una varietà di stati patologici, e sia l'isolamento sociale sia la solitudine hanno un impatto sulla mortalità per tutte le cause alla pari con i rischi legati al fumo. Mentre l'isolamento sociale può essere misurato oggettivamente utilizzando le dimensioni e la frequenza dei contatti sociali, la solitudine è un'esperienza soggettiva che riflette l'insoddisfazione di un in-

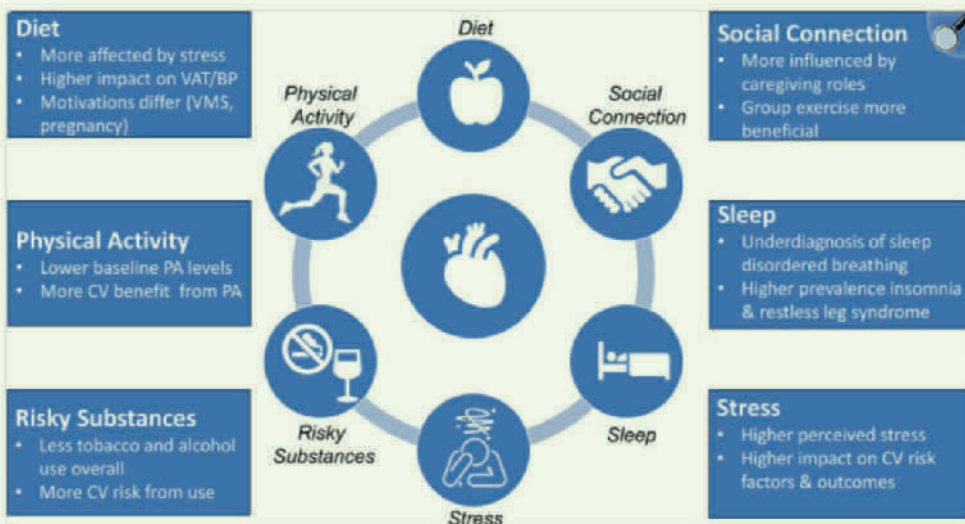


figura 1

Differenze in base al sesso e al genere nei fattori di rischio cardiovascolare legati allo stile di vita  
 Tratto da C. Geyer, Lifestyle medicine pillars for women's heart health, AJPC 2025

dividuo per la frequenza e la profondità dei propri contatti sociali. In un ampio studio inglese che ha valutato il rischio CV, l'isolamento sociale era un fattore di rischio significativo che colpiva entrambi i sessi allo stesso modo, tuttavia la solitudine percepita era un fattore di rischio solo per gli uomini.

Mentre una metanalisi di 19 studi che esaminavano il rischio di malattia coronarica e ictus ha mostrato che la mancanza di connessione sociale/relazioni sociali era associata a un aumento del 29% del rischio di malattia coronarica acuta e un aumento del 32% del rischio di ictus, ma non ha identificato differenze legate al sesso e al genere.

L'isolamento/connessione sociale varia nel corso della vita ed è fortemente influenzato dai ruoli di genere sia sul posto di lavoro sia a casa (basti pensare al ruolo della donna come caregiver per neonati, *partner* e genitori), quindi non trovare differenze legate al genere potrebbe essere dovuto al fatto che altri fattori con pesi diversi clusterizzano attorno alla connessione sociale non permettendo di mettere in luce le differenze.

La figura 2 riassume le principali differenze di effetti dello stile di vita nelle donne rispetto agli uomini.

Per sottolineare come il contatto sociale e la diversità di impegni nel sociale risenta di differenze di genere, concludo con uno studio epidemiologico longitudinale su residenti canadesi non istituzionalizzati, la coorte del Canadian Longitudinal Study on Aging (campione finale di 24.788 partecipanti di età compresa fra 45 e 85 anni). Poiché l'obiettivo di avere anziani socialmente attivi è una componente chiave della visione della Sanità canadese per un invecchiamento sano, **Ceolin et al.** hanno valutato i cambiamenti nella partecipazione sociale della popolazione in

studio in sei anni nell'arco di tempo 2011-2021, considerando la partecipazione regolare settimanale a 8 attività sociali (attività familiari/amizizia, attività religiose, attività sportive/fisiche e altre attività ricreative che includono il contatto con altre persone). I dati sono stati segregati per sesso (53% donne), età (75% con età compresa fra 45 e 65 anni), paese di origine (82% nato in Canada), e stato socio economico, valutato in base al livello di istruzione (65% aveva un'istruzione post-secondaria), alla ricchezza (85% possedeva una casa), al reddito e al luogo di residenza (94% urbano). Il 14% della popolazione studiata è diventato o è rimasto socialmente isolato. Nel complesso, gli anziani e gli adulti socio-economicamente svantaggiati avevano maggiori probabilità di diventare socialmente isolati o meno attivi, e le donne hanno avuto nel tempo una maggior riduzione rispetto agli uomini nel numero medio di attività sociali regolari.

L'istruzione si conferma un fattore determinante la salute con differenze legate al genere, in particolare le donne con un diploma di scuola superiore hanno mostrato il minor declino dei punteggi medi di partecipazione sociale, mentre gli uomini che avevano un'istruzione universitaria o per contro che non si erano diplomati al liceo hanno avuto il minor calo dei punteggi medi di partecipazione sociale in sei anni. Inoltre le donne con livelli di istruzione più bassa o che non erano proprietarie della casa avevano un rischio aumentato di rimanere o di diventare non molto attive socialmente.

Per quanto riguarda il reddito, al calare dello stesso aumenta il rischio di persistere nell'isolamento sociale, questo gradiente non mostra differenze di genere e per i redditi più bassi il rischio di rimanere isolati socialmente è 12 volte più alto della

probabilità che hanno quelli con reddito più alto di “non” rimanere socialmente isolati. Per quanto riguarda le categorie che vanno dal “rimanere/diventare isolato socialmente” a “rimanere/diventare attivo socialmente” è interessante osservare che vi sono traiettorie di comportamento diverse nella popolazione anziana, soprattutto nelle classi di reddito più basse, infatti se da un lato un sottogruppo di anziani che non avevano diversificato le attività sociali non tenderanno a migliorare la loro socialità per le difficoltà nei trasporti o la carenza di tempo (avendo mantenuto l’attività lavorativa), un altro sottogruppo di anziani con bassa diversità di attività sociali potrebbe beneficiare dall’aumento del tempo libero dopo il pensionamento rendendosi disponibile per attività gratuite come le relazioni parentali o il volontariato.

Infine per quanto riguarda la residenza, il declino del numero medio di attività sociali nel tempo è stato minore nelle donne rurali rispetto a quelle urbane (l’opposto è stato osservato tra gli uomini), con sor-

presa degli Autori perché è un dato noto che vivere in un’area rurale è fortemente correlato all’isolamento sociale.

Sicuramente lo studio epidemiologico di **Ceolin** è interessante per la numerosità del campione studiato e per aver valutato come alcuni determinanti di salute come l’età, il genere e lo stato socio-economico influenzino l’isolamento/la partecipazione sociale, individuando quindi gruppi sociali sui quali è possibile intervenire con politiche di intervento specifiche.

Per concludere una comprensione più profonda delle differenze di sesso e genere per quanto riguarda lo stile di vita, che comprenda anche la connessione sociale, può consentire ai medici ed operatori sanitari di enfatizzare la prevenzione primaria della patologia CV in maniera genere specifica, ricordando che le strategie per un invecchiamento sano non possono esimersi dal creare ambienti di supporto ed azioni genere specifiche per favorire la socialità soprattutto nei sottogruppi svantaggiati.

