NICOLETTA BIGATTI

avrò cura di te

STORIE E ATTUALITÀ DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CREMA

CENTRO RICERCA
ALFREDO GALMOZZI

A Francesco e Fabio, i miei uomini

NICOLETTA BIGATTI

avrò cura di te

STORIE E ATTUALITÀ
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CREMA

CENTRO RICERCA
ALFREDO GALMOZZI

ÉQUIPE DI LAVORO
Coordinamento generale: Felice Lopopolo
Ricerca storica e testo: Nicoletta Bigatti
Progetto grafico: Davide Severgnini

Interviste
Riprese: Francesco Bianchessi e Davide Severgnini
Montaggio: Lorenzo Basso Ricci, Francesco Bianchessi,
Ottavio Bolzoni, Carlo Alberto Madoglio

Film documentario
H - L'ospedale di Crema di Daniele Grosso

Evento di presentazione
Regia: Elisa Tagliati
Letture: Massimo Lanfredi e Alessia Parolari
Musiche originali: Ottavio Bolzoni

© Centro Ricerca Alfredo Galmozzi 2018
Piazza Premoli, 4 - 26013 Crema (CR)
Tutti i diritti riservati

Finito di stampare nel mese di dicembre 2018
presso Caleidograf Srl, Centro Industriale "Le Foglie 3"
Via Martiri della Liberazione, 12 - 23875 Osnago (LC)

Sommario

Premessa di Romano Dasti 7
Presentazione di Luigi Ablondi 8
Prefazioni istituzionali 9

Introduzione 11
Un po' di storia 13
Un ospedale tutto nuovo 25
Fra cuore, cervello e molto altro 39
Le scienze chirurgiche fra passato, presente e futuro 75
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva a Crema 101
Un male non più incurabile: i progressi dell'Oncologia 113
Nascere e crescere a Crema 125
Il fattore umano 141
Viaggio nella mente 153
Quando è in gioco la vita 179
Leggere dentro il corpo 195
Ritornare alla vita: il polo riabilitativo di Rivolta d'Adda 209
Dolore e cure palliative 223
Una rivoluzione in camice bianco 237
Quei piccoli ospedali 257
Lavorare per un sorriso: l'esperienza del volotariato ospedaliero cremasco 277
Conclusione con i pazienti 295

Indice dei nomi 299
Ringraziamenti 302

Inquadra il codice per visualizzare i documentari di questo progetto editoriale. Per ogni capitolo del sommario troverai un cortometraggio coerente col tema. Inoltre potrai vedere un lungometraggio dal titolo H - L'ospedale di Crema.
Puoi accedere anche visitando il sito www.dapazienteapersona.it

Presentazione

Questo volume sulla realtà ospedaliera di Crema e del circondario cremasco, ripercorsa nella sua evoluzione storica ma focalizzata ampiamente sul presente, aggiunge un nuovo, importante tassello alla fotografia di Crema e del Cremasco che le pubblicazioni del Centro Galmozzi da quasi vent'anni contribuiscono a delineare.
Tra i tanti aspetti finora indagati mancava quello fondamentale della cura e della salute. Sul piano sociologico si tratta di un aspetto della vita sociale che negli ultimi decenni ha avuto una crescita esponenziale, di cui le dimensioni fisiche dell'ospedale di Crema rendono bene lo sviluppo. Dal "vecchio ospedale" di via Kennedy, con i suoi pazienti, i suoi reparti angusti e le poche camere di ricovero, si è passati alla struttura attuale i cui posti letto e il numero dei dipendenti sono notevolmente aumentati, con continui ampliamenti e modernizzazioni. L'ospedale rappresenta bene il passaggio epocale dall'età industriale a quella del terziario avanzato: se nei decenni scorsi erano il Linificio, la Ferriera e l'Everest-Olivetti le unità lavorative di gran lunga più importanti, oggi la leadership è stata assunta proprio dal nostro nosocomio, diventato la più grande "fabbrica" del territorio. Una "fabbrica" che non produce nulla, ma che rappresenta un fondamentale presidio di umanità, nello sviluppo convulso e a volte contraddittorio dello stato sociale, della scienza medica e della stessa idea di salute/malattia. Il titolo *avrò cura di te* dice di un cambio di prospettiva e di un allargamento di campo.
Il libro ci fa compiere un viaggio tra passato e presente dentro quella che da secoli costituisce una delle realtà più preziose, e per questo custodite e promosse, di una comunità. E questo viaggio, che tenta di riannodare i fili tra il recente passato e l'oggi, rappresenta un'operazione indispensabile a non perdere il senso profondo di una storia. E questa è la condizione perché gli sviluppi e le evoluzioni future si mantengano dentro un alveo di valori e di riferimenti etici che sono indispensabili all'essere comunità, una comunità che è fatta necessariamente di relazioni, di legami e di cura.
Il volume è parte di un ampio progetto di recupero della memoria e di documentazione dell'attualità che si è avvalso della convinta e fattiva collaborazione dell'Azienda ospedaliera, a partire dal suo direttore generale Luigi Ablondi. A coordinare il complesso lavoro di progettazione e di organizzazione è stato Felice Lopopolo, al quale va un grande ringraziamento.
La stesura del testo, che vede come autrice Nicoletta Bigatti, già in passato artefice di rigorose indagini su aspetti di storia cremasca per contro del Centro Galmozzi, è stata accompagnata da un corposo lavoro di raccolta di videointerviste e di montaggio di clip che ha visto coinvolti diversi giovani operatori.
Un particolare ringraziamento al Fotoclub di Ombriano Crema per il prezioso servizio fotografico.
Un'iniziativa così impegnativa si è avvalsa anche del sostegno economico di diversi sponsor: senza il loro apporto difficilmente sarebbe andata in porto.
A tutti quanti hanno reso possibile la realizzazione di questo ambizioso progetto va il ringraziamento del Centro Ricerca Alfredo Galmozzi.
Nel ventesimo anniversario della morte di Alfredo Galmozzi, per alcuni anni presidente dell'Ospedale di Crema, il Centro a lui intitolato si mantiene fedele alla sua mission che è quella di scandagliare le tante sfaccettature del Novecento cremasco mettendone in luce la pregnanza e oserei dire la bellezza, pur nell'ambivalenza di ogni epoca storica e di ogni contesto territoriale. È un impegno civico che, anche con questo lavoro, intendiamo onorare al meglio.

Romano Dasti
Presidente del Centro Ricerca Alfredo Galmozzi

Presentazione

Scrivere un libro sulla storia di un ospedale non è impresa agevole, soprattutto quando ci si pone l'obiettivo di condurre il lettore "dentro" un mondo che è abituato ad osservare dall'esterno, o comunque solo in qualità di fruitore. Penetrare nel cuore di questa realtà, raccontare dei personaggi che vi si muovono e delle vicende che l'hanno caratterizzata in un tempo lungo mezzo secolo, percepirne l'essenza fatta di dolore, ma anche di gioie, di entusiasmo e passione, ma anche di fatica, lavoro e sacrificio, è un compito che spaventerebbe chiunque. Per riuscirci forse la strada vincente poteva essere solo quella di farsi raccontare questa storia da chi la vive o l'ha vissuta in prima persona nei più diversi ruoli sia professionali che inerenti alle preziosissime realtà del volontariato.

È quanto è stato fatto dall'autrice, e quella che ne scaturisce è una narrazione corale, le cui voci si alternano fra sofferenza e speranza, difficoltà e successi, problemi e impegno per risolverli. Il tutto mantenendo sullo sfondo l'elemento costante che accompagna tutte le testimonianze, ovvero il grande amore per questo ospedale e per ciò che esso rappresenta non solo per Crema e per il suo circondario, ma anche per i tanti pazienti che vi affluiscono da ogni parte d'Italia. Il racconto dei cinquant'anni trascorsi da quando il nuovo Ospedale Maggiore ha aperto i battenti ha offerto all'autrice anche lo spunto per un'indagine molto più ampia sui cambiamenti intercorsi in tale arco di tempo nelle modalità diagnostiche e terapeutiche, nel ruolo dei professionisti della sanità, nei rapporti fra medico e paziente, nell'organizzazione dei nosocomi e nelle loro relazioni col tessuto sociale del territorio di appartenenza.

Un lavoro ponderoso, attento e meritorio quello della ricercatrice Nicoletta Bigatti. Affrontato con chiarezza professionale, in difficile equilibrio, naturalmente raggiunto, fra apparentemente freddi temi tecnologici e testimonianze commoventi e appassionate, cui l'autrice, citandole, non può evitare (e il lettore lo sente) di mostrare la sua calda umana adesione. È importante sottolineare che la ricerca ha visto la fondamentale partecipazione dello staff del Centro Galmozzi di Crema, che con competenza e professionalità ha seguito tutte le fasi progettuali e organizzative, affiancando anche al testo di Nicoletta Bigatti la realizzazione di una vasta produzione filmata che ne va a costituire il più efficace supporto: a tutti i collaboratori impegnati va quindi il sentito grazie dell'amministrazione ospedaliera.

Nel corso del suo racconto un testimone ha affermato che uno dei principali punti di forza dell'Ospedale Maggiore è quello di essere davvero percepito dai cremaschi come "casa propria". Ci auguriamo che questo volume, aprendo al lettore un inedito mondo fatto di professionalità e anche di tanta umanità, contribuisca a rinsaldarne ulteriormente il legame con la città.

Luigi Ablondi
Direttore generale dell'ASST di Crema

Prefazioni istituzionali

Questo nuovo libro del Centro "Galmozzi" racconta con dovizia di particolari la storia del presidio ospedaliero di Crema, rivelandone vicende, aneddoti, episodi che spiegano l'affetto e la partecipazione con le quali i Cremaschi hanno sempre seguito la sua evoluzione.
La prima considerazione da fare, quando si racconta del nostro Ospedale, è che esso estende il suo ambito d'azione ben oltre i confini della città di Crema. Questo anche in ragione di un processo di razionalizzazione dei più piccoli presidi sanitari del nostro territorio, avviato e gestito virtuosamente in epoca passata, che ha reso veramente territoriale il nostro nosocomio. Ne è derivata una azienda ospedaliera che da sempre è considerata un presidio della salute pubblica cremasca, oggetto delle attenzioni, dell'interessamento, degli sforzi del mondo politico, istituzionale, sanitario e della società civile cremaschi; per questo motivo i sindaci del territorio ne hanno in diverse occasioni difeso l'esistenza e l'autonomia, ultima in ordine temporale, la difesa della autonomia della ASST di Crema in occasione dell'ultima riforma socio sanitaria regionale .
Interessante ripercorrere in queste pagine – frutto del ponderoso lavoro dei ricercatori – gli obiettivi di miglioramento delle condizioni dei pazienti, riverberati negli obiettivi di ingrandimento, trasloco, ammodernamento continuo del nosocomio: un luogo intriso di storia e di persone, talvolta di eccezionale carisma. Penso al prof. Giulio Canger, al quale abbiamo di recente intitolato una via cittadina.
Accolgo perciò con grande favore questo lavoro di documentazione, che il Centro Galmozzi dona con la consueta qualità alla nostra capacità, presente, di trarne ispirazione, e al diritto delle generazioni future di sapere su quali spalle poggiano.

Stefania Bonaldi
Sindaco di Crema

Il grande sindaco di Firenze Giorgio La Pira nel 1955 diceva che L'Ospedale, come anche il tempio, la casa, l'officina e la scuola, è uno degli elementi che fanno della Città una vera "casa" nella quale c'è posto per tutti i cittadini, proprio perché sono accolti, rispettati, curati. E fino a pochi decenni fa era così anche per le nostre piccole città, come documenta questo bellissimo volume frutto di un eccellente lavoro. La cura degli altri, la cura del mondo, dell'ambiente, il "Taking-Care" [prendersi cura] deve comunque diventare la vera strada politica del presente e del futuro. Se i nostri piccoli ospedali sono stati chiusi, rimane però in ogni comunità un "presidio" di cura, diversificato in ogni realtà, ma comunque di fondamentale importanza. Ciò è stato possibile, nel caso di Castelleone, grazie alla Fondazione Brunenghi, che si è presa in carico la gestione di poliambulatori ed alla quale va la gratitudine di tutta la comunità. È questo l'ideale filo che ci lega al vecchio ospedale "luogo di cura", al quale il Centro Galmozzi, con questa pubblicazione, ha ridato idealmente vita. Un grazie di cuore e vivissimi complimenti da parte dell'Amministrazione comunale di Castelleone.

Pietro Fiori
Sindaco di Castelleone

L'ospedale Santa Marta per noi rivoltani ha sempre avuto un solo nome, quando se ne parlava o ci venivano chieste informazioni per arrivarci: "l"Ospedale", quasi come se tutte le altre pur importanti strutture sanitarie presenti nei territori vicini al nostro non esistessero. E non si trattava di presunzione o campanilistica negazione della realtà, si trattava semplicemente di un segno di apprezzamento per una struttura che da sempre ha fatto parte del nostro paese e che da sempre, anche per il tipo particolare di lavoro che in esso si svolgeva, andava rispettato. Adesso che la struttura, con una lungimirante azione trasversale, ha perso, è vero, la sua caratteristica componente di luogo di cura per acuti, ma ha acquisito un ruolo fondamentale in quello del recupero e della riabilitazione, il nostro Ospedale Santa Marta è rimasto un importante pilastro della vita economica e sociale di Rivolta d'Adda. Ben vengano quindi studi come questo, del Centro "Alfredo Galmozzi" di Crema, che attraverso testimonianze da parte di molti volti noti e familiari del nostro paese riescono a dare lustro ad una struttura così importante e perfettamente integrata nel nostro vissuto quotidiano.

Fabio Maria Martino Calvi
Sindaco di Rivolta d'Adda

Dal centro del Borgo, in posizione elevata a ridosso delle mura fortificate, si propone come invidiabile terrazza sulla campagna ordinata e sulla Valle dell'Oglio, offrendo alla vista un infinito quasi "leopardiano". È l'imponente e storica struttura dell'ex Ospedale S. Spirito, il cui completo e definitivo recupero immobiliare è ormai assicurato e prossimo, ma che già da tempo può comunque adeguatamente rispondere alle esigenze socio-sanitarie-assistenziali della nostra Comunità e del vicino Territorio. L'impegno dell'Amministrazione Comunale è iniziato nel 2005 con l'acquisto dell'immobile dell'ex ospedale Santo Spirito, è proseguito nel decennio successivo con il sostegno economico alla Fondazione per la realizzazione del primo e del secondo lotto dei lavori di riqualificazione ed è confermato oggi con l'intervento conclusivo del terzo lotto direttamente gestito dal Comune in collaborazione con la Fondazione e con il contributo finanziario di Regione Lombardia e Fondazione Cariplo. In quest'ottica di valorizzazione dell'ex presidio ospedaliero il volume realizzato da Nicoletta Bigatti e promosso dal Centro Galmozzi rappresenta un ideale collegamento fra passato e presente che accogliamo con grande piacere.

Gabriele Gallina
Sindaco di Soncino

L'ex Presidio Ospedaliero Amilcare Robbiani di Soresina ha, con funzioni e afferenze diverse fino al 31 dicembre 2012, concorso al presidio sanitario del territorio. Negli ultimi 20 anni come Unità Operativa e parte integrante dell'Ospedale Maggiore di Crema, ha conservato tra le proprie attività posti letto degenza medica, posti ad autonomia limitata di emodialisi e un'offerta ambulatoriale completa. Continua tutt'ora a funzionare attraverso una nuova sede come "Nuovo Polo Sanitario A. Robbiani", frutto di un Accordo di Programma siglato tra Pubblico e Privato (gestore).

Diego Vairani
Sindaco di Soresina

INTRODUZIONE

Questo libro è la storia di un viaggio. Un viaggio speciale, uno di quelli che – nel momento stesso in cui ci viene proposto e accettiamo di intraprenderlo – sappiamo già che ci lascerà dentro tracce durature e tanti ricordi. Per questo prima ancora di iniziare l'avventura ci siamo dovuti confrontare con le sensazioni che il pensiero di partire scatenava: paura e ansia (saremo all'altezza? Quali rischi dovremo affrontare?), ma anche entusiasmo, impazienza, curiosità. E solo dopo aver cercato di dare ordine a tutto questo bagaglio emotivo è potuta cominciare la preparazione vera e propria, che per il viaggio "della vita" significa individuarne gli obiettivi, cercare informazioni, studiare itinerari, immaginare cosa vedere e chi incontrare. Quel po' d'incoscienza che sempre accompagna un viaggio di questo tipo ha suggerito innanzitutto di scartare i percorsi più battuti, proprio perché altri li hanno già seguiti, e certamente con più esperienza e capacità. Viaggiare "dentro" un ospedale può in effetti significare ricostruirne la storia cronologicamente, prendendo spunto e attingendo come fonte dalle ottime ricerche fatte in passato: ipotesi possibile e senza dubbio comoda, ma che poco ha a che fare con quel miscuglio di emozioni e di attese che si sono andate accumulando nei pensieri…

Ecco dunque l'idea di affrontare l'impresa in modo diverso, definendo un itinerario "tematico" sviluppato per accortezza – salvo un brevissimo excursus – sugli eventi accaduti negli ultimi sessant'anni (in un viaggio occorre comunque selezionare cosa vedere per non rischiare di perdersi; sapendo di non potere vedere tutto ci scusiamo per le inevitabili omissioni). La scelta della guida in questo cammino, che pur negli imposti limiti temporali appare così ampio e variegato, ci è sembrata subito obbligata, perché si rifà ai criteri che ci hanno sempre orientato nell'attività di ricerca: è infatti nostra ferma convinzione che la Storia, quella con la maiuscola che impariamo nei libri di testo, non sia altro che il prodotto di un insieme di storie più piccole e sconosciute, che ciascuno di noi costruisce con il suo lavoro, le sue scelte, la sua vita. È il motivo per cui a fungere da filo conduttore in questo viaggio sono stati i racconti delle tante, tantissime persone che abbiamo avuto il piacere di ascoltare e che con la fatica, la generosità, l'impegno di ogni giorno hanno contribuito a fare la storia dell'ospedale di Crema. Oltre centosettanta incontri, tutti preziosi e arricchenti, che hanno portato a confrontarci con realtà che conoscevamo solo di nome, a scoprire vissuti di straordinario spessore umano, a porci domande importanti, e assai spesso ad emozionarci nel cercare delle risposte ad esse.

Il confronto quotidiano con la sofferenza, il confine della vita, i cambiamenti nel lavoro dell'operatore sanitario, il nuovo approccio alla salute, la tecnologia con le sue meraviglie e i suoi limiti, il curare e il prendersi cura, le riforme del sistema sanitario con le loro criticità e opportunità, le relazioni fra ospedale e territorio: sono solo alcuni dei mille argomenti di riflessione che abbiamo tratto da questa splendida esperienza. Mille sentieri, che più volte ci hanno portato a deviare dal percorso programmato, aprendoci alla ricerca di nuovi racconti e di nuove storie. In alcuni casi non è stato semplice ritornare sul cammino tracciato, tanto era il desiderio di sviluppare temi che così profondamente appartengono a ciascuno di noi: ma il rischio era che la narrazione divenisse troppo disper-

siva, così ci siamo limitati a proporli come spunti che ci auguriamo possano stimolare altre ricerche e altri viaggi. Un altro rischio che abbiamo avuto chiaro fin dall'inizio riguarda i destinatari delle nostre "note di viaggio". Una scelta legittima poteva essere quella di farne un testo diretto in primo luogo e soprattutto a chi con diversi ruoli – professionisti sanitari ed amministratori – vive ogni giorno la realtà dell'Azienda Ospedaliera di Crema: sono i protagonisti della storia, e poteva essere logico e naturale costruire su di loro il racconto. Crediamo però che facendo così avremmo in un certo senso tradito lo spirito con cui ci siamo accostati a questa avventura: quello proprio dei non addetti ai lavori, che fino ad ora avevano frequentato il mondo della sanità solo come pazienti, e quindi con una visione forzatamente condizionata dalle circostanze. La nostra idea di partenza è stata quindi un'altra: narrare e far conoscere questo mondo a chi sta "fuori", a chi lo vive solo quando la necessità lo richiede, utilizzando un linguaggio accessibile, anche a costo di sacrificare a volte il dettaglio scientifico. Una scelta sotto certi aspetti suggerita anche dal cambiamento che il concetto stesso di ospedale ha subito nel tempo: non più cittadella fortificata (di qui i malati, di là i sani), ma realtà inserita e radicata nel territorio al quale appartiene, di cui recepisce e a volte subisce le trasformazioni sociali ed economiche e le decisioni assunte ad altri livelli forse non sempre con piena consapevolezza delle conseguenze.

Cosa e chi raccontare? Dopo pochi passi già risultava evidente che la nostra prospettiva non poteva restringersi solo a chi opera per professione dentro l'ospedale. Il progressivo contrarsi delle risorse per la sanità che ha caratterizzato gli ultimi anni ha attribuito un'importanza via via crescente ad una realtà assai spesso misconosciuta, che a Crema è invece eccezionalmente ricca e variegata: il volontariato, nelle sue mille forme ed espressioni. Una presenza che all'interno dell'ospedale (ma anche fuori, non di rado purtroppo fornendo risposta a bisogni di salute che il sistema pubblico non riesce a soddisfare) si attiva ogni giorno con dedizione e generosità, considerando l'impegno profuso come "logico e normale" (rubiamo questi aggettivi dalla narrazione di una volontaria).

Nella medesima ottica di tentare di fornire un quadro il più possibile completo ed esauriente si è scelto di non circoscrivere lo sguardo alla sola Crema: nelle vicende degli ultimi decenni hanno giocato un ruolo non marginale i piccoli presidi ospedalieri di Rivolta d'Adda, Castelleone-Soresina e Soncino, che la riduzione delle risorse, ma anche le mutate esigenze della nuova medicina, hanno costretto alla chiusura o alla riconversione, con tutti i risvolti che ciò ha comportato per le realtà locali che li ospitavano. Ascoltare questi racconti ha significato entrare in un mondo a parte, forse molto lontano dalla concezione moderna della sanità, ma sicuramente ricchissimo di umanità e di relazioni.

Oltre alle testimonianze raccolte dai protagonisti (spesso non esenti da commozione…) a orientare il nostro cammino è stato un ricco supporto documentaristico, ricavato da fonti archivistiche, giornalistiche ed ospedaliere: articoli di stampa, relazioni, bilanci di mandato, testimonianze scritte, carteggi meticolosamente conservati da chi ha passato un'intera esistenza dentro il nosocomio di Crema e ancora non riesce per affetto a distaccarsene del tutto. Un importante riferimento sono stati anche i volumi già realizzati in passato, dai quali abbiamo attinto informazioni che hanno reso ancora più completo il quadro delle straordinarie trasformazioni in atto. Ovviamente niente di tutto questo sarebbe stato possibile senza l'aiuto di grandi compagni di viaggio, che non solo hanno reso logisticamente praticabili i percorsi e fornito le capacità e le soluzioni tecniche necessarie, ma hanno anche condiviso l'entusiasmo e la passione per la ricerca. E il fatto che molti di loro siano di giovane età non fa che renderne ancora più prezioso il contributo. Come ogni grande viaggio, anche questo impone al rientro un bilancio. Nulla possiamo dire ovviamente sull'accoglienza che il racconto riceverà da parte di coloro che ci si augura possano esserne i naturali fruitori. La speranza è che quanto narrato possa mostrare sotto una luce nuova e diversa il "nostro" ospedale, con le sue professionalità e le sue eccellenze, ma anche con le sue difficoltà e i suoi problemi. Da parte nostra il viaggio è stato – lo si sarà intuito da questi pochi accenni – fonte continua di scoperte e di emozioni, nonché occasione di incontri che porteremo sempre con noi. Alle persone che hanno voluto pazientemente concederci il loro tempo dedichiamo quindi questo lavoro. Con un grazie, davvero, di cuore.

CAPITOLO I

UN PO' DI STORIA

Quel giorno del 1351

Il 14 giugno del 1951 la quarta pagina del quotidiano *La Provincia* pubblica nello spazio dedicato a Crema e al suo circondario[1] la notizia di un'importante manifestazione che la città ospiterà di lì a tre giorni: domenica 17 sarà infatti celebrato il sesto centenario dell'Ospedale Maggiore. All'evento viene dato un considerevole risalto: l'articolista sottolinea come la cerimonia abbia lo scopo di "chiamare i cremaschi della città e del suo antico territorio a ricordare I Fondatori e i Benefattori per esaltarne lo spirito di carità e di umana solidarietà". Ma cosa è successo seicento anni prima? Ricostruiamo gli eventi ricavandoli dalla preziosa ricerca di Sergio Lini[2].

L'anno è appunto il 1351, il mese giugno, il giorno il 12: quella mattina quattordici ricchi mercanti cremaschi (ci piace ricordare i loro nomi: Lantelmo Gio. Draco, Guglielmo De Roberga, Righino De Pergamo, Pietro Pozzoli, Pietro da Vimercati, Lantelmo De Robate, Marchino Mandulo, Ziliolo Bellavita, Giacomo Morentano, Carnevale Ceriolo, Pavarolo Pavaro, Rainaldo De Vairano, Alberto Codeluccio Turta, Giacomo De Oxio) si riuniscono davanti al notaio Giovanni da Vairano per acquistare dal calzolaio Pasino de Brexana e da suo figlio Bertolino un gruppo di edifici da destinarsi ad "abitazione o ospizio per gli infermi poveri e per i miserabili bisognosi". L'atto prevede che alla costituenda istituzione sia dato il nome di Domus Dei, ma l'appellativo, pur essendo un evidente segnale della religiosità dei fondatori, non deve trarre in inganno. In realtà il progetto presenta delle significative novità in senso che definiremmo laico rispetto al panorama dell'epoca: prima di tutto i quattordici cittadini cremaschi, pur dotati appunto di considerevoli disponibilità economiche, non appartengono né alla Chiesa né alla nobiltà, come invece avveniva tradizionalmente per la fondazione di tali istituzioni; inoltre nel medesimo atto viene sancito che ad amministrare il nuovo ospedale sarà una società privata del tutto autonoma finanziariamente – quindi esente da qualsiasi tipo di ingerenza ecclesiastica – e retta dagli stessi soci fondatori[3]. Per quest'ultimo aspetto il regolamento del nuovo Ente rappresenta quindi un'anticipazione di quella secolarizzazione nella gestione dell'assistenza agli infermi che caratterizzerà la seconda parte del Trecento e soprattutto il secolo successivo.

Ma dove si trovavano gli edifici acquistati dai tredici illustri cittadini cremaschi? Con ogni probabilità sono da individuarsi sul luogo dell'attuale scuola elementare di Borgo San Pietro. Occorrerà aspettare infatti ancora circa mezzo secolo perché

1 Domenica verrà celebrato il VI centenario della Fondazione dell'Ospedale Maggiore, in *La Provincia*, 14 giugno 1951, p.4.

2 Sergio Lini, *Dalla "Domus Dei" all'Azienda Ospedaliera*, Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, Crema, 1998.

3 In realtà l'atto (forse ai fini di non inimicarsi troppo l'autorità ecclesiastica) riconosceva un piccolo ruolo al Vescovo di Piacenza, a cui spettava la giurisdizione su quasi tutto il territorio di Crema: la nomina del successore in caso di decesso di uno dei fondatori, se l'individuazione del sostituto non avveniva entro tre mesi dalla morte, e la distribuzione dei beni della società ai poveri nell'ipotesi di scioglimento della stessa.

la Domus Dei trovi collocazione in quella che sarà la sua sede fino al 1968: intorno alla fine del 1300 la signora Savia Milanesi (o Milani) di Crema dona all'ospedale la sua casa sita in strada di Porta di Ripalta (ora via Kennedy), e gli infermi vengono trasferiti in questo edificio più ampio e rispondente alle loro esigenze.
La costruzione subirà poi nel tempo diverse ristrutturazioni interne ed ampliamenti, e la società costituita dai fondatori dovrà rinunciare almeno in parte per motivi economici alla sua preziosa autonomia, condividendo la gestione con le autorità civili e religiose. Questo parziale passo indietro è documentato due secoli dopo la fondazione dalla visita pastorale alla Domus Dei da parte del vescovo di Rimini monsignor Castelli[4], la cui successiva relazione ci pare utile anche per capire quanto il concetto di "assistenza" agli infermi sia rigorosamente da tarare sul periodo storico. Il rapporto redatto dal prelato non risparmia dure critiche alla conduzione dell'ospedale: i letti hanno lenzuola a brandelli, gli infermi sono abbandonati a loro stessi, non è previsto alcuno spazio per i malati di mente e, colmo dei colmi, l'altare posto fra le camerate è usato come… dispensa per le provviste. Alla luce di quanto verificato monsignor Castelli dispone una serie di provvedimenti di ordine igienico sanitario ed anche in materia di assistenza spirituale che vengono almeno parzialmente applicati, se è vero che un'altra relazione stilata quattro anni dopo a seguito della visita del vescovo di Bergamo non contiene denunce altrettanto gravi.
In un alternarsi di periodi economicamente favorevoli, con lasciti e donazioni da parte di generosi benefattori, e di vere e proprie crisi finanziarie (come quella di metà '800), la Domus Dei prosegue la sua opera di cura e assistenza a malati e bisognosi. Per avere un'idea della situazione ai tempi dell'Unità d'Italia viene a soccorrerci, sempre dalla ricerca del Lini[5], un documento di poco posteriore all'Unità stessa, il "Conto morale dell'anno 1864 e dell'anno 1865 dell'opera pia Ospital Maggiore ed Uniti di Crema" (la denominazione era stata cambiata a inizio '800 dopo la costituzione della Repubblica Cisalpina): da questo fascicolo risulta che l'Ente era composto da un'ala che oggi definiremmo per malati acuti con 140 letti e una sala operatoria, da un reparto distaccato per gli incurabili e da una terza sezione, anch'essa separata, denominata "Ospitale dei pazzi". Negli anni immediatamente successivi l'ospedale sarà ancora oggetto di interventi di ristrutturazione: nel 1866 l'edificio viene ampliato verso via Teresine, subito dopo sono realizzate nuove camerate per malati contagiosi e altro spazio viene ricavato dimezzando in altezza un braccio delle crociere centrali. Al 1883 risale l'inaugurazione di una seconda sala operatoria (tutte e due le sale saranno ancora rinnovate nel 1901), mentre fra il 1885 e il 1887 vengono migliorate le condizioni di trattamento dei pazienti, con vitto più "sostanzioso" e letti più comodi.
Dopo il fascismo (durante il quale tutte le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza con sede a Crema – Ospedale, ricoveri, Opere pie – sono affidate ad un'unica amministrazione di nomina prefettizia e comunale) e gli anni bui del secondo conflitto mondiale, la Liberazione vede l'inizio di una fase completamente nuova per l'ospedale. Da qui vogliamo cominciare a raccontare la nostra storia, attingendo per questo primo periodo alle fonti di stampa, a partire proprio da quel giorno di inizio estate del 1951…

Il vecchio ospedale

Il 17 giugno tutte le principali autorità civili, militari e religiose di Crema e della provincia, insieme a diverse importanti figure di sanitari milanesi, presenziano dunque ai festeggiamenti del sesto centenario: le affiancano l'intero corpo medico dell'ospedale, con alla testa i primari di Medicina e Chirurgia prof. Cattaneo e prof. Canger, e molti degenti. L'austera cerimonia offre occasione per celebrare quello che la stampa nei giorni precedenti ha già definito con enfasi uno dei migliori ospedali della Lombardia per la competenza del personale e l'aggiornamento dell'attrezzatura, ma anche per come la sofferenza vi si trova confortata dal "candore dell'ambiente" nonché dal "sorriso e dalla premura" di medici ed infermieri[6].
Una descrizione tanto favorevole impone di chiedersi se essa coincidesse con la realtà, e certamente la risposta non può che essere positiva per ciò che concerne la qualità del corpo sanitario: l'ospedale accoglieva l'opera di figure mediche di primissi-

4 S. Lini, *Dalla "Domus Dei"*, cit., p. 28. La visita ha luogo il 28 settembre 1579.
5 Ibidem, pp. 39 ss.
6 *Domenica verrà celebrato…*, cit.

Il vescovo di Crema Giuseppe Piazzi durante la celebrazione del sesto centenario, 1951

mo piano, il cui profilo umano e professionale è ancora ben vivo nei ricordi di chi ha vissuto quel periodo. Il primario chirurgo Giulio Canger, che spesso incontreremo nel corso della nostra storia, è un personaggio quasi mitico a Crema. Arriva nel nosocomio cittadino nel secondo dopoguerra e subito si impone con la sua autorevolezza a tutto il personale: i giovani medici ne sono intimoriti, ma anche ne intuiscono fin dall'inizio le grandi doti umane. Lo stesso vale per chi, giovanissima, muove in quegli anni i primi passi come infermiera professionale:

> Avevo sentito parlare per la prima volta del prof. Canger a Milano: me lo avevano descritto come un leader e un bravissimo chirurgo. Così quando mi hanno detto che qui a Crema cercavano infermiere professionali ho fatto domanda. Nonostante la sua aria severa Canger ci voleva bene, ed era sempre pronto ad aiutarci. Certo, se doveva sgridarci non ce le risparmiava…[7].

E un giudizio non dissimile viene dato da un membro dell'Amministrazione ospedaliera di allora:

> Giulio Canger era un uomo di grande personalità, e un grande organizzatore. Quando lui entrava in reparto si faceva silenzio assoluto. Era però anche gentile, uno con cui si poteva parlare, per niente superbo[8].

Anche questa figura così autorevole tuttavia non poteva esentarsi dal gestire con grande rispetto e diplomazia il rapporto con quelle che sotto molti aspetti erano le vere "dominae" dell'ospedale, ovvero le suore Ancelle della Carità, a cui riteniamo doveroso dedicare un po' di spazio.
Il servizio delle religiose nell'ospedale era iniziato addirittura nel 1852, quando sei di loro avevano lasciato la Casa Madre di Brescia con destinazione Crema. Cento anni dopo l'anniversario del loro arrivo viene commemorato con una solenne cerimonia, il cui resoconto di stampa[9] ci informa che la preziosa opera di assistenza delle suore si estendeva anche ad altre tre istituzioni cremasche, il brefotrofio, il Ricovero dei vecchi e il manicomio di S. Maria della Croce. L'attività delle Ancelle all'interno dell'ospedale era varia e praticamente non conosceva limiti di orario: nel loro ruolo di caposala mettevano una dedizione assoluta; inoltre, essendo

7 Testimonianza di Rita Maria Parati.

8 Testimonianza di Marziano Marziani.

9 Festeggiamenti in onore delle Ancelle della Carità, in *La Provincia*, 8 luglio 1952, p. 4. Nel corso della cerimonia vengono premiate le due religiose con la maggiore anzianità di servizio all'ospedale: suor Ermete Giussani, che svolge funzioni di assistente di sala operatoria ed è arrivata nel 1910, e suor Cecilia Manclossi, caposala di Medicina, a Crema dal 1911.

Giulio Canger, 1951

Gaetano Tosetti sul tetto del nuovo ospedale nel 1968

le prime ad entrare in servizio e le ultime a smontare, nulla di quanto accadeva nella struttura poteva sfuggire al loro ferreo controllo. L'educazione ricevuta in convento imponeva alle sorelle criteri di rigidissima economia, che si rivelavano preziosi quando si trattava di vigilare sull'appropriatezza degli acquisti, ma a volte si traducevano in… originali scelte di risparmio, ad esempio nell'uso degli strumenti: così quando già funzionava il sistema monouso le troviamo ancora a fare la punta agli aghi tradizionali dopo ogni prelievo, e a niente valevano i tentativi dei medici di interrompere tale procedura buttando via la poco igienica ferraglia, perché subito dopo le suore la recuperavano! A queste regole di economicità non sfuggivano nemmeno le consorelle e i confratelli, come ci ha raccontato il signor Tosetti, impiegato amministrativo dell'ospedale:

> Mi ricordo di un prete dell'ospedale che aveva la glicemia che non funzionava bene: una volta lo trovo in cucina che sta per tirare una mela addosso a una suora. Ma cosa fa?, gli dico. E lui: "Guardi cosa mi ha dato la suora per colazione: un uomo come me, in giro dalle sei del mattino, deve accontentarsi di una mela?" In effetti quella suora era un po' tirchia: pensi che alle consorelle nel refettorio non dava nemmeno l'olio per condire l'insalata: abbiamo dovuto comprare noi le ampolline da mettere sul tavolo![10].

Altrettanto originali, e dettate da una naturale sfiducia verso i sistemi moderni, erano certe procedure igieniche applicate dalle religiose, che a chi proveniva da altre realtà, come il giovane dottor Serra, apparivano addirittura sorprendenti:

> La disinfezione delle siringhe avveniva in qualche modo: la suora, che era la caposala, le metteva in una soluzione di glucosio, perché sosteneva che lo zucchero manteneva la sterilità… Per fortuna non è mai successo niente![11].

Nonostante questi approcci poco ortodossi, la presenza delle suore assicurava un importante sostegno morale non solo ai malati, ma anche al personale, soprattutto quando la giovane età rendeva faticoso il confronto quotidiano con la sofferenza:

> Le suore ogni tanto dovevano consolarci e farci forza: quando c'erano dei giovani o dei bambini che stavano male o dovevano essere operati non era sempre facile da sopportare…[12].

10 Testimonianza del sig. Gaetano Tosetti. Il ricordo probabilmente si riferisce al nuovo ospedale, in cui le suore continueranno a svolgere il loro servizio.
11 Testimonianza di Ugo Serra.
12 Testimonianza di Rita Maria Parati.

Le Ancelle della Carità non esauriranno l'attività con la chiusura del vecchio ospedale, ma continueranno a svolgere con impegno la loro opera nella nuova struttura. Nel 1982 tutto il personale sanitario festeggerà i 50 anni di servizio di suor Francesca Sonzogni, la cui presenza "burbera forse, ma certo generosa e disinteressata[13]" rimane fra i ricordi più vivi del nosocomio.

Ad affiancare le suore nell'assistenza ai degenti erano per la quasi totalità infermieri generici, i professionali arriveranno progressivamente solo col nuovo ospedale. La mancata qualifica non deve far pensare a una minore competenza: le testimonianze di chi allora iniziava il mestiere sono concordi nell'assegnare proprio a queste figure il ruolo dei migliori maestri, che sapevano compensare le scarse nozioni teoriche con un'esperienza pressoché sterminata. "Allora non esistevano mansionari, si faceva tutto", ci ha detto con legittimo orgoglio chi ha vissuto quella stagione[14].

Ma com'era organizzato il vecchio ospedale nel suo ultimo ventennio di attività? Si può dire che l'ossatura di quella che era stata la Domus Dei non era poi così cambiata: gli unici veri reparti erano quelli di Medicina e Chirurgia, mentre per le altre specialità si poteva parlare per lo più di aree o letti riservati. I medici erano intorno a 25, e pochi ricoprivano il ruolo di primari[15]; per gli interventi chirurgici e le visite arrivavano all'occorrenza medici da fuori (per fare un esempio, Pediatria accoglieva due volte la settimana il responsabile dell'ospedale di Bergamo, e solo nel 1965 venne indetto il concorso per il primariato; lo stesso vale per Ortopedia, dove specialisti esterni svolgevano ruolo di consulenti tre volte alla settimana). Quanto alla tecnologia presente, essa era ovviamente ancora assai limitata: se il cardiologo poteva al massimo avvalersi di un elettrocardiografo, il radiologo aveva a disposizione solo lastre a sviluppo manuale… Con questa ridotta attrezzatura il raggiungimento della diagnosi era per forza quasi del tutto affidato alla competenza, all'esperienza, agli occhi e alle mani del medico. È questo forse l'elemento che con più insistenza abbiamo rilevato dalle testimonianze dei protagonisti: il cambiamento epocale che nel tempo ha portato a passare dal professionista della salute che faceva affidamento quasi solo su di sé e sulle sue conoscenze a quello "dipendente" dalle macchine, con tutti i riflessi – non solo positivi – che ciò comporta e con cui spesso ci confronteremo nel corso del nostro cammino. Il medico del vecchio ospedale era quello che con efficacia ci ha descritto la dottoressa Zavatteri:

> Quando ho cominciato a lavorare io nella vecchia struttura c'era il Laboratorio – che aveva una serie di possibilità molto più limitate di adesso – e c'era la Radiologia, molto limitata anche quella. La diagnostica era quindi lasciata molto alla semeiotica: lo studio dei sintomi e dei segni era fondamentale. Le diagnosi di pleuriti, polmoniti e tubercolosi venivano fatte con le orecchie attraverso il fonendo (e con un cervello in mezzo alle orecchie!): si imparava a cogliere i segni, la diversità dell'intensità del respiro, la presenza di rumori che non ci sarebbero dovuti essere, ascoltando il cuore si sentivano i toni cardiaci. Era tutto affidato all'esperienza del medico e all'affinamento delle sue capacità…[16].

In questo quadro di grandi professionalità resta da chiedersi se anche dal punto di vista ambientale l'ospedale corrispondesse all'ottimistica descrizione fatta dall'articolista de *La Provincia* nel giugno del 1951.

Si può subito dire che le condizioni della vecchia struttura con ogni probabilità non erano troppo dissimili da quelle di molti altri nosocomi, ma questo non toglie che i problemi ci fossero, e non di facile soluzione. Ecco il quadro che appare una quindicina di anni dopo al dottor Serra, quando assume le vesti di primario della Pediatria di Crema dopo aver vinto il concorso:

> Io Crema non la conoscevo. Quando sono arrivato e ho visto qual era la situazione devo dire che sono rimasto un po' male: struttura vecchia, stanzoni,

13 Cinquant'anni di ininterrotto servizio all'ospedale di Crema, in *La Provincia*, 3 giugno 1982, p. 11. Il passare degli anni vedrà assottigliarsi il numero delle religiose, e nell'estate del 2008 l'ultima di loro, suor Carla, lascerà la struttura.

14 Testimonianza di Antonio Lancelli.

15 *L'ospedale Maggiore nel 2000*, a cura di A. Martinotti, L. Gandola, M. Mileti, A. Zambelli, Leva Artigrafiche, Crema 1998, p. 19. In quegli anni il Direttore sanitario era il dott. Ciulla, mentre i primari erano: prof. Canger (Chirurgia), prof. Cattaneo (Medicina), prof. Patrini (Ginecologia), prof. Boriani (Otorino), prof. Lesca (Laboratorio Analisi), prof. Perotti (Radiologia).

16 Testimonianza di Gianna Zavatteri.

Il vecchio ospedale di Crema

> mura scrostate, fili della luce che pendevano dal soffitto, bambini un po' accatastati… Se non fossi stato sicuro che da lì a qualche anno ci sarebbe stato il trasferimento nel nuovo ospedale non sarei rimasto…[17].

E non difforme è l'impressione di chi si è trovato negli stessi anni a frequentare il vecchio ospedale da volontario prima della laurea:

> La vecchia struttura era architettonicamente improponibile: c'erano le camerate, delle sale di medicazione con molti limiti anche dal punto di vista igienico, dei bagni che non le dico…[18].

Per avere un'immagine completa (e non meno impietosa) della situazione si può far riferimento ad una relazione inviata nel luglio 1956 dall'allora presidente del Consiglio di Amministrazione del nosocomio Tito Magnani ai giornali locali per documentare la necessità di interventi necessari ed urgenti[19]. Il documento parla di sale di degenza ben lontane dalla conformità alle leggi, "a tipo camerata, alcune di esse per 28-30 letti permanentemente superaffollate fino a 38-40 letti", di servizi igienici insufficienti quando non del tutto inesistenti, di reparti completamente promiscui e senza separazioni. Ancora peggiore è la descrizione dei singoli ambienti, come il Pronto Soccorso, che condivideva con l'Accettazione un unico locale diviso da una tramezza, o come il reparto operatorio, attraverso il quale transitavano anche i pazienti che dovevano essere ricoverati[20].

Le condizioni non ottimali della struttura erano quindi ben presenti alle Amministrazioni succedutesi alla guida dell'ospedale, ma gli interventi correttivi nel corso del tempo si erano più che altro limitati a "piccole modifiche, ampliamenti e adattamenti parziali, senza un piano organico complessivo[21]". Solo in pochi casi i miglioramenti erano consistiti in rifacimenti ex novo: era accaduto ad esempio quando, proprio in occasione dei festeggiamenti per i 600 anni dell'ospedale, era stata posta la prima pietra del nuovo reparto tubercolare, inaugurato in pompa magna tre anni dopo. L'articolo de *La Provincia* che faceva la cronaca di tale inaugurazione precisava che il padiglione di 740 metri quadri sarebbe servito a sostituire gli "indecorosi e decrepiti locali che fin dal 1911 funziona-

17 Testimonianza di Ugo Serra.
18 Testimonianza di Sergio Maddeo.
19 Relazione di Tito Magnani, 13 luglio 1956, in Archivio storico Comune di Crema.
20 La Relazione descrive fra le altre cose la spiacevole sistemazione del servizio mortuario, a causa della quale i cortei funebri, per uscire dall'ospedale, dovevano percorrere tutto il giardino esposti alla diretta vista dei malati.
21 Relazione di Tito Magnani, cit.

vano come reparto tubercolotici[22]".
Sulla struttura per la TBC vale la pena di soffermarsi, sia perché per molti mesi la sua realizzazione costituirà argomento di accese polemiche in città (da cui possiamo ricavare un interessante spaccato su quelli che erano i timori che accompagnavano certe patologie), sia in quanto proprio queste discussioni offriranno occasione per i primi ragionamenti sul futuro dell'ospedale.
Il nuovo reparto per i pazienti tubercolotici, che aveva come primario il dott. Silvio Duse, disponeva di cinquanta letti: la sua funzione era quella di accogliere gli ammalati per l'accertamento diagnostico, dopo il quale quelli meno gravi sarebbero stati trattenuti e curati, mentre i casi più seri avviati ai Sanatori. Nonostante tale limitata funzione, solo un mese dopo l'inaugurazione scoppiano le critiche. Un gruppo di cittadini scrive a *La Provincia*[23] sostenendo che l'area dove è stato costruito l'edificio è "totalmente inadatta" in quanto insicura per gli altri degenti dell'ospedale: non è abbastanza isolata, ed inoltre i servizi di dispensa, cucina e bucato risultano in comune con il resto del nosocomio. Soldi spesi malissimo, dunque, che a giudizio degli scriventi avrebbero potuto essere utilizzati molto meglio, magari realizzando a nuovo "fuori dall'abitato" almeno un reparto di Medicina. Non un intero ospedale, quindi, ma se non altro un suo inizio…
La polemica non si ferma qui: nel mese successivo il giornale pubblica una seconda lettera, firmata da venticinque capi famiglia[24], nella quale vengono rinnovate le accuse (paventando fra l'altro il pericolo che sarebbe rappresentato dalle "finestre del reparto affacciate sulla pubblica via") ed in più si aggiunge un particolare interessante che conferma come il problema della necessità di provvedere ad un ampliamento dell'ospedale sia già stato preso in considerazione. Gli autori della lettera raccontano infatti di una voce che circola insistentemente in città:

> Si va dicendo che esponenti dell'Ospedale fanno approcci ai proprietari delle case a sud dell'ospedale per probabili acquisti onde provvedere all'indispensabile allargamento[25].

La voce non è priva di fondamento: in effetti già due anni prima il Consiglio di Amministrazione dell'ospedale – d'intesa con la Direzione Sanitaria – aveva emesso una delibera[26] che affidava a due tecnici lo studio di un progetto per il rinnovo dell'ospedale, e nel 1954 una visita del Prefetto al nosocomio era stata occasione per assicurarsi preventivamente l'appoggio dell'autorità provinciale[27]. Queste prime manovre si spiegano a fronte di una situazione che minacciava di diventare insostenibile, come si capisce da un altro articolo di stampa pubblicato nel settembre 1955[28] per dare una lieta notizia: il Governo ha deciso di concedere al nosocomio di Crema 10 milioni per l'ampliamento del Centro Discinetici, cioè del reparto dell'ospedale che era stato aperto ufficialmente il 7 novembre del 1951 per la diagnosi e la cura dei bambini affetti da disturbi motori congeniti di origine cerebrale. Di questo Centro, ai tempi il più avanzato d'Italia, avremo modo di parlare ancora e diffusamente. Adesso interessa sapere che la donazione governativa andava a sanare una situazione che a pochi anni dall'inaugurazione vedeva già lo spazio a disposizione dei piccoli pazienti largamente insufficiente. Per tale motivo il finanziamento viene utilizzato per trasferire il reparto nell'edificio della Misericordia, di fronte all'ospedale. L'area la-

22 Il nuovo reparto del TBC sarà inaugurato domani dal Prefetto, in *La Provincia*, 2 aprile 1954, p. 6.
23 Appunti al nuovo reparto TBC, in *La Provincia*, 5 maggio 1954, p. 6.
24 Sulla questione del sanatorio di Crema una lettera di 25 capi famiglia, in *La Provincia*, 24 giugno 1954, p. 6.
25 Stante questa intenzione gli scriventi suggeriscono di spostare in altro luogo i malati tubercolotici e di utilizzare la struttura appena edificata per collocarvi la Maternità. La polemica in seguito si spegne da sola, e il reparto resterà al suo posto. A placare gli animi contribuisce forse la lettera indignata di un invalido di guerra per TBC polmonare (*La Provincia*, 3 luglio 1954, p. 6) in cui, a proposito del presunto pericolo rappresentato dalle finestre affacciate sulla strada si legge: "I signori firmatari credono forse che gli sventurati per quel male siano privi di senno ed incoscienti, trovando il gusto di sputare sui passanti?". E così l'autore conclude: "Non è quello che entra nel corpo che contamina l'uomo, ma quello che ne esce, cioè cattiveria ed incomprensione".
26 Delibera del 13 aprile 1953. Il Consiglio di Amministrazione in quegli anni era costituito da cinque membri: due nominati dal Consiglio comunale, due dall'ECA (Ente Comunale di Assistenza), e il presidente, designato dal Prefetto su indicazione del Sindaco.
27 La visita del Prefetto all'ospedale di Crema, in *La Provincia*, 15 ottobre 1954, p. 6.
28 Dieci milioni dal Governo all'ospedale di Crema, in La Provincia, 29 settembre 1955, p. 3.

sciata libera – scrive l'autore dell'articolo – servirà a dare un po' di fiato alla vecchia struttura, nella quale una media giornaliera di 320 ricoverati riceve accoglienza in uno spazio che dovrebbe ospitarne 170-180:

> … nelle corsie i letti sono sistemati su varie linee, e ciò per ospitare il maggior numero possibile di pazienti; da oltre un mese si è dovuto poi collocare letti anche in alcuni corridoi…

La continua crescita dei numeri dell'ospedale trova un'altra significativa conferma nella relazione sull'attività del 1954 che l'Amministrazione invia gli organi di stampa agli inizi dell'anno successivo[29]. Il documento certifica che nei dodici mesi presi in considerazione i ricoveri sono stati 4.796[30], 1621 gli interventi chirurgici, 635 le prestazioni di Pronto Soccorso, oltre 24.000 gli esami di laboratorio e più di 4.000 quelli radiologici. Grande è stato anche lo sforzo per allargare l'offerta del nosocomio: si trovano infatti in fase di allestimento il gabinetto di Istologia e Anatomia Patologica e la sezione prematuri. La Direzione non ha mancato neppure di rivolgere la sua attenzione allo stato d'animo dei pazienti: la relazione informa che è in corso una sottoscrizione per l'acquisto di… un televisore, che "sarà spostato di reparto in reparto". La notizia è senza dubbio curiosa, considerato che le trasmissioni RAI erano iniziate proprio nel gennaio del 1954: non si può dire certo che l'Amministrazione dell'ospedale abbia perso tempo!

I primi progetti di rinnovo

Un'attività così vasta ed un impegno così generoso imponevano di ragionare su una sede adeguata a farsene carico, ed è così che la questione a partire dalla metà degli anni Cinquanta inizia a porsi al centro delle riflessioni non solo dell'Amministrazione ospedaliera, ma dell'intera città. Sul tema vengono scritti fiumi di inchiostro, sono organizzati convegni, e i cremaschi più autorevoli non mancano di prendere posizione.

Fin da subito si capisce che trovare una soluzione che accontenti tutti non sarà semplice, anche perché a confrontarsi sono due opinioni apparentemente inconciliabili: quella di chi propende per una ristrutturazione del vecchio edificio e quella di chi al contrario vorrebbe una costruzione del tutto nuova, realizzata in un'altra zona della città.

Stretta fra le opposte argomentazioni la Dirigenza ospedaliera sembra ad un certo punto fare una scelta di apparente mediazione. Lo studio commissionato ai due tecnici nel 1953 ha dato come risultato un progetto "basato sul mantenimento del vecchio ospedale con l'inserimento di nuove costruzioni, di sopralzi e di modifiche delle vecchie strutture[31]". Le autorità sanitarie a cui il progetto viene sottoposto per un esame preliminare non ritengono tuttavia che esso possa sanare tutte le deficienze dell'ospedale, e premono per una soluzione più "radicale" che preveda l'edificazione di un nuovo padiglione ubicato nella stessa area.

Ecco quindi che il progetto viene rivisto: quello che ne risulta ipotizza appunto la costruzione, da eseguirsi in più fasi, di un nuovo fabbricato collegato con la parte vecchia. Sembrerebbe un'idea in grado di accontentare tutti, ma non è così, anzi le critiche cominciano a piovere copiose. I giornali concedono ampio spazio e risalto a tali critiche, e la discussione quindi continua con sempre maggiore enfasi.

In che cosa consiste nei dettagli il piano del Consiglio di Amministrazione dell'ospedale? Esso prevede la demolizione di alcune parti secondarie della vecchia struttura e la realizzazione al loro posto di un edificio di sei piani fuori terra destinato ad ospitare la degenza e il reparto chirurgico[32]. Secondo quanto indicato dal presidente del Consiglio di Amministrazione ingegner Tito Magnani il lavoro verrebbe svolto in tre fasi: un primo lotto di de-

29 Vasta attività sanitaria all'ospedale di Crema, in *La Provincia*, 25 febbraio 1955, p. 6.

30 Nei dettagli: 2578 in Chirurgia, 965 in Medicina, 597 in Maternità, 97 nel reparto isolamento, 31 in Neurologia, 95 in Oculistica, 31 in Ortopedia, 259 in Otorinolaringoiatria, 54 in Urologia, 35 in Radiumterapia, 52 nel reparto cronici, 107 nel padiglione antitubercolare, 48 fra i Discinetici e 119 in Pediatria.

31 Conosciamo il contenuto del progetto del 1953 dalla relazione presentata tre anni dopo da Tito Magnani nella serata organizzata all'Istituto Folcioni di cui avremo modo ancora di parlare (Relazione del 27 giugno 1956, in Archivio storico Comune di Crema).

32 La prima ala del nuovo padiglione doveva ospitare al piano seminterrato le cucine, al piano rialzato, primo, secondo, terzo e quarto piano Chirurgia generale, Urologia e Ortopedia per un totale di 164 letti, al quinto il reparto solventi e le sale operatorie. La seconda ala dell'edificio, da costruirsi in un secondo momento, avrebbe accolto gli altri reparti, con 228 posti letto.

molizione, trasformazione e costruzione di metà del nuovo reparto e del collegamento con la parte vecchia, un secondo di costruzione dell'altra metà della Chirurgia ed un terzo col sopralzo del corpo di fabbrica della farmacia e sistemazione del vecchio fabbricato. Una delle prime voci che si alzano ad esprimere perplessità sul progetto è quella autorevole del primario della Medicina, il prof. Franco Cattaneo[33], che, probabilmente anche preoccupato in merito all'effettiva possibilità che durante i lavori l'ospedale possa mantenere la sua funzionalità, invita tutti alla prudenza nell'assumere impegni che fra l'altro potrebbero essere "non passibili di rimedio" e quindi pregiudicare scelte diverse per il futuro. All'illustre sanitario fanno eco altre obiezioni sollevate da professionisti molto conosciuti in città e diffuse dalla stampa: obiezioni nel merito (si denuncia la "nebulosità" del piano di finanziamento dell'opera[34]) e anche nella forma: l'Amministrazione dell'ospedale è sul punto di cessare il mandato, quindi per opportunità sarebbe preferibile che si astenesse dal prendere decisioni di tale peso; inoltre si accusano i membri del Consiglio di avere concordato ogni cosa con l'Autorità provinciale (qualcuno ricorda forse la visita del Prefetto all'ospedale nel 1953) senza tenere in minimo conto l'opinione dei cremaschi[35].

Forse nel tentativo di arginare le polemiche, a fine giugno l'Amministrazione ospedaliera organizza un incontro di presentazione del progetto all'Istituto Folcioni invitando le massime autorità civili (il sindaco Cabrini appena eletto in testa) e religiose. Dalla cronaca della serata[36] apprendiamo che le cose non vanno però come previsto: l'atmosfera, già calda all'inizio, diventa addirittura rovente quando il presidente Magnani, che si è presentato con un plastico del progetto, annuncia che quest'ultimo è già stato girato al Ministero della Sanità per l'approvazione definitiva. La comunicazione scatena l'ira dei presenti: il sindaco e diversi cittadini denunciano senza mezzi termini la procedura seguita, e il primo non manca di sottolineare come, dal momento che né la Commissione edilizia né il Consiglio comunale sono stati interpellati, senza il loro via libera i lavori non potranno comunque iniziare. L'incontro si conclude nel peggiore dei modi, con molti invitati che abbandonano la sala[37].

Nelle settimane seguenti le critiche si appuntano su altri elementi della relazione dell'ing. Magnani, in particolare laddove essa riferisce che i due tecnici incaricati hanno preso in considerazione anche l'ipotesi di costruire un ospedale ex novo: è stata persino individuata una possibile area (in località Foppe, su un terreno già di proprietà degli Istituti Ospedalieri), ma il costo è stato stimato in un miliardo, cosa che ha fatto propendere definitivamente per la soluzione intermedia, assai meno onerosa. Ancora una volta il quotidiano *La Provincia* si fa portatore delle obiezioni sollevate da alcuni cittadini: il costo indicato per la nuova edificazione, si dice, è troppo alto, e comunque appare evidente che la possibilità è stata esaminata solo in modo sbrigativo, perché si era già deciso di operare diversamente[38]. E questo nonostante la soluzione ipotizzata vada apertamente a scontrarsi con la moderna tendenza a costruire gli ospedali in periferia, per non ostacolare con la loro presenza le esigenze di svecchiamento urbanistico. Gli oppositori del progetto avanzano poi un ulteriore argomento: non è stata tenuta nel debito conto la cifra che si ricaverebbe dalla vendita della vecchia struttura e dell'area su cui la stessa è collocata, né è stato adeguatamente stimato il resto del patrimonio terriero e immobiliare dell'ospedale, dalla cui alienazione si potrebbe ottenere una somma che – aggiunta alla prima – andrebbe a coprire una parte non indifferente della spesa da sostenersi per un nuovo ospedale.

Su tutte queste considerazioni domina poi una

33 Il problema dell'ospedale ed una soluzione intermedia, in *La Provincia*, 13 giugno 1956, p. 7. Nei vari articoli che si occupano della questione non si manca di far presente che quello in discussione non è in assoluto il primo progetto di ampliamento dell'ospedale: un altro era stato elaborato nel 1920, poi abortito a seguito degli eventi legati alle guerre coloniali, ed un secondo aveva visto la luce – ancora una volta senza esiti – nel 1933.

34 Troppo vaghe le notizie sul piano di finanziamento, in *La Provincia*, 24 giugno 1956, p. 7.

35 Si annuncia che il presidente del CdA dell'ospedale ing. Magnani illustrerà il progetto, in *La Provincia*, 27 giugno 1956, p. 7.

36 Sulla questione dell'ospedale dibattito polemico al Folcioni, in *La Provincia*, 29 giugno 1956, p. 6.

37 Non avrà miglior sorte il tentativo operato quindici giorni dopo per dare rilievo mediatico al progetto, con l'ing. Magnani ed il prof. Canger chiamati a parlare della questione al "Gazzettino padano" (v. *La Provincia*, 13 luglio 1956, p. 4): l'iniziativa viene definita propagandistica e, si sottolinea, non ha cambiato affatto l'opinione dei cremaschi.

38 Omissioni e manchevolezze nella relazione del Presidente, in *La Provincia*, 8 luglio 1956, p. 7.

Marziano Marziani

preoccupazione: riuscirà l'ospedale a garantire idonea assistenza ai malati durante una ristrutturazione che promette di essere lunghissima, considerato che i finanziamenti appaiono sicuri solo per il primo lotto, mentre per i successivi i tempi per ottenerli sono del tutto indeterminati?
Nei mesi seguenti il dibattito subisce una pausa, forse in ragione dell'imminente scadenza del Consiglio di Amministrazione. Presto però l'argomento ritorna alla ribalta: nell'autunno del 1957 la nuova dirigenza dell'ospedale, il cui presidente è il dottor Pietro Foglia, riprende l'esame del vecchio progetto. Forse per non scatenare ulteriori contestazioni questa volta il Consiglio si muove col massimo riserbo, e poche indiscrezioni arrivano alla stampa. Si capisce però che si sta cercando di sgombrare il campo da alcune preoccupazioni espresse in precedenza dalla popolazione[39]. In primo luogo si tenta di tranquillizzare l'opinione pubblica su un punto: l'attuale ubicazione dell'ospedale non può recare alcun pregiudizio al futuro sviluppo urbanistico della città, in quanto l'area è sì piuttosto vasta, ma anche isolata e ben limitata. Inoltre, a garanzia della piena funzionalità della struttura in corso d'opera, saranno apportate alcune modifiche ai disegni iniziali, come l'arretramento del nuovo monoblocco. Si insiste infine sul fatto che il progetto verrà portato avanti con gradualità e prudenza, per assicurare l'adeguata copertura finanziaria ai lavori.
Anche questa volta però tutti i ragionamenti sono destinati a concludersi con un nulla di fatto: nel dicembre del 1957 il dottor Foglia si dimette per contrasti con gli altri membri del Consiglio, e neppure la nomina del suo successore (febbraio 1958) nella persona del cavalier Enzo Acerbi fa cessare le divergenze. Qualche mese dopo il Prefetto è quindi costretto a sciogliere il Consiglio stesso e a designare come Commissario straordinario il dottor Vincenzo Vernaschi, che resterà in carica fino al marzo del 1959.
In tutto questo tempo le polemiche interne alla Direzione degli Istituti Ospedalieri lasceranno poco spazio alle diatribe sulla sorte dell'ospedale, anche se di tanto in tanto la stampa riprende la questione, obbedendo a voci che vogliono il progetto di restauro ancora al vaglio degli amministratori.
Tutto cambia a partire dal 4 aprile 1959, quando il Prefetto, ascoltate le indicazioni degli Enti interessati, nomina il nuovo Consiglio di Amministrazione, che risulta così composto: presidente l'avvocato Ugo Dossena e consiglieri il geometra Marziano Marziani, il professor Eugenio Soldati (nominati dal Consiglio Comunale), il dottor Giuseppe Firmi e il dottor Francesco Benelli (nominati dall'Ente Comunale di Assistenza).
Comincia l'era Dossena. Con essa il destino dell'ospedale sarà definitivamente tracciato.

39 Il restauro in loco dell'Ospedale allo studio dell'attuale Amministrazione, in *La Provincia*, 16 ottobre 1957, p. 7.

Ugo Dossena, 1963

CAPITOLO II

UN OSPEDALE TUTTO NUOVO

La soluzione… finalmente!

Ma chi è l'avvocato Ugo Dossena, colui che giocherà un ruolo così importante nelle scelte relative all'ospedale di Crema? Ai tempi dei fatti che stiamo narrando è già una figura molto nota in città, per la sua attività forense, ma anche per i numerosi altri incarichi ricoperti: vice presidente nell'immediato dopoguerra del Monte di Pietà di Crema, nel 1951 è stato eletto in Consiglio comunale per la Democrazia Cristiana ed è diventato assessore ai Lavori Pubblici con il sindaco Virgilio Pagliari, carica poi confermata nel 1956 dal nuovo primo cittadino Giacomo Cabrini. Di lui viene dato un giudizio unanime: persona retta e specchiata, un "uomo del fare, uno che non si perdeva in chiacchiere", per usare le parole di Marziano Marziani, anch'egli come abbiamo visto membro del nuovo Consiglio di Amministrazione dell'ospedale. Proprio da questa cultura del fare Dossena trae le sue idee sui criteri che devono ispirare la dirigenza di un Istituto di cura:

> Dossena voleva cambiare il ritmo di lavoro del Consiglio di Amministrazione: da qui l'idea di passare dagli anziani ai giovani. Prima si trattava di un ruolo ricoperto per lo più da gente in pensione, visto anche che si lavorava a titolo gratuito. La differenza è che a un giovane viene più voglia di far vedere quello che sa fare, quindi ci mette l'impegno. E noi devo dire ce ne abbiamo messo tanto![1].

Ecco dunque il neo presidente operare una piccola rivoluzione: i membri del Consiglio selezionati su sua indicazione sono molto più giovani dei loro predecessori, il geometra Marziani ad esempio ha solo 28 anni. Del cambiamento si avvede anche la stampa, che quando riferisce della prima riunione della nuova Amministrazione sottolinea come quest'ultima appaia "notevolmente ringiovanita[2]".

Per convincere persone ancora in età da lavoro a dare la disponibilità ad un ruolo così delicato (oltre che gratuito!) non si esita a… truccare un po' le carte in merito all'impegno richiesto: a Marziani viene detto che l'incarico gli sottrarrà al massimo un paio di sere alla settimana, invece, come ricorda lo stesso protagonista, "eravamo occupati tutti i giorni, sabati e domeniche compresi[3]".

La nuova dirigenza, forte di questo giovanile entusiasmo, si mette subito al lavoro per affrontare la questione più importante: come realizzare a Crema un Istituto Ospedaliero adeguato alle moderne esigenze di diagnosi e cura e rispondente ai nuovi bisogni della città?

I primi passi dei neo amministratori vanno inevitabilmente in direzione del lavoro fatto da chi li ha preceduti: il vecchio progetto viene ripreso in mano e studiato. E all'inizio sembra che le scelte non saranno difformi da quelle già formulate:

> Il restauro in loco, secondo l'amministrazione Dossena, è l'unico modo per risolvere il problema, dato che il patrimonio degli Istituti Ospedalieri della

1 Testimonianza di Marziano Marziani.

2 Il piano di lavoro della nuova Amministrazione, in *La Provincia*, 29 aprile 1959, p. 6.

3 Testimonianza di Marziano Marziani.

> nostra città ha una rispettabile consistenza, ma la sua eventuale vendita non permette comunque di ricavare la maggior somma che è indispensabile per optare per la costruzione di un ospedale nuovo[4].

Almeno all'apparenza, dunque, niente di nuovo, né negli argomenti, né nella conclusione finale. In questo primo orientamento la giovane dirigenza potrebbe essere stata influenzata dalla consapevolezza che l'idea di un nuovo ospedale aveva avversari non certo di poco conto. Il signor Marziani ci ha in effetti parlato di autorevoli resistenze:

> Nel progetto di un nuovo ospedale avevamo contro sia l'INAM che la Provincia. Non bisogna dimenticare che allora le rette ospedaliere le pagava l'INAM, che ovviamente cercava di tirar fuori meno soldi possibile, con le conseguenze che questo aveva sull'assistenza. Passando quindi da 200 a 400 posti letto avrebbe dovuto sborsare molto di più! Quanto alla Provincia, gli ostacoli venivano dal fatto che Cremona, che aveva in mente di fare un nuovo ospedale, non voleva arrivarci dopo Crema… Poi è finita che ci hanno mandato qui i loro progettisti per vedere come avevamo fatto noi…[5].

Quale che fosse il peso di tali contrarietà, dopo poco tempo interviene nel dibattito un elemento nuovo, che sembra cambiare tutte le prospettive. Accade alla fine del 1959: prima sussurrata negli ambienti interessati, poi riportata dalla stampa[6], infine confermata dall'Amministrazione, si sparge la notizia che la Sovrintendenza alle Belle Arti ha posto un veto alla manomissione delle mura venete che delimitano a ovest l'area occupata dall'ospedale. Questo intervento assesta un colpo non indifferente al progetto di restauro, in base al quale il monoblocco destinato ad ospitare il reparto chirurgico dovrebbe essere costruito proprio occupando il fossato sotto il bastione. Ecco quindi che i disegni necessiteranno di radicali modifiche, con un notevole ridimensionamento della parte di nuova edificazione.
Inutile dire che questo fatto inaspettato ridà voce a quanti da sempre si erano opposti al piano di ristrutturazione, e gli "ambienti più qualificati della città" (così li definisce la stampa[7]) tornano a proporre con ancora più forza la domanda: vale la pena di spendere settecento milioni per confermare la collocazione attuale del nosocomio, considerato oltretutto che il previsto ampliamento potrà essere realizzato solo in parte?
È una domanda che evidentemente si pone anche la nuova dirigenza, infatti, pur nel riserbo che Dossena e gli altri membri del Consiglio decidono di mantenere, si viene a sapere che essi stanno concretamente prendendo in considerazione la possibilità di costruire l'ospedale ex novo in un'altra area.
L'inizio del nuovo decennio vede la città più che mai impegnata a discutere sulla questione. E altri dubbi e timori si fanno strada… La prima perplessità riguarda ancora il costo di una nuova edificazione, che probabilmente costringerebbe ad alienare l'intero patrimonio immobiliare dell'ospedale. È una scelta che altri hanno già fatto: Brescia e Bergamo per costruire i loro nosocomi hanno operato in questo senso, ma corre voce che dopo la vendita "la vita amministrativa di detti ospedali non è tanto agevole[8]". Un ulteriore dubbio nasce in relazione all'area necessariamente periferica in cui sorgerebbe la struttura: "… le nostre popolazioni si troverebbero in disagio se fossero costrette a frequentare un ospedale che, per forza di cose, sarebbe costruito in località eccentrica…[9]". A chi esprime questo timore, tuttavia, altri rispondono in modo deciso: la popolazione si abituerà presto alla nuova collocazione, e inoltre la possibilità di avere uno spazio sufficientemente grande per creare uno stabilimento davvero moderno e al passo con i tempi attirerà la clientela "più selezionata" (cioè quella pagante), con grande vantaggio per le casse dell'ospedale!
Nella discussione c'è anche chi suggerisce di considerare l'ipotesi, prima di rinunciare al restauro, di recuperare verso l'alto lo spazio che la Sovrintendenza ha sottratto col veto sulle mura, in pratica sopraelevando la struttura esistente. Ma a questa soluzione potrebbe opporsi un altro ostacolo: alla fine dell'anno precedente il Consiglio comunale ha

4 Quasi concluse le pratiche per finanziare il restauro, in *La Provincia*, 28 novembre 1959, p. 7.
5 Testimonianza di Marziano Marziani.
6 Le mura venete ostacolo al restauro dell'ospedale?, in *La Provincia*, 27 dicembre 1959, p. 7.
7 Le mura venete ostacolo… cit.
8 Intransigente la Sovrintendenza sulla tutela delle mura venete?, in *La Provincia*, 25 marzo 1960, p. 7. La risposta che l'articolo dà all'interrogativo non lascia speranza: non esistono possibilità che il veto sia ritirato.
9 Intransigente la Sovrintendenza… cit.

Eugenio Soldati

approvato il regolamento edilizio che fissa i limiti in altezza delle abitazioni, prevedendo per la zona in cui sorge l'ospedale che oltre i quattro piani fuori terra occorra l'autorizzazione della Sovrintendenza, e considerati i precedenti ci sono dubbi fondati che il via libera verrebbe concesso…[10].

Non c'è tuttavia tempo per verificare questa possibilità: a luglio dello stesso anno 1960 si diffondono le prime voci sull'intenzione dell'Amministrazione di abbandonare definitivamente il progetto di restauro, e a ottobre un articolo de *La Provincia*[11] informa che pur in mancanza di prese di posizione ufficiali una fonte di "assoluta attendibilità" ha confermato il cambiamento di programma. Addirittura la stessa fonte si lascia sfuggire che Dossena in persona avrebbe cominciato a visitare alcuni ospedali di nuova costruzione (si parla di Varese, Sesto San Giovanni e Gallarate) per rendersi conto delle spese necessarie per l'edificazione e l'acquisto delle attrezzature.

La voce è esatta, ma le visite documentate dal misterioso informatore hanno anche un'altra funzione: per un Consiglio pieno di giovani entusiasti, ma probabilmente con pochissima esperienza in materia, occorre capire "come" costruire. Ecco infatti cosa ci ha raccontato Marziano Marziani:

> Una volta presa la decisione si doveva scegliere in che modo costruire, e qui entra in ballo Soldati [Eugenio Soldati, un altro membro del Consiglio], che aveva la passione delle macchine: con lui alla guida abbiamo cominciato ad andare in giro per la Lombardia per vedere com'erano fatti gli altri ospedali. Alla fine ci hanno colpito soprattutto due strutture, quella dell'ospedale di circolo di Varese e quella dello Spedale di Brescia: entrambi avevano un'area grandissima intorno ed erano costruiti su strade importanti, però il primo era a padiglioni mentre il secondo era un monoblocco. Dopo una discussione abbiamo deciso che quest'ultima fosse la soluzione più pratica[12].

Una volta stabilito il "come" resta da stabilire il "dove": dato per scontato che si tratterà di una zona periferica, occorre decidere se utilizzare terreni già di proprietà degli Istituti Ospedalieri, o acquistarne di nuovi. Ecco in che modo secondo il racconto del geometra Marziani si arriva alla definizione dell'area, scegliendo fra due possibili alternative:

> Volevamo che l'ospedale sorgesse lungo strade importanti, e la scelta poteva essere solo fra via Libero Comune e via Indipendenza. Alla fine deci-

10 In via di notifica al Comune il veto della Sovrintendenza?, in *La Provincia*, 31 marzo 1960, p. 7.

11 Un nuovo ospedale sorgerà a Crema?, in *La Provincia*, 5 ottobre 1960, p. 7.

12 Testimonianza di Marziano Marziani.

demmo per la prima, perché al di là di questa via c'era ancora una parte di Crema, mentre al di là di via Indipendenza non c'era niente. Qui svolse un ruolo importante Dossena, perché alcuni terreni in prossimità di via Libero Comune erano di proprietà dell'ingegner Michelangelo Gelera, suo caro amico: così si è riusciti a mettere insieme un'area di 75.000 metri quadri a prezzi inferiori a quelli di mercato. L'area era così grande che alcuni benpensanti di Crema hanno pensato che fossimo un po' megalomani, invece è stata una scelta azzeccata, che ha consentito all'ospedale di allargarsi[13].

Le scelte operate dall'Amministrazione vengono rese pubbliche nel corso di una lunghissima conferenza stampa, indetta dall'avvocato Dossena il 19 ottobre 1960[14]. In due ore di colloquio con i giornalisti il presidente spiega innanzitutto quali sono stati i motivi del cambio di programma: si è proceduto, dice, ad un confronto estremamente attento, dettagliato e senza preconcetti fra le due soluzioni, partendo anche dai dati ricavati dalle visite agli altri ospedali, che hanno permesso di quantificare in circa due milioni e mezzo il costo di ogni nuovo posto letto. Calcolando quindi la capienza della struttura da edificare in quattrocento posti letto si arriva ad una spesa di circa un miliardo, rispetto ai settecento milioni previsti per il restauro. I trecento milioni di differenza potranno essere ricavati dalla vendita dei terreni e degli immobili occupati dall'attuale sede ospedaliera, aggiungendo in caso di necessità anche l'alienazione dell'area del Brefotrofio e del padiglione S. Gabriele (quello per i tubercolotici, edificato da pochi anni, ma largamente sottoutilizzato, a causa del progressivo diminuire dell'incidenza della malattia), nonché di parte del patrimonio degli Istituti Ospedalieri[15]. Dossena fornisce delle indicazioni di massima su quello che sarà il nuovo nosocomio, secondo l'idea sviluppata – come abbiamo visto dal racconto di Marziani – insieme agli altri membri del Consiglio: un monoblocco a sud ovest della città, nell'area appunto individuata fra via Libero Comune, via Macallé e via Matilde di Canossa; annuncia anche che lo studio del progetto è stato affidato a due ingegneri di Milano, Arturo Braga e Alberto Ronzani. Il presidente ipotizza infine che la costruzione potrà essere portata a compimento nel 1962.

In realtà i tempi si riveleranno molto più lunghi di quelli stimati. Occorreranno infatti diversi mesi solo perché si arrivi alla definizione del progetto definitivo, e l'attesa darà spazio ad altre polemiche: alcuni professionisti locali contesteranno la mancata emissione di un bando di concorso per l'affidamento dello studio, che invece è stato assegnato direttamente ai loro colleghi milanesi[16].

Finalmente nel giugno del 1961 Dossena approfitta di un convegno di medici per dare il sospirato annuncio: il progetto è quasi pronto e "risponderà ai più moderni criteri in materia di edilizia ospedaliera in relazione al continuo progredire della pratica nel campo della medicina: avrà immediatamente capacità di 400 posti, ma sarà concepito con una strutturazione suscettibile di agevole adattamento alle necessità future[17]".

Il 20 luglio 1961 il nuovo Ospedale Maggiore viene presentato alla cittadinanza[18]. Il presidente fornisce tutti i numeri della struttura, precisando che i lavori si svolgeranno in due lotti, ma senza soluzione di continuità, per evitare tempi morti. Nella prima fase verrà edificato l'intero complesso di degenza e cura: un grande monoblocco a forma di "T" di sette piani, per il quale è già stato redatto il progetto esecutivo. Il secondo lotto – di cui invece esiste al momento solo un progetto di massima – comprende gli edifici distaccati: chiesa, reparto infettivi, alloggi per le suore ospedaliere, obitorio.

Il blocco degenze sarà così ripartito:

Seminterrato: cucina, guardaroba, farmacia interna, centrale termica

Piano rialzato: Pediatria e reparto osservazione

Primo e secondo piano: Chirurgia

13 Testimonianza di Marziano Marziani. I terreni erano già in parte di proprietà degli Istituti Ospedalieri. Per la restante porzione ai tempi si parlò però non di un acquisto, ma di una permuta con altri terreni di proprietà ospedaliera.

14 La costruzione di un nuovo Ospedale annunciata dal Presidente dell'Amministrazione, in *La Provincia*, 21 ottobre 1960, p. 7.

15 Vale la pena di ricordare che gli "Istituti Ospitalieri e di Ricovero" erano composti, oltre che dall'Ospedale Maggiore, dalla Pia Casa di Ricovero, dall'Istituto psichiatrico, dall'Opera Pia Esposti, dall'Opera Pia Misericordia e dalla Pia Casa delle Figlie Ricoverate.

16 Il progetto del nuovo ospedale ed il mancato bando di concorso, in *La Provincia*, 5 marzo 1961, p. 7.

17 Pronto entro il mese il progetto definitivo?, in *La Provincia*, 21 giugno 1961, p. 7.

18 Il nuovo Ospedale Maggiore costerà un miliardo e sarà pronto nel '65, in *La Provincia*, 22 luglio 1961, p. 7.

Terzo piano: specialità chirurgiche (Traumatologia, Urologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria)
Quarto piano: Ostetricia
Quinto e sesto piano: Medicina.
La capienza totale della struttura sarà di 388 posti (distribuiti fra i reparti in base alle necessità documentate dai più moderni studi[19]), con una capacità ricettiva quindi maggiore del trenta per cento rispetto al vecchio ospedale.
Il blocco cure avrà nel seminterrato la Radiologia, gli ambulatori e la Fisioterapia, al piano rialzato la Direzione sanitaria, l'Accettazione e il Pronto Soccorso, al primo piano il Laboratorio, al secondo e al terzo le sale operatorie, al quarto le sale parti e l'operatorio ginecologico, mentre al quinto e al sesto saranno alloggiati i pazienti paganti.
La veste architettonica dell'intera costruzione è descritta come "vivace e serena", nonché "sobria ed appropriata": i progettisti "non hanno voluto ricorrere a dettagli elaborati, a "trovate" originali che trattandosi di un tema serio come è quello di un complesso ospedaliero, non sono sempre di buon gusto[20]".
Non mancano nella presentazione accenti quasi aulici:

> I due blocchi delle degenze e delle cure si snodano con movimenti discreti alla ricerca della migliore disposizione e le diverse masse permettono di raccogliere i volumi in modo che lo spazio libero non venga sacrificato e che il verde possa espandersi senza inutili limitazioni[21].

Viene evidenziato che il nuovo Istituto Ospedaliero avrà tutte le caratteristiche per rispondere alle esigenze del territorio cremasco per il presente e anche per il futuro, con impianti aggiornati e servizi moderni.
Il presidente passa poi al capitolo costi e finanziamenti: per il primo lotto è prevista una spesa di 810 milioni (589 in opere murarie e 221 in attrezzatura tecnologica), mentre per il secondo l'esborso sarà di 240 milioni: totale un miliardo e cinquanta milioni. Per sostenere questi costi viene confermato che si procederà alla vendita dell'area dove sorge il vecchio ospedale e a quella di alcuni terreni agricoli e aree fabbricabili facenti parte del patrimonio dell'Istituto; verranno inoltre accesi dei mutui e si attingerà ai fondi accantonati. C'è anche la speranza di accedere a finanziamenti statali, ma sul punto la relazione si mantiene piuttosto vaga. Dossena auspica di poter dare il via ai lavori nella primavera del 1962, per completare l'intera opera nel 1965.
Una previsione, quest'ultima, che si rivela ancora una volta troppo ottimistica, in quanto altri mesi dovranno passare prima che il progetto ottenga il via libera dal Consiglio superiore di Sanità e dal Ministero dei Lavori Pubblici. Dossena comunica l'attesa conclusione dell'iter burocratico nel giugno '62[22] durante una conferenza stampa nella quale ritorna anche sul capitolo finanziamenti, annunciando che è iniziata con esiti molto positivi la vendita dei terreni di proprietà dell'ospedale: da pochi giorni il podere "Convento" di Credera e il podere "Rovereto" sono stati ceduti all'orfanotrofio di Milano (i "Martinitt") con un ricavato di oltre 315 milioni. Questo esordio incoraggiante ovviamente non risolve tutti i problemi, e il presidente si rimette alla generosità di privati ed Enti perché concorrano a sostenere le spese per l'acquisto delle attrezzature. La raccolta è già iniziata: una signora abitante a Brescia ma originaria di Crema ha aperto la sottoscrizione donando cinquecentomila lire, e i dipendenti dell'ospedale hanno fatto seguito con un milione.
L'operazione "nuova Domus Dei" sembra davvero avviata.

Cinque anni di lavoro

Per la verità, i tanti anni trascorsi in discussioni, le tante idee non tradottesi in risultati fanno sì che qualcuno abbia ancora dei dubbi: l'atmosfera in città è quindi di attesa degli eventi. Per convincere anche gli ultimi scettici che stavolta si parte sul serio ci vuole l'annuncio che l'avvocato Dossena fa alla fine del febbraio 1963[23]: il 26 marzo si svolgerà la gara di appalto per l'assegnazione del primo lotto di lavori, con quarantaquattro ditte invitate. Si

19 100 posti alla Chirurgia, 50 alle specialità chirurgiche, 49 all'Ostetricia, 100 alla Medicina, 32 alla Pediatria, 10 al reparto osservazione, 20 agli infettivi, 27 per i pazienti paganti.
20 Il nuovo Ospedale Maggiore…, cit.
21 Il nuovo Ospedale Maggiore…, cit.
22 Il presidente dell'ospedale di Crema ha illustrato il progetto dell'opera, in *La Provincia*, 2 giugno 1962, p. 2.
23 Il 26 marzo si appalteranno i lavori del nuovo ospedale, in *La Provincia*, 28 febbraio 1963, p. 6. Si aggiudicherà i lavori una ditta di Milano, la Mazzalveri Comelli.

Posa della prima pietra con mons. Cambiaghi Archimede Cattaneo, 1963

viene anche a sapere che pochi giorni prima l'Amministrazione ha inviato una lettera al personale dell'ospedale per comunicare la notizia: in essa si sottolinea la "impellente necessità" della grande opera edilizia e si sollecita da parte di tutti "attiva e fattiva collaborazione[24]". La conferenza stampa del presidente riserva anche una brutta sorpresa: rispetto al calcolo iniziale la spesa è già cresciuta di oltre 200 milioni, così non sono pochi coloro che si rammaricano dei ritardi che hanno segnato il cammino del progetto…

Polemiche a parte, dopo l'assegnazione dell'appalto arriva finalmente il giorno della posa della prima pietra[25]. Il 21 aprile 1963, alla presenza di tutte le principali autorità provinciali e cittadine, del primo cittadino di Crema professor Archimede Cattaneo, del Vescovo monsignor Placido Maria Cambiaghi, del vicepresidente del Senato Ennio Zelioli Lanzini, dei sindaci del circondario e di numerosi cittadini, il presidente pronuncia il suo discorso. L'esordio sembra essere quasi uno sfogo:

> Finalmente ci siamo! Permettete che io cominci con questa esclamazione forse non di rigida prammatica, ma che serve egregiamente ad esprimere la fine della prima fase di fatiche e qualche volta di amarezze, ma anche e soprattutto la soddisfazione e la gioia della meta raggiunta…

Dossena sottolinea come non fosse più possibile soprassedere alla decisione, e traccia un quadro significativo della vecchia struttura:

> Visitate il nostro ospedale, i vecchi ospedali come il nostro, e sono molti in Italia, e noterete fra le altre l'insufficienza dei più elementari servizi in ottocentesche strutturazioni a corsie e cameroni sovraffollati ove l'ammalato subisce la più intollerabile costrizione fisica e morale ed ove il parente non ha nemmeno il conforto delle lacrime per pudore e rispetto verso gli altri degenti[26].

Dopo i discorsi delle altre autorità, il Vescovo benedice la prima pietra, che viene collocata sottoterra insieme ad una pergamena il cui testo, dopo il doveroso ricordo per i quattordici cittadini fondatori della Domus Dei, evidenzia come quest'ultima risorgerà nella nuova sede "affidando il proprio incremento perenne al censo tradizionalmente munifico" della città.

In effetti si capisce già chiaramente che della generosità dei cremaschi ci sarà un gran bisogno: nell'incertezza sulla consistenza dell'aiuto statale occorrerà un gigantesco sforzo collettivo. Di questo sforzo si fa immediatamente carico un illustre cittadino, il conte Francesco Terni De Gregorj, che a fine maggio costituisce un Comitato di raccolta fondi "per dotare l'erigendo ospedale di una attrezzatura medica e scientifica la più efficiente e moderna possibile[27]". Sono invitati a partecipare all'organismo i rappresentanti delle varie categorie sociali, nella convinzione che "… è giusto che tutti, con un piccolo sacrificio, concorrano affinché una vita possa essere salvata, un dolore lenito, un'infermità sanata[28]". Viene anche studiato un sistema molto accurato per le donazioni[29]: nelle aziende che aderiranno agli operai verrà richiesto un contributo mensile di 250 lire, agli impiegati lo 0.50 per cento dello stipendio netto, mentre i proprietari verseranno una somma pari a quella raccolta dai loro lavoratori. Per le categorie a persone singole – medici, insegnanti, professionisti, ecc. – la cifra verrà concordata con il loro rappresentante presente nel Comitato; quanto ai privati cittadini che non fanno parte di alcuna categoria… ci si rimette al loro buon cuore, ma si suggerisce di autotassarsi per un minimo di 250 lire al mese per due anni. Il sistema pare essere ben accolto: molte ditte aderiscono con slancio, e le prime offerte dei cremaschi iniziano ad affluire. Certo, qualcuno sussurra che dovrebbe essere lo Stato a provvedere, ma a questi borbottii si risponde che se si aspetta il Governo Crema non avrà mai il suo ospedale…[30].

Con regolarità i giornali documentano le nuove donazioni, e seguono la crescita del cantiere. A vigilare su quest'ultimo è la presenza costante e assidua di Giulio Canger, per il quale l'edificio che si

24 Il 26 marzo… cit.

25 Un'opera che onorerà Crema, in *La Provincia*, 23 aprile 1963, p. 6.

26 Un'opera che onorerà… cit.

27 Per attrezzare il nuovo ospedale appello per la raccolta fondi, in *La Provincia*, 31 maggio 1963, p. 6.

28 Per attrezzare… cit.

29 Secondo il signor Marziani, l'idea fu di Giulio Canger.

30 Appello per il nuovo ospedale, in *La Provincia*, 1 febbraio 1964, p. 6. L'articolo sottolineava come da recenti studi risultasse che in Italia nelle strutture ospedaliere mancavano 75.000 posti letto.

sta costruendo rappresenta il coronamento di un sogno:

> Il professor Canger ha condiviso in prima persona con i costruttori ed i progettisti i problemi e le difficoltà della realizzazione del nuovo complesso, dando un contributo fondamentale alla loro soluzione, soprattutto sotto il profilo tecnico sanitario, seguendo passo per passo la costruzione[31].

A inizio 1964 l'Amministrazione comunica che si sta redigendo il progetto esecutivo per il secondo lotto (Chiesa e camera mortuaria), mentre per gli altri edifici (reparto infettivi e alloggi suore) si profila la necessità di un terzo lotto, con ulteriori 200 milioni di spesa.

Per sostenere il grande impegno economico l'intera città si mobilita: offerte arrivano da scuole, medici, banche, associazioni, sindacati, commercianti, piccoli e grandi benefattori (anche con considerevoli lasciti). Nel 1964 ventisei pittori cremaschi regalano le loro opere, il ricavato della cui vendita andrà all'ospedale: viene organizzata una mostra dei quadri che per mesi occuperà la sala dei Ricevimenti del Palazzo comunale[32].

Alla fine del 1965 si diffonde la voce che i contributi statali per l'ospedale sono stati dimezzati: mentre la preoccupazione sale, Dossena interviene sulla stampa per spiegare nei dettagli la situazione[33]. Innanzitutto il presidente fa chiarezza sulla natura degli aiuti dello Stato: non si tratta, come molti pensano, di una corresponsione di denaro a fondo perduto, ma di un concorso al pagamento delle annualità dei mutui richiesti dall'Amministrazione per finanziare il progetto. In questa accezione effettivamente la riduzione c'è stata: mentre infatti per il biennio '65-'66 era stata promessa assistenza sui mutui per 500 milioni di spesa, ora la cifra si è ristretta alla metà… Dossena però si sente di rassicurare i cremaschi: ce la faremo lo stesso, dice con orgoglio.

Ovviamente per far fronte alle crescenti necessità si provvede ad intensificare la vendita dei terreni di proprietà dell'ospedale: nell'estate del 1967 risultano essere stati alienati sette poderi. A questo proposito vale la pena di citare una curiosità: un abitante di Crema (che non vuole sia pubblicato il suo nome, ma che viene definito "figura nota in città") fa avere a *La Provincia* una lettera[34] in cui contesta duramente l'Amministrazione per la vendita del patrimonio, vendita che a suo parere "tradirebbe" lo spirito con il quale i beni sono stati donati all'istituto di cura: meglio sarebbe stato, sostiene, ridurre la spesa ridimensionando il faraonico progetto. Colpito nel vivo Dossena risponde argomentando che prima di tutto i terreni ceduti non avevano alcun vincolo testamentario; afferma inoltre che il concetto di "azienda" è ormai entrato nei ragionamenti di chi dirige un ospedale, quindi il considerare il patrimonio come intoccabile non corrisponde più alla realtà dei tempi, se la vendita è finalizzata ad un reimpiego più redditizio ed ha comunque come scopo ultimo il bene dei pazienti. Ecco dunque questa parola, azienda, entrare in un discorso sulla salute con trent'anni di anticipo!

Il Consiglio di Amministrazione mantiene le promesse: superando tutti gli ostacoli il nuovo Ospedale Maggiore viene alla fine completato. Qualche giorno prima dell'inaugurazione ufficiale, prevista per il 27 ottobre 1968, l'opera è presentata ai medici e alla stampa[35], e tutti gli invitati manifestano ammirata sorpresa e convinta soddisfazione per i lavori realizzati: tecnologie all'avanguardia e funzionalità sono le parole più usate. Nel corso dell'incontro vengono anticipati alcuni dettagli importanti: il nosocomio avrà tre nuove divisioni – Traumatologia, Neurologia e Otorino –, mentre un edificio di prossima realizzazione ospiterà la Rianimazione.

La cerimonia che celebra il primo giorno di vita del nuovo ospedale è un momento importante per la città[36]. Davanti a una fittissima schiera di autorità cittadine, provinciali e nazionali (fra cui il ministro della Sanità Zelioli Lanzini), al personale sanitario e a numerosi anonimi cittadini l'avvocato Dossena

31 Testimonianza del professor Alberto Martinotti, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit. p. 8.

32 33 opere di 26 pittori per il nuovo ospedale, in *La Provincia*, 21 maggio 1964, p. 6; Validità della mostra di pittura a favore del nuovo ospedale, in *La Provincia*, 29 maggio 1964, p. 6.

33 Lettera a *La Provincia* del 4 febbraio 1966.

34 Il patrimonio dell'ospedale e le vendite immobiliari, in *La Provincia*, 12 agosto 1967, p. 8.

35 Tecnica avanzata e funzionalità: ecco il nuovo ospedale, in *La Provincia*, 15 ottobre 1968. p. 9. La domenica prima dell'inaugurazione viene anche organizzata una visita guidata per i cittadini.

36 Inaugurato il nuovo ospedale di Crema, in *La Provincia*, 29 ottobre 1968, p. 7.

Inaugurazione del nuovo ospedale di Crema con il vescovo Manziana, 1968

prende la parola, e il suo discorso ancora una volta è di quelli che lasciano il segno. Dopo essere tornato commosso al ricordo degli eventi del 1351, e dopo aver dedicato brevi cenni alla struttura (dotata di 452 posti letto estensibili fino a 500: siamo quindi sopra i numeri inizialmente previsti[37]), il presidente passa a relazionare sul costo dell'opera: fra opere murarie e attrezzature la spesa ammonta a due miliardi e 440 milioni (oltre il doppio della somma inizialmente preventivata) finanziati con vendite di beni, mutui e donazioni. Su tale spesa complessiva lo Stato ha ammortizzato direttamente un importo di 201 milioni. Proprio partendo da questa cifra Dossena fa partire una bordata al ministro della Sanità che lo sta ascoltando:

> Un po' pochino, onorevole Ministro. Mi sia permesso di dirlo perché è giusto che si sappia quanto sacrificio e poderoso onere finanziario ha dovuto e deve sostenere l'Amministrazione. Mi sia permesso anche di dirlo perché lei, signor Ministro, possa tener presente il dato in sede governativa e nell'occasione di ulteriori contributi da parte dello Stato per il finanziamento di opere ospedaliere. Per ben due volte, in occasione dell'assegnazione dei contributi, il nostro ospedale, dopo aver avuto autorevoli assicurazioni da parlamentari e sottosegretari di un maggiore contributo, si è visto all'ultimo momento tagliare nettamente a metà le somme proposte ed assicurate. Tuttavia questa Amministrazione non ha sollevato scalpore né protesta alcuna, ma in silenzio di operosità ha continuato i lavori…[38].

Adesso, continua Dossena, l'ospedale avrà bisogno di ulteriori finanziamenti per realizzare le costruzioni mancanti: il Centro Rianimazione, l'alloggio per le suore, il reparto infettivi, il Centro Discinetici e gli uffici. Per i primi due la spesa è stata ammessa al contributo statale fino all'importo di 200 milioni, la metà di quanto inizialmente promesso. Come farà l'Amministrazione ospedaliera, ormai esausta, a sopportare questo ulteriore onere? Aspettando la risposta del ministro, il presidente chiude ringraziando direttamente i grandi benefattori[39] che nei cinque anni dalla posa della prima pietra hanno donato somme per un totale di oltre 190 milioni, e anche la popolazione cremasca, che attraverso il Comitato istituito su iniziativa del conte Terni De Gregorj ha versato più di 53 milio-

37 Si veda il paragrafo precedente.

38 Inaugurato il nuovo… cit.

39 I nomi citati sono quelli dei fratelli Giovanni e Bianca Bonizzoni, della signora Elisa Paltrinieri Stramezzi, del dott. Bruno Manenti, del rag. Antonio Crivelli, della signora Fuleh Devoto, del comm. Ing. Eligio Restelli, del cav. Giuseppe Ancorotti e dei figli del conte Giacomo Feltrinelli. Dossena ringrazia anche il comune di Crema, la Banca Credito Commerciale, la Banca Popolare e la Cassa di Risparmio.

Il monoblocco del nuovo ospedale di Crema, 1968

Un interno del nuovo ospedale di Crema, 1968

ni per l'acquisto delle attrezzature.
Chiamato in causa il ministro Zelioli Lanzini preferisce non entrare nel merito della polemica, e si limita ad osservare che "… non si può e non si deve attendere tutto dallo Stato, soprattutto in questo settore, anche per evitare una "nazionalizzazione" dell'assistenza pubblica che finirebbe per inaridire e spegnere la fiaccola caritativa che sempre ha vivificato la nostra tradizione ospedaliera[40]".
Con la visita degli illustri ospiti ai piani di degenza e di cura la storica giornata si conclude. Nelle ore successive inizia il trasferimento dei reparti.

Il trasloco e i primi anni

Il trasloco di un ospedale con centinaia di malati è un'operazione complessa e delicata. Se ne rendono perfettamente conto sia i dirigenti che il personale sanitario, per cui tutto viene preparato con largo anticipo:

> Lunedì prossimo [il giorno dopo l'inaugurazione] verranno trasferiti i vari laboratori e successivamente, una al giorno, le sale operatorie. Poi comincerà il trasporto dei ricoverati, i più gravi con la autolettiga, gli altri con pullman, mentre nel frattempo i nuovi ammalati che si presenteranno verranno avviati già nel nuovo ospedale, ove funzionerà fin da lunedì la nuova farmacia e i vari nuovi reparti…[41].

Per chi ha vissuto professionalmente quelle giornate di attesa il ricordo è indelebile:

> Il passaggio dal vecchio al nuovo ospedale fu preceduto da un non breve periodo in cui erano palpabili sensazioni di preoccupazione insieme ad euforia ed aspettative di operare in un luogo dove il lavoro sarebbe stato più gratificante (…). Un ricordo comune si riferisce alle due suore della Medicina donne (Francesca e Paola) che erano particolarmente prese dal prossimo avvenimento tanto da aver iniziato i preparativi in netto anticipo "per essere pronte al momento giusto". La cosa aveva procurato forse più danni che vantaggi…[42].

Nonostante le preoccupazioni non si verificano particolari problemi, e il trasferimento si compie nel giro di 48 ore. Sono momenti di enorme lavoro, a cui nessuno si sottrae:

> Mi ricordo il trasloco nell'ospedale nuovo: un giorno e una notte di caos, però devo dire che in quella circostanza non solo gli infermieri, ma anche i medici non si sono risparmiati. Abbiamo perso tutti la notte, Canger continuava a venire a vedere se avevamo bisogno. Questo ci ha fatto sentire in famiglia[43].

Con lo svuotamento della vecchia struttura (che non sarà totale: come vedremo la sezione di Tisiologia e la Pneumologia – che nascerà ufficialmente solo nel 1970 – rimarranno nell'ala affacciata su via

40 Inaugurato il nuovo… cit. Due mesi dopo, il Governo, su interessamento personale di Zelioli Lanzini, elargirà all'ospedale di Crema 27 milioni a fondo perduto per l'acquisto di attrezzature (v. *La Provincia*, 11 dicembre 1968, p. 8): effetto del discorso di Dossena?

41 Una stupenda opera realizzata in 5 anni. Il nuovo ospedale oggi alle 15 sarà inaugurato dal ministro Zelioli Lanzini, in *La Provincia*, 27 ottobre 1968, p. 10.