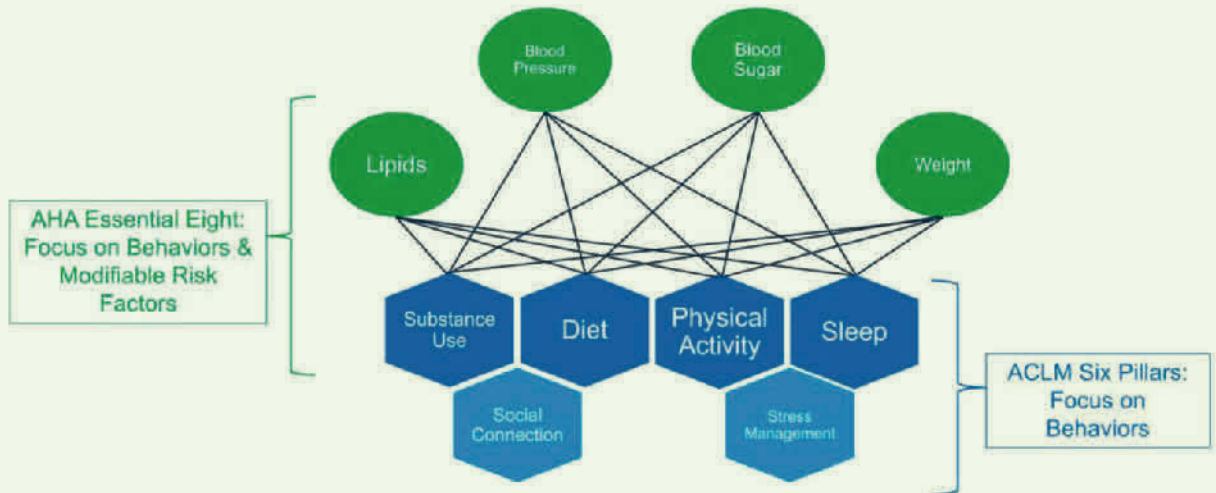


figura 2

# medici e padelle



## CHI BEVE BIRRA...

di Maurizio Della Marchina

30

**L**A BIRRA è una delle bevande alcoliche più antiche, la cui origine data da diverse migliaia di anni. Essa venne prodotta ed utilizzata in primis nei paesi della Mezzaluna fertile ed in Egitto ed era ottenuta dalla fermentazione del malto d'orzo, aromatizzato, in seguito, con luppolo.

La materia prima da cui si ottiene la birra è la stessa del pane, in particolare dalla fermentazione di farina e di acqua si ottiene il pane se la quantità della prima è superiore alla seconda, viceversa se la componente liquida prevale si ha la birra.

La professione del birraio è stata descritta fino dall'epoca dei Sumeri presso i quali venne redatto il Codice di Hammurabi in cui venne regolamentata la produzione e la

vendita della birra, prevedendo anche la pena capitale per i trasgressori.

La birra era considerata come un alimento, ma anche come una medicina e spesso possedeva una valenza religiosa, venendo consumata durante i funerali oppure offerta alle divinità per un'azione propiziatoria.

In Europa la sua diffusione avvenne soprattutto per influsso delle tribù germaniche e celtiche, particolarmente nelle Gallie, in Britannia ed in Irlanda. Le prime birre non erano particolarmente pure e contenevano spesso parte degli ingredienti di origine da cui derivava lo zucchero fermentabile (frutta, spezie, miele, cereali), mentre il luppolo venne utilizzato come ingrediente essenziale solo dall'800 d.c. da parte di un'abbazia carolingia.



La parola birra deriva dal germanico *bier*, forse originato dal latino volgare *biber*, usato ad indicare più genericamente una bevanda, mentre in precedenza essa era denominata *cervogia*, termine tuttora in uso nelle lingue spagnola, portoghese e francese (*cerveza*, *cerveja*, *cerveise*) e di evidente derivazione latino-romana, da cui la parola cereale e la divinità Cerere, protettrice dei raccolti e della fertilità. La produzione della birra avviene tramite la fermentazione alcolica (con ceppi di lievito di *Saccharomyces cerevisiae* o *carlsbergensis*) di zuccheri di derivazione da fonti amidacee, fra cui il malto d'orzo (orzo germinato ed essiccato) è quello maggiormente utilizzato.

## IL PROCESSO DI PRODUZIONE

Il processo di produzione è piuttosto complesso e vengono utilizzati ingredienti, metodiche e tradizioni alquanto diversificate, fra cui l'orzo, il frumento, il mais, il riso, il farro, l'avena ed altri ingredienti, spesso correlati al territorio di origine (patata, agave, etc). Il malto viene immerso in acqua calda, ove per l'azione enzimatica, gli amidi si trasformano in zuccheri fermentescibili il cui mosto può venire aromatizzato con erbe aromatiche, frutta o luppolo. Di seguito, per azione di un lievito, ha inizio la fermentazione, con produzione di alcool ed anidride carbonica. Il mosto viene poi raffreddato, fino a giungere alle temperature in cui avviene il processo fermentativo: si parla di bassa fermentazione fra i 4 ed i 6 gradi ed alta fermentazione fra i 15 ed i 20 gradi.

Il lievito, che trasforma gli zuccheri e le altre sostanze del mosto, in alcool, anidride carbonica ed aromi, come è noto, è il *S. cerevisiae*, che, nel lasso

di pochi giorni, porta a termine il processo, in particolare nelle alte fermentazioni. La maturazione della bevanda dura quattro o cinque



settimane, ad una temperatura di 0-2 gradi e con la produzione di  $CO_2$  e formazione di schiuma. Per ottenere una migliore conservazione del prodotto la birra può venire pastorizzata alla temperatura di 60°, mentre nella birra cosiddetta "cruda" questa pratica non viene effettuata. Infine alcune birre sono filtrate, con illimpidimento finale, mentre quelle non filtrate evitano di venire sottoposte al processo.

Il processo della birrificazione può essere suddiviso in diverse fasi



produttive: si inizia con la maltazione, in cui l'orzo o gli altri cereali utilizzati sono immessi nelle vasche di macerazione, in cui ricevono acqua ed ossigeno per la germinazione. Terminata questa fase, il mosto viene fermentativo, fornendo caratteristiche e contenuto alcolico, nonché le caratteristiche aromatiche e gustative alla birra, che viene sottoposta ad una fermentazione, definta alta o bassa. Questa terminologia viene riferita all'utilizzo del *S. cerevisiae* per le birre di tipo Ale, con un intervallo di temperatura più elevato, mentre l'utilizzo del *S. carlsbergensis* è impiegato nelle birre Lager, con più basso intervallo termico. La terminologia corretta vede un movimento dei lieviti a fine fermentazione più alto per il *S. cerevisiae*, mentre il *S. carlsbergensis* scende più in basso al termine del processo. Gli ingredienti principali utilizzati per ottenere la birra sono costituiti dai cereali di diverse tipologie, i quali, sottoposti a germinazione, devono passare attraverso un processo enzimatico di attivazione. Il malto (cereale germinato) si avvale della presenza degli zuccheri contenuti nei chicchi d'orzo che vengono di seguito tostati fino ad ottenere il grado di tostatura voluto. Per ottenere un valido prodotto finale e per equilibrare la dolcezza del malto, si utilizzano additivi botanici di varia origine, fra cui quello maggiormente utilizzato è il luppolo, che fornisce il sapore amaro alla birra e ne permettono di ottenere le

tipiche caratteristiche finali. Talora, in aggiunta al luppolo, si possono usare piante, come la canapa, la castagna o il tabacco, oppure frutta o sciroppo di frutta, spezie o piante aromatiche (pepe, noce moscata, scorza di arancia, etc). A seconda del tipo di lievito utilizzato (e, quindi, del tipo di fermentazione) le birre appartengono a tre grandi gruppi: - le Ale, prodotte con *saccharomyces cerevisiae*, ad alta fermentazione, tipiche della tradizione britannica e fiamminga; - le Lager, ottenute con lieviti *S. carlsbergensis*, a bassa fermentazione, utilizzate nella maggior parte delle tipologie birrarie; - le Lambic, prodotte con *brettanomyces bruxellensis*, con fermentazione spontanea, tipica del Belgio meridionale.