42 Testimonianza di Pier Franco Campari, raccolta in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 20.

43 Testimonianza di Rita Maria Parati.

Teresine fino al 1979, quando la prima verrà chiusa e la seconda trasferita nel nuovo ospedale) diventa di immediata attualità la questione su come utilizzarla. Per la verità l'Amministrazione Dossena ha già da tempo formulato un piano, di cui anche la stampa è a conoscenza[44]: destinare l'ex Domus Dei all'Opera Pia Cronici, che in quel momento aveva sede presso Palazzo Tadini (via Placido Zurla), in una situazione di spazi del tutto inadeguati ed insufficienti. Il progetto infatti si concreta e nel 1972 cominciano i lavori di ristrutturazione.
L'inizio dell'attività nel nuovo ospedale determina enormi cambiamenti per il personale. I nuovi reparti sono grandi e luminosi, la tecnologia all'avanguardia, e in tutti c'è grande voglia di fare. Certo, per qualcuno il trasferimento significa il venir meno di quella sensazione di "grande famiglia" che caratterizzava il lavoro fra le vecchie mura: l'ampiezza degli ambienti pare contribuire a disperdere relazioni ed amicizie. Ecco cosa ha raccontato Celestina Benelli, impiegata amministrativa:

> Il passaggio al nuovo ospedale è stato un po' un trauma, perché dall'ambiente familiare dove tutti ci si conosceva e ci si frequentava ci si è trovati separati. Quindi era più difficile, parlare, incontrarsi, conoscersi… Sì, dal punto di vista umano qualcosa è andato perso[45].

Per molti giovani medici le aumentate necessità della nuova struttura significano il sospirato passaggio in ruolo: è quanto ad esempio accade a Gianna Zavatteri e a Sergio Maddeo, che vengono assunti al Pronto Soccorso. In entrambi il ricordo di quei primi anni è molto vivo: la prima ha ricordato la fatica, ma anche la passione e l'entusiasmo che accompagnavano le giornate; il secondo ha sottolineato come l'esperienza della medicina d'urgenza abbia rappresentato una vera e propria scuola:

> Al Pronto Soccorso in quattro medici coprivamo facendo i turni le 24 ore 365 giorni all'anno, diciamo che è stata una bella fatica! Non le dico la paura, soprattutto di notte: il chirurgo era reperibile, ma bisognava chiamarlo solo per le vere urgenze, e anche il radiologo andava chiamato. In quel periodo ho imparato un'infinità di cose: bisognava essere preparati in tutta la patologia medica e chirurgica, e le decisioni andavano prese in fretta. Mi sono anche sgrezzato dal punto di vista caratteriale: prima ero timido e anche un po' imbranato, in quegli anni sono cresciuto moltissimo[46].

Anche la guardia notturna nei reparti, per i medici freschi di laurea, rappresenta un temuto banco di prova, a causa delle condizioni in cui si trovano ad operare:

> Nel primo periodo della mia attività facevamo le guardie di notte per tutto l'ospedale: un solo medico di turno per centinaia di malati. Come ci riuscivamo? La prima cosa quando arrivavamo alla sera era… affidarci a Dio, la seconda era vedere quali erano gli infermieri più esperti, e sulla base delle loro indicazioni andavamo dagli ammalati segnalati nei vari reparti e li visitavamo tutti una prima volta, per poi ricontrollarli di nuovo prima della fine del turno. C'era anche un registro dove dovevamo relazionare su tutto quello che era successo durante la notte… Era massacrante![47].

I primi anni della nuova struttura vedono una progressiva crescita del personale: in un'intervista del 1969[48] l'avvocato Dossena parla di 80 assunti fra medici e infermieri, sottolineando riguardo a questi ultimi che non si è potuto completare l'organico degli specializzati, che sono troppo pochi e difficili da reperire, per cui urgerebbe la realizzazione di una scuola a Crema che formi queste figure secondo i bisogni locali[49]. Nel 1971 i medici sono 46 (erano 25 nella vecchia Domus Dei), mentre un anno dopo gli infermieri arrivano a 400 (erano 120 fino al 1968).
Ovviamente l'avvio di una struttura tanto complessa non può andare del tutto esente da proble-

44 Si veda ad esempio Una nostra inchiesta sulle case di riposo, in *La Provincia*, 22 agosto 1964, p. 2. Nel 1972 gli Istituti di Ricovero, prima amministrati dagli Istituti Ospedalieri, diverranno autonomi.
45 Testimonianza di Celestina Benelli.
46 Testimonianza di Sergio Maddeo.
47 Testimonianza di Tiziana Guadagnini.
48 Sovraffollamento, assunzioni, concorsi: qualcosa non va nel vecchio ospedale?, in *La Provincia*, 20 giugno 1969, p. 8. A proposito delle nuove assunzioni, nell'intervista Dossena nega con sdegno la voce che qualcuno ha diffuso in città, cioè che alcune di esse siano state fatte per favorire parenti di primari o personaggi politici.
49 Come vedremo la Scuola infermieri aprirà i battenti nel 1971.

Bruno Manenti, Walter Donzelli, Pietro Catelli, Giuseppe Torresani

mi. In particolare quando l'ospedale non ha ancora un anno di vita si diffonde una drammatica sensazione: che i calcoli siano stati clamorosamente sbagliati, e che esso, nonostante l'aumento di capienza effettuato in corso d'opera, non sia adeguato ad affrontare le crescenti necessità del territorio. In effetti su questo piano gli esordi appaiono piuttosto difficoltosi:

> Il primo anno è stato abbastanza complicato, perché non avevano calcolato bene il numero degli ammalati in Chirurgia, così abbiamo dovuto riempire di letti anche quello che doveva essere il soggiorno, e nelle camere a due letti abbiamo dovuto mettere un terzo letto. Nel soggiorno la privacy lasciava molto a desiderare, in più non c'era il campanello per avvisare se si stava male[50].

Questa situazione è confermata da Dossena nel corso della già citata intervista del 1969[51]: in alcuni reparti le camere sono passate da sei a otto letti, da tre a quattro o da due a tre. Le cause del sovraffollamento secondo il presidente sono diverse. In primo luogo l'eccessiva ospedalizzazione: si mantiene ricoverato anche chi, essendo in fase post acuta, potrebbe essere dimesso, perché non esistono reparti destinati specificamente ad accogliere questi pazienti (per questo si sta sistemando una parte del vecchio nosocomio). La seconda causa va a tutto onore dell'ospedale: l'Istituto di Crema in pochi mesi si è fatto la fama di struttura all'avanguardia per le dotazioni tecnologiche e per le capacità dei suoi professionisti, quindi molti malati che prima si rivolgevano altrove adesso chiedono di potervi accedere. Tutto ciò significa che sono state fatte previsioni sbagliate? Dossena fa presente che la capienza è stata definita sulla base dei calcoli validi sette anni prima… e comunque, rivendica con orgoglio, è stato fatto il possibile con i mezzi che c'erano a disposizione.

Queste considerazioni, conclude il presidente, non vogliono negare che un problema ci sia: l'ospedale avrebbe bisogno di altri 150-200 posti letto[52]. In effetti la questione ampliamento diventa ben presto oggetto di discussione, ma non sarà l'amministrazione Dossena ad occuparsene: dopo essere stato riconfermato ben due volte[53], nel 1971 il Consiglio deve passare la mano, anche perché la promozione ad ospedale provinciale del nosocomio cremasco ha modificato la composizione della dirigenza, che

50 Testimonianza di Rita Maria Parati.

51 Sovraffollamento… cit.

52 Il problema viene di nuovo sollevato dalla stampa nel 1970 (v. Il nuovo ospedale abbisogna di altri 200 posti letto, in *La Provincia*, 5 novembre 1970, p. 7): i 500 posti previsti come massima capienza vengono regolarmente superati, e non di rado si arriva a 600 ricoverati.

53 Decreti prefettizi del 24 maggio 1963 e del 14 luglio 1967.

La "palazzina", ala operativa dagli anni '80

Il CUP e i poliambluatori come si presentano oggi

passa a nove membri (cinque nominati appunto dalla Provincia e quattro dal Consiglio comunale). Durante il mandato del nuovo presidente Guido Torriani vengono inaugurate le prime opere di completamento della struttura: nel 1972 tocca agli alloggi delle suore e alla Rianimazione, mentre l'anno successivo è la volta della Sala riunioni. Nella testimonianza del geometra Marziani è documentato il contributo fornito per la realizzazione di queste integrazioni da uno dei benefattori più munifici dell'ospedale, il dottor Bruno Manenti:

> Dossena era amico di Bruno Manenti, che faceva gli impianti a metano ed era una delle persone più benestanti di Crema: da lui sono venuti i finanziamenti per la Rianimazione. In cambio lui non ha voluto essere citato, ma ha chiesto che la Rianimazione venisse dedicata a Francesco Agello, marito della sorella e medaglia d'oro dell'Aeronautica. Lo stesso accadde quando si decise di realizzare una grande sala per convegni: anche in quel caso Manenti diede un grosso contributo e chiese di intitolarla a Michele Polenghi, marito dell'altra sorella[54].

La nuova Rianimazione viene inaugurata l'8 ottobre del 1972, con la solita cerimonia alla presenza delle autorità civili e militari[55]. Si tratta di una struttura assolutamente all'avanguardia per i tempi: ha sei posti per pazienti in fase acuta (di cui due attrezzati per l'assistenza cardiologica e gli altri per la rianimazione generale) e quattro per lungodegenti. In posizione centrale rispetto alle stanze c'è il locale per il controllo a distanza dei ricoverati, con una postazione dotata dei più aggiornati strumenti disponibili. Interessante come nel discorso inaugurale il nuovo presidente riprenda un tema a cui già il suo precessore aveva fatto riferimento in un'altra occasione[56], sviluppandolo però in maniera diversa. Si tratta del concetto di "ospedale azienda", che, introdotto al posto di una visione caritativa dell'assistenza, ora appare superato secondo Torriani dalle nuove esigenze della Sanità:

> [Nel dopoguerra] si ebbe la tendenza a considerare l'ospedale come un'azienda che forniva un prodotto (l'assistenza) che veniva remunerato (rette pagate dalle Mutue). Ora all'ospedale "azienda" si deve sostituire l'ospedale "servizio[57].

Il reparto che viene regalato ai cremaschi, afferma il presidente, è stato realizzato proprio con questo spirito: mettere le più moderne tecnologie al servizio della salute.
Qualche mese dopo anche la sala Polenghi riceve il suo battesimo. Siamo nel febbraio 1973, e la cerimonia questa volta non è esente da polemiche. A poche ore dall'inaugurazione infatti un ciclosti-

54 Testimonianza di Marziano Marziani. Bruno Manenti è scomparso nel settembre del 1989, dopo aver contribuito in maniera determinante anche alla realizzazione della nuova Cardiologia e all'informatizzazione dell'ospedale. La sua generosità non si è limitata all'ambito ospedaliero: Crema ne ricorda l'intensa attività culturale (è stato presidente per lungo tempo dell'Istituto musicale Folcioni, svolgendo un ruolo fondamentale per il suo rilancio) e il sostegno a società sportive, parrocchie e oratori. Alla sua morte l'intera città gli ha attribuito un commosso omaggio.

55 Il centro di Rianimazione è una splendida realtà, in la Provincia, 10 ottobre 1972, p. 8.

56 Vedi paragrafo 2.

57 Il centro di Rianimazione, cit.

Rita Maria Parati

lato viene distribuito dentro e fuori dall'ospedale: è firmato da un sedicente Centro Raccolta Terzo Mondo e critica la realizzazione dell'opera (lo spazio, che ha una capacità di 142 posti ed è dotato di impianto di registrazione/amplificazione e di apparecchiature per la proiezione, è stato ricavato in un seminterrato dell'ala sinistra) definendola inutilmente lussuosa e ad uso di pochi. Questo a fronte di bisogni collettivi assai più urgenti, visto il numero insufficiente di posti letto che la struttura denuncia. Tocca al presidente Torriani respingere le accuse, indicando gli scopi ai quali la sala è destinata[58]: luogo per riunioni di carattere tecnico per il personale, ma anche per corsi aggiornamento diretti ai medici del circondario, e soprattutto sede aperta alla città per incontri di informazione e prevenzione. Quasi poi a voler dare una risposta indiretta alle critiche, nell'autunno dell'anno successivo si annuncia l'apertura del cantiere per la costruzione di una nuova ala con 120 posti letto, che i cremaschi conosceranno col nome di "Palazzina" e che diventerà operativa all'inizio degli anni Ottanta[59]. Nel tempo l'ospedale subirà moltissimi altri interventi di modifica e ristrutturazione, con nuove edificazioni che completeranno i servizi ed arricchiranno l'offerta clinica. Nel 1996 accanto alla Portineria saranno realizzati il CUP (Centro Unico di Prenotazione) informatizzato e i Poliambulatori; a inizio anni Duemila verrà costruita la Piastra per l'Emergenza Urgenza, mentre nel 2012 lo stesso CUP sarà totalmente rinnovato con una capiente sala d'attesa e dodici sportelli multifunzione. Sempre nel 2012 arriverà a compimento la nuova sede dei Poliambulatori, comprendente anche gli spazi per l'esercizio dell'attività in libera professione[60], mentre nel 2015 si darà avvio al rifacimento delle facciate del monoblocco in un'ottica di riqualificazione energetica[61]. Nel corso degli anni poi un po' tutti i reparti saranno oggetto di operazioni di restyling e di adeguamento ai nuovi bisogni. Di molti di questi cambiamenti ci occuperemo seguendo le vicende dei vari reparti, in un viaggio lungo cinquant'anni che evidenzierà come alle trasformazioni strutturali si siano accompagnati mutamenti ancora più profondi nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche, nella tecnologia, ma anche nelle relazioni e nell'essenza stessa delle professioni sanitarie.
È il momento di partire.

58 Gli scopi della sala riunioni che si inaugura all'Ospedale, in *La Provincia*, 24 febbraio 1973, p. 9.

59 Dopo i primi anni, la necessità di nuovi posti letto diventerà comunque meno stringente, soprattutto a causa del progressivo ridursi dei giorni di ricovero.

60 CUP, fisiatria, ambulatori: le novità inaugurate dall'assessore regionale, in *Il Nuovo Torrazzo*, 14 luglio 2012, p. 5.

61 Ospedale Maggiore: le nuove facciate esterne, in *Il Nuovo Torrazzo*, 30 maggio 2015, p. 3. In questi anni sono stati rifatti gli impianti elettrico ed idraulico e il sistema antincendio.

CAPITOLO III

FRA CUORE, CERVELLO… E MOLTO ALTRO

L'evoluzione della Medicina Interna

Gli esordi della Medicina generale nel nuovo ospedale di Crema ci descrivono un reparto che per dimensioni, numero di ricoveri e patologie assistite rappresenta già quasi un piccolo mondo a sé. È la sensazione provata da Sergio Maddeo, che dopo l'esperienza dura ma formativa del Pronto Soccorso chiede di potervi svolgere l'attività, spinto anche dalle sue peculiarità caratteriali:

> Come studenti si frequentava l'ospedale da volontari per imparare, ed ognuno sceglieva il reparto per il quale si sentiva più portato. C'è da dire che fra medici e chirurghi secondo me c'è una differenza non solo nel tipo di lavoro, ma anche nel carattere: i chirurghi sono più aggressivi, più competitivi, i medici sono più tranquilli. Io sono un tipo tranquillo, per cui il volontariato l'ho fatto in Medicina! Poi, dopo quattro anni in Pronto Soccorso, ho chiesto di fare il medico internista, e mi hanno trasferito quasi subito: il reparto di Medicina era molto grande, con tanti letti e pochi medici[1].

La Medicina generale è a quei tempi, insieme alla Chirurgia, il reparto di gran lunga più capiente dell'ospedale: come quest'ultima ha una disponibilità di 100 letti, e anche dopo il trasferimento dal monoblocco alla Palazzina completata all'inizio degli anni Ottanta non modificherà per lungo tempo tale caratteristica. Un articolo di stampa del 1992[2] conferma questo dato e ci fornisce altri numeri interessanti: in quell'anno vi operano 16 medici, la degenza media è di 11 giorni, e l'indice di saturazione dei posti letto è dell'85%[3]. Il giornalista aggiunge una frase che ci pare significativa: "Qui la tecnologia non assume aspetti fantascientifici e le poche apparecchiature non incutono timore". Un reparto quindi che accoglie moltissimi pazienti con le patologie più disparate e dove l'esperienza e le conoscenze del medico hanno ancora la prevalenza sulle macchine. Forse anche per tale motivo il ricordo di alcuni di questi medici è rimasto nella storia dell'ospedale. Come esempio per tutti vale quello di Alfio Privitera, in memoria del quale ecco le parole commosse Sergio Maddeo:

> Il dottor Privitera mi ha insegnato a fare il medico, ma mi ha anche aiutato a diventare un uomo. Era un ottimo medico, ma pure una persona educata, che non alzava mai la voce. E quando entravi in sintonia con lui ti faceva capire che ti voleva bene[4].

Professionisti a tutto tondo, insomma, la cui competenza, vista la varietà dei casi che affluivano al reparto (praticamente tutti quelli non chirurgici!), doveva spaziare un po' in tutti i campi della medicina: da qui il senso di "inadeguatezza" che al cospetto di tali figure coglieva a volte i medici più giovani[5].

1 Testimonianza di Sergio Maddeo.
2 In Medicina, di tutto, di più, in *La Provincia*, 24 ottobre 1992, p. 27.
3 Il dato si riferisce al primo semestre del 1992.
4 Testimonianza di Sergio Maddeo. Alfio Privitera è scomparso nell'estate del 2003, ma legherà per sempre il suo nome all'associazione per le Cure Palliative.
5 È ancora la testimonianza di Sergio Maddeo.

Sergio Maddeo

Inaugurazione del Day Hospital Oncologico

Professionisti però il cui ruolo, col passare degli anni e il progredire delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, viene lentamente a mutare. È un passaggio cruciale, che trasforma a fondo la natura e i compiti della Medicina Interna:

> Dagli anni Ottanta la figura di questo internista "scienziato" che sapeva tutto e sapeva fare tutto ha cominciato a non andare più bene: le conoscenze si moltiplicavano e una persona sola non poteva fare da riferimento per tutto. Occorrevano quindi dei medici che si occupassero solo e bene di un certo ambito, per cui sono nati i reparti specialistici. A quel punto le Medicine cominciarono a svuotarsi di malati "importanti", e rischiarono di diventare delle geriatrie[6].

Un punto di vista simile è quello espresso nel Duemila da Enrico Bobbio Pallavicini (primario a Crema dal 1990), che evidenzia anche il rischio di "svalutazione" del ruolo del medico internista che l'iper specializzazione porta con sé:

> Nei decenni scorsi si è verificata, specialmente nelle sedi universitarie e nei grossi centri ospedalieri, una corsa verso un approccio sempre più specialistico al malato, che ha in qualche modo snaturato e sminuito il ruolo centrale della Medicina Interna. Si è assistito così, sempre più spesso, alla trasformazione di fatto delle Divisioni di Medicina generale in reparti di geriatria o di lungodegenza, dove appoggiare pazienti di scarso interesse per le singole specialistiche. È pur vero che questa situazione si è in parte creata per il sensibile invecchiamento della popolazione e per la mancanza di strutture geriatriche sufficienti e sufficientemente attrezzate, ma il reclutamento sempre maggiore di pazienti nelle sezioni specialistiche ha indubbiamente accentuato questa tendenza[7].

Come evitare che lo specialista in Medicina Interna venga visto e vissuto come colui che mette insieme, ma ad un livello più basso, le competenze degli altri specialisti? Bobbio Pallavicini aveva fornito la sua soluzione nel corso di un'intervista rilasciata poco tempo dopo la sua nomina a primario[8]:

> Bisogna richiamare l'attenzione sul reparto di Medicina, che è certamente il punto cardine di tutto l'ospedale. Se nella nostra struttura riuscissimo a creare delle figure altamente specializzate potremmo risultare di estrema importanza anche per gli altri reparti del nosocomio. La figura dell'Internista va rivalutata: la Medicina è un settore molto difficile perché abbraccia tantissime patologie. Per questo propongo la creazione di nuove figure professionali.

Sfuggire ai rischi dell'iper specializzazione specializzando i reparti di Medicina? Durante il primariato di Bobbio Pallavicini l'Unità Operativa di Crema sembra andare proprio in questa direzione, concentrandosi sulla prevenzione e la cura dei tumori: negli anni Novanta viene infatti avviato un Day hospital Oncologico[9] ed è attivato il nuovo

6 Testimonianza di Sergio Maddeo.

7 E. Bobbio Pallavicini, Il ruolo della Medicina Interna nell'ospedale, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 132.

8 L'ematologia ha un futuro, in *La Provincia*, 25 agosto 1990, p. 20.

9 'Ospedale più umano', in *La Provincia*, 1 maggio 1998, p.

ambulatorio di Ematologia, mentre il decennio successivo vedrà nascere un settore del reparto dedicato specificamente alla diagnosi e alla cura delle malattie neoplastiche, pur se occorrerà attendere fino al 2011 perché l'Oncologia sia ufficialmente riconosciuta come Unità Operativa autonoma[10].
Col progressivo distaccarsi dell'Oncologia dalla Medicina non viene comunque meno l'idea che tutti i problemi internistici non possano essere affrontati da una singola figura di professionista. Per tale motivo in reparto i medici cercavano di distribuirsi le competenze:

> Dopo questo cambiamento [il distacco dell'Oncologia] rimanevano gli ospiti della Medicina, malati non acutissimi, con più patologie e non giovani. Noi internisti della vecchia generazione ci occupavamo di loro scegliendoci ciascuno un distretto su cui dire la nostra. Io ad esempio mi interessavo delle malattie del fegato e delle vie biliari e per dieci- dodici anni mi sono occupato di questi pazienti. Facevo gli ambulatori due volte alla settimana, facevo le consulenze agli altri reparti e quando in Medicina arrivava qualcuno di questi malati lo seguivo io. Allo stesso modo c'erano colleghi che si occupavano in particolare di malattie endocrine, altri di diabete, altri ancora di pressione arteriosa eccetera. Credo sia questo il futuro del medico internista: quello che si occupa di tutto e di niente in particolare lo vedo male[11].

In realtà oggi c'è chi ritiene che proprio la particolare categoria di pazienti a cui la Medicina Interna si rivolge garantisca la continuità e l'importanza del ruolo dell'internista: malati complessi in due sensi, perché presentano più patologie, e quindi esigono l'affidamento a una figura che sia in grado di valutare i problemi nella loro globalità (e solo dopo questa valutazione indirizzi se è il caso allo specialista più indicato), e anche in quanto portatori di bisogni che non si esauriscono con l'intervento terapeutico, ma si allargano a tutti gli aspetti della persona, e coinvolgono in modo determinante pure la fase post acuta:

> I pazienti degenti nell'Unità operativa di Medicina (…) sono pazienti in cui spesso non è una sola patologia a determinare il quadro clinico complessivo e a condizionare la prognosi, ma l'insieme e l'intrecciarsi di molti fattori e influenze di più sistemi: patologici, terapeutici, psicologici, socio-economici, familiari, culturali, assistenziali…[12].

Ecco allora il medico internista configurarsi sempre di più come "medico della persona", ed ecco l'indirizzo che l'intero reparto cerca attualmente di darsi, pur nei limiti dettati dalla scarsità di risorse:

> L'orientamento che si sta cercando di dare è quello di costruire delle soluzioni che indirizzino anche nella fase post ricovero verso una maggiore protezione del malato, anche al fine di gestirlo in una situazione diversa dall'ospedale, che sempre di più dev'essere un luogo per malati acuti. In questo senso la Medicina di Crema è un reparto pilota rispetto al progetto delle dimissioni protette, che consiste prima di tutto nell'intercettare il più precocemente possibile quelli che sono i bisogni, sanitari e non che si protrarranno dopo il ricovero e nel mettere quindi in atto quelle soluzioni organizzative (assistenza domiciliare, RSA, RSA aperta, cure intermedie) che consentono di costruire un percorso il più possibile ad personam[13].

Proprio nell'ottica di un intervento terapeutico che vada sempre più a rispondere ai bisogni individuali, è stato avviato – ed ha trovato compimento mentre stiamo scrivendo – il progetto della MAU, cioè della Medicina di Accettazione e Urgenza, che all'atto dell'inaugurazione il direttore generale Luigi Ablondi ha definito "la più grande modifica organizzativa[14]" mai operata dall'ospedale. Il nuovo

27. Il nuovo Day Hospital aveva 12 posti letto dedicati. Nel 2008 accanto ad esso sarà collocato il Centro Oncologico, prima ospitato nel seminterrato della Palazzina.

10 Seguiremo queste vicende nel capitolo dedicato all'Oncologia (vedi cap. 6).

11 Testimonianza di Sergio Maddeo.

12 C. Canetta, Al centro della cura la persona, in *Il Nuovo Torrazzo*, 15 luglio 2017, inserto "Educazione Sanitaria" p. 20.

13 Testimonianza di Ciro Canetta, attuale direttore dell'Unità Operativa di Medicina. Nel nostro viaggio ci confronteremo molto spesso con le problematiche relative alla gestione dei malati cronici e della post acuzie, che con l'aumento dell'età della popolazione risultano sempre di più al centro dei dibattiti sulla sanità. Le Cure Intermedie sono oggi una realtà nell'ASST di Crema, grazie al reparto appositamente dedicato realizzato a Soncino (vedi cap. 15).

14 Crema, ospedale: inaugurato il reparto di Medicina di Accettazione e Urgenza, in *Il Nuovo Torrazzo*, 2 dicembre 2017.

Una camera della MAU

Ciro Canetta con alcuni operatori dell'équipe della MAU

servizio trova la sua ragion d'essere in due esigenze: adeguare appunto il processo di cura alle necessità del singolo soggetto e migliorare il flusso di pazienti all'interno del nosocomio. Secondo quanto ci ha raccontato l'attuale direttore della Medicina Ciro Canetta, la letteratura specializzata certifica che in un reparto di Medicina in cui sono ricoverati malati in modo omogeneo, almeno il 15% di loro richiederebbe un'intensità di cura maggiore. Scopo della MAU è quindi quello di intervenire fin dal ricovero da Pronto Soccorso, individuando in questo primo momento il "peso" delle cure necessarie al malato e, nel caso l'intensità richiesta sia più elevata, posizionandolo in un contesto maggiormente adeguato dal punto di vista medico, infermieristico e tecnologico finché non avrà raggiunto la fase di stabilizzazione e potrà essere indirizzato ad un reparto appropriato, oppure dimesso se la fase acuta si risolve rapidamente. Ma la MAU intende realizzare anche altri obiettivi, primo fra tutti quello di decongestionare l'area del Pronto Soccorso, dove spesso stazionano i malati in attesa di ricovero. Esiste poi un'ulteriore finalità non certo secondaria:

> Con la MAU si punta a ridurre in maniera importante quelli che sono i ricoveri in appoggio, cioè i pazienti medici alloggiati per mancanza di posti letto in aree disomogenee dell'ospedale. In Medicina generale abbiamo un preponderante afflusso di ricoveri dal Pronto Soccorso (circa il 98% del totale) a fronte di un reparto con 38 posti letto che non bastano a gestire tutti questi pazienti. Il risultato è che spesso occorre collocarli in altri reparti[15].

Quest'ultima osservazione ci permette di capire quanto la situazione sia cambiata rispetto al 1990, quando il reparto come abbiamo visto poteva accogliere 100 pazienti: nei decenni successivi la separazione fra Medicina e Oncologia da un lato e la generale riduzione dei posti letto decisa a livello regionale dall'altro hanno portato al numero attuale, alimentando i problemi a cui accenna il dottor Canetta.
La nuova Unità di MAU ha disponibilità da 10 a 20 letti, alcuni dei quali sono monitorizzati; verrà gestita dalla Medicina, ma opererà in raccordo con tutte le Unità Operative dell'Area medica. Si tratta di un'innovazione importante, fortemente voluta dalla Dirigenza dell'ospedale, e sulla quale vengono riposte molte speranze.

Il confronto e l'incontro con molti malati anziani (secondo i dati forniti dal direttore della Medicina oggi un'altissima percentuale di ricoverati è di età superiore agli ottanta anni) pone naturalmente al medico internista e a tutto il personale sanitario nuovi e complessi problemi. Uno di essi riguarda sicuramente la comunicazione, che deve essere adeguata a persone che non di rado presentano an-

15 Testimonianza di Ciro Canetta.

che difficoltà di tipo cognitivo. È un aspetto con cui ci siamo confrontati spesso nel corso dei nostri incontri con le varie figure professionali dell'ospedale: conciliare la necessità di un'adeguata informazione con i tempi frenetici oggi imposti agli operatori non è certo facile. Più volte è stato sottolineato come la relazione e il rapporto interpersonale siano stati forse gli elementi più sacrificati ai ritmi e alle esigenze della nuova medicina, e questo paradossalmente accade proprio quando la richiesta di essere aggiornati sulla propria malattia e sul percorso terapeutico appare in crescita, in virtù dei mutamenti culturali e sociali che caratterizzano la nostra epoca:

> Oggi i pazienti vogliono essere informati. Ai miei tempi capitava di visitare un paziente con quattro o cinque cicatrici sulla pancia e di chiedergli: di cosa è stato operato? Ah, so mia mi… Oggi per fortuna le cose sono cambiate…[16].

Il rapporto per così dire fideistico fra medico e paziente, quello che portava ad affidarsi totalmente nelle mani del "signor dottore" oggi sta lasciando il posto ad una relazione alla pari, che richiede tempi e linguaggi adeguati:

> La comunicazione col malato è molto importante, certo che se parlo in medichese c'è la possibilità che non venga capito. Secondo me dipende tutto dalla formazione del medico: c'è chi si dà un gran daffare per far capire come stanno le cose, e chi invece non lo ritiene necessario. È vero, oggi la conoscenza si può raggiungere attraverso mille canali, ma se manca il rapporto umano…[17].

Fra l'altro una corretta e adeguata comunicazione finisce per produrre effetti positivi anche sull'intervento di cura:

> Se stimolate, tutte le persone, anche quelle anziane, sono in grado di capire quello che viene loro spiegato: il problema è che spesso i professionisti dicono di non avere tempo. In realtà io penso che fra un paziente che comprende quale sarà il suo percorso di cura e uno che non lo comprende, il secondo sarà più difficile da gestire. Questa cosa è sempre stata all'attenzione in ambito infermieristico, meno in quello medico: nelle facoltà di medicina s'insegnano le tecniche, si studia l'anatomia, ma non ci si occupa della relazione, della comunicazione, della fiducia che deve instaurarsi fra medico e paziente[18].

Per questo forse non sarebbe inopportuno di tanto in tanto recuperare queste tematiche: come ci ha detto Anna Maria Bona, responsabile SITRA, "i professionisti qualche volta andrebbero riportati in aula non per affrontare gli aspetti tecnico scientifici, ma per "rinfrescare" i temi del consenso, del dolore e della relazione, tutte cose che nella scaletta delle priorità spesso rischiano di finire all'ultimo posto[19]".
Un auspicio che ci sentiamo di fare nostro.

Questioni di cuore

Analogamente a quanto accaduto per l'Oncologia, anche la Cardiologia è stata per molti anni "ospitata" dalla Medicina, prima nella vecchia struttura, poi nel nuovo ospedale, dove l'autorizzazione regionale ad aprire un reparto autonomo è arrivata solo nella primavera del 1980[20]. Parliamo degli anni eroici in cui, con una tecnologia ancora molto limitata, anche le diagnosi in ambito cardiologico erano affidate per lo più alla sapienza del medico:

> La diagnosi di insufficienza aortica, che adesso con un ecocardiografo si fa in due minuti, allora richiedeva un'auscultazione molto attenta e precisa, e un orecchio molto sensibile e allenato. Come strumenti avevamo solo l'elettrocardiogramma, per cui l'esame obiettivo del paziente richiedeva tempo, attenzione, capacità: la maggior parte dei segni che dovevano illuminarti sulla diagnosi li dovevi cogliere in quel momento… Col tempo poi abbiamo acquisito il fonocardiogramma, cioè la registrazione dei toni cardiaci: era un esame piuttosto

16 Testimonianza di Luigi Gaiti, che è stato primario in Chirurgia.

17 Testimonianza di Fulvio Soccini, in passato primario in Pneumologia.

18 Testimonianza di Francesca Gipponi, infermiera e per molti anni impegnata in ambito sindacale e come responsabile dell'Ufficio Qualità Aziendale.

19 Testimonianza di Anna Maria Bona, direttore del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale).

20 Ricordiamo che già la Riabilitazione inaugurata nel 1972 accoglieva due letti attrezzati per il monitoraggio dei cardiopatici più gravi.

Gianna Zavatteri

complesso e difficile da interpretare, ma dava delle informazioni in più…[21].

L'apertura del nuovo reparto segna una fase di passaggio pure in questo senso: nei due anni necessari all'allestimento di esso l'ospedale si attiva per procurare un'attrezzatura al passo con i tempi, e ci riesce ancora una volta grazie alla generosità di Bruno Manenti, che si prodiga per acquistare quanto necessario[22]. La stampa dell'epoca dà molto risalto ai lunghi mesi di preparazione: il presidente del nosocomio Alfredo Galmozzi anticipa alcuni dati sulla nuova struttura (avrà una ventina di letti di degenza, più altri cinque per l'Unità Coronarica), spiegando la scelta di separarla dalla Medicina come resa necessaria dalla sempre maggiore incidenza delle patologie cardiache e dalla crescita dottrinale e tecnologica che la disciplina sta evidenziando con gli anni[23].

La neonata Cardiologia trova uno spazio adeguato con la sopraelevazione dell'edificio del Pronto Soccorso e della Rianimazione, a loro volta sottoposti a totale rinnovamento: la nuova area verrà dedicata a Tomaso Manenti, padre del generoso benefattore. L'inaugurazione del reparto in questa collocazione data 10 novembre 1984: la stampa lo definisce un momento storico per Crema[24]. Alla cerimonia presenziano il primario Pietro Catelli e i medici che sono stati chiamati ad integrare l'équipe: "eravamo tutti giovani e molto entusiasti" ricorda Gianna Zavatteri.

Entusiasmo che trova ulteriore stimolo negli anni successivi, con un progresso tecnico e strumentale che sembra non conoscere freni: al continuo affinarsi e perfezionarsi delle metodiche ecografiche[25]si affianca nel 1988 l'avvio dell'impianto di pace-makers definitivi, mentre nel '97 sarà la volta del primo defibrillatore.

A fronte di un'evoluzione tecnica così marcata, viene spontaneo chiedersi cosa rimanesse della cardiologia "eroica" dei primi anni, quella in cui il medico del cuore "lavorava soprattutto con le orecchie[26]". In altre parole: le macchine stavano so-

21 Testimonianza di Gianna Zavatteri.

22 Vengono fra l'altro acquistati grazie al dottor Manenti un ecocardiografo mono e bidimensionale e un apparecchio per registrazione ECG dinamico (v. La cardiologia nel nostro ospedale, in *La Provincia*, 7 dicembre 1983, p. 11).

23 Come sarà organizzato il reparto Cardiologia con l'Unità Coronarica, in *La Provincia*, 6 giugno 1980, p. 11.

24 Inaugurati i nuovi reparti dell'ospedale. È una data storica per la nostra città, in *La Provincia*, 11 novembre 1984, p. 11.

25 Citiamo la testimonianza della dottoressa Zavatteri contenuta nel volume pubblicato nel trentennale del nuovo ospedale (L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 42): "Dall'ecografia mono e bidimensionale si è passati nell'89 all'ecocardiografia doppler e con codifica di colore per arrivare nel 96 all'ecocardiografia da stress e nel 97 all'ecocardiografia transesofagea".

26 Testimonianza di Gianna Zavatteri.

Franco Conz

Fulvio Soccini

stituendo (ma potremmo tranquillamente usare il tempo presente: il quesito si pone anche oggi, forse con ancora più forza) l'esperienza del professionista? Lo abbiamo chiesto a Gianna Zavatteri, che ha vissuto in prima persona quella fase di passaggio:

> Io credo che la capacità auscultatoria resti comunque importante: la tecnologia non l'ha sostituita del tutto, l'ha solo completata e potenziata. Occorre ancora dare grande importanza al colloquio col paziente, alla raccolta dell'anamnesi e all'esame obiettivo. Gli esami che vengono dopo devono servire a confermare un'opinione che tu ti sei già fatto prima…[27].

L'ininterrotto progredire delle possibilità diagnostiche e terapeutiche fa crescere inevitabilmente anche i numeri della nuova Cardiologia: i pazienti ricoverati sono in aumento continuo, e già all'inizio degli anni Novanta il reparto comincia a denunciare delle difficoltà nel far fronte alle richieste, sia in termini di personale che per ciò che concerne gli spazi a disposizione. Nel corso di un'intervista a *La Provincia* il primario Pietro Catelli non usa mezze parole per descrivere la situazione:

> Siamo stretti, ci manca spazio. I medici sono insufficienti. Siamo tirati per il collo. La reperibilità è di 24 ore per tutti i giorni dell'anno, se qualcuno è in ferie o si ammala, la situazione è insostenibile[28].

Il dottor Catelli fornisce anche alcune cifre significative: nei primi sei mesi del 1992 ci sono stati 339 ricoveri, con una saturazione dei letti pari al 95%. Interessante anche un altro dato: nello stesso periodo sono stati applicati 27 pace-makers, segno che in pochi anni la metodica ha preso un avvio deciso. Sul finire del decennio Novanta cambia la guida del reparto: arriva da Trento Giuseppe Inama. È lui stesso a spiegarci quali delle sue caratteristiche professionali devono aver indotto l'ospedale cremasco a puntare sul suo nome in sede di concorso:

> Il mio curriculum sulla cardiologia interventistica è quello che ha interessato la Direzione sanitaria, che si proponeva di valorizzare questo ospedale, così vicino a "cattedrali" come il Monzino, il San Raffaele e San Donato[29], che praticamente facevano da collettori di tutte le patologie cardiologiche acute. In questa situazione o un reparto diventa competitivo o rischia di chiudere[30].

Quella di puntare sulla cardiologia interventistica non è una scelta semplice da parte del direttore generale Franco Conz e del direttore sanitario Fulvio Soccini: significa addentrarsi in un campo che per ammissione dello stesso Inama è "importante, costoso, impegnativo, faticoso e persino pericoloso". Il motivo dell'ultimo aggettivo ci viene spiegato con chiarezza ancora dal protagonista:

> La complicanza non dovrebbe esistere in ospedale, ma a volte c'è, e se succede in un ambiente piccolo

27 Ibidem.

28 Qui si curano gli affari di cuore, in *La Provincia*, 31 ottobre 1992, p. 32. In effetti, rispetto alla data di apertura del nuovo reparto, il personale medico era aumentato di una sola unità.

29 Il Centro Monzino e l'ospedale san Raffaele hanno entrambi sede a Milano.

30 Testimonianza di Giuseppe Inama.

Giuseppe Inama con l'équipe: Lina Barbieri, Loretta Fornaroli, Maddalena Pellegrini, Gabriella Bosco, Maria Luisa Vailati, Agostina Sangalli, Concetta Secondo, Francesca Doldi, Zefferino Pellegrini

> l'impatto è devastante. A Milano puoi "nascondere" tutto, a Crema no. E se un paziente decide di fare un intervento in una piccola realtà deve sapere di non correre rischi maggiori di quelli che correrebbe in un centro di alto livello[31].

Una scelta rischiosa, quindi, ma che si rivela subito lungimirante. Nei mesi successivi all'arrivo del nuovo primario la stampa e i cremaschi cominciano ad entrare in contatto con termini medici sconosciuti, espressione delle grandi novità che si stanno introducendo nella cura delle malattie cardiache, e quindi anche nella prognosi delle stesse e nelle aspettative di vita dei pazienti.
All'inizio del 2000 un articolo de *La Provincia*[32] illustra la tecnica mininvasiva che la cardiologia di Crema – fra le prime in Italia – utilizza per la cura delle aritmie del cuore resistenti ai farmaci: è "l'ablazione transcatetere con radiofrequenza", che consiste nell'inserire dei cateteri nel cuore e una volta raggiunto il tessuto da cui origina il disturbo del ritmo nel cauterizzarlo tramite una piccola scarica di corrente. L'intervento si svolge in anestesia locale all'interno del laboratorio di elettrofisiologia, una stanza attrezzata nella quale è possibile tenere costantemente sotto controllo la situazione della persona operata. Se oggi questo tipo di metodica si è diffusa, allora rappresentava una vera rivoluzione: come ci ha spiegato Giuseppe Inama "per un paziente con tachicardia, che doveva andare più volte all'anno al Pronto Soccorso e la cui qualità di vita era totalmente compromessa, entrare in ospedale e dopo una piccola bruciatura uscirne guarito era una cosa sconvolgente".
Contemporaneamente agli interventi ablativi l'attenzione del reparto si concentra anche sull'emodinamica, cioè su quella branca della fisiologia cardiovascolare che analizza e studia il comportamento del sangue nei vasi, con particolare riferimento alla cura delle valvole cardiache e delle ostruzioni coronariche. Anche in questo campo l'ospedale di Crema inizia procedure mai sperimentate, per le quali in precedenza i malati dovevano rivolgersi a centri specializzati del territorio. Nell'ottobre del 2000 si decide di introdurre la coronarografia[33], e subito si pone il problema di come ricavare lo spazio utile a collocare l'apparecchiatura necessaria (che poi servirà anche per le metodiche di elettrofisiologia). La soluzione trovata si rivela brillante:

31 Ibidem.
32 Il cuore non sbaglia ritmo, in *La Provincia*, 13 gennaio 2000, p. 25.
33 Si tratta di un esame che consente di visualizzare direttamente le arterie coronarie tramite l'iniezione di un mezzo di contrasto attraverso un catetere.

La nuova ala ospedaliera denominata "Piastra", inaugurata nel 2001

> Siccome per fare la coronarografia non c'era spazio, la Direzione ha accettato la mia richiesta: chiudiamo due stanze di degenza, rinunciamo a quattro letti e facciamo lì la sala di emodinamica. Dovetti garantire che pur con dei letti in meno avremmo aumentato i ricoveri, ed in effetti in sei mesi siamo passati da 60-70 ricoveri al mese a 130…[34].

La nuova sala verrà in realtà utilizzata solo due anni: ha già infatti preso avvio la costruzione dell'ala dell'ospedale dove saranno ospitati tutti i servizi connessi all'emergenza urgenza (la Piastra, come fin dall'inizio verrà chiamata). Si tratta del più consistente intervento edilizio dalla costruzione del nuovo nosocomio, e la prima pietra della struttura viene posata proprio in occasione delle celebrazioni per i trent'anni dall'inaugurazione del 1968[35].

In effetti il progetto è imponente già a partire dal costo, che alla fine arriverà a oltre 30 miliardi, comprensivi di opere murarie, attrezzature e tecnologie[36]. L'edificio, a pianta circolare con un corpo rettangolare che lo raccorda al monoblocco, è destinato ad accogliere il Pronto Soccorso e la Rianimazione (con 8 letti) al piano seminterrato, la Cardiologia, il laboratorio di emodinamica ed elettrofisiologia e l'Unità Coronarica al primo piano, il servizio di sterilizzazione al secondo e il comparto operatorio – con sei sale per gli interventi – al terzo[37]. La Cardiologia disporrà di 22 posti per la degenza, mentre l'Unità Coronarica ne avrà 6; quest'ultima, obbedendo alle più moderne prescrizioni in materia, sarà organizzata a semicerchio, con i letti intorno e al centro la postazione infermieristica di controllo.

Nel rispetto dei tempi previsti, la Piastra viene inaugurata il 31 ottobre 2001[38]: anche in questo caso la celebrazione è duplice, perché sono trascorsi 650 anni dalla fondazione della Domus Dei. Interessante leggere le parole dell'articolo di fondo che accompagna ne *La Provincia* la cronaca della storica giornata:

> Quando il 31 ottobre 1998 Roberto Formigoni, con un colpo di cazzuola, ha posto la prima pietra della Piastra che oggi viene inaugurata, pochi dei presenti credevano che venissero rispettati i tempi

34 Testimonianza di Giuseppe Inama.

35 Apre il cantiere del 2000, in *La Provincia*, 30 ottobre 1998, p. 27. L'articolo definisce la Piastra "il salto di qualità necessario per entrare a testa alta nel terzo millennio".

36 L'opera viene finanziata grazie a sostanziosi contributi regionali. Per le attrezzature ci si affida a una gara per un "global service", che oltre alla progettazione prevede la gestione diretta e complessiva per cinque anni di tutti gli interventi strumentali, tecnico scientifici ed elettromedicali.

37 Il progetto prevede anche un piano interrato per i locali di servizio e gli spogliatoi del personale.

38 "Piastra": il taglio del nastro, in *La Provincia*, 31 ottobre 2001, p. 21.

Roberto Formigoni con il vescovo Paravisi e il direttore generale Franco Conz, posa la prima pietra della "Piastra", 1998

Dalla finestra della camera si scorge il cantiere della "Piastra"

> di consegna (…). Pochi credevano che le meraviglie descritte diventassero realtà. Pochi avevano fiducia che una struttura pubblica venisse realizzata con idee e materiali così all'avanguardia da sembrare un alieno in una sanità bistrattata e malandata. Tre anni dopo gli scettici sono serviti. La Piastra di Crema tira i servizi di emergenza-urgenza della Lombardia. È un esempio di come il pubblico possa competere con il privato. L'euforia del momento non deve però nascondere le difficoltà che da domani la struttura incontrerà. Non basta possedere una macchina perfetta, è necessario sfruttarla al meglio, tirare fuori il massimo delle sue risorse, renderla produttiva. È un compito difficile che dipende dagli uomini e dall'organizzazione. Crema possiede entrambi[39].

Per quello che riguarda la Cardiologia "l'alieno" mantiene le promesse: il reparto continuerà infatti a segnare nuovi passi avanti. Nel dicembre del 2001, mentre si sta organizzando il trasferimento nella Piastra, la stampa annuncia che sono state realizzate a Crema due procedure di angioplastica primaria su pazienti con infarto acuto[40] (si tratta di una metodica che consiste nella dilatazione con un palloncino della coronaria ristretta, con successivo posizionamento, a ridosso della lesione dilatata, di uno Stent, cioè di un tubicino a retina che mantiene allargata l'arteria). L'innovazione è di estrema importanza, da un lato perché cancella la pratica dei viaggi della speranza a cui erano costretti i malati ischemici cremaschi per recarsi nei grandi centri ospedalieri di Milano, dall'altro perché tanto più rapidamente la lesione alla coronaria viene trattata quanto minore sarà il danno al muscolo cardiaco. Per tale motivo i responsabili del reparto si adopereranno negli anni successivi per estendere la praticabilità dell'angioplastica a tutte le 24 ore. Ci si arriverà nel 2007[41], e si tratterà di un passo fondamentale:

> Grazie all'angioplastica disponibile 24 ore 365 giorni all'anno il paziente arriva in ospedale con l'infarto e se ci sono le indicazioni e i tempi sono giusti viene portato in sala angiografica dove viene fatta la coronarografia. Una volta scoperto qual è il vaso responsabile questo viene riaperto. Molti dei pazienti su cui si interviene in questo modo non subiscono nemmeno un infarto miocardico, nel senso che la coronaria viene trattata così rapidamente che il danno al cuore è limitatissimo o nullo. Questi pazienti vengono dimessi in quattro o cinque giorni e tornano a una vita assolutamente normale[42].

Nel frattempo (parliamo dei primi anni Duemila) la Cardiologia cremasca si attiva anche su altri fronti, fra cui quello molto importante della telemedicina. Ad aprire la strada è il progetto realizzato con le Case di riposo di Trigolo e Soresina[43], che prevede (pare sia il primo esperimento di que-

39 Il "miracolo" si è realizzato. La gestione il punto nodale, in *La Provincia*, 31 ottobre 2001, p. 21.

40 Ospedale, coronarie allargate, in *La Provincia*, 1 dicembre 2001, p. 26.

41 Una Task force contro l'infarto, in *La Provincia*, 13 aprile 2007, p. 25.

42 Testimonianza di Maurizio Landolina, che nel 2014 ha sostituito Giuseppe Inama alla guida del reparto.

43 Telecardiologia per gli anziani, in *La Provincia*, 20 settembre 2002, p. 21.

sto tipo in Italia) la trasmissione per via telematica degli elettrocardiogrammi effettuati sui ricoverati nelle due strutture al reparto dell'ospedale, dove gli esami vengono visionati e refertati dal medico: un sistema estremamente utile per persone molto anziane, che in questo modo possono evitare faticosi spostamenti.

La metodologia viene in seguito ulteriormente sviluppata, prima estendendo questa modalità di trasmissione dell'ECG a tutti i reparti del nosocomio, che così possono inviare i tracciati alla postazione in Cardiologia – e riceverne il referto – risparmiando tempo e personale[44], poi col progetto di Home Monitoring, cioè di gestione a distanza dei malati portatori di defibrillatore automatico[45]. Si tratta di una novità assoluta per l'Italia: il paziente da casa appoggia l'antenna del "CareLink Monitor" che ha in dotazione sul defibrillatore, attivando automaticamente un numero verde attraverso il quale i dati tecnici e clinici arrivano in ospedale. Immaginabili sono gli aspetti positivi del sistema, che Giuseppe Inama illustra in un'intervista su *La Provincia*[46]: oltre all'ottimizzazione di tempo e risorse (il paziente non deve più recarsi in ambulatorio) e al miglioramento in merito all'appropriatezza e alla qualità del servizio di controllo del dispositivo, il malato ne ricava vantaggi inestimabili in tranquillità, comodità e libertà di movimento.

L'intensa attività clinica del reparto è accompagnata lungo tutto il suo percorso da una continua attenzione allo studio e all'aggiornamento: nel volume dedicato ai trent'anni dell'Ospedale Maggiore[47] Gianna Zavatteri scrive che, nella convinzione che "un buon medico è un medico colto", i membri dell'équipe non hanno mai trascurato la presenza a corsi e congressi, la partecipazione a trials clinici controllati e la frequenza di Centri cardiologici ad alta specializzazione. Questa tradizione è continuata con Giuseppe Inama, che ci ha raccontato dell'abitudine instaurata con i primari cardiologi di Lodi, Piacenza e Cremona di organizzare riunioni durante l'anno nelle quali venivano discussi casi clinici con l'intervento di un esperto esterno: un'occasione di arricchimento professionale ed anche di conoscenza fra colleghi. Tale pratica si associava all'organizzazione di convegni che ogni due anni ospitavano a Crema professionisti dall'Italia e dall'estero e rappresentavano "un momento di grande crescita culturale[48]". Molti di questi appuntamenti scientifici hanno avuto come tema le patologie cardiologiche degli sportivi, una materia che Inama ha inserito nell'attività del reparto, e che ha visto trattati a Crema molti casi complessi:

> Mi ricordo di un giocatore canadese di hockey su ghiaccio che militava in A1: durante una partita ebbe una sincope per un trauma toracico, e negli accertamenti successivi si appurò che era portatore di una sindrome cardiaca congenita per la quale era stato operato in America e da cui pensava di essere guarito (infatti aveva tenuto nascosta la cosa). Così è venuto da me, gli ho fatto l'ablazione, e questa volta è guarito completamente e ha ripreso a giocare. È stata una bella soddisfazione![49].

La tensione verso l'aggiornamento continuo e la ricerca di nuove soluzioni diagnostiche e terapeutiche non è venuta meno con l'arrivo alla guida del reparto di Maurizio Landolina, nel 2014. È lui stesso a raccontarci le novità che hanno caratterizzato questi ultimi anni:

> Sono venuto a Crema col progetto di potenziare la Cardiologia, soprattutto per ciò che concerne l'elettrofisiologia interventistica. C'è stato un completo rinnovamento dell'attività elettrofisiologica e un aumento della complessità delle procedure effettuate. Ciò ha comportato un grosso investimento da parte dell'Azienda Ospedaliera: nel 2016 è stata inaugurata una nuova sala di elettrofisiologia (è una delle più avanzate della regione) con un'apparecchiatura angiografica di ultima generazione che consente ad esempio di fare l'angiografia rotazionale e la ricostruzione tridimensionale delle camere cardiache. Inoltre abbiamo un nuovo sistema di registrazione dei segnali endocardici, e un sistema computerizzato che serve per trattare le aritmie

44 Il sistema offre anche la possibilità di archiviare digitalmente il tracciato.

45 La diagnosi in poltrona, da casa, in *La Provincia*, 29 gennaio 2008, p. 22. Il defibrillatore è un apparecchio del peso di circa 50 grammi in grado di rilevare le alterazioni del ritmo della frequenza cardiaca e di interromperle erogando una piccola scarica elettrica al cuore.

46 Cuore, controllo a distanza, in *La Provincia*, 30 gennaio 2008, Inserto Sanità e Territorio, p. 4.

47 G. Zavatteri, La Cardiologia di Crema, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit. p. 42.

48 Testimonianza di Giuseppe Inama.

49 Ibidem.

Un intervento di angioplastica coronarica

Maurizio Landolina durante un'operazione

più complesse (in pratica le immagini ottenute con l'angiografo o con la TAC vengono importate all'interno del computer, e noi muoviamo i cateteri all'interno di queste immagini: ciò consente di fare ablazioni usando poche radiazioni, con grande vantaggio per il paziente e con probabilità di successo molto elevate[50]).

Nel 2014 è stata anche introdotta una metodica che colloca Crema fra le eccellenze europee: si tratta della crioablazione[51], che interviene a correggere le fibrillazioni atriali utilizzando l'energia del freddo. Rispetto all'ablazione tradizionale questa tecnica dimezza i tempi dell'intervento e quindi risulta più sicura e meno impegnativa per il paziente (la scelta fra le due procedure viene fatta sulla base dell'anatomia del cuore del malato e del tipo di aritmia). Ancora, oggi il reparto segue pazienti con scompenso cardiaco avanzato (che a volte necessitano di coronarografia e angioplastica), tratta le lesioni delle valvole cardiache e pratica la valvuloplastica aortica, una procedura che consiste nel dilatare la valvola – tramite un palloncino inserito per via percutanea – ai fini di consentire un sufficiente passaggio di sangue: si tratta di una tecnica indicata come "ponte" in attesa dell'impianto di una protesi o in pazienti anziani che non possono subire l'intervento. Il dottor Landolina ci ha anche anticipato quella che è una novità assoluta fra le procedure di cardiologia interventistica eseguite in seno al reparto: la chiusura dell'auricola. Lasciamo a lui la spiegazione delle potenzialità di questa tecnica:

La tecnica consiste nella chiusura tramite un dispositivo inserito per via percutanea dell'espansione dell'atrio di sinistra dove è facile che si formino dei trombi, cioè dei coaguli, quando il malato è in fibrillazione atriale. Questi coaguli sono molto pericolosi, perché da essi si possono staccare piccoli o grandi frammenti che possono andare in circolo e nei casi più gravi provocare l'ictus. L'intervento è indicato su pazienti che non possono fare la terapia anticoagulante orale. Ne abbiamo già trattati in questo modo alcuni, ed intendiamo sviluppare ulteriormente la procedura[52].

Per tutte le problematiche affrontate, in particolare per la parte aritmologica, la Cardiologia dell'Ospedale Maggiore è regolarmente presente sulle riviste internazionali.

Ci siamo soffermati diffusamente sulle tecniche attualmente utilizzate a scopo diagnostico e terapeutico dalla Cardiologia cremasca perché riteniamo molto importante capire, alla luce di tutte queste innovazioni, "cos'è" oggi il malato di cuore. Certamente parliamo di un settore specialistico che è fra quelli che più si sono giovati dei progressi raggiunti nel corso degli anni, soprattutto per ciò che

50 Testimonianza di Maurizio Landolina.

51 La metodica è stata introdotta a Crema nel marzo del 2014, quando il primo intervento è stato eseguito dai dottori Pietro Maria Agricola e Michele Cacucci, ed è stata sviluppata nei mesi successivi grazie anche ad una collaborazione scientifica con la clinica Pasteur di Tolosa. In pratica la tecnica consiste nell'introdurre un palloncino all'interno delle vene polmonari che viene poi gonfiato e raffreddato fino a circa -40 gradi per alcuni minuti. Si produce così una sorta di ibernazione dell'area malata che viene isolata dal resto del cuore.

52 Testimonianza di Maurizio Landolina.

Elettrofisiologia

concerne il trattamento delle patologie, ormai solo in parte minoritaria lasciato all'approccio chirurgico vero e proprio. La cardiologia interventistica opera per via percutanea, con procedure che non richiedono anestesia generale, consentono un recupero molto più rapido e assai spesso portano alla totale guarigione: come ci ha confermato Maurizio Landolina "i pazienti con aritmie che vengono sottoposti ad ablazione con esito positivo possono dirsi completamente guariti, e dopo 3-6 mesi non hanno più bisogno di controlli[53]". Persino nel caso dell'infarto, come abbiamo visto, grazie all'utilizzo dell'angioplastica primaria molti pazienti escono dall'episodio ischemico con danno minimo o inesistente. Ecco quindi che appare qualcosa di più di una battuta la frase di Giuseppe Inama: "io oggi a un paziente anziano che ha subito un bypass o un'angioplastica dico: guardi, lei è fortunato, a 75 anni qualcosa deve capitare, e a dover scegliere meglio un infarto di molte altre malattie[54]!". La possibilità di intervenire senza aprire chirurgicamente il torace fra l'altro ha ridotto i tempi di degenza: oggi i pazienti con infarto al miocardio non complicato possono tornare a casa in quinta giornata, mentre quelli che evidenziano qualche complicanza – ad esempio segni di ridotta funzione cardiaca – vengono comunque dimessi di solito nel settimo giorno e passano alla Riabilitazione di Rivolta, dove sarà ottimizzata la terapia farmacologica e verrà fatta mobilizzazione sotto controllo.
Il calo dei giorni di degenza ha avuto riflessi positivi sull'organizzazione del reparto, che oggi non denuncia più i picchi di sovraffollamento del passato, e anche per questo riceve l'approvazione dei pazienti ricoverati. Sotto tutti i punti di vista:

> Il reparto è ben organizzato e riceviamo commenti positivi dai pazienti. Anche dal punto di vista del vitto: ho ricoverato uno chef molto famoso di Milano che, al momento delle dimissioni mi ha detto che considerato che si tratta di cibo preparato per una comunità il suo giudizio era molto buono! Grazie alla tecnologia e alla competenza del personale medico e infermieristico abbiamo pazienti che arrivano da tutta la Lombardia e anche da fuori regione. Riusciamo a fare questo nonostante il numero limitato di letti grazie al rapido turn over[55].

Gli indubbi miglioramenti rispetto al passato – quando il malato di cuore che aveva subito un evento acuto passava settimane in ospedale e anche dopo le dimissioni si ritrovava quasi sempre "marcato" in modo indelebile dalla patologia, e difficilmente poteva riprendere la vita precedente – non devono però indurre a un quadro eccessivamente ottimistico. Su questo Maurizio Landolina è stato molto chiaro:

> Se l'angioplastica fatta nei tempi giusti limita il danno, è comunque vero che il paziente non guarisce dalla sua aterosclerosi[56], quindi dalla predisposizione ad avere una patologia coronarica. Si può dire che l'angioplastica sposta indietro le lancette dell'orologio a prima dell'episodio ischemico, ma l'aterosclerosi rimane, e il paziente dovrà rigorosamente seguire le prescrizioni del cardiologo, assumendo la terapia antiaggregante piastrinica, controllando il colesterolo, trattando l'ipertensione e riducendo i fattori di rischio[57].

Ecco dunque farsi largo a grandi passi il tema della prevenzione, che pur nel generale e continuo sviluppo delle possibilità di cura, mantiene un posto predominante. Quasi a sottolineare l'importanza di tale materia, Crema è stata fra le prime città italiane a collocare defibrillatori portatili in punti strategici – palestre, piscine, teatri, cinema – che in caso di arresto cardiaco dovuto ad aritmia possono essere utilizzati anche da un non medico. Un progetto semplice che può salvare molte vite.

Quale sarà il domani della Cardiologia? A detta dei professionisti l'ipotesi più facile da formulare sembra quella di un futuro sempre più affidato alle procedure mininvasive, con uno spazio via via più ristretto riservato agli interventi chirurgici tradizionali. La tecnologia dal canto suo offre ogni pochi mesi strumenti più perfezionati: già si parla di defibrillatori che non necessiteranno di cateteri inseriti nel cuore, con conseguente minor rischio di infezioni e migliore qualità di vita del paziente.

53 Ibidem.
54 Testimonianza di Giuseppe Inama.
55 Testimonianza di Maurizio Landolina.
56 L'aterosclerosi è la malattia degenerativa che colpisce le arterie infiammandole e irrigidendole.
57 Testimonianza di Maurizio Landolina.

Ovviamente la velocità inarrestabile delle innovazioni richiede agli operatori un continuo aggiornamento, che aggiungendosi alla già grande mole di lavoro quotidiano finisce per non permettere pause. Per tale motivo ci piace concludere con le parole di Giuseppe Inama, che ci sembrano esprimere efficacemente lo "spirito" che guida questo impegno:

> Se si vuole mantenere un livello valido dal punto di vista scientifico è chiaro che non esistono né sabati né domeniche. Ma il lavoro non fa ammalare, soprattutto se è fatto con passione. E io non riuscirei nemmeno ad immaginare una vita diversa![58].

Chirurgia Vascolare e Radiologia Interventistica

Ammettiamolo: parlare di "chirurgia" e di "radiologia" in questa parte del nostro viaggio può apparire una poco comprensibile deviazione dal percorso. Abbiamo scelto di farlo perché crediamo che il tema che ci accingiamo a trattare non possa essere scisso da quello della Cardiologia: non solo per la vicinanza "fisica" delle patologie (cuore-vasi-cervello), ma anche per l'evoluzione in molti sensi comune che come vedremo ha caratterizzato questi settori.

La Chirurgia Vascolare nasce ufficialmente a Crema nel 1999, ma di essa si comincia a parlare molti anni prima. A inizio 1985 la stampa dà notizia che l'ospedale si accinge a trasformare una delle due Chirurgie generali in Vascolare[59]. Le motivazioni della scelta vengono fornite dall'allora coordinatore amministrativo Giuseppe Capoferri: i due reparti (considerato oltre tutto che ne è attivo un terzo analogo a Rivolta d'Adda) costituiscono un inutile doppione, mentre è sentita la necessità di questa sezione specialistica, che non esiste nei nosocomi limitrofi.

I toni usati farebbero pensare che ogni cosa sia già decisa, e che si attenda solo l'autorizzazione della Giunta lombarda; invece il progetto tramonta, forse non solo perché il via libera regionale tarda ad arrivare, ma anche per le contrarietà che esso sembra sollevare in molti[60]. L'idea però rimane viva, e il primario di Chirurgia II Alberto Martinotti, che è stato fra i suoi più convinti sostenitori, trova un modo non ufficiale per portarla comunque avanti. Nel suo reparto realizza infatti moduli organizzativi relativi a specifiche specializzazioni chirurgiche, con medici di riferimento che vi operano in base ai loro interessi e alle competenze personali: fra tali moduli c'è anche la Chirurgia Vascolare[61].

Occorrono più di dieci anni perché le ostilità si stemperino e la regione conceda finalmente il suo nullaosta. L'annuncio è dell'agosto del 1997[62], ma l'avvio ufficiale della nuova Unità Operativa risale al primo luglio 1999: primario del nuovo reparto sarà Augusto Farina, con Leonardo Bergamaschi come suo vice e Vincenzo Scaravaggi come terzo chirurgo. Lasciamo alle parole dello stesso Bergamaschi il racconto di quei primi anni:

> Fu un periodo in cui si lavorava a ritmi serratissimi, a causa dell'organico risicato. Il dottor Scaravaggi abbandonò presto l'incarico per motivi di salute, in seguito arrivarono come rinforzi la dottoressa Maria Teresa Arpini, il dottor Pierangelo Berticelli e il dottor Antonio Riva. Eravamo tutti di estrazione chirurgica generale, privi di un vero e proprio bagaglio di esperienza vascolare, ma ci accumunavano la volontà, l'entusiasmo e la voglia di vedere realizzato questo progetto, perciò studiammo, partecipammo a corsi, frequentammo ospedali blasonati per imparare nuove tecniche. In sala operatoria eravamo pressoché autodidatti, ma ci impegnammo a trattare una casistica ampia che andava dalle semplici varici alla chirurgia arteriosa maggiore[63].

Un impegno così totalizzante non poteva andare esente da grossi sacrifici anche sul piano personale:

> Fu un lavoro di squadra, che richiedeva una disponibilità ininterrotta, 24 ore su 24. Doveva essere reperibile un solo medico alla volta, ma era decisa-

58 Testimonianza di Giuseppe Inama.

59 Una delle chirurgie diventa vascolare, in *La Provincia*, 3 gennaio 1985, p. 11.

60 Il coordinatore Iori spiega il perché della nuova Chirurgia Vascolare, in *La Provincia*, 11 gennaio 1985, p. 13. Mario Iori è stato primario della Radiologia e Direttore sanitario dell'Ospedale.

61 Testimonianza di Leonardo Bergamaschi, che come medico della Chirurgia generale è stato fra i protagonisti della nascita della specialità. Questi primi anni vedono anche la collaborazione con la Scuola di specialità dell'Università di Milano.

62 La Regione promuove Chirurgia Vascolare, in *La Provincia*, 9 agosto 1997, p. 24.

63 Testimonianza di Leonardo Bergamaschi.

Alberto Martinotti

Aldo Arzini

> mente insufficiente, perché se un paziente necessitava di un'operazione urgente era necessario poter contare su due, tre, anche quattro medici pronti ad intervenire. Perciò ci si rintracciava al volo in qualsiasi momento del giorno e della notte, senza che venisse riconosciuta alcuna indennità dalla Direzione ospedaliera. Ne sanno qualcosa le nostre famiglie, cui dobbiamo grande riconoscenza per aver sopportato anni e anni di sonni interrotti, pasti buttati e compagni "a mezzo servizio"[64].

Il passaggio determinante nell'attività del reparto risale ad una decina di anni fa, con l'introduzione delle tecniche endovascolari, che consentono di intervenire su arterie e vene senza incisioni cutanee o comunque attraverso accessi mininvasivi in anestesia locale o locoregionale. Tale passaggio ha segnato l'inizio della collaborazione con la Radiologia Interventistica, che nello stesso periodo stava muovendo i primi passi a Crema.
Un altro momento importante è stato quello, più recente, che ha visto il rinnovamento completo dell'organico dell'Unità Operativa, a causa di trasferimenti e pensionamenti: nell'aprile del 2016 è subentrato come direttore Aldo Arzini, che ha costituito una nuova équipe adoperandosi per portare a Crema i colleghi che avevano condiviso con lui la precedente esperienza all'ospedale di Garbagnate (considerato la culla della Chirurgia Vascolare in Italia)[65].
Il nuovo primario ha "importato" a Crema anche le procedure innovative già messe in pratica con successo nell'altro nosocomio, fra cui i trapianti di segmenti vascolari da donatore. Il tempo di ottenere le necessarie autorizzazioni e il primo intervento di questo tipo è stato realizzato. Ne leggiamo la cronaca così come riportata da Aldo Arzini alla stampa:

> Poco dopo si è presentato un paziente che aveva estrema necessità di un intervento a una gamba, in quanto delle tre arterie presenti, due erano occluse e la terza era messa male. Il soggetto, maschio, 72 anni, cremasco, forte fumatore e arteriopatico, non aveva altre alternative se non quelle di impiantare un tratto di arteria artificiale o tentare il trapianto. È stato interessato il Monzino di Milano, dove c'è una banca dei tessuti e si è scoperto che in quell'ospedale avevano un tratto di arteria di 50 centimetri, esattamente quel che serviva al paziente cremasco. Quindi si è predisposto tutto per l'intervento. L'operazione è durata sei ore circa, non tanto per la complessità dell'impianto sul paziente, quanto perché la preparazione dell'arteria da trapiantare richiede diverse fasi, e tutte le operazioni devono essere eseguite in sala operatoria. Il tratto di arteria va scongelato mettendolo in acqua calda. Dopo di che si controllano i fori laterali dell'arteria, che sono quelli degli ingressi e delle uscite delle vene che portano o prendono sangue e si chiudono. Infine, si fa una prova immettendo nel tratto di arteria da impiantare dell'acqua per verificare che non ci siano perdite. A quel punto tutto è pronto per il trapianto[66].

64 Ibidem.

65 L'ultimo arrivo nell'équipe data dicembre 2017, ed è il dottor Massimo Vaghi, che si occuperà delle malformazioni congenite vascolari, per le quali sono pochissimi i Centri italiani abilitati.

66 L'équipe del dottor Aldo Arzini esegue un trapianto di arteria, in *Crema News*, 23 febbraio 2017.

Alcuni operatori dell'équipe di Leonardo Bergamaschi

Nel parlarci di tale procedura, il dottor Arzini non ha mancato di segnalare come l'ostacolo maggiore ad essa sia rappresentato dalla scarsa disponibilità del tessuto necessario: oltre alle limitazioni legate all'età e allo stato di salute del donatore[67], accade spesso che questi espianti di segmenti nel momento della morte non vengano effettuati, con la conseguenza che non sempre la metodica può essere applicata.

Un'altra straordinaria tecnica – utilizzata in pochissimi ospedali e introdotta a Crema dal nuovo direttore del reparto – riguarda il trattamento dell'aorta toracica attraverso l'impianto di una endoprotesi: un intervento assai delicato, che prevede il "confezionamento" di un bypass tra la carotide e l'arteria succlavia.

La continua crescita della complessità e delle tipologie delle procedure praticate a Crema ha come già detto comportato una sinergia sempre più stretta con la Radiologia Interventistica. Aldo Arzini ha voluto darci un'idea degli ambiti in cui agisce questa collaborazione: "le arterie sotto il ginocchio nel diabetico, la femorale superficiale nell'arteriopatico, l'aneurisma dell'aorta, la stenosi delle iliache…[68]". Questo non toglie che a volte occorra anche ricorrere alla chirurgia aperta, e proprio in questa ineludibilità delle tecniche tradizionali il nuovo direttore vede un rischio per il futuro:

> Se i ragazzi che escono dalle università non sono capaci di operare con le mani è davvero un grosso problema. Ormai le scuole non insegnano più la chirurgia tradizionale, e il numero di specializzandi in chirurgia vascolare è minimo (anche perché ridottissimi sono i posti nelle scuole di specialità). Per ora ci sono ancora i 50-55enni che appartengono alla scuola tradizionale e sanno operare, ma cosa succederà fra 10 anni? Per questo dico: mandiamo i ragazzi negli ospedali dove si fa l'endovascolare che insegnano all'università, ma si fa anche chirurgia aperta. Teniamo conto che per far crescere un chirurgo ci vogliono dieci anni…[69].

L'incremento costante dell'attività del reparto è causa oggi di alcune difficoltà sia legate alla disponibilità di personale e di letti che di natura logistica. La Chirurgia Vascolare condivide i suoi spazi

67 Il donatore non può essere maggiore di 50 anni e non deve avere mai sofferto di trombosi.

68 Testimonianza di Aldo Arzini.

69 Ibidem. In un suo articolo pubblicato in *Il Nuovo Torrazzo*, 15 luglio 2017 (inserto "Educazione Sanitaria", p. 13) il dottor Arzini fa l'esempio della stenosi carotidea (si tratta del restringimento dell'arteria che porta il sangue al cervello), per la quale gli ultimi studi individuano nell'endoarterioctomia, ovvero nell'incisione chirurgica del collo e della carotide con rimozione dell'occlusione, la procedura di elezione rispetto all'angioplastica praticata con intervento mininvasivo.

con la Chirurgia generale, e la convivenza non è sempre facile da gestire: il responsabile auspica che si possa arrivare ad una sistemazione che consenta quanto meno di separare le chirurgie cosiddette "sporche" (vie urinarie, intestino, apparato genitale) da quelle che devono essere per necessità assolutamente "pulite" (come appunto la Vascolare) a causa dell'alto rischio di infezioni. Sul numero di letti e di medici il ragionamento è altrettanto chiaro:

> Gli otto posti per la degenza che abbiamo sono sufficienti? Lo sono per quel tipo di chirurgia che ti permette di mandare a casa il paziente dopo tre giorni, ma se decidi ad esempio di occuparti di piede diabetico, o di chirurgia aortica endovascolare (5 o 6 giorni di ricovero) o di chirurgia aortica open (7-10 giorni) le cose cambiano… In questo momento inoltre facciamo fatica a fare chirurgia venosa perché non abbiamo spazi sufficienti, così ci sono lunghe liste di attesa… Ci servirebbe anche un medico in più: siamo in cinque e oltre all'attività di reparto dobbiamo coprire anche quella degli ambulatori di Crema, Castelleone, Rivolta e Soncino[70].

Ci auguriamo che i ristretti cordoni della spesa sanitaria non ostacolino l'avverarsi dei desideri del dottor Arzini e dei suoi collaboratori, e il raggiungimento di nuovi e importanti traguardi.

Abbiamo già accennato al ruolo fondamentale giocato dalla Radiologia Interventistica nella Chirurgia Endovascolare: adesso intendiamo occuparci un po' più a fondo di questa branca superspecialistica della Radiologia, le cui potenzialità, a detta di chi se ne occupa, sono ancora in molta parte da scoprire.
Il radiologo interventista è un radiologo specializzato in piccola chirurgia, è cioè il professionista che attraverso l'utilizzo delle apparecchiature del suo reparto esegue interventi con approccio mini invasivo, accedendo per via percutanea ai vasi sanguigni e "navigando" all'interno di essi fino a raggiungere l'organo bersaglio. Questo sia a fini diagnostici che di efficace terapia.
A Crema la Radiologia Interventistica è un'Unità Semplice annessa alla Radiologia diagnostica, con dei medici dedicati all'esecuzione delle procedure. Il responsabile è Angelo Spinazzola, che in modo sintetico e chiaro ci ha aperto un mondo di cui i non addetti ai lavori conoscono ben poco.
Per spiegare la sua attività il dottor Spinazzola l'ha paragonata a quella di… un idraulico ("anche se pagata molto meno!"): "in fondo è ciò che facciamo, dove c'è da aprire si apre, dove c'è da chiudere si chiude…". In questo lavoro all'interno… di tubi, un ambito di applicazione di grandissima importanza, per il quale l'Ospedale Maggiore può vantare un livello di assoluta eccellenza condiviso da pochi altri presidi del Milanese, riguarda la medicina d'urgenza:

> Mentre prima i pazienti che venivano nel nostro Pronto Soccorso per emorragie traumatiche o spontanee (che possono essere trattate solo con la chirurgia interventistica, perché quella open sarebbe poco efficace) dovevano essere indirizzati in altri ospedali, adesso siamo in grado di curare tutta la patologia emorragica con servizio sulle 24 ore. La procedura si chiama embolizzazione, e consiste sostanzialmente nel mettere una chiusura all'arteria responsabile del sanguinamento. È una metodica salvavita, che richiede di essere eseguita entro tempi molto ristretti, il che fa capire l'importanza di disporre di un servizio continuativo come questo[71].

Altrettanto significativi sono gli interventi sulle complicanze del diabete legate alla circolazione: le tecniche mininvasive permettono di riaprire le arterie delle gambe e di consentire in questo modo un maggiore afflusso di sangue al piede. Il servizio si occupa anche di patologia venosa, ad esempio per il trattamento del varicocele, ormai non più curato con la chirurgia aperta.
L'utilità della Radiologia Interventistica tuttavia non si esprime solo in ambito endovascolare: sempre più estese e soddisfacenti sono infatti le applicazioni ad esempio in campo oncologico. Nei tumori del fegato questo tipo di chirurgia consente di infondere il farmaco chemioterapico tramite micro cateteri direttamente nella lesione epatica, senza disagi per il resto dell'organismo; nella patologia neoplastica a livello delle vie biliari le procedure percutanee danno modo di eseguire un drenaggio delle stesse vie biliari permettendo un recupero op-

70 Testimonianza di Aldo Arzini.

71 Testimonianza di Angelo Spinazzola.

pure un guadagno nella tempistica della malattia.
Gli interventi sono eseguiti in day hospital o comunque con degenze molto brevi. La tecnologia utilizzata è estremamente raffinata (per fare solo un esempio, l'angiografo digitale in dotazione a Crema è di ultimissima generazione), ma si sbaglierebbe a pensare che la macchina da sola possa fare tutto. Per "navigare" all'interno di vene e arterie occorrono grande competenza manuale, una certa dose di inventiva e di fantasia ("non siamo tutti uguali, e quindi non sempre ci troviamo di fronte ad un'anatomia standard, per cui un intervento non è mai del tutto identico a quello precedente[72]") e il supporto di un team all'altezza ("io dico sempre che un'angiografia non ha bisogno di un fuoriclasse, ma di un gruppo forte ed affiatato[73]").
I dati del 2017[74] parlano di circa 1200 procedure svolte annualmente, con un bacino di utenza assai più ampio di quello cremasco: siamo quindi di fronte ad una struttura di riferimento anche per le zone limitrofe, che fra l'altro non trascura mai il confronto e la collaborazione professionale con i Centri di alta specializzazione.
I vantaggi di questo tipo di chirurgia non invasiva si deducono facilmente da quanto detto finora: niente tagli, quindi niente ferite di rimarginare e tempi assai ridotti di ricovero e di recupero.
Radiologia e chirurgia del futuro? Il dottor Spinazzola ne è assolutamente convinto: "la medicina moderna è sempre più orientata verso la mininvasività". Dopo quello che abbiamo imparato non ce la sentiamo davvero di smentirlo.

Neurologia

> Scienza di confine, la Neurologia è ben radicata nell'area medica: tuttavia, essendo coinvolte nei processi patologici interessanti il Sistema Nervoso le funzioni più caratterizzanti l'essere umano, quali le funzioni cognitive, il comportamento, il linguaggio, la motricità fine e finalizzata, la Neurologia spazia ben oltre, con implicazioni psichiatriche, filosofiche, etiche, sociali e culturali. Il neurologo è costantemente a contatto con malattie che causano infermità fisica, demenza, disabilità, perdita dell'autosufficienza con conseguenti implicazioni sociali ed anche politiche[75].

Abbiamo voluto aprire questo capitolo dedicato alla Neurologia citando le parole tratte dal volume edito in occasione del trentesimo anniversario dell'Ospedale Maggiore perché esse ci sembrano esprimere in modo perfetto l'enorme quantità di problematiche che questa specializzazione porta con sé, oggi ancora più di ieri.
Parlare di Neurologia significa infatti non solo affrontare l'estrema varietà di patologie del sistema nervoso centrale e periferico su cui il personale medico e infermieristico del reparto è chiamato ad intervenire, ma anche considerare le conseguenze che da queste patologie spesso derivano e che non sono unicamente di natura clinica: fra l'altro, con l'età media della popolazione in costante crescita, è facile immaginare che di tale tema il sistema sanitario sarà sempre più costretto ad occuparsi.
La divisione di Neurologia a Crema nasce con il nuovo ospedale, alla fine degli anni Sessanta: ne diviene primario il dottor Giorgio Vercesi. Il reparto va a condividere gli spazi con la Medicina, al quarto e quinto piano del monoblocco: una sistemazione non certo ideale, che vede convivere in stanze anche a otto letti (ma a volte c'è necessità di occupare persino gli spazi destinati ai soggiorni) i malati più diversi, da quelli colpiti da ictus, ai traumatizzati, agli emiplegici, ai depressi, fino ai pazienti psichiatrici. Già, perché fino alla riforma Basaglia, nel 1978, Psichiatria e Neurologia formano un'unica specialità: così accade che, a parte i casi considerati pericolosi, che vengono inviati all'ospedale psichiatrico di Cremona, gli altri rimangono in corsia. Solo nel 1987, con l'attivazione a Crema del reparto di Psichiatria, i pazienti delle due Unità vengono separati.
Alle difficoltà logistiche e organizzative, in questi primi anni, si accompagna un organico ridotto all'osso: quattro medici e pochi infermieri. Il dottor Tommaso Riccardi, arrivato nel 1973 ed in seguito divenuto primario, così ricorda quel periodo per molti versi "eroico":

> La carenza d'organico era impressionante: doveva-

72 Ibidem.
73 Ibidem
74 Ospedale Maggiore: la Radiologia Interventistica sempre più all'avanguardia, in *Il Nuovo Torrazzo*, 19 novembre 2017.
75 T. Riccardi, A. Cagnana, Razionalizzazione della diagnostica e della terapia neurologica alla luce delle nuove tecnologie, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000* cit., pp. 161-162.

Angelo Spinazzola

Tommaso Riccardi

> mo gestire ambulatori, attività di reparto, aggiornamenti, congressi accumulando ore di straordinario impensabili. Per quello che mi riguarda, c'erano settimane in cui mi capitava di lavorare anziché 38 ore anche 60-65, e mi ricordo una volta 22 giorni consecutivi senza riposo. E questo non solo io, ma anche tutti i miei collaboratori. Quando c'erano le ferie era un disastro, e se qualcuno si ammalava andava tutto in crisi. Poi c'era la reperibilità, capitava di tornare in ospedale due o tre volte per notte…[76].

Altrettanto "eroica" era la diagnostica, per la quale c'erano pochissimi esami a disposizione: il dottor Riccardi ricorda che si utilizzavano solo la pneumoencefalografia[77] e la carotidografia[78], metodiche ormai quasi del tutto abbandonate. Forse proprio ai ridotti mezzi diagnostici e terapeutici si deve il duplice atteggiamento culturale che accompagnava queste patologie: da un lato, sia da parte dei medici che da parte dei malati, una sorta di fatalismo sugli esiti della malattia[79], dall'altro lo stigma che pareva segnare il ricovero alla "neuro", e che portava famiglie e pazienti a cercare di nascondere quanto più possibile l'evento.
La vera rivoluzione nella cura dei disturbi del sistema nervoso avviene negli anni Ottanta, con l'arrivo della TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). È sempre Tommaso Riccardi a descriverci i vantaggi portati dalla nuova metodologia:

> La TAC fu una vera rivoluzione copernicana per la Neurologia: fino ad allora tutte le immagini che potevamo avere erano indirette, mentre con la Tomografia assiale erano dirette. Anche se le apparecchiature non erano quelle perfezionate che ci sono oggi, si potevano comunque vedere dal vivo nelle sezioni orizzontali le eventuali lesioni, mentre prima sulla base della clinica e della semeiotica molte volte non riuscivamo a distinguere un evento ischemico da un tumore[80].

Quando ancora l'Ospedale Maggiore non disponeva di una TAC i pazienti erano inviati per l'esame a Pavia, con i problemi che soprattutto nei casi urgenti ciò comportava. Nel 1987 finalmente l'apparecchiatura è arrivata anche a Crema, mentre nel 1999 è stata la volta della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), indispensabile per la diagnosi e il follow up di numerose patologie neurologiche.
A fronte di tutte queste novità tecnologiche ci è venuta spontanea la stessa domanda che abbiamo già avuto occasione di proporre in precedenza, ma che ci pare essenziale per capire l'evoluzione della nuova medicina: è ormai la macchina a fare tutto? Qual è oggi il ruolo del professionista medico? La risposta che il dottor Riccardi ha fornito ci pare estremamente significativa:

> A volte la diagnostica ci dà dei dettagli ridondanti rispetto a quelle che sono le nostre capacità terapeutiche. Insomma, la sensazione è che a volte la tecnologia ci fornisca informazioni superiori alle nostre possibilità di elaborarle[81].

76 Testimonianza di Tommaso Riccardi.
77 Metodo radiologico di visualizzazione dell'encefalo in cui si adopera come mezzo di contrasto l'aria introdotta con puntura lombare.
78 Indagine radiografica effettuata tramite introduzione di liquido di contrasto nell'arteria carotide.
79 Vedi L'*Ospedale Maggiore nel 2000*…, cit., p. 162.
80 Testimonianza di Tommaso Riccardi.
81 Testimonianza di Tommaso Riccardi.

C'è però un altro quesito che si pone all'attenzione: l'affidamento alla tecnologia, se sicuramente ha ridotto il ruolo assegnato alla capacità dello specialista di fare un accurato esame obiettivo, non rischia anche di togliere peso e tempo alla comunicazione fra medico e paziente?
Per il dottor Riccardi è questa una possibilità da contrastare con tutti i mezzi:

> In ospedale si ha sempre paura, ma quando come accade in Neurologia c'è lo spettro della disabilità fisica e/o psichica l'aspetto della comunicazione è ancora più importante. Quando arrivano dei pazienti giovani che a causa di un ictus perdono la capacità di parlare e di muoversi il medico dovrebbe sempre tenere conto che al di là dell'eziopatogenesi clinica e del trattamento quello che ha davanti è un uomo ferito nell'anima[82].

Contemporaneamente al rinnovo tecnologico, il reparto ha visto negli anni anche l'ampliarsi dell'organico, sempre però in maniera insufficiente rispetto alle esigenze, come dimostrano le dichiarazioni rilasciate alla stampa nel 1992 dall'allora primario Francesco Passeri[83]: la divisione, affermava il responsabile, conta cinque medici, ma secondo le tabelle mostrate dal direttore sanitario dovrebbe averne almeno tre in più… Nell'intervista il primario fa un'osservazione interessante: i giorni più critici per i sanitari del reparto sono il venerdì e il sabato, quando la Paullese dimostra tutte le sue capacità di… fornitrice di traumatizzati cranici. Sono gli incidenti del dopo discoteca, di cui le cronache dei giornali locali dell'epoca dopo i weekend riportano il tragico bollettino di giovani vite perdute o segnate per sempre.
Gli anni Duemila portano alla Neurologia cremasca molte importanti novità, che ampliano notevolmente l'offerta qualitativa e quantitativa del reparto. Nel 2005 la Regione Lombardia conferisce all'Unità Operativa la qualifica di Centro di Riferimento provinciale per la sclerosi multipla[84], con un ambulatorio di Neuroimmunologia dedicato a questi pazienti. Nel 2008 invece vengono avviati i lavori di ristrutturazione della divisione, finalizzati alla realizzazione di una Stroke Unit per la cura dell'ictus. La stampa dà grande risonanza alla notizia[85], che colloca l'Ospedale Maggiore fra le eccellenze in questo campo: tutti gli studi internazionali sono infatti concordi nel sostenere che i pazienti con accidente cerebrovascolare traggono vantaggio dalla permanenza in Stroke Unit, sia dal punto di vista della diminuzione della mortalità, sia da quello della riduzione della disabilità residua.
Ma che cos'è la Stroke Unit? Lasciamo la definizione alle parole di Alessandro Prelle, dal 2011 direttore del reparto:

> La Stroke Unit è un luogo fisico di ricovero per pazienti affetti da patologia cerebrovascolare, dove essi trovano un personale specializzato in questo settore. La figura principale è il neurologo, assistito da personale infermieristico appositamente formato. Ci sono poi una serie di medici consulenti, quali il fisiatra (per il recupero funzionale), il cardiologo (le malattie cardiache e quelle cerebrovascolari sono spesso collegate) e il radiologo. I letti dove i pazienti sono ricoverati sono monitorati, e i dati vanno continuamente alla consolle centrale dove gli infermieri li vedono. I parametri vitali quindi sono presi in modo continuativo 24 ore su 24[86].

È questo lavoro in équipe l'elemento fondante della Stroke Unit, che la pone in linea con la tendenza che sembra caratterizzare tutta l'evoluzione della moderna medicina, nella quale i reparti non sono più "isole" autosufficienti, ma vedono nella collaborazione e nel "fare squadra" il sistema di intervento terapeutico più efficace. Nel caso dell'ictus la presenza dei diversi specialisti – unita alla rapidità dell'intervento, anche grazie alla possibilità di accesso prioritario ai necessari strumenti diagnostici (TAC e Risonanza Magnetica) – consente di minimizzare l'estensione del danno cerebrale, di supportare adeguatamente il paziente nel recupero (la mobilizzazione precoce ad esempio è assolutamen-

82 Ibidem.
83 Neurologia domanda aiuto, in *La Provincia*, 29 ottobre 1992, p. 26. Il dottor Alessandro Prelle, attuale direttore della Neurologia, ha evidenziato anche la frequenza di un'altra tipologia di traumatizzati cranici, legata alle abitudini di vita tipiche di un territorio di tradizione ancora contadina: quella degli incidenti da caduta da bicicletta, ricorrenti negli anziani.
84 La sclerosi multipla si cura qui, in *La Provincia*, 30 marzo 2005, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.
85 Presto l'attivazione di una Stroke Unit, in *La Provincia*, 26 novembre 2008, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.
86 Testimonianza di Alessandro Prelle.

te fondamentale) e di prevenire ulteriori attacchi. Questo indipendentemente dal fatto che il malato possa o no effettuare la trombolisi (cioè la rimozione dei trombi dalle arterie che portano sangue al cervello), che è l'unica terapia acuta dell'ictus ischemico, ma che non tutti i pazienti sono in grado di sostenere[87].

La permanenza in Stroke Unit è di breve durata, i malati vi rimangono per tre o quattro giorni, cioè il tempo necessario per stabilizzare la fase acuta. Concluso tale periodo passano in degenza neurologica ordinaria e, una volta esaurita la fase di esami, indagini e diagnostica, ci può essere uno sbocco riabilitativo oppure, in caso di esiti particolarmente positivi, il ritorno a domicilio.

L'Unità di Crema dispone di sei posti letto (erano quattro nel 2008) che al momento soddisfano le necessità del territorio. L'ambizione di Alessandro Prelle è però di andare oltre l'evento ischemico:

> Una mia idea – ma che è anche condivisa da molti colleghi, e sta prendendo piede a livello internazionale – è che la Stroke Unit debba essere un po' come l'Unità Coronarica, cioè una terapia subintensiva dove possa accedere qualsiasi malato neurologico instabile, ad esempio per un trauma cranico, per uno stato di male epilettico, o per alcune sindromi di nervi periferici molto gravi[88].

Il direttore della Neurologia formula anche un altro auspicio, che un incremento dell'organico ("i tempi eroici non sono finiti, nessuno di noi lavora facendo le 38 ore settimanali") consenta di trasformare la reperibilità medica, che già esiste, in una guardia neurologica attiva sulle 24 ore: "le malattie neurologiche acute stanno assumendo una tale rilevanza (ogni anno registriamo a Crema circa 400 casi di ictus) che, soprattutto nei nosocomi dove non c'è il neurochirurgo, è difficile pensare che si possa andare avanti senza un neurologo di guardia h24[89]".

Pur con la loro considerevole presenza, le patologie acute rappresentano solo un aspetto dell'attività del reparto, che sempre più spesso deve confrontarsi col tema della cronicità. Abbiamo già parlato dell'ambulatorio dedicato alla sclerosi multipla, ma alla Neurologia afferiscono anche pazienti con Morbo di Parkinson, Alzheimer, o con malattie neuromuscolari. Quello dell'assistenza al malato cronico è una questione di enorme complessità, che proseguendo nel nostro viaggio ci troveremo ancora ad affrontare. Di certo essa è ben presente a chi riveste o ha rivestito il ruolo di responsabile della Neurologia:

> Oggi la parola "territorio" mi sembra un po' abusata: "ci penserà il territorio" si dice sempre. In realtà fino al 2011, quando sono andato in pensione, ci pensava ben poco, i servizi esterni erano carenti, a meno che non si avesse la disponibilità economica per usare quelli privati. Credo che sia indispensabile potenziare tutto il sistema: è vero che l'ospedale si deve occupare degli acuti, ma si deve anche essere in grado di garantire che il percorso del paziente continui anche una volta domiciliato[90].

> Occorre sviluppare molto bene la rete fra ospedale e territorio. A Crema qualcosa esiste e funziona, ma è in divenire: ad esempio i medici ospedalieri devono collaborare con i medici di base, con quelli dell'Assistenza Domiciliare Integrata e con quelli delle Cure Palliative. Bisognerà anche sviluppare la collaborazione con le Case di Riposo, in cui i ricoveri di malati cronici – anche considerata la tipologia di famiglia attuale, che rende difficile la cura a

87 Esistono tre tipi di trombolisi: quella endovenosa, nella quale lo scioglimento del coagulo avviene tramite farmaco, quella meccanica, che si attua mediante l'uso di dispositivi capaci di rimuovere direttamente il coagulo, e quella endoarteriosa, che consiste nell'introduzione attraverso l'arteria femorale di un microcatetere che una volta raggiunto il vaso trombizzato inietta il farmaco. Anche questa terza tipologia, come già avviene per le altre due, sarà presto praticata a Crema in collaborazione con la Radiologia Interventistica. Tutte e tre le metodiche devono essere effettuate il più precocemente possibile dopo l'evento ischemico. Da qui l'importanza di essere dotati di una Stroke Unit, che consente anche la rapida accessibilità ad un centro dotato di Neurochirurgia qualora invece occorra un intervento tradizionale di tromboarteriectomia. A questo fine a Crema è attivo un teleconsulto con trasmissione di immagini con gli Ospedali Riuniti di Bergamo.

88 Testimonianza di Alessandro Prelle.

89 Ibidem. Proprio in virtù della crescente rilevanza che stanno acquisendo le malattie neurologiche acute, e in particolare l'ictus, il reparto ha avviato nel 2017, in collaborazione con la Chirurgia Vascolare, un programma di prevenzione per i cittadini cremaschi fra i 65 e i 75 anni che aderendovi saranno sottoposti ad un esame – gratuito ed indolore – di Ecodoppler delle arterie sovraortiche, per individuare problemi gravi di stenosi carotidea e quindi rischio di evento ischemico.

90 Testimonianza di Tommaso Riccardi.

Alessandro Prelle

Alcuni operatori dell'équipe dell'Unità di Neurologia

casa – sono in continuo aumento[91].

Un problema particolarmente grave per le implicazioni sociali, ma anche e soprattutto per gli effetti a carico delle famiglie che ne derivano, è quello dell'Alzheimer.
Per la verità a metà degli anni Novanta Crema sembrava aver imboccato in questo campo una strada del tutto innovativa e importante: nell'ambito del Piano Alzheimer della Regione (il cui fine dichiarato era di "sperimentare una nuova rete di servizi che garantisca ai parenti e ai famigliari un continuum assistenziale capace di fornire risposte a tutti i livelli[92]") la città era infatti diventata uno dei Centri regionali di riferimento, con l'apertura presso il vecchio ospedale di una struttura dedicata con 20 posti letto che oltre alle funzioni di assistenza doveva svolgere anche quelle di ricerca, formazione e valutazione della qualità degli interventi[93]. A questa struttura si affiancava un ambulatorio per le demenze, attivo più giorni alla settimana. Il Centro ha iniziato la sua attività nel mese di giugno del 1995, e dopo un anno presentava un bilancio pienamente positivo: i ricoverati erano stati 140, molti provenienti da fuori provincia, mentre le visite ambulatoriali avevano superato le 90. Oltre a questi numeri importanti, la stampa sottolineava come il servizio fosse diventato un punto di riferimento irrinunciabile per le famiglie[94].
I lusinghieri risultati ottenuti non farebbero immaginare l'esito del progetto (a conferma che le ragioni della politica sono spesso imperscrutabili!):

> Il reparto delle demenze è stato ufficialmente chiuso, perché non faceva più parte dei piani regionali. Col cambio dell'amministrazione regionale il progetto è stato lasciato lentamente morire, e con l'ultima riforma prima è sparito il nome, poi i pazienti sono stati inseriti nei reparti dedicati alla riabilitazione. In realtà però qui a Crema esiste ancora un reparto "non ufficiale" dedicato a questi malati, perché tecnicamente era impossibile eliminarlo, visto che le necessità ci sono, anzi crescono. Collegato a questo reparto è l'ambulatorio, che prima si chiamava UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) e ora invece si chiama CDCD (Centro Disturbi Comportamentali e Demenze), anche se in sostanza è la stessa cosa[95].

A raccontare è il dottor Mario Guerini, che anche da pensionato continua a seguire l'ambulatorio gestito dalla Fondazione Benefattori Cremaschi[96]. Nel suo confrontarsi quotidiano con la malattia il nostro testimone ne verifica da vicino le dimensio-

91 Testimonianza di Alessandro Prelle.
92 Crema per l'Alzheimer, Centro regionale in città, in *La Provincia*, 25 maggio 1995, p. 24. Significativo appare il titolo di un altro articolo de *La Provincia*, pubblicato il 27 maggio (p. 30) in occasione della presentazione ufficiale del progetto: Alzheimer esce dal ghetto. I familiari sono meno soli.
93 In base al Piano regionale Crema doveva fungere da Polo assistenziale, in collegamento col Polo scientifico collocato presso l'ospedale di Passirana di Rho.
94 Alzheimer, bilancio di un anno, in *La Provincia*, 8 giugno 1996, p. 25.
95 Testimonianza di Mario Guerini.
96 La Fondazione Benefattori Cremaschi, trae le sue lontanissime origini dalla serie infinita di fusioni e aggregazioni fra Opere Pie ed Istituti di Beneficienza che ha caratterizzato nei secoli il territorio. Nel 1938 alcune di queste istituzioni vennero incorporate nell'Istituto di Ricovero di Crema. La denominazione attuale risale invece al 2004.

Mario Guerini

ni sempre più preoccupanti, fra diagnosi in crescita e portatori ancora sommersi di essa (si stima che siano il triplo di quelli diagnosticati), che emergono spesso solo quando ormai le terapie a disposizione possono fare ben poco.
Emotivamente toccante è il quadro che il dottor Mario Guerini ci ha fatto del dramma che le famiglie vivono ogni giorno nell'affrontare una patologia che non coinvolge solo la persona colpita, ma l'intero nucleo dei suoi affetti. Riportiamo le sue parole, più efficaci di qualsiasi commento:

> Nelle famiglie si vedono casi di disgregazione legati alla presenza di queste patologie: affrontare 24 ore al giorno la malattia è durissimo. Oltretutto, come dico sempre ai parenti, l'Alzheimer non è la malattia del "cancellino", nel senso che ti cancella tutto: è come un tarlo che rode un po' qua e un po' là, per cui ti trovi davanti un malato che alla mattina si comporta in maniera congrua e al pomeriggio cambia completamente. È la cosa più difficile da far capire alla famiglia (e figurarsi alla società!). Nelle quattro mattine settimanali che passo in ambulatorio ricevo almeno 4 o 5 telefonate in cui si chiede come affrontare i problemi comportamentali che prima o poi si presentano: si consideri che l'intelligenza è preservata dalla memoria, quindi il modo di agire della persona è coerente a quello che alla memoria risulta, per cui se la mia memoria mi dice che alle tre di notte mi devo alzare a mungere le vacche – e magari ho 90 anni e abito al sesto piano in città – i miei comportamenti saranno conseguenti. Le risposte che posso dare a queste telefonate sono poche: se vai al Pronto Soccorso col malato agitato sì, gli fanno qualcosa, ma poi te lo riporti a casa[97].

Lo riporti a casa, già: perché i posti nelle RSA sono pochi[98], perché i ricoveri di sollievo sono spariti insieme al Piano regionale degli anni Novanta, e perché anche nei due Centri diurni della città ci sono un totale di 20 posti per questi malati… Per fortuna c'è il volontariato, che fa un lavoro grandissimo (anche facendosi carico dei compiti che spetterebbero alle istituzioni), ma che è composto per lo più da persone anziane che hanno vissuto il problema su qualcuno della famiglia. E il ricambio generazionale è difficile.
Come riempire queste assenze, come colmare questi vuoti? Mario Guerini ci ha parlato di un progetto elaborato dalla Fondazione Benefattori Cremaschi che sotto certi aspetti sembra voler concretizzare quell'approccio "globale" al problema che ancora non esiste: si tratta di riunire in spazi già di proprietà della Fondazione una serie di servizi diret-

97 Testimonianza di Mario Guerini.
98 A Crema c'è il reparto "non ufficiale" presso il vecchio ospedale ed un nucleo Alzheimer presso la Casa di riposo di via Zurla. Anche l'assistenza domiciliare secondo il dottor Guerini è ancora troppo rivolta alle disabilità fisiche, mentre ben poco di specifico esiste per la demenza.

ti in modo specifico a questi malati, un Centro diurno, un Centro di formazione per il personale sanitario e per le famiglie, un giardino Alzheimer ("è provata la necessità per i pazienti di muoversi: l'ideale sono percorsi protetti, semplici, con piante non tossiche[99]"), e magari un Alzheimer Café, dove la famiglia possa recarsi con il proprio caro, fare comunità e avere un momento di socializzazione e di alleggerimento dell'assistenza. Un progetto in cui il dottore crede molto, e a cui mancano solo… i finanziamenti.