## STILI E TIPOLOGIE DELLA BIRRA

Lo stile di una birra è definito dall'insieme delle caratteristiche specifiche della bevanda, come colore, aroma, gradazione ingredienti, tipo di lievito utilizzato e tipo di fermentazione usata.

-le Ale sono tipiche birre prodotte con alta fermentazione. Esse presentano tipologie differenti, a seconda della zona di provenienza ed in particolare si differenziano decisamente le Ale inglesi da quelle belghe; le prime possiedono caratteristiche fruttate, con presenza di aromi di malto e luppolo. Lo stile base inglese è tipicamente rappresentato dalla



bitter ale, amarognole, ambrate e con gradazione sotto i 10 gradi saccarometrici.

-Le mild ale sono decisamente più leggere, scure e tendenti al dolce;  
-Le brown ale potrebbero definirsi una più decisa varietà delle mild;  
-Le winter e le old ale sono birre ambrate, quasi da meditazione, per la propria maggiore gradazione alcolica.  
-Le barley wine (lett. "vino d'orzo") sono birre decisamente forti, con gradazione di almeno 8-10% di alcool, decisamente luppolate o caramellate, con l'amaro abbastanza equilibrato. Esse vengono oggi per lo più prodotte negli USA.

-Le India pale ale (IPA), un tempo prodotte per l'esportazione nelle colonie britanniche, ora sono prodotte per buona parte negli USA, esse presentano caratteristiche di amaro e luppolato davvero notevoli.  
-Le Ale belghe sono usualmente maggiormente fruttate, speziate e talora acidule, rispetto alle prime. Possiamo considerare le blond ale, vero stile di base, seguito dalle belgian pale ale, simile alle inglesi, le saison, decisamente speziate ed ambrate, e le trappiste, la cifra caratteristica delle birre belghe, prodotte sotto la diretta guida dei monaci trappisti, esse possono venire suddivise in dubbel, con gradazione medio-alta (7%), scure, amabili e maltate, tripel, ancora più forti (almeno 8 o 9%) decisamente fruttate, belgian golden ale, simili alle prime, belgian strong ale, assai scure, decise e robuste.

-Non dobbiamo dimenticare infine le ale tedesche, quali le altbier di Duesseldorf, ambrate, maltate ed amare e le koelsch di Colonia, più chiare e delicate.

-Le **Stout** sono birre scure, ad alta fermentazione, molto tostate, a gradazione tendenzialmente bassa,

con note di caffè e di cacao. Possiamo suddividerle in:

-dry stout, tipicamente rappresentate dalla Guinness, diproduzione irlandese,  
-sweet stout, simili, ma meno amare;  
-oatmeal stout, vellutate, con caratteristiche intermedie fra le prime, ottenute con l'impiego di farina di avena;  
-oyster stout, con azione di ostriche nel processo fermentativo;  
-imperial stout, forti, amare e fruttate;  
-porter, considerabili come stout meno intense.

-Le **lager** sono birre a bassa fermentazione, per lo più chiare.

Fra di esse consideriamo:

-le pilsner (o pils), di iniziale produzione boema, di colore chiaro, molto luppolate ed amarognole;  
-le helles, di produzione bavarese, con un più evidente nota maltata e meno amare;  
-le dortmunder, simili, ma più forti;  
-maerzen, di colore ambrato e dorato, con maggiore gradazione, prodotte a marzo in vista del loro utilizzo nell'Oktoberfest, prodotte rigorosamente in Baviera.  
-Aggiungiamo le dunkel, brune, più dolci e maltate; le schwazrbier, più scure e tostate; le rauchbier, dalla tipica nota fumée (affumicate), prodotte a Bamberg, con l'uso di malti affumicati su torba o legno di faggio.

-Il gruppo delle bock è caratterizzato da lager più forti, con gradazione più alta (7-7,5°), bilanciate e complesse.

-Consideriamo poi il gruppo delle **birre di frumento**, rappresentato da birre ad alta fermentazione ottenute con l'uso di almeno il 50% di frumento. Le più note sono le weizen (birre di grano) o weiss (bianche), tipicamente opache, di media

gradazione, con carattere speziato e sapore lievemente acidulo. Stessa tipologia birraria è rappresentata dalla blanche francese e dalla witbier belga. Tutte queste si differenziano per l'uso della maltatura del frumento e per l'uso di differenti spezie. Vi sono inoltre le weizen scure (dunkelweizen), di produzione tedesca e la berliner weisse, di produzione berlinese, più leggera ed acidula.

Un particolare stile birrario è costituito dalle **lambic**, prodotte nel Payottenland, a sud di Bruxelles, sono sottoposte a fermentazione spontanea, con l'uso di lieviti ambientali quale il *brettanomyces bruxellensis*, con una lunga maturazione in botte di legno. Talora esse possono venire rifermentate con aggiunta di amarene o di lamponi, originando le krieb e le framboise.

## GAMBRINUS, IL RE DELLA BIRRA



Questo personaggio (il cui nome è forse una corruzione di Jan Primus), non è probabilmente mai esistito, ma viene considerato il vero re della birra; forse era un duca fiammingo vissuto fra il '3-400 che pare fosse un esagerato bevitore di birra. Sembra comunque che, Giovanni IV di Brabante sia stato fra i primi ad usare la macerazione del luppolo

unitamente all'orzo in un alambicco, originando la birra Lambic, tipica del Pajottenland. Furono Germania ed Irlanda i paesi che nel medioevo potevano venire considerati come i birrifici dell'Europa; da essi, ed in particolare ad opera dei monaci si diffuse la maggior parte della birra, prodotta per lo più nelle abbazie, specie benedettine, cui si affiancarono in Boemia ed in Moravia Pizen e Ceske Budejovice, producendo le pilsner, birre chiare, delicate e beverine. In seguito si aggiunsero i trappisti belgi e francesi, produttori in sette abbazie, di eccellenti prodotti birrari. Nel 1516 in Baviera fu emanato il Reinheitsgebot (decreto sulla purezza), in base al quale la birra poteva essere prodotta con l'uso esclusivo di malto d'orzo, acqua, luppolo. Il consumo medio annuo di birra oggi in Italia si attesta sui 35 litri pro capite, lontano dagli usi medievali nordeuropei che potevano raggiungere i 2-300 litri! La birra ha conservato intatti gli ingredienti originali e le tecniche di produzione, simili nella loro sostanza a quelli di 700 anni fa. Possiamo concludere queste note con suggerimenti sugli abbinamenti birra e cibo. Dobbiamo considerare alcuni parametri base, fra cui l'intensità della birra, che va di pari passo con quella del cibo (birre delicate e cibo leggero), simiglianza di note tostate o caramellate, origine (per tradizione) e stagione (birre leggere d'estate ed alcoliche d'inverno).

La birra, in virtù delle proprie caratteristiche e tipologie, può decisamente confermare la sua propensione a correlarsi con una piacevole qualità di vita (anche se di certo non garantisce una longevità centenaria!)