Prima ancora e prima di tutto però dovrebbe forse cambiare l'idea stessa di medicina, e degli scopi che essa si prefigge: per usare ancora le parole del dottor Guerini "noi stiamo ancora scontando una formazione universitaria nella quale il malato "deve" guarire, e in cui la cultura della cura in sé fa fatica ad entrare; così quando ci si trova a confrontarsi con la cronicità e con la non possibilità di guarigione molti medici scelgono altre strade[100]". Una volta invece assorbita questa rivoluzionaria visione del prendersi cura come valore in sé, anche l'approccio ai malati diventa più facile: perché si smette di puntare a traguardi impossibili, e ci si indirizza a rimuovere gli ostacoli immediati, sapendo che si cammina su una strada segnata. Con la consapevolezza dei limiti del proprio lavoro anche il confronto quotidiano con questo tipo di sofferenza – che pure tanto spaventa i profani come noi – diventa tollerabile: perché i malati e i loro familiari sanno dare tantissimo, e a volte "un solo sorriso vale più di mille ringraziamenti[101]". Una bella lezione, davvero.

Nefrologia

Nel febbraio del 1978 un articolo del quotidiano *La Provincia*[102] si fa espressione delle fondate lamentele dei dializzati del Cremasco (una ventina circa) che, in mancanza di un centro attrezzato nell'Ospedale Maggiore, sono costretti ogni due giorni a trasferirsi per la terapia presso altri nosocomi, a San Donato Milanese, Zingonia (BG), Piacenza o Pavia. Questi viaggi comportano per i malati grandi fatiche e disagi, rappresentano un concreto rischio per la loro salute già compromessa, ed inoltre costituiscono un grosso titolo di spesa per gli esangui conti degli enti mutualistici. Forte di questa doppia motivazione – umana e finanziaria – il giornale fa propria la richiesta di creare un luogo adatto per effettuare la dialisi a Crema. L'ipotesi è già stata presa in considerazione dall'ospedale, infatti degli infermieri sono stati appositamente formati, e da diversi mesi "due apparecchiature specifiche giacciono nelle cantine dell'ospedale stesso, inutilizzate[103]". Quello che i pazienti chiedono, continua l'articolo, non è un intero reparto attrezzato: basterebbero alcuni locali idonei, dove potersi sottoporre alle cure necessarie con l'assistenza di un medico.

L'appello, seppure con i tempi dilatati della burocrazia e della politica, non cade nel vuoto: l'anno successivo il Consiglio di Amministrazione del Maggiore chiede alla Regione di essere autorizzato a vendere un piccolo podere facente parte del patrimonio del nosocomio per contribuire a finanziare il progetto (120 i milioni previsti) di un Centro dialisi. Imprevedibilmente però qualcosa va storto: il Comitato Regionale di Controllo blocca la delibera di spesa, e ogni decisione viene sospesa[104]. I malati – che nel frattempo sono cresciuti a 30 – però non ci stanno: la situazione, dicono, rischia di diventare insostenibile, perché i Centri esterni finora utilizzati per il servizio sono ormai al collasso, e pur continuando a garantire le cure ai pazienti del Cremasco già in terapia non ne accetteranno di nuovi[105].

Alla luce di questa ennesima urgenza la Regione concede finalmente il via libera. Il terreno viene venduto, ma si capisce subito che i soldi non basteranno, così la dirigenza dell'ospedale si attiva per trovare la somma mancante attraverso le donazioni di privati ed enti: viene anche organizzata una serata ai Lions, nel corso della quale il presidente dell'ospedale Alfredo Galmozzi e il presidente del Consorzio Sanitario di Zona Walter Donzelli si appellano alla generosità dei cremaschi[106]. L'incontro è utile anche per capire qualcosa di più del progetto: sarà un CAL, cioè un Centro ad Assistenza

99 Testimonianza di Mario Guerini.
100 Ibidem.
101 Ibidem.
102 I dializzati, in *La Provincia*, 9 febbraio 1978, p. 10.
103 I dializzati, cit.
104 La delibera di spesa per il servizio dialisi bloccata dal CRC, in *La Provincia*, 20 settembre 1979, p. 9.
105 Quando si potrà realizzare il reparto di dialisi a Crema?, in *La Provincia*, 29 settembre 1979, p. 11.
106 È necessario l'aiuto di tutti per il Centro di Emodialisi, in *La Provincia*, 27 febbraio 1980, p. 10.

Giorgio Carlo Depetri

Preparazione del rene artificale

Limitata – quindi gestito da un infermiere, senza la presenza continuativa di un medico – e dipenderà dalla divisione di Nefrologia dell'ospedale di Cremona.
L'appello delle autorità sanitarie ancora una volta non cade nel vuoto. Grazie anche ai sostanziosi contributi di tre Istituti bancari locali, nel luglio del 1980 il nuovo Centro dialisi viene finalmente inaugurato[107]: avrà sei letti, estensibili a otto in caso di necessità.
L'avvio del reparto non è senza difficoltà. Un'indagine pubblicata da *La Provincia* un anno e mezzo dopo[108] evidenzia che in realtà la struttura è sottoutilizzata: non tutti i dializzati del Cremasco se ne servono, una parte di loro sceglie di rivolgersi ancora ai Centri specializzati esterni. Come mai? La risposta è legata a quanto già detto sull'organizzazione del CAL, e risulta chiara dalla testimonianza del dottor Giorgio Carlo Depetri, attuale direttore della Nefrologia: "nel Centro operavano solo degli infermieri addestrati ed il medico veniva una volta alla settimana a compiere un giro clinico e di messa a punto delle problematiche dei pazienti. Ai tempi io lavoravo a Cremona e ci sono venuto diverse volte[109]". Ecco quindi il problema: molti pazienti preferiscono affidarsi a una struttura dove la presenza del medico sia regolare e possa garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
Consapevole di questa situazione, il Consiglio di Amministrazione dell'ospedale cerca di correre ai ripari e chiede alla Regione di poter rendere autonomo il Centro, estendendone anche la capacità ricettiva da sei a dodici letti e da otto a quattordici macchine per dialisi. In effetti dopo "solo" un altro anno e mezzo arriva il nulla osta[110]: addirittura, oltre al potenziamento richiesto, il reparto potrà disporre anche di cinque posti letto di degenza nefrologica presso la Medicina.
Sembrerebbe tutto risolto, invece insorge un ostacolo enorme: la legge finanziaria ha disposto il blocco delle assunzioni, e senza assumere medici e personale infermieristico la nuova dialisi non può partire…
Occorrerà ancora molto tempo – e molte altre battaglie politiche – prima che tutte le difficoltà siano superate: nel novembre del 1985 il Centro diventa autonomo, viene assunto un primario nella persona del dottor Maurizio Mileti e col passare dei mesi altri tre medici verranno ad affiancarlo: Giorgio Carlo Depetri, Massimo Bacchi e Bruna Giusti.
Sconfitti i passati timori, i malati possono finalmente archiviare le faticose trasferte e fare riferimento al servizio di Crema. L'apprezzamento per la nuova soluzione è tale che già nel 1990 il reparto denuncia i primi problemi di "sovraffollamento[111]", al punto che la Direzione ospedaliera decide l'apertura di un CAL presso il nosocomio di Rivolta d'Adda, a cui successivamente ne fa seguito un altro presso il Robbiani di Soresina. Nelle interviste rilasciate all'epoca, il primario Maurizio Mileti evidenzia come il reparto, a fronte del costante

107 Inaugurato lunedì in ospedale il nuovo reparto di Emodialisi, in *La Provincia*, 9 luglio 1980, p. 8.
108 Il reparto di Emodialisi, in *La Provincia*, 23 gennaio 1982, p. 10.
109 Testimonianza di Giorgio Carlo Depetri.
110 Potenziato il reparto dialisi, in *La Provincia*, 14 agosto 1983, p. 9.
111 Dialisi sovraffollata, in *La Provincia*, 21 agosto 1990, p. 19. A questa data pazienti in dialisi erano diventati 60, e qualcun altro, per mancanza di posti, era stato costretto a riprendere le trasferte in altri Centri.

Giorgio Carlo Depetri con alcuni collaboratori

aumento delle richieste, presenti spazi troppo limitati e abbia bisogno di posti letto dedicati per la degenza: quelli in Medicina infatti non bastano più[112]. Un primo ampliamento (la Nefrologia va ad occupare il primo e secondo piano della Palazzina, le macchine per la dialisi vengono portate a 18) non risolve tutti i problemi, così nel 2010 si arriva alla completa ristrutturazione. Così ce la descrive Giorgio Carlo Depetri, che ne ha seguito personalmente i lavori:

> Considerato lo spazio che avevamo a disposizione credo si tratti di un vero gioiello. Il rifacimento di un Centro dialisi è una cosa molto seria, che per ottenere l'accreditamento deve tenere conto di tutta una serie di fattori, dalla distanza fra i letti al percorso del pulito e dello sporco. Nella progettazione degli spazi abbiamo cercato di porre la massima attenzione ai tutti gli aspetti. In seguito ci siamo imposti il criterio del rispetto e della conservazione delle strutture, pareti, porte, pavimenti: crediamo infatti che un po' di senso estetico lo si debba avere anche in ospedale, perché da esso dipende la prima percezione che il paziente ne ricava. Gli stessi criteri li abbiamo seguiti qualche anno dopo per il rifacimento del CAL di Rivolta[113].

Grazie al miglioramento delle condizioni ambientali, oggi il reparto degenza può accogliere non solo i pazienti dializzati con complicazioni ("un Centro dialisi senza posti letto rischia una gestione parziale o incompleta del malato, che ha una serie di problematiche cliniche in genere molto complesse e intricate: ecco perché il nefrologo è di solito un internista, con competenze di tipo ematologico, ortopedico, cardiologico, neurologico, oncologico…[114]"), ma tutti coloro che soffrono di patologie renali, sia ai fini della diagnosi che per il controllo della progressione della malattia.
Le procedure di dialisi praticate a Crema sono di due tipi: quella extracorporea, cioè effettuata col rene artificiale, nella quale si preleva il sangue al malato, lo si fa passare dall'apparecchiatura che lo libera dalle tossine uremiche e lo si restituisce "pulito", e quella peritoneale, che prevede l'inserimento di un catetere nel peritoneo e l'infusione di liquidi: quest'ultima può essere effettuata anche a domicilio, con tutti gli immaginabili vantaggi che ciò comporta per chi può utilizzare questa metodica.
L'emodialisi con rene artificiale richiede l'esecuzione di un accesso vascolare, la cui definizione lasciamo al dottor Depetri:

> L'accesso vascolare è quello che permette di ottenere il flusso ematico adeguato al trattamento dialitico: questo non sarebbe possibile utilizzando vene superficiali. Si realizza quindi un collegamento fra un'arteria con una portata molto alta e una vena, in modo che la prima scarichi una parte del sangue in quest'ultima (tecnicamente si definisce fistola arterovenosa). È un intervento di chirurgia vascolare, ma ce ne occupiamo noi. Quando invece non è possibile eseguire l'accesso coi vasi naturali interviene il chirurgo, che applica dei vasi protesici[115].

Questa forma di collaborazione con l'Unità di Chirurgia Vascolare è solo una delle molteplici relazioni che il reparto mantiene quotidianamente, anche per la già accennata complessità del malato nefropatico. La specialità presenta elementi di connessione anche con la problematica dell'ipertensione arteriosa. Prendiamo ancora in prestito le parole del direttore per descrivere questo particolare aspetto:

> Il nefrologo è uno dei maggiori esperti di ipertensione, per il ruolo che il rene svolge nel controllo della pressione, ma anche per la ricaduta inversa: l'80-90% dei pazienti con nefropatia è anche iperteso. Quindi in reparto possiamo fare diagnosi sia di ipertensione primaria che di ipertensione secondaria, cioè determinata da altri fattori eventualmente correggibili. Ecco perché siamo noi ad effettuare l'Holter pressorio, cioè il controllo della pressione sulle 24 ore, con apparecchiature che registrano l'andamento di quest'ultima mentre il paziente svolge le sue normali attività[116].

112 Un'odissea per sopravvivere, in *La Provincia*, 9 ottobre 1992, p. 24. Il reparto disponeva di 5 medici, 17 infermieri e 3 ausiliari.
113 Testimonianza di Giorgio Carlo Depetri. Ci sentiamo di confermare queste parole: la visita al Centro dialisi, che ora si trova al piano terra della Palazzina, ci ha lasciato una sensazione molto positiva per la cura e l'attenzione "poco ospedaliere" dedicate ai colori e all'arredamento. Il CAL di Rivolta è stato ristrutturato nel 2014.
114 Testimonianza di Giorgio Carlo Depetri.
115 Testimonianza di Giorgio Carlo Depetri.
116 Ibidem.

Similmente i medici della Nefrologia intervengono in Rianimazione per praticare la dialisi ai pazienti lì ricoverati sofferenti di insufficienza renale acuta (Crema è stato il primo ospedale della provincia a farlo) ed in Unità Coronarica, per la stessa ragione. Un altro collegamento sempre attivo è quello con i Centri per il trapianto di rene (Brescia in primis). Il dializzato deve eseguire la terapia per sempre, a meno che le sue condizioni non permettano di affrontare questo tipo di intervento e la terapia immunosoppressiva che lo seguirà: in tal caso entra nella lista di attesa di un organo disponibile. L'Unità lo accompagna in tutti gli accertamenti prima del trapianto e anche dopo, per i necessari controlli: oggi sono una quarantina i trapiantati monitorati.
L'ultimo accenno fatto ci permette di dire due parole sull'attività ambulatoriale, che nel tempo si è estesa fino ad arrivare a 1700 visite annue: tale attività risulta utile anche per controllare la salute renale del territorio, con la possibilità di diversificare le patologie per gravità, visto che il nefrologo può quantificare entro termini ragionevoli qual è la funzione renale residua del paziente. Del resto il dottor Depetri ci ha spiegato che il misurare è una parte essenziale della disciplina, quindi un nefrologo deve essere anche un ottimo… calcolatore[117]!
La sempre maggiore consapevolezza con cui i "nuovi" pazienti affrontano la loro malattia, ma anche il miglioramento delle terapie, che se da un lato allungano l'aspettativa di vita, dall'altro aumentano l'incidenza della cronicità, hanno reso via via più importante, in questo come in altri settori della medicina, la figura dello psicologo. Ciò vale tanto più per una procedura impegnativa e densa di implicazioni come la dialisi. Ecco perché troviamo estremamente interessanti le ricerche che si sta iniziando a dedicare all'argomento e che a nostro parere esprimono la volontà di non considerare il malato alla stregua di una macchina su cui occorre intervenire per riparare ora l'una ora l'altra delle componenti, ma come una persona che di fronte alla sofferenza prova rabbia, ribellione, paura, sconforto… E su queste emozioni occorre intervenire allo stesso modo che sui "guasti" del suo corpo.
In questo senso ci appare sotto molti aspetti anticipatore dei tempi uno studio a cui il dottor Depetri ha partecipato nel lontano 1989[118] nel quale vengono analizzate le ricadute psicologiche prodotte dalla dialisi su alcuni pazienti e sui loro familiari. Attraverso i casi presentati dalla ricerca scopriamo tutta la gamma di sentimenti e reazioni che la dipendenza dalla macchina scatena: perché la dialisi è come un ciclone che sconvolge i ritmi di vita, i progetti, le abitudini e l'immagine di sé, ed inserisce in una dimensione di non scelta e di costrizione. Così la terapia diventa oggetto di emozioni ambivalenti: è quella che salva la vita, ma è anche schiavitù che limita l'autonomia, e che sminuisce il corpo limitandone il dinamismo. Nei familiari tutto questo provoca ansia, stress, incertezza per il futuro, rabbia verso il destino o verso la medicina, che non ha saputo curare come doveva. In un tale marasma di sensazioni molto spesso inespresse si capisce quanto la possibilità di relazionarsi con una figura specializzata possa aiutare ad accettare la nuova condizione, e ci auguriamo che in un'ottica di presa in carico globale del paziente (oggi se ne parla molto, e infatti torneremo spesso su questa definizione) ci possa essere sempre più spazio per questo aspetto[119].

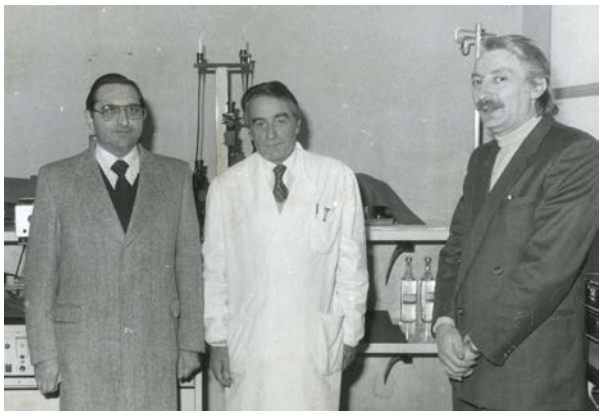
Pneumologia

Quando nel 1968 viene completato il nuovo nosocomio non tutte le specialità abbandonano le mura secolari della Domus Dei: la Tisiologia rimane infatti nel vecchio stabile, nella stessa ala di via Teresine che dopo un'accurata ristrutturazione accoglierà due anni dopo anche la neonata Pneumologia (i due reparti vengono collocati rispettivamente al primo e al secondo piano).
La Pneumologia stava proprio in quegli anni compiendo i primi passi autonomi – addirittura non aveva ancora un riconoscimento ufficiale come disciplina a se stante – e si avvaleva di strumenti diagnostici piuttosto "primitivi", come ha raccontato

117 Per fare solo un esempio, attraverso le urine il medico calcola quanto sodio il paziente ha introdotto in un giorno, e lo stesso vale anche per potassio, fosforo, calcio, proteine ecc.

118 B. Corradi, G. Depetri, Problematiche psicologiche di emodializzati e relativi patner, in Psycopatologia, N. 1, vol. VII, gennaio-febbraio 1989.

119 Il dottor Depetri ha parlato anche dell'altro ruolo in un certo senso opposto che lo psicologo può avere nell'ambito della terapia dialitica: il supporto alla persona nel momento in cui il trattamento non porta più giovamento, e occorre passare alle cure palliative.



Nestore Parati, Giancarlo Tansini, Elio Bozzetti

Anna Maria Bona, Monica E. Rossi, Luciano Gandola

il dottor Luciano Gandola, che allora stava iniziando la sua carriera professionale:

> Ricordo con terrore le prime broncoscopie, che facevamo con un broncoscopio rigido, un tubo d'acciaio lungo 40 centimetri e con un diametro di 7-8 millimetri che bisognava mandar giù attraverso le vie respiratorie… praticamente una manovra da fachiro! Mi ricordo anche i primi macchinari per la fisiologia respiratoria, cioè per lo studio della funzione polmonare: erano delle campane immerse nell'acqua, e a seconda del loro movimento si facevano tutti i calcoli per capire qual era la capacità respiratoria… E per determinare i gas nel sangue – operazione che oggi si fa bucando un dito – si andava a prelevare il sangue dall'arteria. Insomma l'approccio verso il paziente era davvero pesante![120].

In questa assenza quasi totale di tecnologia, i giovani medici apprendevano tutto dall'esperienza dei loro colleghi anziani. A volte gli strumenti didattici sono a dir poco originali:

> Per insegnarci il primario attaccava una moneta da cento lire sotto il tavolo con una gomma da masticare e noi battendo con le dita dovevamo capire dov'era dal cambiamento del suono[121].

Il primario a cui si riferisce il dottor Soccini è Giancarlo Tansini, a detta dei protagonisti il vero genius loci del reparto: medico alla Clinica Tisiologica di Milano e docente universitario (all'inizio è presente a Crema solo come consulente, tre o quattro giorni alla settimana), è rimasto nella memoria di tutti sia per le doti professionali che per quelle umane:

> Tansini faceva davvero da maestro di semeiotica. Le sue visite ai pazienti non si limitavano mai al solo apparato respiratorio: addome, cuore, arti, linfonodi… queste visite duravano 30-35 minuti, e noi imparavamo tantissimo. Anche quando ha cominciato ad esserci una diagnostica radiologica più sofisticata, con uno studio a strati di non facile interpretazione per chi non era pratico, lui metteva queste lastre sul diafanoscopio e poi chiedeva: "cosa vedi?" Mi ricordo che due o tre volte ho dato delle risposte assolutamente fuori luogo, e lui mi ha dato uno scappellotto bonario: "ma cosa dici???" Si era creato insomma un rapporto come fra padre e figlio, ed è stato bellissimo[122].
>
> Il professor Tansini sapeva delegare esperienze ed iniziative ai subalterni, e questo ci faceva sentire importanti. MI ricordo che un giorno sono arrivato in ospedale e lui mi ha detto che dovevo andare a Milano da un suo collega che mi avrebbe fatto diventare un broncologo… e io fino al giorno prima non ne sapevo niente![123].

120 Testimonianza di Luciano Gandola.
121 Testimonianza di Fulvio Soccini.
122 Testimonianza di Luciano Gandola. Secondo il dottor Gandola gli accertamenti strumentali oggi possibili hanno fatto un po' venir meno queste anamnesi così accurate: "si focalizza l'attenzione sull'organo che interessa e la diagnostica finisce lì".
123 Testimonianza di Fulvio Soccini. Il dottor Soccini seguirà personalmente le procedure di broncoscopia, anche perché, come scherzosamente ha ricordato Luciano Gandola, "aveva una forza tremenda nell'aprire la bocca ai pazienti!".

Grazie alla guida del dottor Tansini e all'entusiasmo dei giovani professionisti che lo affiancano il nuovo reparto conosce in pochi anni una crescita che ha dell'incredibile[124]: prima ancora del trasferimento nel nuovo ospedale (nel 1979: in quella data la Tisiologia sarà chiusa) vengono attivati i servizi di Fisiopatologia Respiratoria e di Broncologia (ecco spiegato l'addestramento milanese del dottor Soccini!) e per far fronte al crescente peso della patologia neoplastica prende vita l'ambulatorio di Oncologia Pneumologica (1975). Negli anni Ottanta nasce invece l'UOMAR (Unità Operativa per le Malattie dell'Apparato Respiratorio), che dopo lo smembramento della rete dispensariale viene investita anche del ruolo di controllo e prevenzione della TBC. A proposito della patologia tubercolare occorre precisare che il monitoraggio dell'andamento epidemiologico della malattia non si è mai interrotto: nel 1984 erano ancora oltre 400 i casi registrati, scesi a poco più di 40 all'inizio degli anni Novanta[125].

L'inizio del decennio Novanta rappresenta un passaggio fondamentale per il reparto: in quel periodo alcune patologie assumono il carattere di veri e propri problemi sociali, e la Pneumologia si ritrova in prima linea nell'affrontarle. Asma, AIDS, tumori polmonari, broncopneumopatia cronica, insufficienza respiratoria cronica: il reparto si adegua alla crescita delle richieste del territorio con risultati più che lusinghieri, che l'opinione pubblica non manca di riconoscere. Per tale motivo suscita non poco allarme nel 1992 la notizia che il piano regionale di riduzione dei posti letto potrebbe colpire anche l'Unità cremasca, con un taglio che le impedirebbe di raggiungere la soglia minima prescritta per l'esistenza della specialità[126]. Fortunatamente il timore si rivela infondato, e la Pneumologia può continuare il suo lavoro, pur diminuendo i letti per il ricovero.

Si tratta di una conferma importante per la città, anche perché proprio in quegli anni sta diventando sempre più rilevante il problema AIDS, che la stampa con scarsa fantasia non tarderà a definire la peste del secolo. Crema prende coscienza del dramma in corso a poco a poco. A inizio 1992 i toni dei giornali locali sono ancora relativamente tranquillizzanti: è vero, il territorio ospita un numero considerevole di sieropositivi, ma dai dati del SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) risulta un solo caso di AIDS assistito a domicilio[127]. Due anni dopo la situazione è completamente cambiata[128]: nella relazione stilata dall'Unità Sanitaria Locale 53 – di cui fanno parte oltre a Crema altri 47 comuni[129] – è documentato che i casi accertati di AIDS sono 286, e che i morti per questa patologia sono già 53. Particolarmente impressionante il numero dei bambini che hanno contratto il virus da genitori sieropositivi: sono 65 sotto i tredici anni.

I pazienti con AIDS vengono ricoverati in Pneumologia, a causa delle complicazioni polmonari che spesso derivano dalla malattia. Per i medici del reparto ciò comporta doversi confrontare con situazioni drammatiche:

> I medici della mia età hanno visto nascere l'AIDS. La cosa più difficile di quel periodo era che le persone non erano informate, non sapevano quello che stava succedendo. Mi ricordo il primo caso che ho visto, una giovane donna che aveva contratto la malattia nella forma polmonare dal fidanzato sieropositivo che non l'aveva messa al corrente della sua condizione. Mi ricordo che ho dovuto informarla del percorso che l'aspettava… È stato molto difficile[130].

Per far fronte alle sempre maggiori e variegate richieste della popolazione del territorio la Pneumologia cremasca arricchisce ulteriormente la propria offerta diagnostica e terapeutica. Nel 1992 nasce l'UTIR, cioè l'Unità di Terapia Intensiva Respira-

124 Per documentare questa sorprendente crescita facciamo riferimento al racconto del dottor Gandola nel volume *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 204 ss.

125 Oggi le diagnosi sono circa 40-50 l'anno e l'attività del reparto comprende anche i controlli gestiti insieme all'Azienda per la Tutela della Salute (l'ATS è l'organo di programmazione e controllo che è stato introdotto con la riforma del 2015) nelle case per l'accoglienza degli immigrati, dove ci può essere un rischio più elevato di malattia tubercolare.

126 Si respira a pieni polmoni, in *La Provincia*, 15 ottobre 1992, p. 24.

127 Sono 186 i sieropositivi, uno solo affetto da AIDS, in *La Provincia*, 17 marzo 1992, p. 23.

128 AIDS, allarme bambini, in *La Provincia*, 29 gennaio 1994, p. 23.

129 L'USSL 53 era diventata operativa nel 1981, con l'entrata in vigore della legge 833 del 23 dicembre 1978 e successivi decreti di attuazione.

130 Testimonianza di Fulvio Soccini. Con l'acquisizione della terapia antiretrovirale dell'HIV, nel 1996, la malattia andò cronicizzandosi, e le morti via via diminuirono.

toria, ai tempi una delle cinque attive in Lombardia e tuttora l'unica struttura pubblica accreditata della nostra regione. Nel 1997 viene invece attivato il Servizio di Fisioterapia Respiratoria.
Alla fine del decennio Novanta una nuova emergenza sociale, grave quanto inaspettata, irrompe all'attenzione del territorio. Tutto parte da Romanengo, un paese a pochi chilometri da Crema, dove fra campi coltivati ed allevamenti il tedesco Hugo Angele nel 1943 aveva messo in piedi una fabbrica, l'INAR (Industria Nazionale Amianto Romanengo), per la produzione di tessuti composti da fili di amianto, offrendo alle donne residenti in zona (la manodopera era soprattutto femminile) un'opportunità di occupazione a quel tempo rara, vicino a casa e con una paga assicurata a fine mese[131]. È vero, all'INAR si lavorava tutto il giorno a contatto con questa fibra che faceva un po' paura, perché ogni tanto qualcuno diceva che si trattava di un materiale dannoso per la salute, ma fino alla metà degli anni Settanta sono stati in pochi a prendere davvero sul serio gli studi che ipotizzavano un collegamento fra l'inalazione di asbesto e i tumori mesoteliari[132]. Inoltre l'azienda sottoponeva ogni anno le operaie a sommari controlli medici, e questo per molto tempo è bastato a tranquillizzare gli animi. Solo nel 1976, a oltre trent'anni dall'inizio della produzione e a seguito di un'ispezione dell'Ispettorato del Lavoro di Cremona, ai proprietari dell'INAR viene imposto di effettuare i primi interventi di bonifica ambientale diretti a ridurre l'esposizione delle lavoratrici all'amianto. In un paio d'anni questi lavori sono portati faticosamente a termine, ma ormai il danno è fatto: gli accertamenti sanitari effettuati dal Servizio di Medicina del Lavoro nel 1980 svelano che solo 15 dei 79 dipendenti visitati presentano dati clinici del tutto normali. A seguito di questi risultati l'azienda è costretta ad una radicale riorganizzazione della produzione, e nella seconda parte degli anni Ottanta inizia una riconversione della stessa, abbandonando l'amianto e passando ai filati in fibra di vetro[133]. Nel frattempo però si sono manifestati fra le lavoratrici i primi casi di mesotelioma, e le vicende dell'INAR escono dalle mura della fabbrica per entrare in quelle dei Tribunali[134].
Per rispondere alla necessità di monitorare la salute degli ex lavoratori della fabbrica ed assicurare diagnosi precoci i comuni di Romanengo e di Offanengo stipulano nel 1999 un protocollo con l'Ospedale Maggiore di Crema[135] sulla base del quale una cinquantina di ex dipendenti – donne e uomini – saranno sottoposti a controlli clinici periodici a scopo preventivo ed a titolo gratuito. L'iniziativa ha la piena adesione del personale della Pneumologia, che dà la disponibilità a prestare servizio fuori dall'orario di lavoro e senza retribuzione per eseguire visite ed accertamenti. Ecco come Luciano Gandola, allora primario del reparto e protagonista dell'accordo insieme al suo aiuto Gabriele Patrini (che all'epoca era anche sindaco di Offanengo), ricorda quei giorni:

> Allora non esisteva nessuno schema su come affrontare il mesotelioma e su come seguire i pazienti. Così abbiamo creato noi delle linee guida a cui uniformarci: tutti coloro che avevano lavorato all'INAR e avevano un rischio potenziale elevato di mesotelioma sono stati convocati, a tutti è stata fatta una TAC e se c'erano delle lesioni sospette in base al tipo di tali lesioni, alle dimensioni e al tempo di esposizione all'amianto avevamo un algoritmo che ci diceva se il paziente doveva essere diagnosticato subito o se era da rivedere, e dopo quanto tempo. Per queste persone non era facile affrontare gli accertamenti: di fronte ai referti e ai risultati delle visite c'era la difficoltà di far capire che certe cose che scrivevamo erano semplicemente la descrizione del quadro morfologico che si vedeva, e che scrivere inspessimento pleurico non voleva dire avere il mesotelioma[136].

131 Ricostruiamo la vicenda dell'INAR dal volume di Nino Antonaccio, *Dentro l'INAR*, Centro Ricerca Alfredo Galmozzi, Crema 2012.

132 Uno studio del 1972 (citiamo sempre da *Dentro l'INA*R, pp. 45 ss.) arrivava a raccomandare che le maestranze a contatto con fibre di amianto (in questo caso si trattava degli addetti ai cantieri navali di Genova) venissero reclutate tra soggetti di età maggiore di 40 anni, essendo il periodo di latenza necessario all'insorgere della fibrosi polmonare da asbesto e delle neoplasie pleuriche variante da 20 a 40 anni: così sarebbero morti di vecchiaia o di altro prima di sviluppare il tumore!

133 L'INAR ha cessato l'attività nel 2004.

134 Per tutte le complicate vicende processuali inerenti all'INAR rinviamo ancora al prezioso volume di Nino Antonaccio (pp. 95 ss.).

135 Amianto, via ai controlli, in *La Provincia*, 4 giugno 1999, p. 32. Dell'accordo si occupa ampiamente il volume *Dentro l'INAR*, cit., pp.137 ss.

136 Testimonianza di Luciano Gandola. Per il mesotelioma

Alessandro Scartabellati

Sui risvolti psicologici che il timore della malattia comportava hanno insistito anche due assistenti sanitarie allora attive nel reparto di Pneumologia, il cui racconto è riportato nel volume che ricostruisce la storia dell'INAR[137]. Rivolgendosi direttamente alle loro pazienti Roberta Gioia e Maria Locatelli così si esprimono:

> Ricordiamo che i primi anni eravate un po' diffidenti anche nei nostri confronti. Abbiamo capito in seguito che deve essere molto stressante, ogni anno, doversi sottoporre a esami e controlli, sperando che stia andando tutto bene. Si è nervosi e giustamente qualche volta arrabbiati nei giorni che precedono gli esami, e potersi sfogare con qualcuno che può capire aiuta a stemperare la tensione. Ci avete coinvolto così tanto nelle vostre paure che anche per noi è un gran sollievo sapere che "anche per quest'anno è andata bene". E quando arriva il periodo delle visite è l'occasione sia da parte vostra che nostra per scambiarci confidenze, impressioni, consigli e reciproche novità sia belle sia brutte sulla vita di tutti i giorni… Col passare del tempo la diffidenza è passata. Con tutte voi si è instaurato un rapporto di fiducia reciproca e, ci piace pensare, anche di affetto sincero.

In questo percorso fra continue nuove sfide da affrontare siamo arrivati al tempo presente, ma prima di parlare dell'attualità della Pneumologia, occorre fare almeno un accenno alla ristrutturazione che il reparto ha subito nel 2010 sotto la direzione del dottor Stefano Aiolfi: l'adeguamento degli spazi ha risposto a criteri di "umanizzazione delle cure" e anche nella scelta dei colori si è puntato a offrire "un'accoglienza meno lugubre" rispetto a quella tradizionalmente associata ad un ospedale[138].
Oggi l'Unità Operativa consta di tre parti: il reparto di degenza con 25 posti, la Terapia Intensiva Respiratoria con 5 letti (che come ci ha riferito il nuovo direttore Alessandro Scartabellati spesso nel periodo invernale non bastano, quindi occorre attivarne altri "di emergenza") e la sezione cosiddetta dei servizi, che comprende sia la Fisiopatologia – che gestisce il paziente che ha bisogno di misurare il suo respiro e necessita di una serie di esami specifici a questo fine – sia l'Interventistica pneumologica, che rappresenta forse il settore più in evoluzione, come ci ha spiegato lo stesso dottor

pleurico sarcomatoide le aspettative di vita sono ridotte. Sulla possibile latenza del tumore si parla spesso di trent'anni, ma nel caso di cui ci occupiamo ci sono state persone colpite che avevano meno di quarant'anni, quindi la malattia si è manifestata molto più rapidamente.

137 *Dentro l'INAR*, cit., pp. 141-142. Oggi il monitoraggio relativo ai rischi di mesotelioma è affidato a un Centro che fa capo all'ATS Val Padana.

138 La Pneumologia tutta nuova: fra tecnologia e umanità, in *Il Nuovo Torrazzo*, 4 dicembre 2010, p. 5.

Scartabellati:

> In origine con questo termine si intendeva solo la broncoscopia[139], oggi invece l'interventistica si occupa di posizionare drenaggi per patologie pleuriche, di fare pleuroscopie e di effettuare biopsie molto complesse. È in programma anche una nuova metodica chiamata EBUS[140], un esame diagnostico che utilizza un videobroncoscopio dotato di microsonda ecografica per raggiungere lesioni anche molto periferiche e prelevare campioni di tessuto[141].

Una parte importante dell'attività dell'Unità Operativa si svolge negli ambulatori, quello generale, che accoglie tutte le problematiche respiratorie, ed altri specifici. Fra questi ultimi c'è l'ambulatorio per l'asma, nel cui ambito si sta attuando un'interessante esperienza di collaborazione fra diversi specialisti e differenti realtà sanitarie:

> Per quanto riguarda l'asma stiamo lavorando con gli allergologi per costruire una rete che coinvolga tutta l'ATS, cioè i tre ospedali di Mantova, Cremona e Crema, e che abbracci i pazienti asmatici e quelli allergici – che hanno molto in comune – ai fini di un trattamento omogeneo[142].

Qualcosa di simile accade nell'ambulatorio per l'Oncologia, nel quale i pazienti sono seguiti in un'interazione fra pneumologo, oncologo, radioterapista e quando servono chirurgo e anatomopatologo, con un incontro settimanale fra i vari professionisti che serve a tirare le fila di questa gestione integrata[143]. E sempre nella stessa ottica si sta lavorando anche nei confronti dei pazienti affetti da embolia polmonare:

> L'embolia polmonare è una patologia importante, responsabile di 100-150 ricoveri l'anno, di cui al momento ci occupiamo solo noi. Questi pazienti però dopo il superamento della fase acuta hanno bisogno di un monitoraggio molto particolare, quindi stiamo cercando di creare un gruppo di specialisti che gestiscano la patologia embolica e tromboembolica per tutta la terapia anticoagulante che deve essere condotta successivamente[144]

Quest'ultima parte del racconto del dottor Scartabellati è a nostro parere esemplificativa del duplice orientamento che – forse imposto dall'invecchiamento della popolazione e quindi dalla sempre maggiore complessità dei bisogni a cui si è chiamati a rispondere – sembra caratterizzare la "nuova" medicina: da un lato appunto l'attenzione alla globalità del paziente, che "non può più essere curato a pezzetti, ma deve essere gestito in modo multidisciplinare[145]"; dall'altro la ricerca di soluzioni terapeutiche che vadano oltre la fase acuta, coinvolgendo quello che sarà il "dopo" del malato, una volta che avrà lasciato la struttura ospedaliera. Obbedisce in pieno a quest'ultima visione la creazione, nella seconda metà degli anni Novanta, della Riabilitazione Pneumologica di Rivolta d'Adda, che all'inizio dipendeva dall'Unità Operativa di Pneumologia di Crema e che ora costituisce un'importantissima realtà a se stante, di cui avremo modo di occuparci diffusamente.
La crescita in varietà e numero delle patologie respiratorie, d'altra parte, è tale che l'assistenza a questi malati non può essere delegata ai soli medici ospedalieri: ecco quindi che ulteriori forme di collaborazione fra professionisti divengono necessità. L'esempio più eclatante è dato dalla Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO: in parole semplici si tratta di un'infiammazione cronica e progressiva delle vie aeree e del tessuto polmonare[146]): una patologia ancora poco conosciuta dall'opinione pubblica, ma che va sempre di più assumendo carattere di epidemia e che nel 2020 diverrà probabilmente la terza causa di morte nel mondo. Una malattia quindi dalle implicazioni gravissime e dai costi sanitari estremamente elevati,

139 La broncoscopia è passata dalle modalità "da fachiro" più sopra descritte dal dottor Gandola all'uso di un videobroncoscopio tubolare flessibile composto da fibre ottiche e da un canale operativo.
140 EBUS sta per Endo Bronchial Ultra Sound.
141 Testimonianza di Alessandro Scartabellati.
142 Ibidem.
143 Oltre a questi ambulatori sono presenti quello per l'insufficienza respiratoria, a cui accedono per i necessari controlli i pazienti con ossigenoterapia o supporto ventilatorio domiciliare, e quello per l'Interventistica pneumologica.
144 Testimonianza di Alessandro Scartabellati.
145 Ibidem.
146 Cause principali delle BPCO son gli inquinanti ambientali e il fumo da tabacco. I sintomi della malattia sono comuni a quelli di altre malattie respiratorie (catarro, tosse, fatica a respirare), per cui spesso la diagnosi avviene in ritardo, quando la funzione respiratoria è già compromessa.

Un paziente in Pneumologia

destinata ad interessare un tale numero di persone da rendere impossibile l'affidamento della diagnosi (dalla cui precocità dipende in gran parte l'esito delle terapie) ai soli specialisti. Per questo il dottor Scartabellati ha evidenziato l'importanza della collaborazione fra medicina del territorio e ospedale:

> Occorrerà che il medico di base faccia una sorte di screening fra i pazienti del suo ambulatorio, ad esempio sottoponendo loro un questionario per accertare l'esistenza di fattori di rischio, per poi inviare a noi i casi sospetti, a cui faremo una spirometria ed in caso di risultato positivo inizieremo la terapia. I casi più gravi saranno poi seguiti da noi ambulatorialmente, mentre gli altri potranno essere gestiti dai medici di base stessi in collaborazione con noi[147].

Per il bene dei tanti pazienti che saranno coinvolti non possiamo che augurarci che questa collaborazione si realizzi nel modo più pieno e soddisfacente.

147 Testimonianza di Alessandro Scartabellati.

CAPITOLO IV

LE SCIENZE CHIRURGICHE FRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

Chirurgia generale

C'era una volta… il chirurgo: la figura più temuta e mitizzata dai pazienti, quella che interveniva quando le cose cominciavano a mettersi male, e con una sapienza che ai profani appariva quasi soprannaturale si prodigava per "aggiustare" qualsiasi organo ne avesse bisogno. Il chirurgo, che con gli anni acquistava una tale autorità e rispetto fra i colleghi più giovani da diventare maestro di professione e spesso anche di vita. Il chirurgo, che operava con poca tecnologia e in condizioni ambientali ora impensabili, affidandosi alle conoscenze maturate, ma anche all'istinto e all'esperienza.

Cosa rimane di questa immagine? Chi è il nuovo chirurgo? Sono le domande a cui cercheremo di rispondere nelle pagine che seguono, ma già possiamo anticipare che il tempo ha cambiato molte cose: oggi parliamo di un professionista sempre più avviato verso la specializzazione della sua attività, che svolge con l'assistenza di impianti tecnologici ogni anno più sofisticati e in sale operatorie attrezzate come navicelle spaziali. Insomma, la figura "mitica" sopra descritta è forse venuta meno… anche se il rispetto e l'ammirazione per chi ha scelto questo difficile mestiere sono rimasti intatti.

La Chirurgia a Crema come abbiamo visto ha una storia antica: nel vecchio ospedale tale specialità e la Medicina erano le uniche con una vera struttura. All'ex Domus Dei arriva nel 1946 un medico a cui abbiamo già più volte accennato: è Giulio Canger, approdato in terra cremasca da Nocera Inferiore con una laurea conseguita a tempo di record presso l'Università di Napoli e dopo esperienze cliniche e di docenza a Milano. Quello che trova ce lo dice lui stesso in un'intervista rilasciata tanti anni dopo[1]: la condizione dell'ospedale è "peggiore di un'infermeria militare". Ecco quindi che appena nominato primario della Chirurgia, nel 1952, Canger si attiva per ristrutturare i reparti e riorganizzare l'attività; ancora prima è sua l'iniziativa di creare a Crema un Centro Oncologico, scelta coraggiosa e lungimirante in anni in cui (siamo nel 1949) i tumori non sono certamente in cima alla lista delle emergenze sanitarie. "Dotato di personalità forte, burbero e autoritario, con un forte carisma[2]", rigoroso con il personale (forse a volte "eccessivamente rigoroso" come ammetterà lui stesso nell'intervista sopra citata) Canger diventa in breve tempo la figura di riferimento dell'ospedale. In sala operatoria il nuovo primario applica lo stesso rigore, anche se a volte qualcosa delle sue origini sembra filtrare:

> Ho sempre considerato la sala operatoria come un tempio, dove non si poteva né parlare né fumare. Solo nel pomeriggio pregavo l'assistente di canticchiare sottovoce "Maruzzella" per tenermi su ed essere sempre efficiente[3].

Sostenitore fin da subito della necessità di dotare la città di un nuovo nosocomio, il professor Canger come già detto[4] ne seguirà personalmente la

1 Giulio Canger, in *La Provincia*, 18 maggio 1980, p. 11.
2 Prendiamo in prestito queste parole dalla testimonianza di Claudio Ceravolo.
3 Giulio Canger, cit. Maruzzella è la celebre canzone napoletana composta e cantata da Renato Carosone negli anni Cinquanta.
4 Vedi cap. 2.2.

Giulio Canger

Francesco Taverna

realizzazione, mantenendo il primariato fino alla pensione, nel 1976. La stampa locale dedica parole commosse al momento del suo addio, a testimonianza del grande legame creatosi con la terra di adozione:

> Dai primi di gennaio l'ancora vigorosa e sempre signorile figura dello "zio Giulio", come familiarmente ma rispettosamente veniva chiamato da molti, non varca la sala operatoria, non si ferma per ore e ore col bisturi in mano, calmo, sereno, sempre capace di controllare ogni emozione[5].

Già qualche anno prima del ritiro di "zio Giulio" il comparto chirurgico ha conosciuto il primo profondo cambiamento organizzativo: nel 1970, poco dopo il trasferimento nella nuova costruzione, è stata infatti creata, al primo piano del monoblocco, la Chirurgia d'urgenza, con compiti di gestione operativa del Pronto Soccorso. A dirigerla viene chiamato il varesino dottor Franco Colombo. È una sistemazione destinata a durare poco: con il pensionamento di Giulio Canger infatti si pone il problema della sua (difficile!) sostituzione, e la scelta cade proprio sul primario dell'altra Chirurgia. Sembrerebbe solo una questione di scambio di ruoli, ma in realtà le implicazioni sono di altro tipo: un indirizzo programmatico della Regione prevede infatti la graduale cancellazione delle Chirurgie d'Urgenza e la loro sostituzione con reparti chirurgici di degenza ordinaria. È una linea che la dirigenza dell'ospedale (presidente del Consiglio di Amministrazione è il comunista Francesco Taverna[6]) non sembra disapprovare, anche se le scelte relative alla sostituzione di Colombo sembrano per la verità ancora dettate dalla volontà di mantenere la situazione precedente. Ecco infatti cosa avviene, dalle parole di un protagonista diretto, Claudio Ceravolo:

> Gli amministratori dell'ospedale volevano introdurre degli elementi di rinnovamento, per questo si rivolsero a quello che era uno dei luminari della chirurgia italiana, Vittorio Staudacher[7], chiedendogli di mandare a Crema qualcuno dei suoi collaboratori. Staudacher fece il nome di Alberto Martinotti, che nel 1976 arrivò a Crema. Avendo avuto carta bianca nello scegliere un certo numero di collaboratori, lui indicò me, che già da anni facevo l'assistente volontario non pagato, e dopo poco seguirono Brown, Cortesini e Pisano[8].

L'arrivo dei medici da Milano segna l'inizio di una fase non facile, forse anche perché non viene fatta sufficiente chiarezza su quale sarà l'effettivo ruolo del nuovo team: si limiterà a raccogliere l'eredità della Chirurgia d'Urgenza o getterà le basi di una seconda divisione di Chirurgia generale?
Nel dubbio già le prime novità introdotte dai "Milanesi" spiazzano e sconvolgono la tranquilla realtà ospedaliera:

5 Lascia l'ospedale il professor Giulio Canger per raggiunti limiti di età, in *La Provincia*, 6 febbraio 1976, p. 8. Giulio Canger è scomparso nel marzo del 1999.

6 Le cose sono un po' cambiate rispetto alla stagione di Dossena: ora i dirigenti sono indicati dai partiti.

7 Vittorio Staudacher è stato il fondatore della Chirurgia d'Urgenza al Policlinico di Milano ed ha avuto un ruolo di primo piano nel campo dei trapianti.

8 Testimonianza di Claudio Ceravolo.

L'uomo seduto nella foto è Franco Colombo

Graziano Pisano

> La prima innovazione che abbiamo introdotto è stata proprio relativa al concetto di urgenza: noi eravamo i chirurghi d'urgenza del Policlinico di Milano ed eravamo abituati, ma qui faceva un po' specie che operassimo i pazienti di notte…[9].

A spiegare le difficoltà però ci sono anche elementi caratteriali e di mentalità: se fra il personale cremasco esiste certamente una naturale diffidenza "provinciale" per tutto quello che viene da fuori, c'è da dire che forse anche l'atteggiamento dei nuovi arrivati non aiuta… Ecco in che modo chi ha vissuto sui due fronti quei momenti ricorda – non senza divertimento – le iniziali incomprensioni:

> Certamente eravamo un pochino arroganti… Ci sentivamo come quelli che venivano da Milano ad insegnare a questi poveri provinciali cos'è l'alta chirurgia[10].

> L'arrivo dei milanesi era stato presentato come una grande innovazione: si diceva che avrebbero portato cose straordinarie, d'altra parte Staudacher era quasi un mito della chirurgia… Invece dal punto di vista dei rapporti umani i nuovi venuti furono un fallimento: diciamo che erano un bel po' cafoni, si sentivano sette o otto gradini sopra di noi[11].

Occorre un bel po' di tempo ai milanesi prima di conquistare la fiducia dei colleghi: si crea anzi una certa competizione con l'altra Unità di Chirurgia, ed è solo grazie al carattere "positivo, dolce ed accomodante[12]" del suo primario Franco Colombo se i toni non si alzano troppo. Questa situazione si riflette sull'andamento del reparto, che anche in virtù del non ancora chiarito dubbio sul suo effettivo ruolo, vede nei primi anni diminuire i ricoveri e gli interventi[13].

Alla fine ci pensa Alberto Martinotti a sgombrare il cambio da ogni incertezza: la nuova divisione non si limiterà a gestire la sola chirurgia d'urgenza, ma estenderà i suoi compiti diversificando i servizi offerti e andando a costituire a tutti gli effetti la seconda Chirurgia dell'ospedale[14].

Vale sicuramente la pena di soffermarsi sulla figura di questo medico milanese, che giocherà un ruolo fondamentale nella vita dell'ospedale e in quella di tanti giovani medici che sotto la sua ala avvieranno la loro carriera professionale (e per questo incontreremo spesso il suo nome).

Quando approda a Crema Alberto Martinotti ha già alle spalle diversi anni di attività presso il Policlinico di Milano. Nel nuovo ambiente chi si trova a lavorare con lui ha modo di apprezzarne fin da subito una caratteristica importante: la disponibilità a valorizzare il ruolo dei collaboratori, sostenendo le loro iniziative e promuovendo l'apprendimento sul campo. Così ecco il dottor Gaiti chiamato dal

9 Testimonianza di Graziano Pisano, fino al 2018 primario della Chirurgia e allora fra i medici chiamati a Crema da Alberto Martinotti.

10 Testimonianza di Claudio Ceravolo.

11 Testimonianza di Alba Lorenzetti.

12 Testimonianza di Claudio Ceravolo.

13 La relazione del dottor Pisano nel volume *L'ospedale Maggiore nel 2000* (pp. 65 ss.) ci fornisce i dati di questo calo: nel 1978 gli interventi raggiunsero il minimo storico di 638.

14 Con la nascita di Chirurgia II il Pronto Soccorso passa alle dipendenze dirette della Direzione Sanitaria e sarà gestito a giorni alterni dalle due Chirurgie. Questo sistema resterà invariato fino alla creazione, all'inizio degli anni Duemila, del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

nuovo primario ad eseguire tre interventi di colecisti – mai fatti prima – in una sola mattinata, con lui al fianco come assistente; ed ecco il supporto garantito al dottor Zambelli per i primi esperimenti di endoscopia[15]. Un atteggiamento di apertura verso le novità sottolineato anche dal dottor Graziano Pisano, fino al 2018 direttore di Chirurgia:

> [Il professor Martinotti era] disponibile a modificare le proprie convinzioni per seguire i cambiamenti culturali e tecnologici che hanno caratterizzato l'evoluzione della medicina in questo lungo arco di tempo, e ha consentito l'introduzione di nuove metodiche, talvolta anche alternative alla chirurgia tradizionale[16].

Questa attenzione verso i mutamenti in atto nella medicina spiega la netta posizione assunta dal primario quando nel 1983 un nuovo problema di sostituzione ai vertici delle Chirurgie dell'ospedale si pone all'attenzione dell'Amministrazione. Succede infatti che Franco Colombo, stimato responsabile della Chirurgia I, chiede il pensionamento anticipato per seguire il sogno della sua vita: andare a svolgere la professione in Africa, fra i poveri e i dimenticati del mondo. La scelta non stupisce la città: in molti ricordano l'intervista rilasciata dal medico qualche anno prima[17], nella quale dopo essersi definito "profondamente credente e strumento del Creatore" indicava come scopo dell'esistenza quello di "essere cristiano in ogni comportamento".
In perfetta coerenza con questo proposito il dottor Colombo raggiunge dapprima un ospedale in Togo, poi si trasferisce a Dogbo, nel Benin, dove è attivo un piccolo ricovero per ammalati: nei cinque anni della sua esperienza missionaria (rientrerà in Italia nel 1988) lo trasformerà in un ospedale efficiente ed autonomo, grazie anche al generoso contributo economico di tanti cremaschi (il Rotary si incaricherà di promuovere la raccolta dei fondi e del materiale occorrente) e all'aiuto di infermieri e medici del Maggiore, alcuni dei quali condivideranno con lui dei soggiorni in terra d'Africa. È il caso della dottoressa Gianna Zavatteri e del tecnico radiologo Emilio Rossetti, i cui racconti ci piace riportare come testimonianza di una medicina "diversa", ma ricca di spessore umano ed emotivo:

> Il dottor Colombo aveva ricevuto in regalo da un benefattore un elettrocardiografo, ma occorreva qualcuno che sapesse farlo funzionare, perché a Dogbo non c'era nessuno. Così ci sono andata io in due periodi diversi per un mese, ed è stata un'esperienza bellissima. L'ospedale lavorava molto per la Chirurgia e l'Ostetricia: i parti spesso avvenivano in condizioni terribili, e le donne arrivavano con lacerazioni terrificanti. C'era anche una dottoressa ortopedica che curava i tanti bambini poliomielitici facendo interventi che cercavano di recuperare qualcosa dov'era possibile (quelli che oggi sono contrari ai vaccini avrebbero dovuto vedere com'erano ridotti questi piccoli dalla malattia). Come cardiologa io invece facevo visite ambulatoriali ed elettrocardiogrammi, e facevo lezione agli infermieri locali[18].

> Colombo ha chiesto di avere me come tecnico della Radiologia, così sono partito. Una volta arrivato a Dogbo abbiamo sistemato l'apparecchiatura e poi abbiamo cominciato a fare le radiografie: la sala che usavamo era obsoleta, ma ce la cavavamo lo stesso. C'era anche un problema di lingua, perché i tecnici locali parlavano solo francese, e io non è che lo sapessi molto: per fortuna dopo una settimana è arrivata la dottoressa Zavatteri, che lo conosceva bene! Quando un bambino veniva ricoverato nell'ospedale insieme a lui veniva ricoverata la mamma, e se c'erano dei fratelli stavano lì anche loro. Così c'erano moltissimi bambini… Mi ricordo che alle dieci del mattino uscivo con un pacchetto di caramelle: il guaio è che la prima mattina mi aspettavano in quattro, la mattina dopo erano diventati otto, la terza venticinque… Sono state le ferie più belle che abbia mai passato! Anche dopo che sono tornato ogni tanto mi chiamavano dall'Africa per dirmi di cosa avevano bisogno, e io attraverso l'Economato cercavo di procurarlo. Una volta ho fatto aggiustare otto biciclette da un vicino di casa e le ho spedite; un'altra un negozio di Crema mi ha dato magliette, calzoncini e calzine per giocare al pallone. Quando i containers con queste cose arrivavano laggiù era

15 Si veda al capitolo 5.
16 Testimonianza di Graziano Pisano.
17 Troviamo una sintesi dell'intervista nell'articolo che *La Provincia* dedica alla scelta missionaria del dottor Colombo (Il prof. Colombo lascia l'ospedale: opererà gratuitamente nel Togo, 14 agosto 1983, p. 9).
18 Testimonianza di Gianna Zavatteri.

festa grande[19].

La partenza del dottor Colombo fa nascere per la dirigenza dell'ospedale la questione della sua sostituzione. Problema di non facile soluzione (l'ex primario era figura molto stimata e apprezzata), che vede infatti formarsi in ambiente ospedaliero – ma i numerosi articoli di stampa finiranno per coinvolgere anche l'opinione pubblica – due opposti fronti: quello di chi vorrebbe semplicemente chiamare un altro professionista e quello di coloro che invece pensano che occorra approfittare dell'occasione per riunificare le due Chirurgie, magari potenziando l'offerta dei servizi. I sostenitori della seconda ipotesi non mancano di argomenti: prima di tutto la legge dispone il blocco delle assunzioni, quindi in teoria non sarebbe possibile provvedere alla nomina di un nuovo primario esterno; inoltre, anche se tale blocco venisse aggirato, il concorso in base alle disposizioni vigenti non potrebbe essere realizzato su base locale, ma regionale, il che vorrebbe dire dover "accettare quello che capita[20]". Altri elementi ancora vengono portati a sostegno nei mesi seguenti: la riunificazione delle due divisioni porrebbe finalmente fine all'"assurda conflittualità e concorrenzialità che da sempre esiste fra le Chirurgie[21]". Circostanza, quest'ultima, che viene però subito smentita con tono fermo da Giulio Canger (che pur in pensione evidentemente segue ancora con grande attenzione le vicende del "suo" ospedale) in una lettera inviata alla stampa[22]: i rapporti con Franco Colombo, scrive, sono sempre stati improntati a "reciproca stima e leale collaborazione". Fra i sostenitori dell'inutilità di mantenere due Chirurgie generali c'è anche Alberto Martinotti. È lui stesso ad esprimere la sua posizione in un articolo scritto per *La Provincia* qualche anno dopo, nel 1989[23]: in realtà alla stesura di questo testo ormai i giochi sono fatti, le divisioni sono rimaste entrambe (resteranno due fino all'inizio degli anni Duemila, quando, in corrispondenza con la creazione della Day Surgery verranno unite) e il successore di Colombo è già stato nominato, ma è importante riportarne il contenuto per capire come l'illustre primario abbia modificato l'organizzazione del suo reparto:

> Scelte a suo tempo operate fanno convivere tre divisioni di Chirurgia generale[24] nell'USL… Personalmente ho sempre ritenuto che una diversificazione dell'attività chirurgica avrebbe il vantaggio di una migliore utilizzazione delle strutture e delle risorse, di venire incontro alle esigenze di una maggiore qualificazione professionale degli operatori e sicuramente di poter rispondere in modo più adeguato alle esigenze dell'utenza del nostro territorio. (…) Ho cercato di realizzare questa diversificazione nell'ambito della mia Divisione. Attualmente la nostra attività comprende oltre alla Chirurgia generale, la Chirurgia Vascolare e la Chirurgia Toracica, ciascuna delle quali rappresenta un campo di interesse a cui si dedicano i miei collaboratori.

Quando scrive questo articolo Martinotti ha già conferito pressoché totale autonomia al Servizio di Endoscopia Digestiva di Alessandro Zambelli (diventerà Unità Operativa a se stante nel 1997) e sta di fatto facendo la stessa cosa con la Chirurgia Vascolare. All'inizio degli anni Novanta sarà invece la volta del riconoscimento del modulo operativo di Chirurgia Toracica – affidato alla guida del dottor Graziano Pisano – che pur non diventando mai del tutto autonomo ("forse perché richiede un bacino d'utenza più grande e quindi dei numeri che qui non siamo mai riusciti ad avere[25]"), svilupperà nel

19 Testimonianza di Emilio Rossetti. Anche un altro dei nostri testimoni ha vissuto l'esperienza missionaria nel Terzo Mondo: Claudio Ceravolo ha operato due anni (1981-83) in Zaire, nell'84 in Camerun, nell'85 in Ciad, e dall'86 per quattro anni in Congo (v. Piero Carelli, *Appunti di viaggio*. Crema 1943-2009, Centro Ricerca Alfredo Galmozzi, Crema 2009, pp. 224-225). È rientrato a Crema nel 1990.

20 Una o due chirurgie per l'Ospedale Maggiore?, in *La Provincia*, 28 settembre 1983, p. 9. Non possiamo non leggere nell'ultima osservazione una buona dose di provincialismo!

21 L'unificazione delle due Chirurgie: i comunisti sono sempre favorevoli, in *La Provincia*, 1 luglio 1989, p. 11.

22 Lettera a *La Provincia*, 6 luglio 1984, p. 9. Nonostante le rassicurazioni di Giulio Canger la fama di una (presunta?) rivalità fra le due Chirurgie proseguirà negli anni: nel 1988, in occasione del dimezzamento estivo dei letti in Chirurgia I, il dottor Candela, che ha sostituito Colombo alla guida del reparto, si chiede nel corso di un'intervista se "Qualcuno vuole penalizzarci o ricreare polemiche con l'altra Chirurgia" (v. Chirurgia prima, dimezzati i letti, in *La Provincia*, 19 maggio 1988, p. 11.

23 Chirurgia II in gran forma, in *La Provincia*, 10 agosto 1989, p. 19.

24 La terza divisione a cui si riferisce Martinotti è quella di Rivolta d'Adda.

25 Testimonianza di Graziano Pisano. Alla fine degli anni Novanta la regione sembrava sul punto di autorizzare l'a-

corso del tempo un'attività sempre più complessa ed articolata. Ancora, nel 1995 nasce, sempre nell'ambito di Chirurgia II, il servizio di Colonproctologia (coordinatori Guglielmo Giannotti e Roberto Bassi) per lo studio e la cura delle malattie del grosso intestino, del retto e dell'ano (tumori e patologie infiammatorie), e contemporaneamente cresce nel reparto la parte dedicata alla Chirurgia Oncologica, che via via assume un ruolo sempre più importante, con una collaborazione progressivamente più attiva col Centro Oncologico.
La trasformazione realizzata da Martinotti nel suo reparto appare senza dubbio lungimirante, in quanto anticipa la tendenza alla settorializzazione dei grandi reparti chirurgici in Unità Operative più piccole anche se strettamente integrate le une alle altre: rubando un'osservazione riportata nel volume sull'*Ospedale Maggiore nel 2000*, ma che riteniamo più che mai valida, se prima l'importanza di una divisione ospedaliera si misurava sul numero di posti letto, oggi "il confronto impietoso con i principi di economia di gestione, la diminuzione delle giornate di degenza, la tendenza a ridurre sempre di più l'ospedalizzazione a favore di sistemi alternativi quali il Day Hospital o la Day Surgery, hanno reso obsolete, inutili e antieconomiche le grandi strutture[26]".
Una chirurgia quindi che va vieppiù specializzandosi, ma che nello stesso tempo si apre alla "rivoluzione" rappresentata dalle tecniche mininvasive laparoscopiche e toracoscopiche, quelle cioè che permettono di effettuare interventi chirurgici attraverso piccole incisioni cutanee nelle quali si fanno passare una videocamera ad alta definizione e strumenti dedicati altrettanto miniaturizzati. La data fatidica in tale direzione è per Crema quella del 15 settembre 1991, quando viene effettuata con questa metodica la prima colecistectomia (asportazione di calcoli della colecisti). Ecco come il dottor Pisano ricorda quegli emozionanti momenti:

> L'introduzione a Crema della chirurgia mininvasiva è qualcosa che mi fa sentire particolarmente orgoglioso, perché ho avuto la fortuna e l'opportunità – forse perché avevo l'età giusta e l'esperienza che serviva in quel momento – di iniziare questa pratica che ha davvero rivoluzionato tutto, sia dal punto di vista della tecnologia che da quello dei risultati. Una nuova chirurgia meno aggressiva e di grande potenzialità sia per i pazienti che per i medici. Mi ricordo quel 15 settembre: in sala operatoria eravamo io, il dottor Zambelli e il professor Martinotti, che non aveva mai praticato quel tipo di metodica, ma voleva esserci comunque…[27].

Si trattava solo del primo passo: negli anni le procedure mininvasive si sono estese da questa particolare tipologia di intervento a tutti gli ambiti chirurgici, da quelli relativi all'apparato digerente alla chirurgia toracica e urologica. Con tutti i vantaggi evidenti che ne derivano per il paziente: stessi risultati delle tecniche tradizionali, ma meno dolore, meno cicatrici, meno giorni di degenza e un più veloce recupero dell'autonomia[28].
A fronte di risultati così positivi sembrerebbe non esistere il minimo dubbio che si stia parlando, non solo per Crema ma in generale, della chirurgia del futuro. In effetti il dottor Pisano sembra confermare questa prospettiva, pur sottolineando che quello attuale appare come un momento di pausa nello sviluppo delle tecniche mininvasive: "tutto quello che facciamo oggi è quello che facevamo dieci anni fa, perché alla crescita grandissima dei primi anni (con investimento di enormi risorse sia economiche che umane[29]) corrisponde oggi un rallentamento. Siamo infatti incappati nella crisi economica, e questa è una chirurgia che richiede investimenti importanti in tecnologia[30]". Ma una volta superata questa fase? Secondo il dottor Pisano è da ipotizzare un'ulteriore evoluzione delle tecniche mininvasive nella loro espressione più avanzata, cioè la robotica. A leggerne la descrizione sembra davvero di proiettarsi nella fantascienza:

> C'è un nuovo personaggio in sala operatoria. Si chiama Da Vinci, ma non è Leonardo. Non è certamente un genio, ma è geniale. Non lo si può neppure definire intelligente. Non è un uomo, è una

pertura anche di questa Unità specialistica (In arrivo Chirurgia Toracica", in *La Provincia*, 10 maggio 1998, p. 24), ma poi il progetto non si realizzò.

26 *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 70-71.

27 Testimonianza di Graziano Pisano.

28 L'esperienza ventennale della chirurgia mininvasiva, in *Il Nuovo Torrazzo*, 14 maggio 2011, p. 5.

29 Occorre infatti non dimenticare che l'introduzione della chirurgia mininvasiva ha comportato un grosso investimento anche per la formazione del personale.

30 Testimonianza di Graziano Pisano.

> macchina. Si tratta di un robot, ed è solo uno strumento. E, per quanto estremamente sofisticato, non sostituisce il chirurgo (…). Un robot: immaginate un grande ragno gigante, con delle lunghe zampe disposte intorno al tavolo operatorio e al di sopra di voi che siete sdraiati al di sotto. In realtà le zampe sono dei bracci elettromeccanici, che si muovono delicatamente, con grande precisione, in perfetta coordinazione fra loro, comandati a distanza da un terminale dove siede il chirurgo che guarda su uno schermo l'immagine tridimensionale del campo dove operano gli strumenti guidati, sempre, dalle sue mani[31].

Ovviamente non sarà facile, per una realtà sanitaria delle dimensioni di quella cremasca, accedere a una tecnologia così avanzata: oltre ad affrontare il costo iniziale (secondo il dottor Pisano parliamo di una cifra vicina ai due milioni di euro, più 200.000 annui per la gestione), occorrerà "formare" tutti i reparti che hanno a che fare con la chirurgia (Ortopedia, Otorino, Urologia…) all'utilizzo del robot, in modo da ammortizzare l'investimento.
Insomma, per ora siamo ancora a livello di sogno. Ma il dottor Pisano non dispera…
L'utilizzo di metodiche meno aggressive, unito al generale affinamento delle tecniche chirurgiche e alla conseguente riduzione dei tempi operatori, ha senza dubbio ampliato le possibilità di utilizzo della chirurgia per la cura dei pazienti anziani (già oggi le statistiche ci dicono che due interventi su cinque avvengono su over 65). Ovviamente il trattamento di malati così "particolari" presenta delle implicazioni di tipo clinico (legate appunto all'età e spesso alla presenza di più patologie), ma impone anche considerazioni di altro tipo, che non di rado sconfinano nell'ambito sociale ed etico.
I pazienti di età avanzata hanno caratteristiche e fattori di rischio che è necessario conoscere bene: non a caso si parla spesso di "geriatrizzazione" della medicina, intendendo che occorrerebbe forse formare di più e più specificamente i nuovi medici in questo campo. Ma l'età anagrafica di per sé non costituisce un riferimento assoluto: le peculiarità cliniche possono variare moltissimo da persona a persona, e grande differenza esiste fra un ottantenne in gran forma e un sessantacinquenne afflitto da polimorbidità. Per tale motivo si rende indispensabile una valutazione personalizzata del candidato all'intervento, che non trascuri anche il suo eventuale decadimento cognitivo, ai fini di un consenso realmente informato (fino a dove e con che limiti la famiglia può sostituirsi nelle decisioni?). Sono questi forse gli aspetti più delicati per il chirurgo, soprattutto quando occorre un intervento d'urgenza:

> Abbiamo raccolto una casistica sulla chirurgia dell'anziano, in particolare sulla chirurgia d'urgenza: perché un conto è affrontare la cura di un paziente molto anziano in elezione, quando perciò si può fare tutta una serie di esami e valutare bene il rischio operatorio, un altro è quando ti arriva di notte una persona di 85-90 anni con un problema acuto emergente, non c'è tempo di fare tutti gli accertamenti e la decisione se operare va presa nell'immediato. Questo è l'aspetto più difficile del nostro lavoro, perché non esiste una regola, ognuno deve assumersi la responsabilità di decidere in quel momento[32].

Le valutazioni cliniche rappresentano però solo una faccia dei problemi legati alla chirurgia dell'anziano: a nostro parere ancora più complicate e dense di interrogativi sono altre implicazioni. Come ben spiega il capitolo dedicato all'argomento nel volume sull'ospedale di Crema nel Duemila[33], fra gli obiettivi per il chirurgo che si appresta ad operare una persona anziana c'è quello fondamentale dell'"aumentare o almeno mantenere l'aspettativa di vita": sembrerebbe un concetto universale, ma in una persona molto avanti negli anni può non essere così, la qualità della vita che attende può essere considerata ben più importante della sua durata temporale. Ed ecco quindi che si pone, difficilissimo, il problema di capire come agire, assecondando la volontà della persona direttamente interessata e non limitandosi a valutare ciò che è "buono e giusto" per il medico o per i familiari. È una questione – ce ne rendiamo conto – di enorme delicatezza e complessità, ma riteniamo occorra dedicarvi una riflessione, anche perché essa è legata

31 G. Pisano, Un robot in sala operatoria!, in *Il Nuovo Torrazzo*, inserto "Educazione sanitaria" 2017, p. 12.

32 Testimonianza di Graziano Pisano.

33 P. Brown, V. Scaravaggi, C. Ceravolo, La chirurgia dell'anziano: attualità e prospettive nel nostro territorio, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 55 ss.

Marco Monti con un collaboratore

ad un'altra, che il direttore della Chirurgia Graziano Pisano ha portato opportunamente alla nostra attenzione:

> Recentemente all'Università di Crema i colleghi delle Cure Palliative hanno organizzato un convegno. Il dottor Sergio Defendi ha voluto che ci fossi anch'io, e devo dire che all'inizio la cosa mi ha un po' meravigliato: cosa c'entra un chirurgo con questi temi? Così ho cercato di capirci un po' di più e ho scoperto un sacco di cose, soprattutto riguardo all'approccio che noi abbiamo alla chirurgia dell'anziano e più in generale agli aspetti etici del nostro lavoro quando si rivolge alle persone fragili. Mi sono reso conto di come è cambiata l'etica in medicina, passata da quella basata sul rapporto fiduciario col medico, a quella della condivisione della cura col paziente, a quella che oggi si può chiamare "etica dell'organizzazione", in cui il rapporto non è più ristretto a due persone – medico e paziente – ma deve tenere conto della società che sta intorno, con tutte le implicazioni anche di carattere economico (se do le risorse a te le tolgo a qualcun altro) che ciò comporta. Se io devo spendere risorse per una persona che non può averne beneficio, perché non esistono prospettive di cura, è anche giusto ed etico l'astensionismo terapeutico. Questo ovviamente purché l'astensione dalla cura sia condivisa dalla persona, che consapevole del fatto che comunque non ne riceverà alcun beneficio accetta di non sottoporsi ad essa[34].

Proprio la varietà dei problemi che gli interventi operatori sugli anziani portano con sé ha fatto ritenere da molte parti che non sarebbe sbagliato ipotizzare per il futuro (considerato anche il naturale invecchiamento della popolazione che caratterizza i paesi industrializzati) dei reparti appositamente dedicati di Chirurgia geriatrica. È quanto auspicato ad esempio dalla relazione poco sopra citata[35], i cui autori sostengono che "… considerati i disagi che l'anziano spesso sopporta e crea in un "normale" ambiente chirurgico, la preparazione e l'adeguamento del personale, la creazione di spazi adeguati (camere predisposte anche all'accoglienza di un familiare, servizi idonei ecc.), l'attivazione di strutture di supporto che mantengano il collegamento con l'ambiente di provenienza…" siano elementi indispensabili. A distanza di vent'anni il dottor Pisano esprime una posizione leggermente diversa:

> Più che di creare reparti di Chirurgia geriatrica (la chirurgia è già sufficientemente specializzata!) io vedo la necessità di affiancare al chirurgo la figura del geriatra e di altri specialisti che ogni giorno al letto del malato condividano con lui la responsabilità della cura[36].

Un richiamo al lavoro di équipe che ci sembra la nota costante della nuova medicina.
Alle innovazioni tecnologiche introdotte ha corrisposto un progressivo adeguamento strutturale del reparto di Chirurgia. Un tempo infinito sembra passato dalla stagione della vecchia Domus Dei, quando il presidente del Consiglio di Amministrazione dell'ospedale Tito Magnani[37] denunciava le condizioni pietose dei locali operatori, insufficienti, antiquati e non in grado di garantire la necessaria asetticità… Il passaggio al nuovo ospedale ha già segnato un indubbio salto di qualità, ma la crescita delle prestazioni offerte e le normative sempre più vincolanti hanno successivamente imposto continui aggiornamenti ambientali: nel 1984, contemporaneamente all'apertura della nuova Cardiologia, le sale operatorie annesse alla Chirurgia sono state completamente rimesse a nuovo con una migliore razionalizzazione degli spazi[38]; nel 1998 invece la ristrutturazione ha interessato l'area della degenza, con nuovi letti più "tecnologici" e miglioramenti negli impianti igienici[39].
La vera rivoluzione strutturale ha però avuto luogo nel 2001, con l'inaugurazione della Piastra e del nuovo comparto operatorio, che vede finalmente riunite le sale dedicate a tutte le specialità chirurgi-

34 Testimonianza di Graziano Pisano. Sul più che mai attuale rapporto fra etica ed economia applicato alla medicina avremo modo di tornare quando parleremo del processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario, al capitolo 14.

35 La chirurgia dell'anziano: attualità e prospettive…, cit., p. 61.

36 Testimonianza di Graziano Pisano.

37 Relazione del 27 giugno 1956, cit., in Archivio storico Comune di Crema.

38 Ora l'ospedale cittadino può vantare un blocco operatorio d'avanguardia, in *La Provincia*, 27 novembre 1984, p. 9. L'articolo segnala che ogni sala operatoria è stata dotata del più moderno impianto di aspirazione dei gas anestetici fra quelli esistenti.

39 Chirurgia e Medicina, ospedale più 'umano', in *La Provincia*, 22 ottobre 1998, p. 30.

Paolo Brown

che, prima disperse nei vari blocchi. A descriverne le meraviglie in una brochure appositamente preparata per l'evento[40] è Alberto Martinotti: il reparto chirurgico, posto al terzo piano del nuovo edificio, è costituito da sei sale operatorie, con un'altra grande sala per la preparazione del paziente e spazi per l'osservazione post intervento. L'asepsi è garantita dalla completa separazione dei percorsi pulito/sporco, e ogni ambiente è dotato di attrezzature sia anestesiologiche che chirurgiche di ultima generazione. Nella sua presentazione Martinotti non manca di rivendicare con soddisfazione come "a smentire il credo popolare sulle lungaggini delle grandi opere pubbliche il nuovo blocco operatorio viene consegnato con una puntualità svizzera".

Ecco quindi il nuovo chirurgo: un professionista via via più specializzato, chiamato dalle continue innovazioni a una formazione permanente e sempre più interpellato dai cambiamenti sociali ad affrontare tematiche di ordine etico oltre che clinico. Un professionista che mantiene comunque un grande attaccamento per il suo lavoro, perché "dopo tanto tempo fare il chirurgo diventa un po' un modo di vivere[41]" e conserva la speranza che anche in tempi difficili come quelli attuali rimanga vivo e intatto lo spirito che deve guidare questa attività:

> Pensando al futuro della chirurgia, spero tanto che ci siano sempre giovani chirurghi che, magari rinunciando ad un primo istinto di facile guadagno, vengano attratti dalla volontà di portare la loro umanità e professionalità tra gli abbandonati, dove la chirurgia non è plastica e non ti fa arricchire, ma è ricostruttiva e ti fa soffrire. Ricostruttiva non solo per la vita del paziente, ma anche per il nostro spirito ormai annebbiato e condizionato dalla voglia di emergere[42].

Ortopedia

L'apertura del nuovo ospedale, nel 1968, comporta la "regolarizzazione" di alcune specialità, formalmente esistenti anche nella vecchia struttura, ma di fatto non autonome né dal punto di vista della collocazione spaziale (ricordiamo la definizione di "reparti promiscui" usata nella più volte citata relazione del 1956[43]) né da quello dell'organico. È questo il caso dell'Ortopedia, che prima prevedeva solo un servizio di consulenza da parte di

40 La Piastra dell'Emergenza-Urgenza, Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, 31 ottobre 2001, p. 23.

41 Testimonianza di Graziano Pisano.

42 Testimonianza di Paolo Brown, fino al 2005 primario della Chirurgia I.

43 Relazione del presidente Tito Magnani, 13 luglio 1956, cit.

medici esterni per tre giorni alla settimana. Sono gli anni in cui tale specialità, separatasi dalla Chirurgia generale, muove i primi passi come settore a se stante, col passaggio delle tecnologie protesiche dalla fase sperimentale ad un'applicazione diffusa e con l'affermarsi della traumatologia con un'impostazione via via più chirurgica.
Nella nuova sede ospedaliera l'Ortopedia cremasca vede la nomina a primario di Gianni Ciaramella, una figura nota della scuola milanese proveniente dal Gaetano Pini, e si trova assegnato un reparto di addirittura settanta posti letto: un'enormità secondo la concezione attuale, ma allora del tutto conforme ai criteri con cui si "costruiva" organizzativamente un nosocomio. Non era solo questione di interventi terapeutici che richiedevano tempi più lunghi di ripresa: come ci ha confermato il dottor Adriano Tango, che ha diretto il reparto fino al 2012, il ricovero teneva conto delle necessità di trattamento, ma anche per la fase della diagnosi "si preferiva avere il paziente a portata di mano". Con risultati a volte paradossali, per cui non pochi erano coloro, soprattutto fra gli anziani e nella stagione invernale, per i quali il soggiorno in ospedale diventava un utile strumento di… risparmio economico: "chiudo il gas, non faccio la spesa ed in più mi curo…[44]". Era il caso di Lady Katrin, che all'Ortopedia di Crema è diventata quasi un personaggio leggendario:

> Lady Katrin era un'attrice inglese compitissima – del tipo "arsenico e vecchi merletti" – che ogni anno puntualissima veniva a curarsi in Italia: arrivava con la sua valigetta e il suo bastoncino e con la modica spesa di un biglietto aereo poteva avere la fisioterapia da ricoverata (faceva la calcitonina[45], che in Gran Bretagna si poteva scordare!) e durante il soggiorno poteva fare anche due chiacchiere con me, che sapevo discretamente la sua lingua[46].

Questo uso "originale" dell'ospedale, del resto, non era neppure troppo contrastato, in un'epoca in cui "l'unico elemento di valutazione dell'efficienza era il 'pieno': se il reparto era tutto occupato significava che funzionava bene[47]".

Un numero così consistente di assistiti in corsia non poteva non avere effetti sull'organizzazione, soprattutto dal punto di vista delle risorse umane, in perenne deficit rispetto al carico di lavoro:

> Quando il numero di interventi chirurgici ha cominciato ad aumentare c'è stato un bel po' di scombussolamento: non è facile gestire il post operatorio su più pazienti, non si tratta solo di cambiare la flebo, occorre tenere sotto controllo la pressione, l'emocromo, tutti i parametri previsti dal protocollo… Così succede che ci sono momenti in cui vorresti cambiare mestiere, perché magari ti trovi a dover sistemare 45 ammalati per quando i medici cominciano il giro, alle dieci e mezza del mattino, oppure hai 40 allettati su 60 ricoverati…[48].

Col tempo per fortuna i criteri relativi all'uso (o all'abuso!) e alla distribuzione delle risorse si sono modificati e le Lady Katrin hanno dovuto trovare altri sistemi di risparmio…
Ovviamente il cambiamento non è stato determinato solo da valutazioni economiche. In cinquant'anni l'ortopedia ha conosciuto una vera rivoluzione, connotata da diversi aspetti. Innanzitutto, come già accennato, si è passati da un trattamento conservativo ad uno sempre più chirurgico: se in passato la maggior parte delle fratture veniva curata con il gesso, oggi è largamente preferito l'approccio operatorio, con l'immediata conseguenza che, come ci ha detto l'attuale direttore del reparto Alberto Agosti, le sale gessi stanno scomparendo e la figura del gessista, che a volte vantava abilità da… scultore, è ormai sulla via del tramonto.
All'inizio le terapie chirurgiche prevedevano periodi lunghi di degenza e di recupero, ma con gli anni questi sono andati vieppiù restringendosi: soluzioni tecnologiche sempre più all'avanguardia consentono di ridurre i tempi di immobilizzazione e quelli di ripresa funzionale.
Basta un esempio per tutti:

> Vent'anni fa quando si interveniva per il tunnel carpale[49] veniva fatta al paziente l'anestesia generale con l'anestesista, ci volevano due operatori (uno

44 Testimonianza di Adriano Tango.
45 Farmaco che veniva usato assai spesso per il trattamento dell'osteoporosi.
46 Testimonianza di Adriano Tango.
47 Ibidem.
48 Testimonianza di Michela Maccagni, caposala dell'Ortopedia fino al 2006.
49 La sindrome del tunnel carpale è un disturbo da compressione nervosa che colpisce il polso e la mano.

che teneva divaricato e il chirurgo che incideva) e il paziente rimaneva in ospedale fino alla rimozione dei punti, cioè dai 12 ai 14 giorni; adesso la stessa operazione viene fatta in una sala per piccoli interventi senza l'anestesista (l'anestesia locale viene fatta dal chirurgo stesso) e in mezz'ora il paziente si riveste e torna a casa[50].

Un contributo fondamentale nel senso sopra indicato è stato ovviamente fornito dalla chirurgia artroscopica, quella cioè che non opera "a cielo aperto", ma attraverso piccole incisioni cutanee:

Una volta c'era il detto "grande taglio, grande chirurgo". Oggi la mininvasività è legata alla tecnologia: ci sono strumentari che consentono di ridurre al minimo il danno a muscoli, tendini, ecc. Il concetto di recare il minor danno esiste da sempre, ma attualmente gli strumenti rendono più facile applicarlo: prima per fare un'operazione al menisco bisognava aprire, adesso si lavora con una microtelecamera e con un forellino si toglie la parte rovinata e il paziente viene dimesso in giornata[51].

Le tecniche artroscopiche hanno avuto a Crema un'applicazione molto anticipata rispetto ad altri centri ospedalieri: già nella prima metà degli anni Ottanta il dottor Gianni Ciaramella interveniva con questa metodica sul ginocchio[52], mentre alla fine dello stesso decennio risale il primo intervento di "nucleoaspirazione" per l'ernia del disco[53], praticato a soli quattro anni di distanza dalla sua messa a punto negli Stati Uniti.
Un'altra innovazione nelle tecniche chirurgiche ha riguardato l'introduzione dell'informatica: nei primi anni Duemila fa la sua apparizione in sala operatoria il "navigatore", uno strumento computerizzato che nelle protesi d'anca e di ginocchio consente di stabilire i piani di taglio dell'osso per un corretto posizionamento anatomico dell'impianto:

Posso dire di avere vissuto più col computer che con mia moglie, tutto era calcolato dalla macchina, con risultati di accuratezza e di durata (perché più rispondenti alla biologia del soggetto operato) e anche di educazione e di rigore nel lavoro del chirurgo, che non si muoveva più a spanne, ma secondo le previsioni fatte prima dell'intervento[54].

La rivoluzione dell'ortopedia non ha riguardato solo le modalità di esecuzione degli interventi. Enormi passi avanti sono stati fatti nei materiali: se un tempo esistevano solo le leghe d'acciaio, oggi ci sono il titanio, il carbonio e le resine trasparenti, che migliorano la stabilità delle protesi e sono più tollerati dai tessuti.
Tutti questi miglioramenti hanno permesso il raggiungimento di risultati una volta inimmaginabili soprattutto per la cura dei danni di origine traumatica o degenerativa negli anziani. È il caso della frattura del collo del femore, che in passato quasi sempre significava, per i pazienti in età più avanzata, l'infermità o conseguenze ancora più infauste:

Il paziente anziano un tempo non veniva operato, ma era messo in trazione per dieci giorni, due settimane, dopo di che veniva ingessato dalla vita al piede per circa trenta giorni. Così spesso l'immobilità provocava infezioni renali, intestinali, decubiti… in sostanza la frattura del femore si traduceva non di rado in una lunga agonia e in una brutta morte. Da che invece sono state trovate nuove tecniche anestesiologiche e chirurgiche il paziente nel 99% dei casi viene operato subito e già dal giorno dell'intervento viene lasciato libero di muoversi nel letto. A distanza di due, tre o quattro settimane – dipende dal tipo di frattura – molti riprendono a camminare: l'anno scorso abbiamo operato una signora di 102 anni![55].

Per le persone che subiscono questo tipo di frattura l'Unità Operativa ha elaborato il cosiddetto "protocollo 48 ore", che ha come obiettivo proprio l'in-

50 Testimonianza di Alberto Agosti.
51 Ibidem.
52 Un intervento di alta chirurgia ortopedica nel nostro ospedale, in *La Provincia*, 2 febbraio 1983, p. 10. Il giornalista autore dell'articolo non manca di sottolineare come l'intervento dimostri che l'assistenza sanitaria cremasca non ha nulla da invidiare a quella dei grandi ospedali, anzi può essere persino più valida, funzionale e umana.
53 Ciaramella: la nucleoaspirazione per gli interventi di ernia del disco, in *La Provincia*, 21 gennaio 1990, p. 29. In pratica l'intervento consiste nell'introduzione di un ago nello spazio fra due corpi vertebrali per aspirare il nucleo polposo che costituisce l'ernia. L'articolo precisava che già 20 pazienti cremaschi erano stati operati con questa metodica.
54 Testimonianza di Adriano Tango.
55 Testimonianza di Alberto Agosti.

Adriano Tango con alcuni operatori dell'équipe

Alberto Agosti

tervento chirurgico entro le 48 ore dal trauma. Si tratta di un interessante approccio multidisciplinare (torniamo per l'ennesima volta a questo tema!) nel quale un'équipe costituita da diversi professionisti – ortopedico, geriatra, anestesista e infermieri – valuta sulla base delle singole competenze la possibilità di un intervento e collabora anche in fase post operatoria per ottimizzare le condizioni del paziente e prevenire complicazioni. Una volta raggiunta la stabilità clinica, al team si uniscono gli specialisti fisiatri e fisioterapisti per definire un programma riabilitativo individuale[56]. Da questa descrizione si capisce il motivo per cui da alcuni anni è in forza quotidianamente al reparto una figura speciale, quella dell'ortogeriatra, che grazie alle sue conoscenze internistiche permette di avere in ogni momento un inquadramento complessivo del paziente, anche in presenza di pluripatologie.
L'aumento di pazienti anziani è uno degli elementi che fanno sì che, nonostante il ricorso sempre più frequente a prestazioni chirurgiche in regime di Day Surgery, non sia stato eliminato il problema delle liste d'attesa per gli interventi. È vero, le sedute operatorie sono aumentate, e la disponibilità di un'area del Pronto Soccorso dedicata alla valutazione e al trattamento dei pazienti con patologia ortopedico-traumatologica (con reperibilità sulle 24 ore dell'équipe chirurgica) ha permesso di meglio far fronte alle urgenze, ma a compensare questi indubbi passi avanti è il mutato atteggiamento degli utenti:

> Le liste d'attesa se si vuole fanno parte degli elementi di novità: se un tempo quando si diceva ad un paziente "guardi, deve venire a farsi operare" c'era molta resistenza (in ospedale ci si andava solo quando non si poteva farne a meno…), adesso ci sono pazienti con deficit magari piccoli dal punto di vista funzionale, ma che si sa essere migliorabili con la chirurgia, che spingono per potersi far fare l'intervento. I tipi di operazioni che facciamo sono quadruplicati rispetto a venti, trenta anni fa, e questo allunga i tempi[57].

Quest'ultimo riferimento del dottor Agosti al moltiplicarsi delle tipologie di intervento porta all'attenzione un altro elemento: la varietà delle prestazioni offerte ha determinato, anche in ambito ortopedico come nella chirurgia generale, la progressiva crescita delle specializzazioni. Oggi l'Unità Operativa annovera professionisti dedicati in prevalenza chi alla chirurgia della mano, chi a quella della spalla, del ginocchio, del piede, dell'anca… E viene spontaneo chiedersi quali implicazioni porti con sé tale settorializzazione.
Abbiamo sentito in proposito il precedente e l'attuale responsabile del reparto, ed entrambi hanno evidenziato sia gli aspetti positivi che i rischi di tale cambiamento:

> Dal punto di vista del medico per me è abbastanza frustrante che uno per tutta la vita operi la stessa cosa… ma c'è chi lo fa, contenti loro… Dal punto di vista del paziente invece io vedo un certo rischio: se l'ortopedia è una cura di elezione io posso dire che un certo tipo di intervento non lo metto nell'elenco delle prestazioni, ma nel momento in cui mi

56 Silvia Firetto, La frattura del femore, in *Il Nuovo Torrazzo*, inserto "Educazione Sanitaria" 2017, p. 19.

57 Testimonianza di Alberto Agosti.

arriva un traumatizzato con una frattura su una protesi e io non sono capace di cambiare la protesi che succede? Quindi occorre avere medici che si interessano a tutte queste super specialità[58].

Non dissimile è la posizione del dottor Agosti, che ha sottolineato come "teoricamente più abbiamo la possibilità di avere un chirurgo dedicato ad ogni singolo aspetto meglio è… Se io ho chirurghi che fanno prevalentemente un certo tipo di intervento, questo rappresenta una garanzia in più per il paziente in sala operatoria. Con un limite però: io posso dedicarmi alla protesi dell'anca, ma per giustificare il mio lavoro non posso fare due interventi all'anno…[59]".

Il reparto ci pare in ogni caso aver seguito nel tempo una linea coerente: quella di sollecitare ogni membro dell'équipe a specializzarsi in un determinato settore, anche attraverso l'impegno a frequentare corsi di istruzione o a praticare altri centri ospedalieri.

Il team di Ortopedia oggi consta di nove chirurghi, e secondo l'attuale direttore il numero è difficilmente incrementabile, non solo per ragioni di economia sanitaria. Dopo anni infatti in cui si è continuamente parlato di eccesso di laureati in medicina, e per tale motivo si è istituito il numero chiuso nelle facoltà e nelle scuole di specialità, oggi ci troviamo di fronte a una situazione paradossale:

> Ormai è sempre meno facile trovare dei chirurghi. Se prima ad un concorso per un posto in Ortopedia si presentavano dieci candidati che non stavano ancora lavorando, oggi si presentano in tre che già lavorano e cercano condizioni migliori rispetto alle loro attuali. Questo accade perché in confronto a venti anni fa è stato ridotto ad un quarto il numero degli specializzandi: così per sostituire un collega che va in pensione occorre che già un paio d'anni prima che uno esca dalla scuola di specializzazione si cominci a "corteggiarlo". Gli ultimi due ortopedici che ho portato qui me li sono coltivati per due anni, e avevano altre tre o quattro proposte. E in un futuro non lontano la situazione sarà ancora peggiore[60].

Una prospettiva preoccupante, non c'è che dire!

Urologia

La storia dell'Urologia, cioè della branca chirurgica che si interessa dell'apparato urinario maschile e femminile e dell'apparato genitale maschile, è molto vecchia: già ai tempi dei greci e dei romani si parlava ad esempio di "malattia della pietra" per indicare la calcolosi vescicale. Occorre però attendere la seconda metà del Novecento perché essa assuma la dignità di disciplina a se stante, in contemporanea col tramonto dell'idea che una sola chirurgia "generale" sia in grado di intervenire su tutte le patologie, e col nascere invece delle sotto specialità. A seguito di questo processo di specializzazione nascono fra le altre le prime scuole di Urologia e si allestiscono i primi reparti, inizialmente solo negli ospedali situati nei capoluoghi di provincia, poi con progressiva estensione anche ad altri nosocomi.

A Crema gli anni Sessanta vedono ancora la specialità presente unicamente con funzioni di consulenza settimanale per i pazienti ricoverati in altri reparti: solo nel decennio successivo inizierà ad evidenziarsi l'esigenza di un reparto autonomo con un proprio organico, che troverà collocazione strutturale al quinto piano del monoblocco.

Se all'inizio l'Unità Operativa, in conformità alla tendenza generale, concentra gli atti terapeutici per lo più sulla chirurgia tradizionale, col trascorrere degli anni prendono sempre più piede anche in questo settore le metodologie endoscopiche, con tutti i vantaggi da esse apportati in termini di tempi di degenza e di recupero. Così nel 1990 il neo primario dell'Urologia cremasca Egidio Visentini può enunciare fra i suoi obiettivi quelli di "potenziare lo studio e il trattamento della calcolosi tramite procedure incruente" e di diffondere l'uso dell'endoscopia nella cura di certe forme di tumori della vescica[61], mentre nel 1992 il suo successore Sergio Perego nel tracciare un bilancio dell'attività del reparto indica in 520 gli interventi in endoscopia rispetto ai 251 effettuati con chirurgia tradizionale[62]. Nella relazione redatta per il volume

58 Testimonianza di Adriano Tango. Su questi aspetti superspecialistici si veda anche A. Tango, Ortopedia e Traumatologia a Crema: organizzazione e non solo tecnica, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 175 ss.

59 Testimonianza di Alberto Agosti.

60 Ibidem.

61 Un primario incruento, in *La Provincia*, 12 maggio 1990, p. 30. Il dottor Visentini nel corso dell'intervista sottolineava la necessità di sviluppare i rapporti con i centri di Monza e San Donato Milanese, che erano all'avanguardia in questo campo.

62 Urologia, pochi ma buoni, in *La Provincia*. 10 ottobre

Calcoli renali

Alessandro Baresi

Sala endoscopica dell'Unità di Urologia

sui trent'anni dell'ospedale[63] lo stesso dottor Perego espone i vantaggi della videoendoscopia, basata sull'uso di una telecamera ad alta definizione:

> Certamente tale attrezzatura ha presentato dei costi significativi, sia per l'acquisto iniziale che per la manutenzione successiva. In ogni caso l'endoscopia assistita dal video migliora l'efficienza operatoria e abbrevia il tempo di intervento, a tutto vantaggio dei pazienti, oltre a permettere un valido addestramento degli operatori stessi.

Abbiamo voluto riportare quest'ultimo riferimento alle funzioni di "addestramento" di queste metodologie perché nella stessa linea si muoverà il dottor Gian Lorenzo Leidi, che assumerà la guida del reparto nei primi anni Duemila dando ulteriore sviluppo alle procedure endoscopiche e facendole appunto diventare uno strumento di trasmissione di competenze. Nel 2004 troverà infatti vasta eco sulla stampa un convegno organizzato in sala Polenghi nel corso del quale i professionisti urologi intervenuti possono assistere in diretta TV a cinque interventi in chirurgia endoscopica di "elettroresezione ed elettroincisione della prostata, elettroresezione di neoplasia vescicale e su calcolo uretrale[64]", mentre negli anni successivi il dottor Leidi e il suo vice Alessandro Baresi attiveranno corsi di chirurgia urologica mininvasiva, e verrà formata un'équipe dedicata in grado di eseguire in autonomia interventi di prostatectomia radicale laparoscopica[65].

Contemporaneamente viene sviluppata la tecnologia laser, che consente l'ablazione di adenomi della prostata per via endoscopica, senza quindi ferite chirurgiche e conseguente minor rischio di complicazioni (oggi il laser viene utilizzato per molte altre patologie). Anche in questo caso il personale medico e di sala operatoria effettua un periodo di training presso un centro specializzato per poter operare autonomamente.

Negli stessi anni l'Unità acquisisce nuove strumentazioni per la diagnosi e la cura dell'incontinenza urinaria maschile e femminile e affina la diagnostica in ambito andrologico, cioè per tutto ciò che concerne le malattie dell'apparato riproduttivo dell'uomo.

L'Urologia è fra le specialità che più traggono giovamento dai continui progressi tecnologici: l'ampliarsi dei settori di applicazione è tale che sempre più spesso i reparti sentono l'urgenza ma anche la necessità di "sottospecializzarsi" in singoli ambiti. È questa la strada avviata a Crema, e a detta dell'attuale direttore dell'Unità Operativa dottor Baresi, sarà anche la direzione da intraprendere per il futuro: in un ospedale "azienda" diventa vitale offrire servizi e prestazioni di eccellenza in grado di fronteggiare la concorrenza delle realtà limitrofe.

Oggi dell'Urologia di Crema fanno parte un'Unità Semplice – Andrologia – e due alte specializzazioni, l'endoscopia urologica e la chirurgia mininvasiva, che proseguono nel solco del cammino iniziato una decina di anni fa: in particolare la laparoscopia

1992, p. 25.

63 S. Perego, S. De Cenzo, L'Urologia a Crema ieri, oggi e domani, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 263 ss.