## **PALAZZO DEI DIAMANTI DI FERRARA: MOSTRA "CHAGALL, TESTIMONE DEL SUO TEMPO"**

di Marco Grassi

**P**ALAZZO dei Diamanti di Ferrara ospita, dall'11 ottobre 2025 all'8 febbraio 2026, la straordinaria mostra "Chagall, testimone del suo tempo". Questo percorso espositivo si propone di condurre il pubblico in un viaggio di sorprendente intensità emotiva, invitando ogni visitatore a immergersi nell'universo poetico di Marc Chagall, uno degli artisti più significativi e amati del Novecento.

Marc Chagall, nato a Vitebsk nel 1887 e scomparso a Saint-Paul de Vence nel 1985, è universalmente riconosciuto per le sue figure

fluttuanti e le atmosfere incantate, che catturano l'immaginazione. La biografia di Chagall connota fortemente tutta la sua vita artistica e «penetra» in ogni opera. Brevemente, nasce in un villaggio dell'attuale Bielorussia, di origine e cultura ebraica vive ben presto le tristi condizioni degli ebrei russi sotto il dominio degli zar e il cui onnipresente ricordo condiziona tutta l'opera futura. Trasferitosi dapprima a San Pietroburgo poi a Parigi, ritorna in Russia e aderisce alla rivoluzione russa di cui diventa anche Commissario per l'arte. Ben presto si trova in contrasto

35



Marc Chagall, *La sposa dai due volti*, 1927  
Collezione privata. © Chagall ®, by SIAE 2025

con l'ottusa e conformistica deriva dell'arte russa «rivoluzionaria».

Si trasferisce quindi a Parigi fino alla invasione hitleriana per poi approdare negli Stati Uniti dopo una rocambolesca fuga dall'Europa. Durante il lungo «esilio» americano Chagall perde l'amatissima moglie Bella, soggetto frequente nei suoi dipinti e compagna di vita che morì per un'infezione virale mal curata. La sua morte fu un durissimo colpo per l'artista, che per quasi un anno non riuscì più a dipingere. Nel 1948 Chagall fece ritorno nell'Europa pacificata del dopoguerra.

Passata la tempesta dell'Olocausto (che la sua anima sensibile non gli aveva permesso di dipingere direttamente, ma di evocare attraverso opere allegoriche), dopo un breve soggiorno a Parigi, nel 1949 si stabilì definitivamente nel sud della Francia.

Nonostante il titolo della mostra sia collegato alla «testimonianza» dei tempi vissuti da Chagall nella sua esistenza, la mostra non è organizzata cronologicamente ma per sezioni. Una scelta appropriata perché, anche se le tragiche vicende del novecento hanno segnato la sua biografia personale e conseguentemente l'opera, alcuni temi trascendono i fatti, i tempi e i luoghi perché sono «universali».

È molto utile ed è fortemente attraente seguire le sezioni della mostra, con le quali l'apprendimento diventa facile e costruttivo per ogni visitatore. Ecco la sequenza delle Sezioni: Chagall testimone del suo tempo - Eterna memoria - L'incontro delle tradizioni: quando Oriente e Occidente si parlano - Le favole di La Fontaine: la consacrazione di un Maestro - Esodo o la Nave Exdodus: quando la storia biblica incontra la cronaca contemporanea - Parigi dopo l'esilio - Quando la musica si fa colore - Volti e maschere: ontologia

della dualità in Chagall - In dialogo con la materia - Mediterraneo: rinascita nella luce - trasparenze divine - Il Giardino che non esiste. Basterà questo elenco per comprendere l'abbraccio della mostra per tutti, tanto più che il percorso è sostenuto da schede fondamentali per introdursi al tema di ogni sezione.

La mostra di Ferrara non strizza l'occhio al «voyerismo» del pubblico che connota molte rassegne con al centro uno o più quadri famosi da «guardare» (e talvolta da usare come sfondo di selfie) con uno scarno o assente filo conduttore che sottolinei o definisca le caratteristiche specifiche della esposizione.

Nella selezione di opere che è possibile ammirare in questa mostra mancano infatti le opere maggiormente conosciute, famose e citate nei libri d'arte (anche per obiettive difficoltà essendo la sterminata opera del maestro disseminata in decine di musei e collezioni private).

La mostra intende invece rivelare come l'artista sia riuscito a mantenere viva la memoria della sua terra natale, nonché delle tradizioni e degli affetti, proiettandoli verso orizzonti espressivi sempre nuovi. Attraverso questa selezione, emerge la profonda umanità dell'opera di Chagall, il quale, grazie al suo approccio plurale e visionario, si configura come testimone del suo tempo. Le sue opere evocano la bellezza e diventano custodi della memoria collettiva.

Con oltre 200 opere, tra dipinti, disegni e incisioni, l'esposizione include anche due sale «immersive». Questi spazi offrono ai visitatori l'opportunità di apprezzare alcune creazioni monumentali in un contesto altamente coinvolgente e spettacolare. Tutto l'apparato

*Attraverso questa selezione, emerge la profonda umanità dell'opera di Chagall, il quale, grazie al suo approccio plurale e visionario, si configura come testimone del suo tempo. Le sue opere evocano la bellezza e diventano custodi della memoria collettiva*

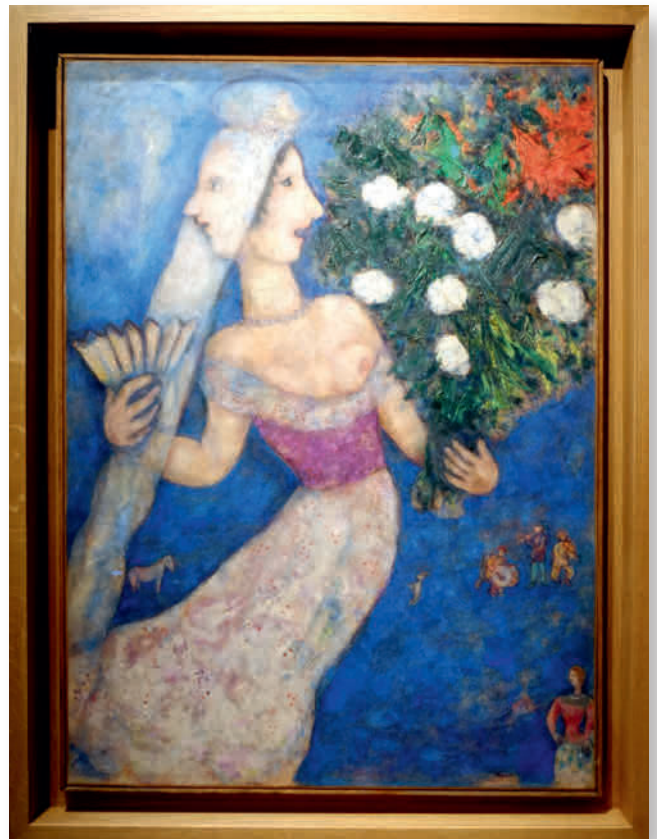
«scenografico» che accoglie le opere esposte, ad uno sguardo superficiale può dare l'impressione degli «effetti speciali» che distraggono o rischiano di diventare l'oggetto principale di osservazione, in realtà è funzionale ad una fruizione consapevole e meditata dell'opera. L'arredamento è magico e coinvolgente, meraviglioso per invenzioni di adeguatezza, per luci, sistemazioni, proiezioni, doppie immagini e inviti; Anche tutto l'apparato di commento alla visione e le note biografiche sono di pari qualità e interesse guidando e indirizzando il visitatore nel percorso conoscitivo dell'opera di Chagall. Fra le varie sezioni della mostra il tema del doppio è centrale nell'arte di Chagall, dove volti scissi e profili che si moltiplicano si intrecciano attraverso ritratti che rimandano a una dimensione di riflessione. Amanti volanti, animali parlanti e bouquet esplosivi trascendono il visibile per divenire metafore universali, rivelando una straordinaria capacità di cogliere la dualità dell'esistenza umana.

Il suo sguardo poetico trasforma esperienze personali in riflessioni condivise, affrontando temi essenziali quali identità, esilio, spiritualità e la gioia di vivere. Significativa del ricorrente tema del «doppio» è «La sposa dai due volti» del 1927 dipinta in Francia, dopo un lungo periodo di assenza, dove

realizza opere che trasmettono una poetica favolistica, ma al contempo ricca di rimandi alla tradizione e ricordi d'infanzia e capace di comunicare temi universali.

Sul fondo di un azzurro turbolento, segnato da pennellate irregolari e fumose, si erge la figura affusolata di una giovane donna elegantemente vestita. La sua corporeità, snella e priva di peso, sembra fluttuare in un mare onirico popolato da minuscoli

37



personaggi, tra cui si riconoscono musicisti e una capra. Questo bagaglio iconografico rappresenta un filo rosso che attraversa l'intera produzione di Chagall, radicata nei ricordi d'infanzia e nella tradizione religiosa e culturale di origine russo-ebraica. Il dipinto è caratterizzato da un ricco bouquet di colori vibranti, a cui Chagall conferisce una corposità materica, in grado di invadere parte della scena e di rasserenare questo paesaggio intimo. Tuttavia, l'elemento che maggiormente colpisce è il volto bifronte della giovane sposa, che deve la sua genesi in particolar modo alla tradizione ebraica chassidica, la quale scorge la presenza divina in ogni aspetto della realtà. In questo contesto, la dualità non si configura come una mera contrapposizione tra aspetti istintuali e morali, come spesso avviene nella tradizione artistica occidentale, bensì come un segno di completezza nella diversità. Questa giovane sposa diventa l'incarnazione del concetto di unione degli opposti, esprimendo un'armonia intrinseca

nel mondo. Chagall, attraverso la sua visione artistica, riesce a comunicare un messaggio profondo: solo accettando e integrando le diversità, possiamo giungere a una vera comprensione e celebrazione della vita in tutte le sue sfaccettature. In un periodo caratterizzato da frammentazione e divisioni, Chagall ci offre una lezione essenziale: l'arte può fungere da ponte tra mondi diversi, rappresentando una sintesi di tradizioni apparentemente inconciliabili. La sua opera si presenta come uno specchio fedele delle aspirazioni e contraddizioni dell'umanità, celebrando una verità emotiva capace di rendere tangibili i sentimenti più profondi dell'animo umano. In questo senso, le creazioni di Chagall ci elevano verso una bellezza che, anche di fronte agli orrori del tempo, riesce a far intravedere barlumi di pace e comprensione. L'esplosione di colori del bouquet della sposa è un altro tema ricorrente della «poetica» di Chagall. I grandi bouquet dipinti da Chagall non sono tuttavia solo nature morte: sono



autobiografie in fiore, i vasi sono metafora di un'identità nomade. Il motivo del vaso riveste infatti anche un significato simbolico: la sua intrinseca mobilità richiama l'esperienza dello spostamento. Spesso collocato in contesti ambigui, il vaso diventa emblema dello sradicamento, riflettendo la vita stessa di Chagall, segnata dall'esilio e dalla migrazione. A chiusura della prima parte della mostra, a suggellare la conclusione di un intenso percorso si può ammirare "La Pace" dipinto nel 1949, al ritorno dall'esilio americano,

Dopo anni di guerra e sradicamento, l'artista affida a una colomba bianca il suo messaggio di speranza. Non è retorica, ma necessità: chi ha vissuto la fuga, l'esilio, la perdita della patria, sa quanto fragile e preziosa sia la pace. La mostra "Chagall, testimone del suo tempo" rappresenta quindi un'occasione imperdibile per esplorare l'eredità di un artista che ha saputo, con il suo talento unico, dare voce alle complesse sfide dell'esistenza umana, invitandoci a riflettere sull'importanza dell'arte come strumento di connessione e di dialogo.

39

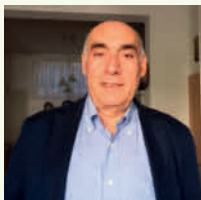
*Sento che il nostro problema oggi è soltanto uno: unirci.*

*Radunare quello che resta di noi dopo il disastro, riempire i nostri cuori di propositi nobili.*

Marc Chagall. Discorso pronunciato al ricevimento del Comitato degli Scrittori e Artisti Ebrei a New York organizzato in suo onore, 27 maggio 1947.



# semiseria... mente



di Saverino La Placa

## 40

### INDOVINELLO

Nasco quando tutti tacciono, muoio quando una parola nasce. Non ho corpo ma posso pesare più dell'oro, non ho spazio ma posso riempire una stanza. Puoi cercarmi tra mille rumori, ma se mi chiami per nome svanisco.  
*Che cosa sono?*

### GIOCO CON NUMERI

1. In una scatola ci sono monete da 1 € e da 2 €. Il numero totale di monete è 90 e il valore totale è 150 €. *Quante monete da 1 € e quante da 2 € ci sono nella scatola?*
2. Se il proprietario scambia 10 monete da 1 € con 5 monete da 2 € (cioè, toglie 10 monete da 1 € e aggiunge 5 monete da 2 €), qual è il nuovo numero di monete totali e il nuovo valore totale? Io, Anna contribuisce con il doppio di quanto contribuisce Marco. Luca contribuisce con 20 euro in più di Marco. Il totale raccolto è di 140 euro. *Quanto ha contribuito ciascuno?*

### REBUS (6, 1, 6, 4)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

### MEDICI E MEDICINA NELL'ANEDDOTICA E NELL'IRONIA. DA ESCULAPIO RIDE...

*Vecchio rimedio*

La formula terapeutica ha tanto di barba, ma per questo è rispettabile. Il più sicuro rimedio per il verme solitario consiste nel prenderne un altro. Così non è più ... solitario.

#### SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: "Un buco!" Più togli (cioè, scavi), più il buco diventa grande. Non ha forma, ma occupa spazio.

Spiegazione del rebus: "P" "OLMO" "NI" "TE" "BILATERALE" (Polmonite bilaterale).

Spiegazione del gioco con numeri:

Marco: 30 €; Anna:  $2 \times 30 = 60$  €; Luca:  $30 + 20 = 50$  €

Sia  $x$  la somma (in euro) che ha contribuito Marco.

Allora: Anna  $\rightarrow 2x$ ; Luca  $\rightarrow x+20$

La somma dei contributi è:  $x+2x+(x+20) = 140$

Risolvi l'equazione:  $x+2x+x+20=140 - 4x+20=140 - 4x=120 - x=30$

# medici ma non solo



## LE VIGNETTE

di Luigi Casadei

41



## L'ESPERTO RISPONDE

Parliamo oggi con il Dott. Salvagente, esperto riconosciuto di spinose questioni legate al Mare. Dunque Lei si è detto convinto che, a breve, anche nel nostro Paese si terranno le Aste per le spiagge...

Siamo alla vigilia di una Nuova Epoca... pochi giorni fa è stato promulgato il dogma della **Immacolata Concessione!**



La Crisi Climatica: i consigli del Doc

Come affrontare con sollievo questo periodo di freddo pungente?



È semplice: cerca di uscire dall'acqua per almeno 20 minuti al giorno!

*Prime uscite stagionali. Il remo nota che uno dei suoi sostegni metallici, trema vistosamente. Così lo rincuora: "Vedrai, andrà tutto bene. Basta che resti Scalmo!"*

**Riviera Romagnola 2025**





spazio FEDER.SP.eV.