64 Chirurgia urologica, cinque interventi in diretta TV, in *La Provincia*, 13 febbraio 2004, p. 22.

65 Il dottor Gian Lorenzo Leidi è scomparso nel 2011, lasciando un ricordo indelebile all'interno dell'Urologia cremasca.

per le neoplasie e per le malformazioni dell'apparato urinario è diventata ormai pratica comune e vanta risultati del tutto sovrapponibili a quelli dei centri specializzati.
Nel 2017 è stato poi avviato il Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'adenocarcinoma prostatico[66], che ha portato alla creazione di una "Prostate Unit", sulle cui natura e finalità vale la pena di soffermarsi, in quanto esprimono nel modo più efficace gli orientamenti della nuova medicina oncologica. La Prostate Unit è il modello organizzativo per la gestione multidisciplinare dei pazienti con sospetto o diagnosi di cancro alla prostata in tutti gli stadi della malattia, dall'accertamento iniziale, alla stadiazione, alla terapia e al monitoraggio successivo della malattia. Il team di questo modello è composto da tre figure di base, l'urologo, l'oncologo e il radioterapista, che gestiscono il trattamento in collaborazione fra loro ed in base alle rispettive competenze. A tali figure si aggiungono all'occorrenza altri professionisti come l'anatomopatologo, il radiologo, l'esperto di terapia del dolore o di cure palliative e lo psicologo clinico. Particolarmente interessante ci pare quest'ultima presenza, se è vero che sempre di più oggi curare una persona col cancro significa anche occuparsi degli aspetti psicologici, emotivi e relazionali derivanti dalla patologia e dalla difficoltà ad accettare gli effetti collaterali delle terapie, nonché le loro ricadute sul piano sociale e lavorativo.
Lo scopo della Prostate Unit è quello di sistematizzare e facilitare per il paziente il percorso della malattia, garantendogli prestazioni ad elevata specializzazione. Ovviamente per i professionisti coinvolti questo lavoro in team significa modificare i propri abituali schemi operativi e mentali, ma secondo il dottor Baresi sono sufficienti "un po' di umiltà e disponibilità al confronto[67]" perché tutto funzioni al meglio.
Altre forme di collaborazione caratterizzano il reparto: estremamente importante è quella con la Radiologia Interventistica, in ambito della quale si eseguono gli interventi endovascolari per il trattamento del varicocele[68] e di altre patologie per le quali un tempo occorreva l'accesso chirurgico tradizionale. Oggi la terapia per il varicocele consiste nella cosiddetta "scleroembolizzazione" della vena interessata – cioè nell'occlusione della stessa con una sostanza sclerosante – che si esegue mediante l'uso di un piccolo catetere inserito nel vaso femorale e comporta la ripresa immediata del paziente.
Ancora, alla medesima ottica di collaborazione risponde la pratica di "fare rete" con i reparti di Urologia degli altri nosocomi e anche con le sedi universitarie, senza più quella dicotomia che una volta separava il mondo accademico da quello ospedaliero[69].
Sempre in materia di carcinoma prostatico, l'Unità cremasca ha da poco acquisito una procedura diagnostica d'avanguardia, che ne fa un centro di riferimento anche al di fuori della provincia: si tratta della biopsia prostatica eseguita con tecnica "fusion". Ne approfondiamo le caratteristiche come esempio dei passi enormi che la tecnologia applicata alla medicina compie ogni giorno senza che al di fuori degli "addetti ai lavori" se ne abbia conoscenza e consapevolezza.
Fino a qualche anno fa non esisteva un esame strumentale che facesse diagnosi di sospetto cancro della prostata (il più frequente negli uomini): l'indicazione in questo senso derivava dalla visita e dagli alti valori di PSA[70], in base ai quali si effettuava una biopsia randomizzata, cioè dei prelievi in varie parti della prostata, con una possibilità di individuare un'area con cellule tumorali intorno al 30%. Oggi tutto è cambiato: esiste infatti una Risonanza Magnetica estremamente sofisticata chiamata Multiparametrica che permette una visione molto più chiara e consente di evidenziare la presenza di tumori potenzialmente pericolosi per la vita del malato (con possibilità di individuazione che sale al 90%). In questi casi viene effettuata la biopsia mirata con tecnica fusion, così definita perché l'immagine ecografica, rilevata con sonda endorettale, viene sovrapposta all'immagine della risonanza magnetica dando modo di individuare con precisione l'area sospetta e di eseguire un prelievo bioptico. I vantaggi di questa procedura sono evidenti: risultati più sicuri e minor numero

66 Crema, ospedale: team per la prostata, in *Il Nuovo Torrazzo*, 13 marzo 2017.
67 Testimonianza di Alessandro Baresi.
68 Il varicocele è una patologia molto frequente che comporta la dilatazione permanente di una vena che drena il sangue dal testicolo, con conseguente surriscaldamento dello stesso: può comportare infertilità.
69 L'Urologia di Crema ha una convenzione con la Scuola di specialità dell'Università di Brescia, alla quale fornisce contributi di carattere scientifico.
70 Si tratta di un enzima prodotto dalla prostata.

di prelievi[71].
La tecnologia sta rivoluzionando anche la cura della calcolosi renale. È sempre l'endoscopia ad essere protagonista: un sottile strumento ottico con una telecamera in punta viene inserito per via retrograda nelle cavità dei reni, l'immagine ad alta definizione – che può essere ingrandita e variata – consente la visione dei calcoli e quindi l'asportazione, frantumazione, aspirazione degli stessi senza bisogno di fare un accesso chirurgico.
Secondo l'attuale direttore dell'Urologia i progressi sopra descritti sono stati resi possibili anche dal clima positivo che si respira non solo all'interno del reparto ma in tutto l'ospedale:

> Io ho lavorato in molti ospedali. L'ospedale di Crema non è esente da difetti, ma ha anche due grandissimi pregi: il primo è che i cremaschi lo considerano davvero casa propria, il secondo è che la collaborazione che esiste qui fra gli operatori io non l'ho mai trovata altrove. Se io ho bisogno di qualcosa spesso non ho neanche bisogno di chiederla. E questo spiega i riconoscimenti che l'ospedale riceve[72].

Ecco di nuovo la parola "collaborazione" che torna, e che riproponiamo con piacere.

Oculistica
Nell'estate del 1976 due persone che hanno subito degli infortuni agli occhi si presentato al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore. Ad aspettarli è un'amara sorpresa: nella struttura non c'è nessuno che possa occuparsi di loro, perché dall'anno prima il reparto di Oculistica ha di fatto cessato di esistere. Per ricevere le cure necessarie devono quindi essere accompagnati al nosocomio di Lodi.
La vicenda non ci mette molto ad arrivare alla stampa: si parla da subito di "situazione inconcepibile[73]", soprattutto alla luce di quelli che sembrano essere i motivi dell'increscioso stato di cose. Si tratta di questo: da diversi mesi l'unico specialista presente in organico, il dottor Bruno Le Grottaglie, si è dimesso (l'autore dell'articolo parla esplicitamente di dissensi con l'ospedale) e non si è riusciti a trovare un sostituto, per cui si è dovuto chiudere i battenti. La spiegazione scatena ovviamente la caccia alle responsabilità: un gruppo di dipendenti accusa il Consiglio dei Delegati sindacali di essere stato al corrente del problema e di non aver fatto nulla per sollecitare una soluzione[74], l'organismo ribatte immediatamente in modo polemico[75]. Alla fine arriva l'intervento del vice Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Ospedaliero Mario Bettini[76], che così riassume la questione: è vero, il professionista precedente se n'è andato e le procedure per nominarne un altro non sono andate a buon fine. Il motivo è legato, oltre che ad una carenza di specialisti in questo campo, anche a più banali motivazioni economiche: l'organico non prevede infatti per il reparto un primariato, ma solo le figure di un aiuto e di un assistente; per coprire però il primo dei due ruoli occorre l'abilitazione a primario, con il risultato che chi scegliesse di venire a Crema dovrebbe accettare di svolgere un incarico di livello inferiore rispetto ai titoli acquisiti, con conseguente minor riconoscimento retributivo. Ecco perché, prosegue Bettini, è stata avviata la pratica in Regione per avere il primariato… ma ancora non se ne conosce l'esito.
Si sa che i tempi della burocrazia non sono mai brevissimi, ed in effetti occorreranno due anni prima che la faccenda si sbrogli e l'ospedale torni ad avere il suo reparto di Oculistica: siamo alla fine del 1977 e il nuovo responsabile è il dottor Claudio Freri.
La ripartenza dell'Unità Operativa non è facile: occorre riavviare un meccanismo da lungo tempo inattivo, ampliarne l'organico, rinnovare le attrezzature, decidere come rispondere alla crescente domanda di prestazioni.
Per ciò che concerne l'aggiornamento della tecnologia un aiuto arriva, all'inizio del nuovo decennio, da colui che abbiamo ormai imparato a conoscere come il più generoso benefattore dell'ospedale: Bruno Manenti infatti contribuirà con la solita disponibilità a finanziare l'acquisto di macchinari

71 Attualmente l'ospedale di Crema, che è dotato dello strumentario per questo tipo di biopsia, non dispone invece della Risonanza Multiparametrica, per effettuare la quale i pazienti devono recarsi nel nosocomio di Brescia.
72 Testimonianza di Alessandro Baresi.
73 Perché non c'è lo specialista in Oculistica, in *La Provincia*, 21 agosto 1976, p. 8.
74 Necessario in ospedale avere un oculista, in *La Provincia*, 24 agosto 1976, p. 8.
75 Un oculista in ospedale. Documento polemico del Consiglio dei Delegati, in *La Provincia*, 27 agosto 1976, p. 8.
76 Perché manca all'ospedale lo specialista in Oculistica, in *La Provincia*, 31 agosto 1976, p. 9.

"fra i più moderni esistenti[77]". Grazie anche al suo aiuto l'Oculistica cremasca riesce a dotarsi in pochi anni di un Laser ad Argon, usato ad esempio per il trattamento fotocoagulativo della retinopatia diabetica[78], di un fluoroangiografo, ausilio diagnostico nella patologia vascolare, degenerativa e neoplastica della retina[79], e soprattutto di un microscopio operatorio, sussidio indispensabile per tutte le tecniche microchirurgiche, prima fra tutte quella per l'asportazione della cataratta con impianto di cristallino artificiale[80].

Negli anni Ottanta il reparto si trova ad affrontare anche importanti problemi logistici: condivide infatti gli spazi con l'Otorinolaringoiatria, e se la convivenza non genera grossi attriti, risulta comunque scomoda, a causa della carenza di personale e della scarsità di posti letto. Questi due ultimi fattori sono fra le principali cause delle lunghe liste d'attesa per gli interventi che nello stesso periodo vengono denunciate dai pazienti, sebbene in un'intervista del 1989[81] Il primario chiami in causa anche un altro elemento, cioè la tendenza da parte dell'Amministrazione ospedaliera a privilegiare la struttura centrale dando poco spazio agli ambulatori territoriali, con il risultato di sovraffollare la prima.

Le difficoltà non impediscono tuttavia al reparto di ampliare nel tempo la sua offerta: è del decennio Novanta l'introduzione del servizio di prelievo e trapianto del tessuto corneale, mentre nel 2009 è stata avviata la chirurgia vitreoretinica.

Tutte le innovazioni si sono accompagnate a cambiamenti che hanno riguardato non solo le modalità di trattamento delle patologie oculari, ma anche la figura stessa del medico oftalmologo e la percezione che della specialità hanno gli utenti.

Per ciò che concerne l'aspetto clinico un esempio efficace dei mutamenti avvenuti negli ultimi venti – trent'anni ci è fornito dall'attuale direttrice del reparto, la dottoressa Guerrini Rocco:

> L'oculistica è una delle specialità che più ha approfittato dello sviluppo della tecnologia. Basti pensare all'intervento di cataratta, che quando ho iniziato io la professione – nel 1988 – durava un'ora (con suture e quant'altro) e richiedeva un ricovero di dieci giorni; oggi viene fatto ambulatorialmente e il paziente se ne va a casa dopo un paio d'ore con un ripristino visivo quasi immediato[82].

La progressiva minore invasività della chirurgia oculare ha fatto sì che col tempo i trattamenti in regime di Day Hospital siano diventati una pratica assai comune, e che comunque siano grandemente diminuiti i giorni di degenza post operatoria necessari, il che ha reso meno sensibile il problema della carenza di posti letto (i ricoveri non chirurgici sono poco frequenti) e ha incrementato il numero di prestazioni[83].

Forse sempre a seguito delle modalità meno cruente degli interventi, e alla conseguente rapidità di recupero (oltre che alla varietà di prestazioni offerte e ai risultati che si ottengono dalle stesse) è radicalmente cambiata l'immagine che il pubblico ha dello specialista in Oculistica: come efficacemente ha scritto il dottor Freri nel 2000[84] se prima lo si considerava un mero "dispensatore di lenti correttive", a cui far ricorso puramente a tale fine, oggi ci si rivolge a questa figura – qualche volta purtroppo anche indotti da informazioni inesatte o aspettative eccessive generate dal mondo dei media – nel tentativo di correggere e risolvere tutte le più frequenti patologie dell'apparato visivo. La dottoressa Guerrini Rocco ci ha fatto notare come in particolare sia in crescita il numero dei bambini che afferiscono al reparto (oggi esiste un ambulatorio specificamente dedicato a loro), a testimonianza anche della maggiore attenzione dedicata alla prevenzione.

77 Le nuove attrezzature del reparto oculistico, in *La Provincia*, 20 novembre 1981, p. 11.

78 La retinopatia diabetica è una grave complicanza del diabete che colpisce i piccoli vasi sanguigni della retina e può essere causa di cecità. Il fascio luminoso prodotto dall'Argon Laser ha un'azione termica: riscaldando la zona su cui si punta si "uccidono" le aree di tessuto malato.

79 La fluoroangiografia è un esame della retina eseguito tramite l'uso di una sostanza fluorescente. Oggi è superata da un'altra metodologia, la cosiddetta angiografia OCT, che non richiede iniezione di mezzo di contrasto, è più precisa e presenta meno rischi e controindicazioni.

80 La cataratta è la progressiva perdita di trasparenza del cristallino nell'occhio con conseguente diminuzione della vista.

81 Oculistica, per ora vede nero, in *La Provincia*, 28 giugno 1989, p. 21. Il reparto di Oculistica ha trovato la sua definitiva collocazione nel 2007, al terzo piano del monoblocco.

82 Testimonianza di Grazia Eugenia Guerrini Rocco.

83 Per dare solo un numero, nel triennio 2008-2010 gli interventi nel reparto di Oculistica sono aumentati del 25% rispetto ai tre anni precedenti.

84 C. Freri, L'Oculistica verso il Day Hospital chirurgico, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 165 s.

Grazia Eugenia Guerrini Rocco

Il moltiplicarsi delle possibilità diagnostiche e terapeutiche offerte dalla specialità ha ovviamente portato con sé la necessità di un adeguamento professionale da parte del medico oculista. Ce lo spiega a chiare lettere la direttrice dell'Unità Operativa cremasca:

> All'inizio del mio lavoro l'oculista era un po' un "tuttologo", nel senso che faceva tutti i tipi di intervento, dalla cataratta alla chirurgia retinica (magari a volte con risultati mediocri!). Adesso anche per noi ci sono le super specializzazioni, quindi un ospedale piccolo come il nostro esegue soprattutto interventi di cataratta, sulla palpebra ecc., mentre per gli interventi più complessi i pazienti vengono mandati nei centri di riferimento[85].

Esiste la possibilità che una realtà come quella cremasca sia in grado in futuro di estendere la tipologia di interventi praticati? Secondo l'attuale responsabile molto dipende dalla possibilità di aumentare il personale, perché allo stato attuale sarebbe impensabile caricare di altro lavoro le già insufficienti ed oberate forze presenti. La speranza è che nuove risorse consentano di integrare tali forze, e che qualche quattrino in più permetta anche di acquisire altra strumentazione, per mantenersi al passo con la tecnologia. Come sempre ci uniamo all'auspicio.

Otorinolaringoiatria

Raccontare del passato della divisione di Otorinolaringoiatria significa necessariamente partire da colui che ne è stato primario per oltre trent'anni: il dottor Augusto Boriani. Di questa figura il volume sull'ospedale edito nel 2000[86] ricorda quanto credesse nell'importanza del costante aggiornamento culturale del personale, e come avesse posto a base del suo lavoro "una costante verifica ed un perenne confronto con altre realtà professionali": un'impostazione che accompagnerà nel tempo l'attività del reparto e che si rivelerà tanto più importante quanto più rapido sarà il rinnovamento delle metodiche diagnostiche e terapeutiche e più stringente la necessità di tenersi al passo con esse.

Molti dei passaggi che hanno caratterizzato questa specialità sono comuni a quelli già incontrati trattando delle altre scienze chirurgiche: ecco quindi la progressiva conquista di spazio operativo da parte della chirurgia mininvasiva, con la conseguente riduzione dei tempi di ricovero, ed ecco la crescita d'importanza dell'attività ambulatoriale (con ambulatori generici a Crema, Castelleone, Soncino e

85 Testimonianza di Grazia Eugenia Guerrini Rocco.

86 A. Bonelli, L. Marcarini, S. Passerini, Nuove tendenze nell'organizzazione dell'attività degenziale ORL. La gestione del ricovero programmato e urgente, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 167 ss.

Rivolta e diversi ambulatori specialistici[87]) e delle procedure diagnostico terapeutiche effettuate in Day Hospital. In generale la tendenza appare quella di ricorrere sempre di più a quest'ultimo (e nell'ambito di esso alla Day Surgery, in caso di patologie chirurgiche lievi) e sempre meno alla degenza ordinaria, abbattendo così i costi e venendo anche incontro alle preferenze dei pazienti, che certo preferiscono evitare soggiorni in ospedale.
Un altro elemento in comune con altre Unità Operative riguarda gli spostamenti logistici che hanno caratterizzato la vita del reparto: ricordiamo la collocazione originaria condivisa con l'Oculistica, ma anche delle tappe successive è difficile tenere il conto:

> Nel 2000 eravamo nel blocco vecchio, poi siamo passati sopra le sale operatorie, quindi nel blocco nuovo – con già un netto miglioramento a livello ambientale[88] – e da poco siamo andati al sesto piano, dove c'era il reparto Solventi, quindi con un'ottima situazione dal punto di vista alberghiero. Lo spazio è più piccolo, ma sotto certi aspetti questo può essere un vantaggio: prima il sabato e la domenica, quando gli accessi al Pronto Soccorso erano tanti e non c'era spazio dove ricoverare i pazienti in altri reparti, li mandavano da noi, e questo creava un po' di difficoltà nell'organizzazione[89].

L'accenno alle ridotte dimensioni del reparto si ricollega a quanto sopra accennato rispetto alla tipologia di attività svolte dall'Unità Operativa, su cui ora vale la pena di soffermarsi. Per farlo utilizziamo anche degli articoli di stampa che descrivono alcune delle sue eccellenze.
Un capitolo importante nelle prestazioni offerte dalla divisione di Crema riguarda i problemi dell'udito. Nella relazione elaborata alcuni anni fa per *La Provincia* dal direttore Pasquale Blotta[90] è orgogliosamente rivendicato l'altissimo livello raggiunto dalla tecnologia a disposizione:

> Il reparto di Otorinolaringoiatria di Crema offre al paziente con problemi dell'udito una risposta completa (e riconosciuta) di livello paragonabile ai migliori centri nazionali per lo studio e la cura della sordità. Il reparto è dotato delle attrezzature elettromedicali più sofisticate per la diagnostica strumentale (audiometria tonale, audiometria vocale, impedenzometria[91], potenziali evocati uditivi del tronco encefalico[92], otoemissioni acustiche) e di moderni presidi chirurgici per gli interventi (microscopio operatorio, laser a diodi, frese motorizzate, microtrapani).

Grazie a questi presidi il reparto garantisce interventi su pazienti di tutte le età, a partire dai neonati: su tutti i bimbi nati a Crema viene infatti eseguito uno screening per il rilievo di ipoacusie neonatali con la metodica delle otoemissioni acustiche (il test sfrutta i suoni generati da alcune cellule interne all'orecchio in risposta a uno stimolo sonoro). L'attività degli specialisti si dispiega poi in molti altri ambiti, quali la cura della sordità transitoria del bambino causata da ristagno mucocatarrale dell'orecchio o da ipertrofia del tessuto linfatico adenoideo, la ricostruzione della membrana timpanica dopo rottura provocata da trauma, la terapia della sordità dovuta a otosclerosi (che viene corretta con un intervento in Day Surgery e anestesia locale) e delle infiammazioni croniche dell'orecchio. In tutti queste attività l'elemento caratterizzante è l'approccio polispecialistico:

> Nella diagnosi e terapia della sordità intervengono in modo armonico figure professionali tecniche come audiometrista, audioprotesista, logopedista e medici come l'audiologo e l'otorino[93].

Un elemento, quest'ultimo, che troviamo presente anche in un altro campo di attività del reparto, che purtroppo non conosce contrazioni: quello della chirurgia oncologica, che interviene sui tumori della cavità orale, della laringe, della tiroide, del naso e dei seni paranasali.

87 Esistono ad esempio ambulatori di otologia per la diagnosi delle malattie dell'orecchio, di vestibologia per i disturbi dell'equilibrio, di endoscopia delle prime vie aeree ed altri con specialisti in audiometria.
88 In effetti il volume del 2000 (L'Ospedale Maggiore, cit., p. 170) parlava addirittura di "stanze fatiscenti".
89 Testimonianza di Pasquale Blotta, attuale direttore del reparto.
90 L'udito, comunicare è bello, in *La Provincia*, 31 maggio 2006, inserto "Sanità e territorio", p. 4.
91 L'impedenziometria è un esame non invasivo che fornisce informazioni sullo stato di salute e sulla funzionalità dell'orecchio.
92 Si tratta di un test non invasivo che valuta la funzionalità del tronco cerebrale in risposta a determinati stimoli uditivi.
93 L'udito, comunicare è bello, cit.

Augusto Boriani

Pasquale Blotta

Vista la zona del corpo interessata è facile intuire come la terapia di queste forme neoplastiche abbia grosse ricadute sul piano psicologico: in passato ci si curava poco di tale aspetto, col risultato che spesso le conseguenze a livello estetico delle cicatrici e delle demolizioni finivano per far passare in secondo piano i risultati clinici degli interventi. Oggi per fortuna l'atteggiamento è cambiato: prendersi cura del paziente con malattia oncologica significa anche occuparsi della sua psiche, perché dallo stato di quest'ultima dipendono l'atteggiamento con cui si affronta la terapia e la "voglia" di contrastare il male. Ecco il motivo per cui in seno all'Unità Operativa agiscono anche specialisti in chirurgia plastica, e la preoccupazione per quella che sarà la qualità della vita dopo l'intervento è diventata di primaria importanza.

Un aiuto in questo senso è senz'altro fornito dal progredire delle nuove tecniche chirurgiche[94]: così per il tumore della laringe esiste la possibilità di intervenire con il laser per via endoscopica, evitando tagli esterni sul collo, mentre per le forme che colpiscono la tiroide si ricorre a volte a tecniche mininvasive.

Appare facile ipotizzare per il futuro un ulteriore sviluppo di queste procedure. Nell'immediato abbiamo l'anticipazione che il dottor Blotta ci ha fatto per il 2018, quando il reparto acquisirà per gli interventi eseguiti per via endoscopica un "navigatore". Non sempre infatti la strada in cui l'endoscopio si muove è chiara e piena di luce, ci sono delle zone – come i seni paranasali – in cui il percorso da fare è stretto ed angusto, ed il rischio è quello di… perdersi. Per evitarlo un valido aiuto è costituito da questo affascinante strumento: una sorta di "Tom Tom" chirurgico che permette di conoscere in ogni momento la posizione esatta degli strumenti del medico, con enormi vantaggi per la qualità e la sicurezza dell'intervento. È una tecnologia che pochissimi ospedali hanno: Crema se ne doterà, e questa è senz'altro una buona notizia.

Day Surgery

Sono termini che abbiamo incontrato spesso nel nostro cammino, quindi vale la pena di occuparcene in modo più approfondito. Day Hospital e Day Surgery: già nel distinguerli la confusione è tanta, e l'utente occasionale dei servizi sanitari ritiene per lo più che si tratti di due modi di indicare una stessa realtà. Invece non è esattamente così: potremmo dire che la seconda rappresenta una "evoluzione" del primo, un allargamento delle sue possibilità applicative. Così, se il Day Hospital consiste nel ricovero programmato anticipatamente e della durata di un giorno, finalizzato all'esecuzione di determinate indagini diagnostiche, specialistiche o terapie, la Day Surgery è una prestazione di Day Hospital che ha luogo quando si devono effettuare interventi chirurgici invasivi o semi invasivi che consentono la dimissione in giornata.

Di Day Surgery a Crema si comincia a parlare nel 1996: a inizio di quell'anno i giornali annunciano che all'ospedale sta per essere avviata Chirurgia III/Day Hospital[95], dedicata alle procedure che

94 Chirurgia oncologica al TOP, in *La Provincia*, 27 settembre 2006, inserto "Sanità e territorio", p. 4. Per i tumori alla laringe da alcuni anni il laser a CO2 ha sostituito quello a diodi.

95 *Le novità dell'Ospedale: in arrivo Chirurgia III*, in *La Provincia*, 9 febbraio 1996, p. 24. Nell'articolo l'apertura del-

non necessitano un ricovero tradizionale. Primario del nuovo reparto, i cui dodici letti di degenza verranno equamente distribuiti fra le due Chirurgie esistenti, sarà il dottor Bruno Papa, e nell'ambito della nuova struttura troverà spazio anche una "Day Surgery per piccoli interventi". Per la verità, in merito alla natura di quest'ultima l'articolo è molto vago: si dice che "forse" si tratterà anche di interventi in narcosi, ma su tale possibilità non vi è certezza.
Probabilmente anche questa vaghezza – insieme ad alcuni problemi logistici – condiziona all'inizio la nascita del reparto: tre mesi dopo l'annuncio l'attività non è ancora partita, nonostante nella dirigenza sanitaria sia ben chiara l'importanza di questo nuovo modo di intendere la chirurgia, che rappresenta il futuro in quanto "permette di risparmiare un sacco di quattrini e di sfruttare al massimo le risorse umane e professionali dell'Ospedale[96]". Occorre tutta la convinzione del responsabile designato perché la situazione si sblocchi e soprattutto perché l'opinione pubblica acquisti consapevolezza della portata "rivoluzionaria" della Day Surgery[97]. Prima di tutto il dottor Papa chiarisce un equivoco di fondo: non si sta parlando di semplice chirurgia ambulatoriale, ma di interventi eseguiti in anestesia locale, regionale o generale che necessitano osservazione post operatoria di durata variabile da alcune a diverse ore in ambiente idoneo attrezzato. Proprio la natura non banale di tali interventi – il nuovo primario ne è consapevole – potrebbe suscitare negli utenti reazioni di interesse, ma anche di perplessità:

> Interesse perché l'individuo intuisce di poter risolvere problemi a volte preoccupanti in breve lasso di tempo e con minor traumatismo fisico e psichico. Perplessità perché abituato a lunghe degenze ospedaliere potrebbe temere di essere trattato frettolosamente e, quel che è peggio, essere poi abbandonato a se stesso.

Per sgombrare il campo dai dubbi il dottor Papa punta sull'informazione: nel giugno dello stesso anno l'ospedale di Crema ospita un convegno nazionale a cui vengono invitati i massimi esperti italiani di Day Surgery: nel corso della giornata viene raccontata la storia ormai ventennale di questa pratica (è nata negli Stati Uniti) e ne vengono illustrati i vantaggi per il sistema sanitario e per i pazienti.
Gli sforzi del dottor Papa hanno successo: nel 2000 sono già alcune centinaia i pazienti trattati "che si sono dichiarati pienamente soddisfatti dal punto di vista medico ed umano[98]", e in virtù di tali risultati nel 2003 viene costituita l'Unità Operativa di Day Surgery Multidisciplinare con 18 letti a cui afferiscono i pazienti di tutte le divisioni chirurgiche. Il trascorrere degli anni ha visto l'affermarsi di questo tipo di chirurgia, ma anche il suo adeguarsi e modificarsi. Il continuo progresso scientifico e tecnologico consente di effettuare un sempre maggiore numero di interventi in Day Surgery, ma ha pure fatto sì che molte delle procedure prima eseguite in questo modo ora siano passate alla chirurgia ambulatoriale: per tale motivo a Crema dal 2011 l'attività viene svolta anche in regime di BIC (Bassa Intensità Chirurgica).
Oggi la realtà dell'Unità Operativa è quella descrittaci dalla responsabile, dottoressa Fulgenzia Bianchi:

> Il paziente viene anestetizzato, operato e dimesso nel corso di una sola giornata. Questo è estremamente gradito dalle persone ed ha un forte impatto economico (di notte il reparto è chiuso). Ciò non vuol dire che si tratti di una chirurgia minore, anzi: proprio perché si vuole che il paziente torni a casa nelle migliori condizioni, occorre un personale dedicato che conosca bene i protocolli alla base di questa chirurgia e che quindi sia attento a tutta una serie di fattori come l'accoglienza, il controllo preciso del dolore post operatorio eccetera. Il paziente deve tornare a casa con una ferita in ordine ed in grado di fare quello che faceva prima di venire in ospedale, con in più l'intervento fatto[99].

Ovviamente non si tratta comunque di una chirurgia che va bene sempre e per tutti. Il limite più

la nuova sezione chirurgica viene messa in collegamento con la già decisa chiusura della Chirurgia di Rivolta d'Adda, il cui primario era proprio Bruno Papa.

96 *Chirurgia III un fantasma…*, in *La Provincia*, 15 maggio 1996, p. 24.

97 *'Day Surgery'. A casa dopo il bisturi*, in *La Provincia*, 28 giugno 1996, p. 31.

98 B. Papa, *La Day Surgery a Crema*, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 75 ss. Nel 2002 i pazienti trattati in Day Surgery saranno oltre 2.500 (il 31% degli interventi), per salire a circa 3.800 nel 2006 (il 45% degli interventi).

99 Testimonianza di Fulgenzia Bianchi.

Mauro Agarossi con alcuni collaboratori

Fulgenzia Bianchi

ovvio è dato dal tipo di intervento, che deve essere di natura medio – piccola, di quelli che in passato richiedevano due o tre giorni di ospedalizzazione: parliamo quindi ad esempio di patologie erniarie, di interventi minori di tipo ortopedico, di tonsillectomia, di emorroidi, di trattamento della safena, e di una miriade di altre problematiche di natura vascolare, oculistica, urologica, ginecologica… Anche i pazienti devono essere individuati sulla base di una valutazione personalizzata: non sono ammesse a questa chirurgia le persone con più di 80 anni, quelle obese o le cui condizioni generali non lo consentono[100]. Esistono anche controindicazioni di natura "logistica" e familiare, come ci ha spiegato la dottoressa Bianchi:

> Si deve trattare di pazienti che non abitano troppo lontano dall'ospedale (parliamo di una distanza non superiore ai cento chilometri), perché se devono tornarci per qualsiasi tipo di necessità devono poterci arrivare in fretta. Inoltre devono avere un supporto casalingo in grado di fornire la dovuta assistenza[101].

Secondo la responsabile del reparto non sussistono invece particolari problemi di ordine psicologico, in quanto "tutti gli interventi vengono 'filtrati' dal prericovero, durante il quale i pazienti sono valutati dal chirurgo e dall'anestesista e ricevono ogni informazione su quello che succederà al momento dell'intervento, su ciò che dovranno fare prima di entrare in ospedale e sul decorso post operatorio. In ogni caso il reparto si fa carico nel giorno successivo all'intervento stesso di controllare tramite telefonata a domicilio che tutto vada bene, e questo contribuisce alla tranquillità del paziente[102]".
Di alcuni dei vantaggi che derivano da questo tipo di procedura abbiamo già accennato: minori costi per il sistema sanitario e dimostrato gradimento da parte del paziente. Ne ricaviamo altri dalla relazione scritta dal dottor Papa per il volume sull'Ospedale Maggiore edito nel 2000[103]:

> Le abitudini di vita del paziente cambiano in modo minimo; egli riceve una maggiore attenzione individuale; la sua ansia è minore; esiste minor rischio di infezioni nosocomiali; il medico conserva il controllo ed il contatto con il paziente[104]; vi è riduzione dell'invalidità temporanea, con ritorno precoce al lavoro; vi è risparmio, quindi maggiore disponibilità di posti letto, da adibire al trattamento di patologie curabili solo in regime di ricovero ordinario, quindi diminuzione dei tempi d'attesa.

Rispetto all'ultimo elemento citato – quello relativo alle liste d'attesa – in realtà la situazione nel tempo non si è evoluta in senso così positivo, e se pochi anni dopo la creazione dell'Unità Operativa si contavano centinaia di pazienti che aspettavano di essere operati (tanto da suscitare la reazione di

100 Nel sito dell'Associazione Italiana di Day Surgery (www.daysurgeryitalia.it) troviamo le seguenti controindicazioni: anamnesi da shock anafilattico, diabete insulinodipendente, pregresse sindromi convulsive, coagulopatia a rischio emorragico, infarto nell'ultimo anno, trattamento in dialisi, epatopatia, patologia psichiatrica.

101 Testimonianza di Fulgenzia Bianchi.

102 Ibidem.

103 *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 78.

104 Dopo l'intervento il paziente deve tornare in ospedale per i controlli ambulatoriali.

A sinistra Roberto Guerini con alcuni colleghi del reparto di Ortopedia attorno a una paziente al compimento dei 100 anni di età, luglio 2003

protesta dell'allora responsabile Mauro Agarossi[105]), anche oggi il problema non è del tutto risolto, soprattutto per alcune tipologie di interventi.
Un'altra difficoltà che ha accompagnato la vita del reparto riguarda la sua collocazione all'interno dell'ospedale, che per molto tempo ha visto l'accoglienza e la degenza sistemate su piani diversi del monoblocco. Oggi la situazione è ancora provvisoria, ma si prevede a breve una soluzione adeguata:

> Nell'ultimo periodo l'attività ha avuto una lieve flessione legata a problemi logistici, nel senso che a causa della ristrutturazione in corso siamo un po' sparsi fra i reparti, e i letti sono passati da 24 a 18-20. Si sta infatti approntando il secondo piano, che è sempre stato lo spazio dell'accoglienza della Day Surgery, ma che negli ultimi anni era diventato un po' lo spazio jolly, perché tutti i reparti in ristrutturazione sono passati di lì. Questo ci creava delle difficoltà, perché l'accoglienza per noi è fondamentale (il paziente si deve sentire per così dire "coccolato"!). Come reparto dal 2011 all'anno scorso siamo invece stati al sesto piano, una buonissima sistemazione dal punto di vista alberghiero, ma lontana dalle sale operatorie… Quando i lavori finiranno avremo invece tutto al secondo piano, vicino alle sale operatorie stesse, e con possibilità quindi di trasferimenti più rapidi[106].

Se, come molti sostengono, il futuro vedrà un uso sempre più massiccio della "chirurgia di giorno", non possiamo che sperare che sempre più risorse umane e materiali vengano messe a disposizione del reparto, per soddisfare in tempi ragionevoli i bisogni dell'utenza, ma anche come riconoscimento del lavoro dei professionisti che con dedizione vi operano ogni giorno.

105 Day Surgery, Agarossi a Blotta: "in lista d'attesa 378 pazienti", in *La Provincia*, 12 luglio 2005, p. 20. L'intasamento della Day Surgery era attribuito nell'articolo alla ridotta disponibilità delle sale operatorie per questi interventi (sei sedute al mese) e alla carenza di infermieri e anestesisti.

106 Testimonianza di Fulgenzia Bianchi.

CAPITOLO V

GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA A CREMA

Le origini

> Osservavo quel tubo piuttosto grosso, poco rassicurante ma flessibile, lo presi in mano, mi feci coraggio e lo inghiottii, suscitando vivaci proteste da parte della mia faringe non anestetizzata…[1].

L'autore di questo racconto piuttosto "pulp" è un medico sudafricano, Basil Hirschowitz. Siamo appena dopo la metà del secolo scorso, e il contesto in cui la scena si svolge è l'Università del Michigan (USA), dove il nostro dottore è ricercatore di Gastroenterologia. Hirschowitz ancora non lo sa, ma quel tubo che ha fra le mani – che ha realizzato e perfezionato grazie anche al contributo del suo collaboratore Larry Curtis – è destinato a cambiare la storia della medicina: si tratta infatti del primo endoscopio flessibile a fibre ottiche per uso medico.
Di strumenti di questo tipo, in grado di "guardare" dentro gli organi, ne esistevano già fin dal secolo precedente, ma certamente l'invenzione di Hirschowitz rappresenta una novità assoluta: gli antenati del suo endoscopio erano attrezzi rigidi o semi rigidi, il cui uso era per tale motivo limitato e provocava immaginabili disagi al paziente (si dice che il costruttore del primo di essi, nel 1868, avesse avuto l'idea durante uno spettacolo di mangiatori di spade!).
Queste limitazioni non avevano tuttavia impedito il diffondersi della procedura, anche grazie a parziali miglioramenti nella tecnologia, che avevano portato a strumenti più "manovrabili" dentro il corpo.
Quando l'invenzione del medico sudafricano si affaccia alla ribalta del mondo scientifico esistono quindi già delle scuole di Endoscopia in molti paesi d'Europa. È il caso anche dell'Italia, dove aveva fatto molta sensazione un articolo pubblicato dal quotidiano La Notte il 21 settembre del 1960[2] con il titolo "Gli speleologi della Medicina ci faranno un film dentro lo stomaco": nel testo si raccontava come Leopoldo Celli, Enrico Mirelli e altri giovani medici praticassero l'endoscopia digestiva.
L'endoscopio di Hirschowitz rivoluziona tale pratica. Superata infatti l'iniziale diffidenza[3] se ne scoprono gli immensi vantaggi: lo strumento può osservare più lontano e più in profondità (non solo ad esempio la mucosa gastrica ma anche quella duodenale, e poi il pancreas, e le vie biliari…). Per non parlare delle nuove possibilità diagnostiche che subito si evidenziano, come quella di effettuare biopsie senza intervento chirurgico.
La conoscenza delle potenzialità dell'apparecchio inizia a diffondersi in Italia nei primi anni Sessanta, e l'ospedale di Crema è fra i primi a farne argomento di discussione scientifica.
Nel gennaio del 1963 la città ospita una riunione

1 Ricaviamo le parole di Basil Hirschowitz (così come le altre informazioni riportate nel testo) dal volume di James Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, Edizioni Vita e Pensiero, Milano 2005, p. 270.

2 Il riferimento all'articolo è tratto da Felice Cosentino, *Storia dell'Endoscopia digestiva in Italia*, Area Qualità, Milano 2001, p. 20.

3 L'endoscopio a fibre ottiche ottiene immediata accoglienza per altri usi (in aeronautica e nelle comunicazioni), ma non tutti sono convinti della sua utilità in medicina.

Alessandro Zambelli con l'équipe durante un'endoscopia digestiva

di medici destinata a fare storia[4]: nel corso di essa viene infatti presentato ai professionisti intervenuti un filmato scientifico che mostra l'interno di uno stomaco ripreso grazie al "gastroduodenoscopio di Hirschowitz" (il documentario è stato realizzato durante un'endoscopia effettuata da Leopoldo Celli – lo stesso dell'articolo de La Notte – presso la Clinica Medica di Milano). Ad introdurre i lavori del convegno è Giulio Canger, che dopo aver sottolineato la novità assoluta della metodica passa la parola all'ingegnere responsabile della ditta importatrice dello strumento in Italia. La relazione di quest'ultimo spiega come "il passaggio del tubo gastroscopico è facile, sicuro e non fastidioso" e come venga resa appunto possibile "la ripresa di foto e di cinematografie a colori". Segue un'ampia discussione fra i medici presenti: tutti concordano nel sostenere l'utilità dell'apparecchiatura per "completare le indagini radiologiche senza volerle sostituire". L'importante riunione si chiude con l'auspicio neanche troppo velato di Canger che il nuovo endoscopio possa presto entrare in dotazione del locale ospedale.
In realtà occorreranno ancora dieci anni perché la speranza del noto primario si realizzi. L'inizio della storia dell'endoscopia cremasca viene così raccontata da colui che ne è stato per quarant'anni il principale protagonista, il dottor Alessandro Zambelli:

> Frequentavo l'ospedale di Crema come studente del quinto anno di Medicina quando il professor Canger, primario chirurgo ed autorità massima indiscussa dell'Ospedale Maggiore di Crema, portò in sala operatoria un lungo tubo nero flessibile, con il quale sarebbe stato possibile visualizzare l'esofago e lo stomaco. Nei mesi successivi utilizzò l'endoscopio a fibre ottiche 3-4 volte, con fatica, ed alcune volte lo utilizzò il professor Colombo…[5].

Nonostante gli esordi "faticosi" Zambelli è immediatamente affascinato da "questa possibilità di entrare nel corpo umano, di andare a vedere l'esofago, lo stomaco, l'intestino con questi strumenti particolari[6]", così dopo la laurea inizia a "bazzicare" il centro di Endoscopia Digestiva che stava allora nascendo presso il Policlinico di Milano; nel frattempo è già stato assunto dall'ospedale di Crema (aprile 1974) come assistente chirurgo e con destinazione Pronto Soccorso, e spera che prima o poi si apra per lui l'incarico di endoscopista.
In effetti dopo l'apparizione in sala operatoria di due anni prima il servizio sta muovendo qualche timido passo anche nel nosocomio cittadino: ad

4 Successo della riunione scientifica dei medici, in *La Provincia*, 24 gennaio 1963, p. 2.

5 L'Endoscopia digestiva a Crema, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit. p. 89.

6 Testimonianza di Alessandro Zambelli.

occuparsi della sua organizzazione è chiamato il dottor Bruno Papa, che abbiamo già incontrato come promotore della Day Surgery.
Nell'autunno del 1974 un altro storico convegno sull'argomento viene organizzato dal professor Canger[7]. Questa volta l'ospite d'onore è Pasquale Spinelli, dirigente del servizio di Endoscopia presso l'Istituto dei Tumori di Milano, il quale nella sua relazione ricorda i progressi compiuti nelle indagini endoscopiche e presenta referti diagnostici stilati grazie a queste metodologie nelle affezioni bronchiali, delle vie biliari e del tubo digerente.
Subito dopo interviene Giulio Canger, il cui discorso ci permette di capire quale sia in quel momento la situazione a Crema: il primario di Chirurgia ringrazia infatti Spinelli per la preziosa collaborazione da lui offerta al locale ospedale "non solo effettuando in prima persona diligenti e determinanti esami endoscopici per alcuni pazienti con diagnosi incerta, ma anche addestrando alcuni sanitari all'impiego dei più moderni strumenti". Inevitabile e scontato a questo punto è il commento dell'autore dell'articolo che fa la cronaca dell'evento:

> Nel giro di qualche mese anche l'ospedale di Crema avrà personale in grado di eseguire indagini endoscopiche secondo le più moderne e avanzate tecniche. La cosa si potrà effettuare però se si troveranno i fondi, pubblici o privati, per l'acquisto degli apparecchi necessari, il cui costo non può essere considerato proibitivo.

In realtà il problema non è tanto e solo di fondi, ma piuttosto di mentalità: occorre convincere la dirigenza che una tecnologia tanto sofisticata e moderna non debba essere appannaggio solo dei grandi Centri sanitari, ma che essa possa avere un futuro anche nelle piccole realtà.
I primi tentativi fatti dal dottor Zambelli per affermare questa visione non hanno molto successo:

> Parlai della possibilità di creare anche qui un Centro di Endoscopia Digestiva all'allora direttore generale dell'ospedale, ma lui mi disse che queste non erano cose da Crema, e che se volevo occuparmene dovevo andare a Milano[8].

Il giovane medico esce dal colloquio un po' frustrato nelle sue speranze, ma decide comunque di restare a Crema (e sarà questa, dirà molti anni dopo, "la decisione più fortunata[9]" della sua vita). Fra l'altro il servizio militare incombe, e chissà che le cose nel frattempo non cambino…
Durante i mesi di naja Zambelli ha modo di frequentare il corso di Endoscopia Digestiva dell'Università degli Studi di Milano, ed al congedo ecco la sorpresa: siamo nel 1976 e a Crema è arrivato il professor Alberto Martinotti, che lui considera non a caso come un "padre putativo" dal punto di vista professionale.
Il nuovo primario si conferma come un sostenitore delle novità, ed accoglie subito le richieste del suo giovane allievo: convince la Direzione ad acquistare i primi strumenti endoscopici, e Zambelli, affiancato dal dottor Graziano Pisano (anch'egli una nostra "vecchia conoscenza": lo abbiamo incontrato in qualità di primario della Chirurgia generale), inizia ad effettuare i primi esami avvalendosi della nuova tecnologia.
Ovviamente Martinotti, pur essendo portato per natura a sostenere ed incoraggiare l'entusiasmo dei suoi collaboratori, non può, diciamo così, affidarsi a loro a scatola chiusa, così si inventa un efficace sistema di verifica dei risultati:

> Ogni volta che facevo una gastroscopia il giorno dopo Martinotti mandava il paziente a Milano dal suo endoscopista, che la rifaceva, poi confrontava i risultati. Questo però è durato poco, poi ha deciso che potevo andare avanti da solo[10].

L'avvio del "Centro di Endoscopia e Fisiopatologia Digestiva" annesso alla II^ Divisione di Chirurgia (di cui è nominato coordinatore Alessandro Zambelli: siamo nel 1975) ha come spesso accade caratteri pionieristici: "lavoravamo accanto alla sala operatoria con un unico strumento e con infermieri che ci venivano prestati", ha ricordato lo stesso Zambelli[11]. Nonostante la precarietà delle risorse a disposizione i risultati non mancano, al punto da convincere Martinotti a investire la nuova specialità di compiti prima spettanti alla chirurgia:

7 L'endoscopia al servizio della diagnosi precoce dei tumori, in *La Provincia*, 25 settembre 1974, p. 8.
8 Testimonianza di Alessandro Zambelli.
9 Zambelli, 40 anni per l'ospedale, in *Il Nuovo Torrazzo*, 12 aprile 2014.
10 Testimonianza di Alessandro Zambelli.
11 L'Endoscopia digestiva a Crema, cit., p. 89.

Alessandro Zambelli con alcuni collaboratori

> Piano piano, grazie al professor Martinotti che ci ha creduto, alcune delle attività della Chirurgia sono state trasferite e fatte in Endoscopia Digestiva. Martinotti si faceva portare la documentazione di quello che facevamo, e mi ricordo che una volta ha convocato tutti i chirurghi e ha detto loro: "Da oggi non voglio più operare queste cose, ci penseranno quelli dell'Endoscopia Digestiva". Intanto anche la popolazione ha iniziato ad approcciarsi con fiducia a queste tecniche, quindi i numeri sono cresciuti. Cresciuti a tal punto che io ho abbandonato l'attività chirurgica per dedicarmi unicamente a quella endoscopica[12].

È una svolta cruciale: da semplicemente diagnostica l'endoscopia cremasca diventa anche operativa: "anche se con qualche patema[13]" il dottor Zambelli e il dottor Pisano cominciano a togliere i polipi del colon e dello stomaco, ad arrestare le emorragie digestive, a eseguire dilatazioni di stenosi maligne e benigne.

A dieci anni dall'inizio del servizio un altro importante momento pubblico riporta l'attenzione dei media sulle nuove metodiche. Proprio per celebrare in modo adeguato il decimo anniversario i due professionisti in forza al Centro organizzano un convegno dal titolo "Endoscopia digestiva oggi[14]": vi partecipano oltre duecento medici endoscopisti provenienti da tutto il nord Italia, e a presiedere l'incontro viene chiamato Rodolfo Cheli, presidente della Società Europea di Endoscopia Digestiva e padre nobile della specialità in Italia. Altro illustre ospite della giornata è Gerd Lux, di Erlangen (Germania Federale), dove è attivo il più importante Centro europeo – e uno dei più rinomati al mondo – di Endoscopia Digestiva. Nella sua lectio magistralis il medico tedesco si sofferma su quelle che sono le ultimissime novità dell'Endoscopia operativa, cioè l'uso del laser nella terapia dei tumori e degli ultrasuoni nella diagnosi e nella cura di alcune malattie, ad esempio per la frantumazione dei calcoli biliari. In un consesso che vede la partecipazione di molti dei principali esperti delle procedure endoscopiche in Italia, anche la scuola di Crema ha modo di illustrare i lusinghieri risultati ottenuti, addirittura portando contributi assolutamente originali, come dimostra la relazione del dottor Zambelli:

> A chiusura il dottor Zambelli ha portato l'esperienza di Crema in merito al trattamento endoscopico della stenosi dell'esofago e del passaggio esofago/gastrico in particolare illustrando una tecnica originale messa a punto per il posizionamento di protesi che consentono l'alimentazione di pazienti portatori di cancro dell'esofago non operabili.

Un anno dopo nel corso di un'intervista concessa alla stampa[15] lo stesso Zambelli ha modo di riassumere l'attività del Centro cremasco: vi si eseguono tutte le comuni procedure endoscopiche sia diagnostiche che terapeutiche con la sola eccezione del laser (che non è ancora in dotazione dell'ospedale); inoltre grazie alla ridotta invasività delle tecniche impiegate è stato possibile avviare una preziosa attività di prevenzione del tumore allo stomaco mediante controllo e registrazione dei malati a rischio (Crema è per tale screening uno dei centri pilota della regione). L'articolo offre anche l'occasione per fornire alcuni numeri: se nei primissimi anni si facevano 100 gastroscopie all'anno, oggi esse sono arrivate a 3000. Per quello che concerne il personale invece l'aumentata mole di lavoro non ha prodotto grandissimi effetti: i medici sono sempre due, però almeno ci sono tre infermieri professionali dedicati, e non più in prestito!

Forte dei successi conseguiti il servizio cremasco punta a sempre nuovi traguardi. Il passo che a fine anni Ottanta appare il più importante da compiere riguarda l'endoscopia biliare, per la quale il dottor Zambelli nutre fin dall'inizio un'attrazione particolare:

> Noi avevamo il "pallino dell'Endoscopia biliare", perché nel mondo medico si parlava da qualche anno della possibilità di trattare le calcolosi biliari per via endoscopica, senza intervento chirurgico

12 Testimonianza di Alessandro Zambelli.

13 L'Endoscopia digestiva a Crema, cit., p. 89.

14 Oltre duecento medici endoscopisti a convegno nel nostro ospedale, in *La Provincia*, 20 febbraio 1985, p. 9. L'articolo è scritto da Graziano Pisano. Una curiosità: nella didascalia della foto che accompagna la cronaca del convegno il dottor Zambelli viene definito "un giovane medico destinato a una brillante carriera".

15 L'attività del Centro endoscopico: i controlli danno buoni risultati, in *La Provincia*, 4 ottobre 1986, p. 11. Dall'intervista si apprende che il dottor Zambelli è già diventato vice presidente della Società Lombarda di Endoscopia Digestiva.

Elisabetta Buscarini con alcuni operatori dell'équipe

Operatori durante un'endoscopia

> (…). Io allora frequentavo la Divisione di Gastroenterologia di Genova del professor Cheli, e lui mi propose per uno stage di 40 giorni in Germania ad Erlangen nella culla dell'Endoscopia digestiva mondiale. Tornai dalla Germania con la coscienza che si doveva cambiare molto del nostro modo di lavorare ma che ciò era alla nostra portata. Ancora una volta supportati e stimolati dal professor Martinotti sviluppammo quindi quell'attività di Endoscopia digestiva biliare che è diventata asse portante e fiore all'occhiello del nostro servizio[16].

Nel settembre del 1991 la Chirurgia generale II ospita, prima in provincia, un intervento di colicistectomia per via laparoscopica. Abbiamo già riportato la narrazione del dottor Pisano su quegli emozionanti momenti[17], ma vale la pena di ricordare ancora gli incomparabili vantaggi della procedura: in poche ore il malato può alzarsi dal letto, in due – tre giorni viene dimesso e in una settimana riprende la sua vita normale. Nell'intervista a *La Provincia* in cui illustra i risultati della nuova metodica[18] Alberto Martinotti approfitta dell'occasione per denunciare gli ostacoli che si frappongono ad un'applicazione più estensiva delle procedure laparoscopiche: scarsità di personale (il reparto dispone di un solo anestesista) e strumentistica da rinnovare in quanto "obsoleta e insufficiente".

Il richiamo del primario della Chirurgia II non cade nel vuoto: quando cinque anni dopo viene celebrato il ventesimo anniversario del Centro cremasco di Endoscopia (ed è organizzato per l'occasione un convegno sulla storia della specialità con annessa un'interessante mostra sugli strumenti in uso nel passato) questo può contare su cinque medici e dieci infermieri[19].