**59° CONGRESSO NAZIONALE FEDERSPEv  
PREVIDENZA, SANITÀ, ASSISTENZA:**

*"Agenda urgente per il Paese, tra diseguaglianze e mancate tutele"*

**RICCIONE 26 - 29 SETTEMBRE 2025**

**HOTEL MEDITERRANEO**



43





## TRA SCIENZA, EMPATIA E SOLIDARIETÀ: L'IMPEGNO DELLE DONNE DI AMMI - RIMINI

di Giovanna Tommasini Grossi

44

**N**EL CORSO di quest'ultimo periodo abbiamo vissuto un tempo intenso, ricco di esperienze ed emozioni.

Ogni iniziativa che abbiamo realizzato non è stata solo un evento in calendario, ma un'occasione per costruire legami e per dare voce a quelle che sono le finalità dell'A.M.M.I. "Donne per la Salute":

Ricerca, Prevenzione, Cura dell'Ambiente, a tutela della Salute.

Spesso ci incontriamo e comunichiamo fra noi per progettare

le nostre attività, ed è attraverso il confronto e la conversazione che prendono forma le nostre iniziative: conferenze, momenti culturali e di solidarietà come sempre a favore della salute e del benessere.

Ammi - Rimini è un luogo che non si riconosce da un'insegna, ma è uno spazio d'incontro, di dialogo e di condivisione. Un luogo dove la conoscenza medica si intreccia con la sensibilità umana e dove la solidarietà diventa una forma concreta di cura.

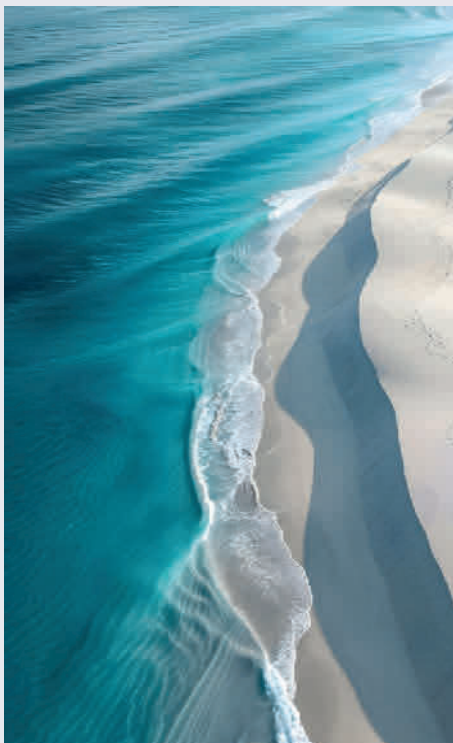
Abbiamo celebrato la 10<sup>a</sup> Giornata della Salute della Donna con l'incontro: "**Pelle al sole: Salute, Bellezza e Prevenzione per la donna**"

con la presenza della Dottoressa Cristina Fiorentini, Dermatologa.

Un tema apparentemente leggero, ma che racchiude messaggi importanti: la necessità di prendersi cura di sé con consapevolezza, di proteggere la pelle: il nostro confine con il mondo, il nostro biglietto da visita, ma anche il nostro primo strumento di difesa.

La dottoressa Fiorentini ha guidato il pubblico in un percorso di conoscenza su come godere del sole in sicurezza, unendo la salute, valorizzando la bellezza naturale e proteggendo la pelle.

Durante la conferenza il dialogo tra il pubblico è stato autentico, costruttivo restituendo il senso più profondo della prevenzione.





## Progetto Mentore

Un'altra esperienza significativa è stata la partecipazione al **Progetto Mentore**.

AMMI – Rimini anche nel 2025, ha sostenuto il Progetto con una donazione con lo scopo di diventare Mentore adottando simbolicamente un giovane per accompagnarlo alla scoperta della musica sinfonica.

Tra i momenti più belli di questi mesi c'è stata anche una **serata in pizzeria per la solidarietà**, semplice ma carica di significato.

Un gesto conviviale, un modo per stare insieme e fare del bene: le offerte delle Socie e Amiche sono state devolute all'**Associazione Alzheimer Rimini**, che da anni sostiene le famiglie colpite da una delle malattie più dolorose e complesse del nostro tempo. In quella serata, tra chiacchiere e sorrisi, si è respirato lo spirito autentico dell'AMMI: la solidarietà come forma di cura e di presenza attiva nel territorio.

Abbiamo infine riflettuto sul tema nazionale AMMI 2025, "Empatia, ascolto e comunicazione: la relazione medico e paziente al tempo dell'intelligenza artificiale".

Le relatrici: la Dott.ssa Giulia Grossi, Medico di Medicina Generale e Marcella Buffoni Executive coach Oltremeta, ci hanno guidato su un argomento di grande attualità che ci invita a non dimenticare ciò che rende la medicina veramente umana: l'incontro, la parola, lo sguardo, l'ascolto.

La tecnologia potrà aiutarci a diagnosticare più velocemente, ma non potrà mai sostituire quel legame profondo che si crea tra medico e paziente quando s'instaura una relazione di fiducia. Anche su questo AMMI vuole essere presente, promuovendo una cultura dell'empatia e della comunicazione consapevole.



# variazione agli albi

46

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 28 LUGLIO 2025**

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa GASSABI Fatima Zahra	di Rimini
dott. KOOMARI TABRIZI Karim	di Rimini
dott.ssa KOOMARI TABRIZI Sara	di Rimini
dott.ssa MANFRONI Mila	di Rimini
dott.ssa MARABINI Virginia	di Rimini
dott. MARZIALI Matteo	di Rimini
dott.ssa MAZZOLI Laura	di Novafeltria
dott.ssa PAZZAGLI Sara	di Rimini
dott. RAGINI Marco	di Serravalle
dott. SUZZI Federico	di Riccione
dott. TONINI Ivan	di Fiorentino

### **Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. FIRINU Angelo	di Morciano di Romagna
dott.ssa PULA Giulia	di Vancouver (Canada)
dott. SIETCHIPING NZEPA Francis Aurelien	di Rimini

### **Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. MASTINI Matteo	per trasferimento a Reggio Emilia
dott. OTUEDON Oritsejolomisan Okeoghene	per trasferimento all'estero

### **Iscrizione REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI:**

dott.ssa GATTEI Giorgia	di Rimini
-------------------------	-----------

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 AGOSTO 2025**

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa BRONZETTI Elisa	di Rimini
dott. ERCOLANI Enrico	di Rimini
dott. ROSSI Nicholas	di Igea Marina
dott.ssa SARTI Maddalena	di Rimini
dott.ssa VANDI Sofia	di Santarcangelo di Romagna

### **Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. BARBIERI Alessandro	di Rimini
dott.ssa BIANCHI Federica	di Rimini

### **Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. PANTI Mauro	per trasferimento a Perugia
-------------------	-----------------------------

### **Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:**

dott.ssa REGATTIERI Francesca	di San Leo
-------------------------------	------------

**DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 SETTEMBRE 2025**

**Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa BERTI Beatrice	di San Marino
dott.ssa GALASSI Marta	di San Marino
dott.ssa GHERGHINA Ionela Lacrima	di Saludecio

**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. RENZI Carlo	decesso del 22/09/2025
dott. RICCI Leonardo	decesso del 06/06/2025

**Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**

dott.ssa FORMAGGIO Agnese	di Riccione
---------------------------	-------------

**Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. SIMONE STEFANO	per trasf. ad Ancona
----------------------	----------------------

**Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:**

dott.ssa REGATTIERI Francesca	di San Leo
-------------------------------	------------

47

**Iscrizione REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI:**

dott. DRUDI Fabrizio	Agopuntura
dott.ssa GASPARI Valeria	Agopuntura
dott.ssa PITTURERI Cristina	Agopuntura (NO Fitoterapia)

**DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 OTTOBRE 2025**

**Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa BENUZZI Martina	di Rimini
dott.ssa BENZI Emma	di Rimini
dott. CURTI Giacomo	di Morciano di Romagna
dott.ssa MUCCINI Francesca	di Rimini

**Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:**

dott.ssa CIOFFI Gerarda	da Bologna
dott.ssa DI MONTE Francesca Antonia	da Foggia
dott.ssa GALLINA Sara	da Monza e Brianza
dott.ssa MANCINI Ilaria	da Bologna
dott. SCARONI Pierfederico	da Ferrara

**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. BRUNETTI Eros	decesso del 09/09/2025
---------------------	------------------------

**Iscrizione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:**

dott. CUNSOLO Riccardo	da Modena
------------------------	-----------

**Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. CANGIOTTI Goffredo (rimane all'albo medici chirurghi)	
---	--

**Iscrizione REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI:**

dott.ssa CIAMPA Sonia	Omotossicologia
-----------------------	-----------------

# ricordando i colleghi

48



**Maria Luisa Scoccianti**  
(22 giugno 1928 - 30 agosto 2025)

## *In ricordo di nostra mamma*

Ci ha lasciati a 97 anni la dottoressa Maria Luisa Scoccianti, per tutti Marisa, pioniera della neuropsichiatria infantile a Rimini, ma per noi figli, prima di tutto, una madre straordinaria. Laureata in pediatria e neuropsichiatria infantile in un'epoca in cui le donne medico erano ancora mosche bianche, ha iniziato ad occuparsi di bambini "difficili" quando ancora quasi non esistevano studi in questo campo. A Rimini, per decenni, è stata un punto di riferimento, prima all'Asilo Svizzero, poi all'"Aiuto materno", poi all'"Ospedalino" ed infine in ospedale: è quasi impossibile trovare una famiglia che non l'abbia incrociata, o che non abbia ricevuto un suo consiglio.

E fuori orario c'era anche la sua seconda vita: quella di mamma di cinque figli (purtroppo oggi siamo in quattro: nostra sorella, che aveva seguito le sue orme ed era diventata neuropsichiatra infantile anche lei, è mancata venti anni fa). Nonostante i mille impegni, non è mai mancata nei momenti importanti: compiti, sport, interrogazioni - e qualche richiamo "marziale", perché la mamma aveva un bel piglio "militaresco" nell'organizzazione quotidiana! La sua "testa dura" era leggendaria: una volta fattasi un'idea, era più facile spostare un treno che farle cambiare opinione. Ma questa forza era anche quella che le ha permesso di aiutare migliaia di bambini e famiglie con empatia, fermezza e una profonda fede religiosa, vissuta in modo concreto: andando in chiesa molto spesso per aiutare i bisognosi, mantenendo contatti con tutti anche da anziana, tra WhatsApp e telefonate quotidiane. Pur essendo di un'altra generazione, ha sempre compreso perfettamente ed appoggiato ogni situazione di vita (affettiva e non) "alternativa" e parteggiato per l'onestà e le "brave persone". L'onestà e la rettitudine sono i valori su cui ha basato la sua vita e che ha trasmesso a noi figli, senza possibilità di replica ... Amava il mare d'estate, la Settimana Enigmistica (alla quale non perdonava derive "moderniste", tipo inserire due parole nella stessa definizione nei cruciverba) e la sua famiglia più di ogni altra cosa. Noi figli siamo certamente tristi, ma anche molto fieri di essere cresciuti con una madre così moderna,

generosa e tenace.

Una di quelle persone che non si dimenticano - né come medico, né come mamma.

*i figli*

## *Il ricordo dei colleghi*

Il 30 agosto ci ha lasciato la dr.ssa Maria Luisa Scoccianti, pediatra, specialista in psicologia medica: una pioniera, un solido e autorevolissimo pilastro punto di riferimento nel campo della psicologia dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile.

Nel 2009 per il centenario della Fondazione San Giuseppe per l' Aiuto Materno e Infantile, ho avuto il piacere di intervistarla e voglio riportare alcuni passaggi del suo racconto: *"Ho scelto di fare il medico dei bambini perché ho avuto il grande esempio di mia zia, la dr.ssa Caterina Riganelli, che mi ha inculcato la passione per la pediatria. Nel 1953 sono stata assunta all'Ospedalino dei Bambini. Mi sono indirizzata alla psicologia dell'età evolutiva solo in un secondo tempo, e questa volta grazie a Margherita Zobel, fondatrice del CEIS, un punto chiave per me. Allora questo era un settore dove c'era il vuoto assoluto. Sono stata una delle prime, negli anni Cinquanta, ad occuparmi dei problemi psicologici dei minori. Nel 1953 presso il Centro Educativo Italo Svizzero di Rimini (CEIS) è sorto il primo Centro Medico Psico-Pedagogico (CMPP) e abbiamo iniziato un lavoro specialistico che, partito da casi sociali, si è rivolto poi a casi sempre più complessi di ordine psico-pedagogico e addirittura psichiatrico. Nel 1955, grazie a una borsa di studio UNESCO, ho frequentato come stagista l'Ospedale Psichiatrico cantonale di Mendrisio e il Centro di Igiene Mentale di Lugano (CH): due esperienze molto arricchenti. Il CMPP dal CEIS estese rapidamente il suo raggio d'azione alle scuole del territorio, prima in*

*convenzione poi, con la sua municipalizzazione nel 1959, come presidio specialistico fra i servizi di medicina scolastica. Abbiamo promosso uno screening di massa nelle scuole materne e dell'obbligo, ponendo le basi conoscitive e gli indirizzi per la sperimentazione delle classi differenziali della scuola speciale realizzate negli anni '60 dal Comune di Rimini. Gli ottimi risultati ottenuti sono stati oggetto di ampi apprezzamenti da parte di personalità della cultura pedagogica ed educativa, nazionali e internazionali, dai genitori, dalle autorità scolastiche, dalle strutture centrali e periferiche dell'assistenza pubblica ma anche dagli Istituti preposti alla formazione di operatori scolastici e da vari Atenei del Paese".* È questo il passaggio obbligato per la maturazione culturale e scientifica verso l'inserimento nelle classi ordinarie dei soggetti che necessitano di integrazione e sostegno. Anche la Provincia, oltre ad istituire nuovi servizi territoriali (Centri di Igiene Mentale e Centri Audiofoniatrici), si convenziona con il CMPP di Rimini. A metà degli anni '70, nel processo di avvicinamento alla riforma sanitaria del 1978, comuni e province unificano i propri servizi socio sanitari (CMPP compreso), sulla base territoriale delle future USL. Sempre nel 1970 l'Ospedale dei Bambini ex Aiuto Materno, coprendo una lacuna nel territorio romagnolo-marchigiano, istituisce la sezione specialistica di Neuropsichiatria Infantile dove la dr.ssa Scoccianti (con un ritorno alle origini) prosegue il suo percorso come responsabile del Servizio di Psicologia Medica Infantile. La sua autorevolezza professionale, frutto di profonde competenze mirate al bambino e alla sua famiglia, unite a quel suo stile sempre pacato, riservato ma accogliente, la rendono un punto di riferimento nel settore e un caposaldo nel lavoro di équipe su

## ricordando i colleghi

cui viene basato l'approccio al bambino. Una carriera di tutto rispetto la sua, ampiamente riconosciuta dalle famiglie dei pazienti, dai colleghi medici ospedalieri e di famiglia, dalle istituzioni e dalla Città tutta.

*"Ero io in primis a gestire la presa in carico della famiglia, compito non facile, ma che ho sempre portato avanti cercando di creare le condizioni giuste per la massima collaborazione e sinergia da parte del nucleo familiare. È questa infatti la condizione sostanziale per il supporto al bambino con deficit o ritardo psico-neurologico. Devo tantissimo all'esperienza del CEIS dove lavoravo pur frequentando la pediatria dell'Aiuto Materno. Il CEIS era strutturato in modo da ospitare stabilmente sia bambini orfani che bambini problematici, molti dei quali a carico del comune o di altri enti che li potevano così frequentare la scuola. Questo era un fatto eccezionale per quei tempi, in quanto allora i bambini con gravi problemi erano esclusi da qualsiasi percorso educativo. Rimanevano a casa, si può immaginare con quali prospettive di sviluppo.*

*Al CEIS abbiamo istituito la scuola speciale comunale per i bambini con handicap gravi e gravissimi. Quasi tutti sono arrivati a leggere e scrivere grazie alle insegnanti specializzate: è stato un grande lavoro sperimentale e quanta riconoscenza dalle famiglie che, col nostro aiuto, si sentivano protette e sostenute".*

La vita l'aveva messa da poco pesantemente alla prova per la scomparsa prematura della figlia Fiammetta che lei, madre di ben cinque figli, con la consueta riservatezza ma colma di orgoglio, così ha voluto ricordare: *"Devo spendere una parola in memoria di mia figlia, la dr.ssa Fiammetta Francini, anche lei neuropsichiatra infantile che ha lavorato con grande impegno e tanta forza, pur nella grave malattia che l'ha colpita così precocemente, fino agli ultimi giorni della sua breve vita".*

Grazie dottoressa Scocciati, a nome di tutti i colleghi e delle tante famiglie e dei bambini che hai seguito e che hanno avuto in te un faro portatore di sostegno, di cure e di luce!

Antonella Chiadini

## corsi, convegni e attività culturali

### **CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITA' CULTURALI**

Gli eventi ECM organizzati dall'Ordine sono pubblicati sul sito dell'Ordine [www.omceo.rn.it](http://www.omceo.rn.it)

### **CONVEGNO COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI**

Save the date  
Sabato 24 gennaio 2026

### **CONVEGNO COMMISSIONE FRAGILITA' SANITARIA**

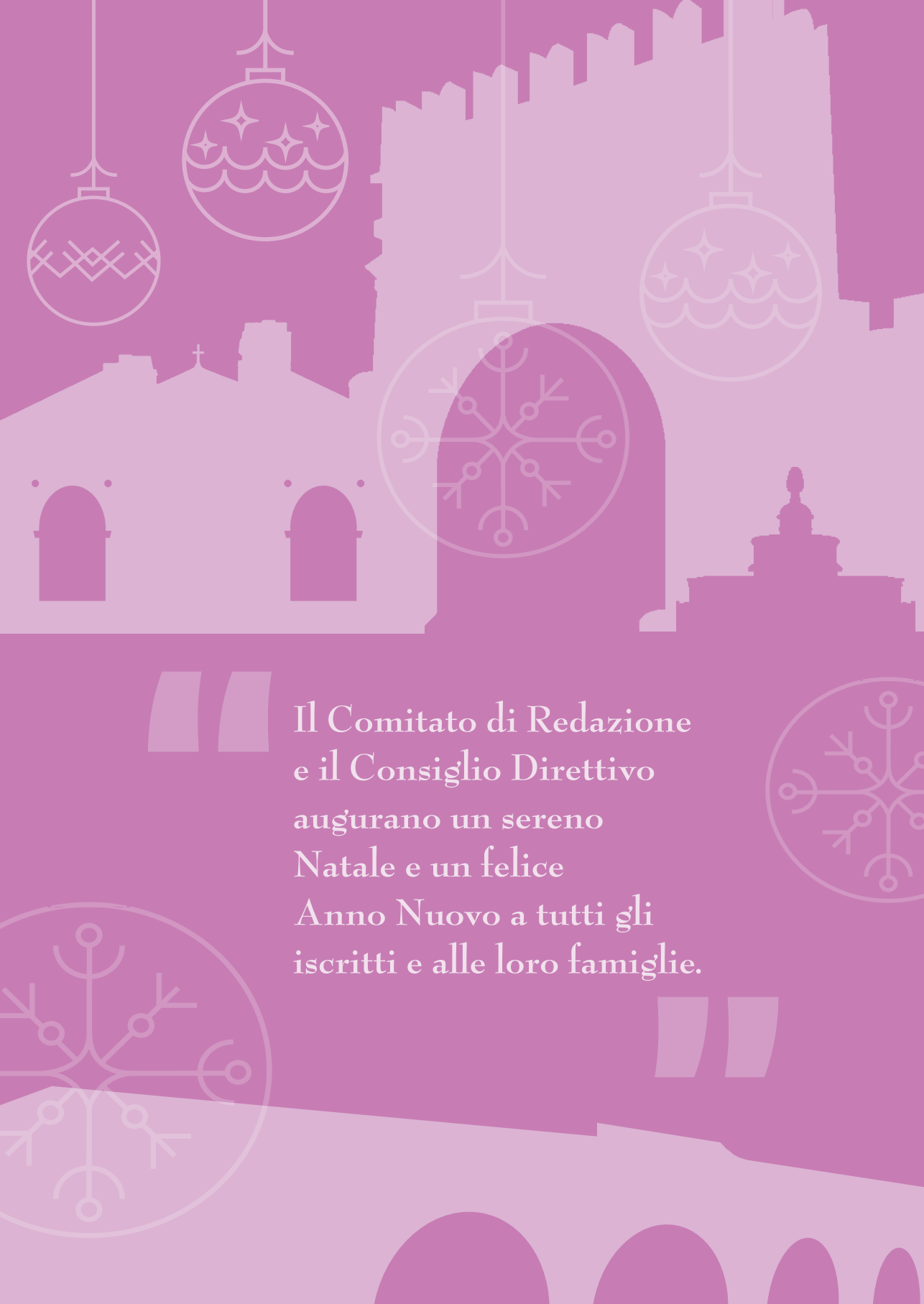
Save the date  
Sabato 31 gennaio 2026



## Vita che sei

Vita che sei la mia  
come di altri,  
che a imbecilli  
e scaltri  
dai opportunità,  
che passi indenne  
fra le generazioni  
erigendo città,  
popolando Nazioni;  
vita che poi riaffiori  
dalle rovine  
dalle vetrine rotte  
dalla notte insonne,  
dai rumori  
di troppe battaglie,  
dalle faglie  
di bruschi terremoti,  
dai padri ignoti  
dai nemici giurati  
dalle terre promesse  
dai fati beffardi  
dalle spesse mura  
dei castelli,  
dai dardi che mancano  
il bersaglio,  
da uno sbaglio propizio,  
dai duelli  
che non ebbero luogo  
dal rogo che non arse,  
dall'armistizio  
dalle armi deposte  
dalle nuvole sparse  
che divennero acqua  
per campi improduttivi...  
Vita che sopravvivi  
ai nostri sbagli,  
vita che tagli  
e rammendi  
vita che vai nel mondo  
e non ti arrendi.

*Testo e foto di Luigi Casadei per le Feste del 2025 e l'arrivo del Nuovo Anno*



Il Comitato di Redazione  
e il Consiglio Direttivo  
augurano un sereno  
Natale e un felice  
Anno Nuovo a tutti gli  
iscritti e alle loro famiglie.