L'aumento del personale permette di sviluppare l'attività relativa alle emergenze emorragiche, con una reperibilità sulle 24 ore al tempo presente in pochi ospedali. Contemporaneamente si procede a una completa ridefinizione organizzativa del servizio: nel 1997 quello che era un Centro di Endoscopia Digestiva annesso alla Chirurgia diventa Unità Operativa autonoma di Endoscopia Digestiva con letti di Gastroenterologia (unico caso in tutta la Lombardia) e nell'aprile del 2000 c'è il riconoscimento come Struttura Complessa[20].

L'inizio degli anni Duemila vede l'incremento ulteriore dell'attività del reparto. Innanzitutto viene

16 L'Endoscopia digestiva a Crema, cit., p. 90. Dopo la prima esperienza in Germania il dottor Zambelli rinnoverà più volte i suoi soggiorni presso i maggiori Centri di Endoscopia all'estero: dal professor Vicary, a Nantes, dal professor Cotton a Londra, dal professor Huibregtse ad Amsterdam; il dottor Pisano a sua volta frequenterà il Centro del professor Armengol Mirò a Barcellona.

17 Vedi cap. 4.1. Anche oggi l'intervento di colecistectomia per via endoscopica viene effettuato in Chirurgia generale.

18 Ospedale all'avanguardia: si opera, ma non si taglia, in *La Provincia*, 27 ottobre 1991, p. 25.

19 Endoscopia: l'entusiasmo dei 20 anni, in *La Provincia*, 21 settembre 1996, p. 25. Lo stesso articolo indica in 7000 il numero di prestazioni annue, le più comuni delle quali (ad esempio colonscopia e gastroscopia) vengono eseguite anche nell'ambulatorio presso l'ospedale di Rivolta d'Adda, attivo cinque giorni alla settimana (negli anni seguenti i giorni di apertura si sono ridotti per carenza di personale).

20 Negli stessi anni anche la professione di endoscopista va incontro ad una trasformazione: su iniziativa del dottor Zambelli si fa sì che i professionisti di formazione chirurgica che possano vantare un'attività endoscopica certificata e deliberata di 10 anni all'interno delle strutture acquisiscano un titolo equivalente alla specializzazione in Gastroenterologia, e possano quindi partecipare ai concorsi relativi.

dato spazio allo studio e alla cura di due malattie rare: la Teleangectasia emorragica ereditaria e la malattia di Caroli.
La prima patologia, nota anche come HHT (Hereditary Hemorrhagic Teleangiectasia) o Malattia di Rendu-Osler-Weber, dal nome degli scopritori, è una displasia a carico del sistema vascolare che colpisce i vasi sanguigni rendendoli fragili e predisposti al sanguinamento. A sviluppare l'interesse del nosocomio di Crema per essa è la dottoressa Elisabetta Buscarini, che arriva in forza all'Unità Operativa nel 2001, ma che già dal 1990 ne fa oggetto di studio. Cerchiamo di capire dalle sue parole quali implicazioni la malattia comporta per i pazienti:

> Si tratta di una malattia compatibile con una vita produttiva e riproduttiva e anche con una certa longevità. La qualità della vita dipende ovviamente dalla frequenza dei sanguinamenti. A Crema coordiniamo anche gli interventi terapeutici, che possono essere endoscopici o farmacologici. Dagli anni Novanta è cambiata moltissimo la condizione di questi pazienti perché abbiamo più mezzi per curarli, e credo che sempre di più ce ne saranno[21].

Per la parte diagnostica della patologia oggi collabora col reparto – a ulteriore conferma, se ancora ce ne fosse bisogno, dell'importanza del lavoro in équipe – la dottoressa Silvia Gandolfi, specialista in Radiologia, che così descrive il suo ruolo:

> Esistono dei criteri per capire se un paziente ha questa malattia, attraverso la presenza di segni clinici e a volte radiologici. Io faccio la TAC del torace per studiare le fistole arterovenose del polmone, ed in alcuni casi ancora più selezionati eseguo la TAC o la Risonanza del fegato[22].

Dal 2002 l'Ospedale Maggiore è centro di riferimento nazionale per la Teleangectasia e riceve malati da tutte le regioni italiane e dall'estero. Per questi pazienti viene organizzata una riunione annuale il cui scopo è anche di offrire loro la possibilità di incontrarsi e di confrontarsi, cercando di superare insieme le paure che la condizione inevitabilmente genera, motivo per il quale agli incontri è presente la figura di uno psicologo. Sulla scorta degli studi effettuati è inoltre attiva dal 2016 una Rete europea che si chiama ERN (European Reference Network) e che rappresenta un grande passo avanti per la cura dei malati, come ci ha detto la dottoressa Buscarini:

> Benché anche prima fossimo abituati a relazionarci regolarmente con i colleghi di altri ospedali in Italia e all'estero, la rete ci ha messo a disposizione mezzi e frequenze di condivisione sistematizzati. Abbiamo meeting mensili, e disponiamo di una piattaforma su cui carichiamo immagini dei pazienti e ci confrontiamo sui trattamenti[23].

Sempre dai primi anni Duemila l'Endoscopia di Crema è poi centro di riferimento per la malattia di Caroli, una patologia delle vie biliari che provoca formazioni cistiche che fanno ristagnare la bile favorendo la formazione di calcoli all'interno del fegato. Anche in questo caso il trattamento può essere endoscopico.
L'arrivo presso la struttura della dottoressa Buscarini si collega anche alla volontà di sviluppare un'altra tecnica, quella dell'ecoendoscopia. Ecco come i due protagonisti ci hanno raccontato l'avvento di questo nuovo strumento diagnostico:

> Qui noi facevamo ogni tipo di attività endoscopica, ma ci mancava l'ecoendoscopia, cioè la possibilità di fare delle ecografie con uno strumento fissato sulla punta dell'endoscopio che portava l'ecografo molto vicino agli organi interni. Sapevamo che in Italia chi faceva questa attività molto bene era la dottoressa Buscarini, quindi con l'appoggio della Direzione generale siamo riusciti ad averla qui[24].

> L'ecografia e l'associazione di tecniche ecografiche con l'endoscopia hanno circa 40 anni. In Italia però queste metodiche sono state introdotte con una certa lentezza, e fino agli anni Novanta hanno avuto poca diffusione. L'ecoendoscopia è un'applicazione che consente la diagnosi di tumori localizzati nella parete del tubo digerente sia superiore che inferiore, oppure intorno al tubo digerente, principalmente nel pancreas. È una metodica che ci permette sia di capire quanto è diffusa la malat-

21 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.
22 Testimonianza di Silvia Gandolfi.
23 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.
24 Testimonianza di Alessandro Zambelli.

tia sia di prelevare campioni. Questo senza essere particolarmente invasiva perché non utilizza radiazioni e quindi è facilmente ripetibile[25].

Sempre in ambito oncologico all'inizio degli anni Duemila l'équipe di Crema si fa protagonista – fra le prime in Italia – dell'introduzione di una metodica nata in Giappone poco prima: si tratta della mucosectomia o EMR (Endoscopic Mucosal Resection), ovvero della dissezione per via endoscopica dei tumori gastrici allo stato iniziale (quelli in cui le sole parti colpite dalle cellule neoplastiche sono le mucose e le sottomucose dell'organo), senza quindi intervento chirurgico e con grandi vantaggi in termini di qualità della vita, di tempi di ospedalizzazione, di costi e di riduzione della mortalità. Quando la stampa ne dà notizia, nel 2005[26], il team di Zambelli applica la tecnica ormai da quattro anni ed è già intervenuta con successo su 200 pazienti: i risultati conseguiti fanno sì che arrivino a Crema per imparare medici da ogni parte del mondo, Argentina, Ucraina, Uganda, India…
Negli stessi anni viene dato avvio anche ad un altro importantissimo servizio, quello di Endoscopia pediatrica: a farsene carico è la dottoressa Tiziana Guadagnini, che con poche ma significative parole (perché esprimono secondo noi lo "spirito" che ha guidato tutta la crescita del reparto) così ci ha descritto la nascita di questa specialità: "C'erano pazienti pediatrici con patologie che richiedevano una diagnostica, qui c'erano gli strumenti e la capacità. Abbiamo cominciato con poco, poi via via siamo diventati un punto di riferimento nazionale[27]".
Un cammino fatto di piccoli passi, ma avendo ben chiaro che le competenze e le professionalità presenti a Crema non precludono alcun traguardo: basta mantenere viva la curiosità e l'apertura verso il nuovo. Una "filosofia" che ha sempre caratterizzato l'équipe e della cui efficacia troviamo conferma nei continui riconoscimenti che la Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva cremasca riceve ai livelli più alti.

Un articolo di stampa[28] che risale sempre a inizio Duemila dimostra quanto lunga sia stata la strada percorsa dagli esordi del 1975. Durante l'intervista il dottor Zambelli – che con la nuova configurazione organizzativa ha conseguito il ruolo di primario del reparto – può affermare con legittimo orgoglio che il servizio di Crema figura ormai fra i migliori d'Italia, e che proprio in forza dell'eccellenza raggiunta è diventato Scuola nazionale di Gastroenterologia e Scuola di Endoscopia e di Ecoendoscopia, attirando medici da ogni parte del Paese. Certo, questo non significa che tutti i problemi siano risolti: in particolare il responsabile torna sulla carenza di personale, che costringe gli operatori a carichi di lavoro eccessivi e prolunga le liste d'attesa, e sul disagio provocato dal non avere una sistemazione autonoma, il che obbliga a scomode condivisioni dei posti letto con altri reparti.
La dirigenza ospedaliera non si dimostra sorda alle difficoltà espresse dal dottor Zambelli. Il 22 ottobre del 2007, con grande commozione da parte di chi ha lavorato duramente per conseguire questo traguardo[29], viene inaugurata la nuova sede della Gastroenterologia: è collocata al quinto piano del monoblocco, accanto all'Endoscopia[30], e dispone di 15 posti letto finalmente autonomi. Per quelli che erano considerati un po' i "vagabondi" dell'ospedale a motivo dei continui trasferimenti a cui erano costretti, un grande e decisivo passo avanti.

L'oggi e il domani

Dai primi interventi endoscopici effettuati con coraggio e intraprendenza in una stanzetta accanto alla sala operatoria sembra passato un tempo infinito: dal 2007 l'Unità Operativa per la diagnosi e la cura delle malattie dell'apparato digerente ha in dotazione un reparto moderno, con ampi spazi e tutte le migliori tecnologie. Il miglioramento strutturale è stato accompagnato da un'ulteriore crescita del prestigio acquisito da Crema in questo campo, al punto che il secondo decennio del Duemila ha visto il direttore del reparto e i suoi collaboratori al vertice di molte delle più importanti istituzioni del settore: il dottor Zambelli, che già in precedenza era stato presidente regionale e poi nazionale della

25 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.
26 Metodologia all'avanguardia, in *La Provincia*, 26 gennaio 2005, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.
27 Testimonianza di Tiziana Guadagnini. Il primo endoscopio flessibile di piccolissimo calibro (7.8 mm) giunto in Italia è stato acquistato proprio a Crema.
28 *Gastroscopia, buonasanità*, in *La Provincia*, 27 novembre 2003, p. 22.
29 *La casa degli specialisti*, in *La Provincia*, 23 ottobre 2007, p. 22.
30 La sezione di Endoscopia è stata ristrutturata nel 2011.

Vecchi strumenti endoscopici

Attuali strumenti endoscopici

Federazione italiana Malattie Apparato Digerente[31], viene nominato vice presidente della Società europea di Endoscopia[32], Elisabetta Buscarini diventa presidente dell'Associazione Italiana dei Gastroenterologi ospedalieri, e Tiziana Guadagnini è designata vice presidente della Società Italiana di Gastroenterologia pediatrica.
Di fronte a una tale mole di risultati viene spontaneo chiedersi come tutto ciò sia stato possibile: è solo questione di livello professionale – altissimo, come si è visto – degli operatori o altri fattori sono entrati in gioco? A detta dei protagonisti di questa storia sono molti gli elementi che hanno fatto il successo del reparto. Per la dottoressa Buscarini, oltre alla già accennata attenzione e apertura verso il nuovo, ha giocato un ruolo non secondario il fatto di essere un piccolo ospedale, con procedure più snelle rispetto ai "pachidermi" della sanità e quindi maggior possibilità di dare risposta in tempi adeguati ai bisogni che via via si presentano. Si ricollega a tali considerazioni anche l'analisi del dottor Zambelli:

> Tutto questo non si sarebbe realizzato se non si fossero coagulati insieme una serie di fattori: il non essere mai stati lasciati soli dalla nostra dirigenza, l'aver trovato un gruppo di persone piene di entusiasmo, di voglia di lavorare e di cultura, il documentare e pubblicare quello che facevamo nell'ambito di una ricerca clinica, pur non essendo un centro di ricerca[33].

Su quest'ultimo accenno vale la pena di spendere due parole, perché nel corso del suo racconto Alessandro Zambelli l'ha collegato al tema quanto mai scottante ed attuale della distribuzione delle risorse nella sanità. In una realtà che deve fare quotidianamente i conti con fondi sempre più risicati quali devono essere i criteri che presiedono all'attribuzione di essi? Non c'è il rischio che la politica faccia scelte che poco hanno a che fare col merito? Secondo Zambelli molto dipende anche da "come" si presentano i risultati del proprio lavoro:

> È questa la logica con cui dovrebbero essere distribuite le risorse: se è cento quello che può essere dato alla sanità, e io ti dimostro che con i miei risultati ho diritto a venti, questi tu me li devi dare perché mi spettano. La mia sensazione è che se si lavora bene la politica ascolta. Un mio maestro diceva: se lui ottiene più di te probabilmente non è perché ha avuto favori particolari, ma perché ha saputo dimostrare ciò che doveva ottenere. Fra i compiti di chi gestisce un reparto non c'è solo il fare, ma anche il dimostrare e documentare quello che si fa[34].

Proprio a questa logica sembra rispondere un'iniziativa alla quale hanno collaborato oltre centocinquanta gastroenterologi fra cui – con un ruolo di primo piano – il dottor Zambelli e la dottoressa Buscarini: la pubblicazione del primo Libro Bianco della Gastroenterologia italiana. Un evento a detta dei protagonisti di portata storica per questa specialità:

31 Zambelli, riconoscimento nazionale, in *La Provincia*, 3 aprile 2005, p.23.
32 Incarico di prestigio per il dottor Zambelli, in *Il Nuovo Torrazzo*, 24 novembre 2012, p.10.
33 Testimonianza di Alessandro Zambelli.
34 Ibidem.

> Nel 2011 è stato presentato al Ministero il primo Libro Bianco della Gastroenterologia italiana. È stata la prima volta che questa disciplina "giovane" ha messo sul tavolo i propri conti: vi faccio vedere che esisto, che costo, ma che valgo i soldi spesi. Questo è stato fatto andando ad esaminare le schede di dimissioni ospedaliere, che forniscono informazioni sul perché il paziente è stato ricoverato, sulle cure che gli sono state applicate e sul loro esito. Ebbene, questi dati hanno dimostrato ad esempio che i gastroenterologi italiani ottengono nelle emorragie digestive una mortalità dimezzata rispetto a quella che si ottiene se il paziente è ricoverato in altri reparti[35].

A cosa si deve la positività di questi risultati? Secondo Elisabetta Buscarini il motivo è da ricercarsi nella visione globale del paziente che è propria della specialità e che a Crema è messa a fondamento di tutta l'attività del reparto. Proprio con riferimento alle emorragie digestive "non si tratta di chiudere un buchino, come si farebbe con un tubo, ma di curare tutta la persona che sta intorno al buco che si è creato, in altre parole di prendere in carico in modo totale il malato[36]."

Ancora a proposito delle emorragie del tubo digerente, il dottor Zambelli è stato uno dei principali attori nella realizzazione di una rete regionale di emergenza urgenza per trattare questi casi. Nell'ambito di una Commissione a cui hanno partecipato la Regione, la Società di Endoscopia Digestiva e le altre società gastroenterologiche sono state definite quali caratteristiche deve avere una struttura ospedaliera per poter gestire tali emergenze: i numero dei medici, le competenze, il tipo di strumenti, il fatto di avere una radiologia in grado di operare sulle 24 ore. I vari nosocomi lombardi hanno poi dovuto dichiarare se ne sono in possesso, ed in base alle risposte è stata individuata la rete di strutture a cui i medici del 118 devono rivolgersi per questi casi. L'ospedale di Crema possiede tutti i requisiti, e questo gli ha permesso di essere Centro di riferimento di secondo livello (il più alto) per tali patologie.

Il lavoro in rete sta del resto diventando uno degli elementi caratterizzanti dell'attività del reparto. Il legame e la collaborazione con i colleghi degli altri centri è costante: in virtù del fatto di essere considerati come punto di riferimento per determinate patologie dell'apparato digerente accade spesso all'équipe di ricevere casi su cui altrove non sanno come intervenire. Oltre poi alla già citata connessione con i centri all'estero per la diagnosi e la cura della Teleangectasia, la Gastroenterologia dell'Ospedale Maggiore è anche parte di un'altra rete formativa con l'Università di Milano, grazie alla quale molti giovani medici arrivano a Crema per imparare le tecniche quivi applicate (abbiamo in precedenza ricordato l'esempio della resezione per via endoscopica dei tumori gastrici).

Il dottor Zambelli è andato in pensione nell'aprile del 2014, dopo quarant'anni di vita ospedaliera. Ha salutato i suoi collaboratori nel corso di un affollatissimo incontro in sala Polenghi e nel suo discorso di addio[37] ha usato queste parole: "Se me l'avessero detto quarant'anni fa che avremmo raggiunto questi risultati ci avrei fatto cento firme! Spero che tutto ciò sia l'inizio di un'avventura che continua, perché qui ci sono medici capaci ed infermieri eccezionali[38]!".

L'avventura infatti è proseguita con la dottoressa Buscarini, che è diventata la direttrice del reparto. Con la nuova dirigente l'aggiornamento degli strumenti e delle procedure non si è fermato: è del 2015 la presentazione di alcune nuove importanti dotazioni tecnologiche[39] quali l'ecografo digitale, che permette di vedere meglio e di più dentro il corpo, un nuovo sistema per l'enteroscopia per lo studio di tutto l'intestino tenue e soprattutto i macchinari per l'endomicroscopia, una metodica che consente di ottenere immagini microscopiche in tempo reale e di distinguere dal vivo il tessuto normale da quello neoplastico.

Oggi la dottoressa Buscarini può orgogliosamente affermare che il paziente riceve in reparto lo spettro

35 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.

36 Ibidem.

37 Zambelli, 40 anni per l'ospedale, in *Il Nuovo Torrazzo*, 12 aprile 2014, p. 3.

38 Nel suo saluto il dottor Zambelli ha ricordato e ringraziato i medici in quel momento in forza all'Unità Operativa (Guido Lupinacci, Gian Franco Brambilla, Elisabetta Buscarini, Federico De Grazia, Laura La Mantia, Claudio Londoni, Guido Manfredi, Fernanda Menozzi, Andrea Chiaro e Tiziana Guadagnini) e gli infermieri Anna Gatti, Donata Bombelli, Concetta Secondo e Paola Griffanti. Lo staff medico è stato poi completato dal dottor Saverio Alicante.

39 Nuove tecnologie di altissimo livello, in *Il Nuovo Torrazzo*, 12 settembre 2015, p. 10.

pressoché completo delle prestazioni a cui è possibile avere accesso in caso di malattia dell'apparato digerente. Di fronte ad un campo così vasto di offerte sorgono spontanee alcune domande. La prima riguarda proprio la tecnologia, e ce la siamo posta (lo faremo ancora!) in altre tappe del nostro viaggio: la continua evoluzione della strumentistica, con la messa a punto di apparecchi in grado di leggere dentro il corpo in modo sempre più esteso e dettagliato fa forse venire meno l'importanza del ruolo dello specialista? In altri termini: in questo campo conta di più lo strumento o la mano di chi lo guida?
Le risposte fornite da Alessandro Zambelli ed Elisabetta Buscarini lasciano pochi dubbi:

> Dietro lo strumento ci deve essere sempre un operatore massimamente allenato e preparato, anche a costo di periodi di perfezionamento all'estero (a noi è capitato di mandare due dei nostri medici fino in Giappone per perfezionarsi su alcune tecniche). Insomma, le idee e le innovazioni camminano con le gambe – e le mani! – delle persone![40].

> Lo strumento non può prescindere dalla mano e viceversa. La sola capacità personale senza i mezzi per metterla in atto non serve a niente, tuttavia le cose più importanti sono ancora la conoscenza e l'aggiornamento. Il fatto che tutti i medici di questo gruppo abbiano amato andare in giro per imparare o anche semplicemente per confrontarsi è fondamentale. Altrettanto importante è avere la consapevolezza che se non sono in grado di fare una cosa a livello qualitativamente elevato è meglio che rinuncino lasciando spazio ad altri. Devo però dire che da noi è capitato raramente…[41].

L'altra domanda – anch'essa non nuova! – che viene da porre riguarda il nuovo modo di "fare chirurgia" che l'endoscopia incarna e che ogni giorno di più sembra voler soppiantare i metodi tradizionali: possiamo parlare con fondatezza di chirurgia del futuro? Che cosa rimarrà di competenza dei vecchi metodi invasivi nelle patologie dell'apparato digerente? Facciamo ancora ricorso alle parole di chi vive ogni giorno nella propria esperienza questa trasformazione:

> Credo si possa senz'altro parlare di una delle chirurgie del futuro. Uno dei campi più importanti di applicazione è quello dei tumori superficiali dell'apparato digerente, per i quali questa chirurgia non è già più un'opzione, ma una scelta obbligata per i risultati clinici, per gli effetti sulla vita del paziente e per il risparmio delle risorse. Ma oggi sta avanzando molto anche l'interventistica in eco endoscopia, soprattutto nella diagnostica: prima per fare delle diagnosi a volte occorreva addirittura aprire l'addome, oggi con questa metodica si raggiungono aree inimmaginabili con la possibilità di ottenere frammenti da esaminare. Nell'ambito delle patologie pancreatiche con l'eco endoscopia si riescono persino a portare farmaci o altre modalità terapeutiche all'interno dell'organo. La chirurgia del futuro è quindi diretta nella stragrande maggioranza dei casi a una sempre minore invasività. Questo ovviamente non esclude che rimarrà dello spazio anche per la chirurgia invece altamente invasiva (chirurgia dei trapianti, chirurgia oncologica massiva)[42].

Questo primo affaccio sul futuro ci offre lo spunto per cercare di capire "cosa" sarà il reparto nei prossimi anni e quali prospettive di sviluppo lo attendono.
Su una questione la dottoressa Buscarini è molto chiara: il team degli operatori è interessato da un ricambio generazionale che è già iniziato e che è destinato a diventare ancora più consistente entro breve tempo. Questo significa non solo che ci sarà necessità di individuare nuove figure che sostituiscano quelle collocate a riposo, ma soprattutto che occorrerà formarle per inserirle adeguatamente in un meccanismo che oggi funziona al meglio delle possibilità. Per quanto concerne invece l'attività svolta, il programma prevede di mantenere e anche incrementare i servizi offerti – con un occhio particolare alle tecnologie più nuove – dimostrando che le risorse stanziate sono "importanti ed utilizzate al meglio[43]".
Con tale sguardo sul domani il racconto di ciò che è stata ed è la Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Crema sarebbe terminato. Non vogliamo tuttavia chiudere senza riportare quanto detto a sintesi della loro testimonianza dal dottor Zam-

40 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.
41 Testimonianza di Alessandro Zambelli.
42 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.
43 Ibidem.

belli e dalla dottoressa Buscarini. Se è vero infatti che il successo di un'avventura come quella narrata si fonda anche e soprattutto sulla forza del lavoro di squadra e sulla stima che ne cementa i rapporti, non può che essere questo il finale più giusto:

> Ci sono due modi per chiudere un'esperienza professionale bella come la mia: una è dire "dopo di me il deserto', l'altra è sperare che quello che si è realizzato prosegua e migliori. Io ho avuto questa fortuna, grazie alle qualità della dottoressa Buscarini e a quelle di tutti i miei collaboratori. Non accade sempre così[44].

> Il dottor Zambelli è stato uno dei più importanti maestri che ho avuto nella vita, sia dal punto di vista professionale che da quello umano (mi ha insegnato che quando si ha a che fare con le persone occorre togliersi il camice ed ascoltare, semplicemente, senza pensare di avere un ruolo da difendere). Nei suoi confronti vale per me la frase "l'insegnamento in fondo è un'amicizia". È quello che ho ricevuto[45].

44 Testimonianza di Alessandro Zambelli.
45 Testimonianza di Elisabetta Buscarini.

CAPITOLO VI

UN MALE NON PIÙ INCURABILE: I PROGRESSI DELL'ONCOLOGIA

La nascita del Centro Oncologico

La storia dell'Oncologia a Crema ha origini sorprendentemente lontane: quando ancora la malattia neoplastica era ben lontana dall'essere considerata il male del secolo, quando ancora le attenzioni del mondo scientifico si concentravano su altre priorità, prima fra tutte quella legata alle patologie trasmissibili come la tubercolosi, quando infine ancora il cancro era considerato una "condanna" contro cui la medicina poco o nulla poteva fare, fra le vecchie pietre della Domus Dei c'era qualcuno che già ragionava di cura e prevenzione di esso. Il fatto sorprende meno se a questo qualcuno si dà un nome, che è quello di Giulio Canger, ovvero il padre nobile dell'Ospedale Maggiore, che a intuizioni lungimiranti di questo tipo ci ha ormai abituato. Nel 1949, su invito della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, che aveva visto i natali più di venticinque anni prima, il professor Canger avvia a Crema un Centro Oncologico. Una scelta coraggiosa, che rispondeva a due esigenze: la prima era quella di registrare tutti i casi di patologie di questo tipo, costruendo una sorta di mappa della loro distribuzione e cercando di individuare eventuali collegamenti fra fattori ambientali ed insorgenza della malattia; la seconda si fondava invece sulla convinzione che diagnosticando precocemente i tumori si riuscisse sempre a migliorarne la prognosi. Oggi purtroppo sappiamo che questo collegamento necessario vale solo per alcuni tipologie di cancro (ad esempio mammella e collo dell'utero) e non per altri (polmone, stomaco, pancreas), e anche la mappatura del territorio che si è realizzata negli anni Cinquanta grazie all'esperienza del Centro cremasco, se ha portato ad evidenziare una percentuale di tumori allo stomaco molto superiore alla media nazionale, non è riuscita tuttavia ad identificare nessi causali fra tale recrudescenza e precise criticità ambientali o di lavoro. Tutto ciò comunque non toglie nulla all'importanza dell'intuizione di Canger, il cui approccio anticipa di almeno vent'anni i successivi studi epidemiologici sulle cause del cancro ed introduce un concetto di prevenzione allora assai poco diffuso.

Qual era l'attività di questo primo embrionale Centro tumori? Ce lo ha spiegato il dottor Ceravolo:

> Negli anni Cinquanta gli strumenti diagnostici erano estremamente limitati. Uno dei più efficaci era la ricerca e l'analisi dei noduli mammari, per cui il Centro faceva soprattutto della senologia clinica; c'era poi una ginecologia preventiva basata sull'esecuzione dei pap-test. Inoltre, siccome era forte l'idea che fosse importante diagnosticare precocemente le eventuali riprese della malattia, si eseguivano regolari controlli sui pazienti operati[1].

A coordinare il lavoro si alternavano i medici dei diversi reparti, perché il Centro non era dotato di personale proprio, ad eccezione di alcune infermiere, che oltre ad occuparsi degli esami seguivano la parte burocratica, compilavano i registri e tenevano le schede dei pazienti operati. Fra di loro c'è dal 1978 Alba Lorenzetti, che così descrive i suoi compiti di allora:

1 Testimonianza di Claudio Ceravolo.

> Io ero assistente sanitaria, facevo i pap test e seguivo le visite senologiche. Poi ho assunto più che altro un ruolo di coordinamento: organizzare gli ambulatori, prendere gli appuntamenti, collaborare coi medici, mantenere i contatti con la Radiologia di Cremona, eccetera[2].

La documentazione dei casi clinici trattati dal Centro è ancora disponibile in Ospedale: da quei dati relativi agli anni Cinquanta il dottor Ceravolo ha ricavato una relazione per il volume sulla storia del Maggiore più volte citato[3] che ci pare interessante per capire quanto ridotte fossero allora le possibilità terapeutiche e per spiegare di conseguenza il carattere di "condanna a morte" con cui la malattia era percepita nell'immaginario collettivo. Un solo dato: degli 820 casi registrati nei documenti i pazienti con sopravvivenza superiore ai cinque anni non superavano il 12%[4].

Negli anni Settanta il Centro mantiene la stessa attività: indagine precoce sulla mammella e follow up dei pazienti operati. Va però crescendo l'impegno sul fronte della prevenzione: nel 1973 viene organizzata in ospedale, in alcuni cinema del territorio ed anche presso aziende con manodopera a prevalenza femminile (650 le lavoratrici coinvolte) la proiezione di un film sul tumore della mammella[5], e nello stesso anno risultano oltre 7000 le donne cremasche sottoposte a pap test (anche in questo caso vengono interessate le industrie locali, che prestano i loro ambulatori per l'esecuzione dell'esame[6]).

Alcuni anni dopo il primario della Radiologia Mario Iori fa il punto a mezzo stampa[7] delle iniziative messe in campo dall'USSL 53 per contrastare quello che – adesso sì – sta diventando il male del secolo: oltre al potenziamento del Centro Oncologico, all'incremento dei pap test e alla proiezione di film divulgativi, si comincia a parlare di salute sui luoghi di lavoro[8] e si raccomanda l'avvio di "indagini della epidemiologia cancerosa nelle attività lavorative a rischio". L'articolo di Iori offre anche un'altra interessante informazione: l'ospedale di Crema sta cominciando a preoccuparsi dell'assistenza ai pazienti inguaribili. Quando ancora la questione non è di competenza delle Unità Sanitarie Locali e quando nessuno ancora parla di cure palliative, il Centro Oncologico di Crema ha già iniziato a cercare la soluzione ad un problema che reputa "di notevole importanza sociale": un bell'esempio di precorrenza dei tempi, sicuramente!

La crescita di interesse per le patologie neoplastiche appare evidente in un'indagine che occupa le pagine de *La Provincia* per parecchi giorni nell'estate del 1990: nelle interviste ai primari dei vari reparti dell'Ospedale Maggiore essi evidenziano i passi avanti compiuti nella lotta ai tumori (ad esempio il responsabile della Ginecologia Rosolino Sbernini segnala come il numero percentuale dei pap test praticati sia uno dei più alti d'Italia[9]), ma anche gli elementi critici (quali l'incidenza di neoplasie a testa e collo, che è superiore di 4.5 volte alla media nazionale, e che fra le sue cause principali sembra annoverare la diffusione di alcolismo e tabagismo[10]). Per alcune tipologie di cancro i medici cremaschi non nascondono che la prognosi è ancora nella grandissima maggioranza dei casi infausta: nell'intervista dedicata alla Pneumologia il primario Luciano Gandola riferisce che il reparto ospita ogni anno settanta nuovi casi di tumore ai polmoni, per i quali la speranza di farcela "è ridotta al lumicino[11]", considerato che solo il 20% di essi è operabile e fra questi solo il 15% dei pazienti sopravvive dopo 5 anni.

L'indagine offre lo spunto anche per affrontare un tema estremamente delicato, che negli anni successivi sarà oggetto di infinite discussioni: quello dell'opportunità di informare il paziente con neoplasia delle sue condizioni. Interpellato nel merito, Alberto Martinotti fornisce questa risposta:

2 Testimonianza di Alba Lorenzetti.
3 C. Ceravolo, Il 'Male del secolo' all'Ospedale di Crema: 50 anni di Centro Oncologico, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 45 ss.
4 Per alcune neoplasie (che si configurano anche oggi fra le più aggressive) la sopravvivenza a 5 anni dei pazienti in cura al Centro era quasi nulla: stomaco 5%, polmone 2%, pancreas addirittura 0%.
5 Prevenire il cancro, in *La Provincia*, 14 aprile 1973, p. 10.
6 Per il tumore all'utero controllate circa 7000 cremasche, in *La Provincia*, 25 aprile 1973, p. 8.
7 Gli interventi dell'USSL 53 nella lotta contro i tumori, in *La Provincia*, 29 gennaio 1983, p. 10.
8 Ricordiamo che risale alla fine degli anni Settanta l'inizio dell'attività degli SMAL (Servizi Medicina Ambiente di Lavoro) con i primi ingressi dei medici nelle fabbriche per indagini ambientali.
9 Crema non male, in *La Provincia*, 24 agosto 1990, p. 19.
10 È un triste record, in *La Provincia*, 28 agosto 1990, p. 20.
11 C'è un 'killer' in agguato: è il tumore ai polmoni, in *La Provincia*, 23 agosto 1990, p. 20.

> Il mio maestro [Vittorio Staudacher, del Policlinico di Milano] mi ha insegnato che la verità ai pazienti va somministrata a piccole dosi, mentre ai parenti non bisogna mentire. Svelare tutto immediatamente al paziente che vantaggio porterebbe? A mio avviso, salvo qualche eccezione, non bisogna allarmare il paziente[12].

Quando gli articoli vengono pubblicati l'Oncologia di Crema è ancora accorpata alla Medicina generale, e i malati di queste patologie vengono ricoverati sia qui che negli altri reparti. Nel corso del decennio tuttavia all'interno della Medicina andrà creandosi di fatto un settore apposito per tali pazienti, con medici dedicati, letti di degenza e un proprio Day Hospital. Una situazione un po' ibrida, che riflette quella che era la realtà nel resto del Paese, dove l'Oncologia medica come specialità a se stante stava appena muovendo i primi passi. Di questa fase di passaggio è stato testimone il dottor Ceravolo al ritorno dalla sua esperienza africana[13]:

> Prima di partire per l'Africa non mi ero mai occupato di tumori. Proprio quell'esperienza mi diede modo di confrontarmi col trattamento di queste patologie con le modalità e gli scarsi mezzi a disposizione. Così al mio rientro all'ospedale di Crema (dopo alcuni anni a Rivolta) iniziai ad occuparmi del Centro Oncologico, dove si stavano sviluppando nuove prospettive: non si trattava più solo di fare prevenzione, ma di organizzare in modo più sofisticato ed approfondito il rapporto con i pazienti e soprattutto di diventare un punto di riferimento per tutte le specialità. Eravamo ancora infatti nel periodo in cui ogni specialità si curava i suoi tumori: quelli dell'ovaio erano di competenza del ginecologo, quelli della laringe dall'otorino eccetera. L'idea era invece quella di fare del Centro il punto d'incontro dei diversi specialisti. Tutto questo implicava ovviamente anche un cambiamento dal punto di vista organizzativo: per questo ho proposto al direttore generale Colombo di strutturare il Centro come unità operativa, idea che è stata sviluppata e della cui realizzazione ho avuto la responsabilità nel 1996[14].

L'idea di tale trasformazione si fonda su un'intuizione che – come vedremo meglio in seguito – caratterizzerà tutto il successivo approccio al malato oncologico: quella della necessità di una presa in carico globale, che faccia convergere su di lui in un unico luogo fisico tutti i professionisti coinvolti nella terapia, senza costringerlo a faticosi e vani "pellegrinaggi" fra i vari reparti. Una sorta di medicina comunitaria, insomma, che vede gli specialisti lavorare insieme nell'interesse del paziente.

Questa mutata visione nel trattamento dei malati si accompagna in quegli anni ad un progresso inarrestabile nella diagnosi e nella cura dei tumori, progresso legato ad una miriade di fattori: la migliorata efficacia delle tecniche chirurgiche (anche grazie alle innovazioni in campo endoscopico), le nuove metodiche di stadiazione della malattia, di fondamentale importanza nel momento diagnostico, l'utilizzo di nuovi e più efficaci farmaci chemioterapici, di altri farmaci per il trattamento degli effetti collaterali e di quelli cosiddetti biologici, creati con tecniche di ingegneria genetica sulla base degli studi sui meccanismi di crescita delle cellule neoplastiche[15].

L'Ospedale Maggiore vive questa fase con un ruolo da protagonista, al punto da permettere ai suoi dirigenti medici l'azzardo di dichiarazioni come la seguente: "Ormai a Crema esistono competenze e professionalità mediche, tecnologia e strumentazioni che permettono di affrontare la cura di queste patologie senza essere costretti ai cosiddetti viaggi della speranza[16]."

I tempi insomma stanno cambiando, il cancro inizia a far meno paura, e anche gli specialisti che se ne occupano riescono a dare più fiato alla speranza. Significative a questo proposito sono le parole del dottor Gandola, che una quindicina di anni prima aveva tratteggiato a tinte molto fosche il quadro relativo ai tumori polmonari, e che ora usa toni

12 Diagnosi precoce, in *La Provincia*, 22 agosto 1990, p. 21. Dieci anni dopo, nell'ottobre del 2000, Crema ospiterà un convegno sulla stessa questione che vedrà i medici ancora divisi fra favorevoli e contrari alla comunicazione della verità.

13 Vedi sopra, cap. 4, nota 19.

14 Testimonianza di Claudio Ceravolo.

15 L'Unità Operativa di Farmacia, a cui compete tutta l'attività relativa alla gestione dei farmaci, all'informazione e consulenza in merito ad essi, nonché alla vigilanza sul loro corretto uso, è oggi diretta dalla dottoressa Manuela Savoldelli.

16 La dichiarazione è del dottor Pasquale Blotta (in Crema capofila contro il cancro, *La Provincia*, 9 novembre 2003, p. 22).

Al centro Claudio Ceravolo

Maurizio Grassi

decisamente mutati:

> L'atteggiamento "sconfortato" talvolta presente non ha più ragione di essere. È importante che il soggetto a rischio (per età, abitudine al fumo, tipologia di lavoro e probabilmente famigliarità di tumori) si sottoponga regolarmente ai necessari controlli clinici e strumentali e che non abbia nei confronti della malattia un atteggiamento fatalistico che potrebbe vanificare tutti gli sforzi[17].

È un argomento, quello della prevenzione, che in un articolo dello stesso periodo affronta anche il dottor Maurizio Grassi, che succede a Claudio Ceravolo nella direzione del Centro Oncologico. Le sue parole ci interessano perché introducono una visione "estensiva" del ruolo dell'ospedale:

> Si deve puntare ad allargare la missione dell'ospedale, tradizionalmente centrata sulla cura degli ammalati, alla sfera della prevenzione, perché "prendersi cura" significa anche fare qualcosa per impedire l'insorgere della malattia[18].

In questa ottica viene attivato, di concerto con l'Azienda Sanitaria, un importante programma di prevenzione. Nel volume edito dalla Direzione ospedaliera per documentare l'attività del quinquennio 2003-2007[19] sono forniti alcuni dettagli sull'intervento: gli screening riguardano il tumore del collo dell'utero, quello del colon-retto e quello della mammella, e nell'ambito di quest'ultimo l'ospedale garantisce gli esami isto-patologici e le indagini di secondo livello (nei casi dubbi e problematici) anche per alcune strutture private convenzionate.

Se pure grazie alla prevenzione il quadro appare migliorato e se all'aumento delle diagnosi effettuate in ospedale corrisponde una diminuzione della mortalità, l'Oncologia cremasca continua tuttavia negli stessi anni ad evidenziare dei problemi: mentre infatti il Centro Tumori appare decisamente avviato nella direzione "comunitaria" auspicata dal dottor Ceravolo, il reparto di degenza è ancora destinato a subire le conseguenze della sua ambigua configurazione, che non lo vede ufficialmente come realtà autonoma, anche se sembra averne di fatto le caratteristiche. Proprio da tale ambiguità derivano le polemiche che si scatenano quando (siamo nel 2005) un piano di riorganizzazione dei servizi messo a punto dal Consiglio di Amministrazione sembra voler modificare lo stato di cose esistente riaccorpando l'Oncologia "che non esiste" alla Medicina generale[20]. La decisione viene immediatamente letta come un tentativo di cancellare l'esperienza in atto, e a nulla valgono le rassicurazioni della Direzione ospedaliera, che indicano la

17 Lotta ai tumori in prima fila, in *La Provincia*, 29 novembre 2006, inserto "Sanità e territorio", p. 4. Nell'articolo il dottor Gandola parla di una media di 73 nuove diagnosi all'anno, di poco superiore quindi a quella indicata 15 anni prima.

18 Tumori, la prevenzione è il punto di partenza, in *La Provincia*, 20 giugno 2006, inserto "Sanità e territorio", p. 1. Il dottor Grassi scrive l'articolo in occasione di un convegno ospitato a Crema che ha al centro proprio la prevenzione.

19 Azienda ospedaliera di Crema, Bilancio di mandato 2003-2007, pp. 68 ss.

20 Fra i numerosi articoli dedicati alla questione: Oncologia, tante iniziative. Martagliati: non chiude, in *La Provincia*, 8 giugno 2005, p. 23; Oncologia, accorpamento illegittimo, in *La Provincia*, 12 giugno 2005, p. 23.

scelta come unicamente finalizzata ad un miglior utilizzo degli spazi: i sindacati – non interpellati – insorgono (si teme che il progetto porterà ad una riduzione del personale), centinaia di firme contro la "chiusura dell'Oncologia" vengono raccolte fra gli utenti, e anche le amministrazioni del territorio si mobilitano. Il Consiglio di Amministrazione è così costretto per calmare le acque a promettere che non solo il reparto non verrà chiuso, ma addirittura sarà potenziato.

Meno di due anni dopo, però, la polemica si riaccende[21]. I lavoratori del reparto denunciano che le rassicurazioni della dirigenza non si sono concretizzate, e che quello che prima si presentava nel concreto come un settore dotato di una équipe medico infermieristica dedicata, ora è qualcosa di ben diverso: nella medesima area infatti i pazienti malati di cancro convivono con altri sofferenti di patologie del tutto diverse, col risultato che il personale – che non è aumentato – si trova a dover fronteggiare i casi più disparati, senza che l'entità delle risorse stanziate consenta l'aggiornamento necessario.

Per dare una risposta efficace ai disagi denunciati e per sanare una situazione obiettivamente non ottimale, soprattutto considerato il rilievo sempre più considerevole che la lotta ai tumori andava assumendo anche sul territorio cremasco[22], nel 2008 viene compiuto il primo passo di quella che sarà una vera e propria rivoluzione organizzativa. Alla fine dell'anno il Centro Oncologico, fino a quel momento collocato nel seminterrato della Palazzina, viene trasferito al secondo piano della stessa, andando a costituire insieme al contiguo Day Hospital un'area specificamente dedicata a questo tipo di patologie. È un momento importante, accolto con soddisfazione dagli operatori sanitari e dagli utenti, che sembra fra l'altro voler riconoscere finalmente all'Oncologia medica il ruolo che le spetta: non quello di "figlia minore" della Medicina, ma disciplina specialistica a se stante, che occorre integrare in modo funzionale nella organizzazione della struttura ospedaliera.

Questo rinnovamento ha trovato il suo definitivo compimento nel 2011, quando è stata inaugurata l'Unità Operativa di Oncologia, che occupa una superficie di oltre 1500 metri quadri, ripartiti fra le sue tre realtà: il Centro Oncologico, con compiti di prevenzione, presa in carico del paziente e di follow up (ovvero di controllo periodico dei pazienti potenzialmente guariti), il Day Hospital, dove viene svolta la terapia medica (chemioterapia in primis) ai pazienti in grado di essere seguiti ambulatorialmente, e l'area di degenza per quelli che invece necessitano di ricovero.

Dopo tanti anni di discussioni nasce quindi ufficialmente il "nuovo" reparto autonomo, con 18 posti letto per il ricovero, 6 medici e 31 fra infermieri, operatori socio sanitari ed amministrativi[23]. Nel discorso inaugurale il responsabile della struttura, dottor Maurizio Grassi, non manca di sottolineare come l'ambiente realizzato risponda anche ad indispensabili esigenze di umanizzazione della cura:

> Quando un paziente entra qui trova un percorso appropriato, in una struttura dove, anche logisticamente e nella cura degli spazi, si fa di tutto per "aiutare" il malato. Sentirsi dire che hai il cancro o una patologia maligna del sangue, cambia a seconda del medico che te lo dice e dell'ambiente in cui ti trovi: da noi lo spazio è accogliente, in grado di stimolare emozioni e sensazioni positive.

Queste parole del dottor Grassi ci aiutano a capire come le innovazioni introdotte nell'ultimo decennio dall'Oncologia cremasca siano ben lungi dal riguardare solo la pura logistica. La sensazione che abbiamo avuto anche attraverso il colloquio con i professionisti che ogni giorno vi prestano la loro opera è che il cambiamento abbia riguardato soprattutto il modo di "pensare" il cancro e la cura di chi si trova ad affrontare questa malattia. Proprio di tale aspetto vogliamo quindi occuparci in modo più accurato.

Curare la speranza

La relazione sull'attività dell'ospedale contenuta nel Bilancio di mandato 2003-2007[24] ci offre

21 Oncologia, promesse non mantenute, in *La Provincia*, 8 aprile 2007, p. 19.

22 Dal Bilancio di Mandato 2003-2007 dell'Azienda Ospedaliera di Crema risulta (p. 69) che nel 2006 l'attività oncologica del nosocomio rappresentava già il 14% delle giornate di ricovero totali.

23 Polo rinnovato per l'Oncologia, in *Il Nuovo Torrazzo*, 23 luglio 2011. Del nuovo reparto fa parte anche L'Unità Semplice di Oncoematologia.

24 Bilancio di mandato 2003-2007, pp. 74-75.

già tutta una serie di spunti per comprendere la portata della trasformazione. Il primo riguarda quella che all'apparenza sembra una mera innovazione organizzativa, ma a cui in realtà è sottintesa la volontà di garantire la continuità assistenziale del malato neoplastico, dalla scoperta della malattia, alla cura, fino ai controlli che si renderanno necessari dopo il superamento della fase acuta. Si tratta della Rete oncologica Ospedaliera, che è nata appunto all'inizio degli anni Duemila e che ha la finalità di sviluppare la comunicazione fra tutte le componenti coinvolte nell'assistenza alla persona malata e di migliorare la gestione dei dati con l'ausilio dell'informatica: è stata infatti realizzata una rete di computer accessibile da ogni punto dell'ospedale e dai presidi periferici ed in grado di dialogare e veicolare informazioni di carattere clinico-laboratoristico-strumentali che vanno a costituire il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente oncologico. Tale Fascicolo, che viene aggiornato in tempo reale in ogni fase della malattia, dà modo di di centralizzare i dati clinici del malato mettendoli a disposizione di tutti i soggetti coinvolti nelle cure ed assicurando così risposte razionali ai suoi bisogni, tempi certi di erogazione delle prestazioni e la predisposizione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali condivisi[25].
Questa presa in carico globale dei bisogni rappresenta il cuore del nuovo approccio al paziente oncologico non solo perché si propone di seguirlo lungo tutto il cammino che dovrà affrontare, dal momento che, come ci ha detto il dottor Grassi

> Il paziente oncologico è un paziente complesso non solo dal punto di vista medico, ma anche per i risvolti sociali, lavorativi e famigliari, per i diritti che ha, per i supporti necessari all'assistenza. Presa in carico globale vuol dire essere attenti a tutti questi aspetti. Fra l'altro sempre di più per fortuna i pazienti sono lungo sopravviventi, ma del tumore non si guarisce mai gratis: anche chi è guarito può aver subito interventi chirurgici importanti o terapie pesanti, con tutta una serie quindi di sequele che vanno controllate e monitorate a distanza[26].

ma anche in quanto permette di uscire dalla logica del singolo specialista che dice "il malato è mio" per entrare in quella – già indicata come abbiamo visto negli anni Novanta dal Centro Oncologico – della multidisciplinarità:

> Si deve ricordare che l'Oncologia, proprio perché i tumori possono insorgere in tutti gli organi e gli apparati dell'organismo, ha una valenza trasversale, nel senso che coinvolge, nelle varie fasi dell'iter diagnostico e terapeutico, quasi tutti i Reparti e Servizi dell'ospedale. Da qui, più ancora che per altre specialità, la necessità di una stretta collaborazione, direi quasi un'integrazione di fatto, con tutti gli altri reparti sia medici che chirurgici[27].

Ed ecco allora che già dieci anni orsono l'ospedale ha iniziato a prevedere la consulenza da parte dei medici dell'Oncologia e quindi una valutazione collegiale – più o meno allargata a seconda delle necessità – per ogni singolo malato sottoposto ad intervento chirurgico o ad altri trattamenti, allo scopo di stabilire insieme il programma terapeutico più appropriato per quella specifica tipologia di malattia e per quello specifico paziente.
Questa necessaria sinergia fra competenze specialistiche diverse ci è stata illustrata dal dottor Grassi, attuale direttore dell'Unità Operativa, con un paragone che ci sembra veramente chiaro ed interessante:

> La macchina della salute, soprattutto in Oncologia, assomiglia un po' ad un orologio: se lo si guarda completamente smontato si vedono tanti perni, tante leve, tante molle, tutte ugualmente belle e sofisticate, ma che prese singolarmente non funzionano, non segnano l'ora. L'orologio funziona solo se tutti i singoli pezzi sono non solo integri, ma anche composti secondo una certa logica. I singoli pezzi siamo noi medici, tante piccole rotelline che devono ovviamente tutte funzionare. Ma il malato oncologico non ha bisogno solo di una rotellina: molto spesso oltre che dell'oncologo ha necessità

25 La Rete Oncologica Ospedaliera opera in connessione con il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS), con la Rete Oncologica Lombarda (che riunisce tutte le strutture oncologiche regionali permettendo lo scambio di informazioni fra i professionisti che vi operano) e con i medici di base.

26 Testimonianza di Maurizio Grassi.

27 Oncologia medica all'ospedale, in *La Provincia*, 26 marzo 2006, inserto "Sanità e Territorio", p. 4. Le parole sono di Enrico Bobbio Pallavicini, allora direttore della Medicina.

Maurizio Grassi con alcuni collaboratori

> dello psicologo, del chirurgo, del radioterapista, del fisiatra riabilitatore, del dietologo: tutte queste figure devono essere come i meccanismi dell'orologio, quindi devono parlarsi per agire in sincrono[28].

Nelle parole del dottor Grassi c'è un accenno molto importante perché rivela la tendenza a non considerare il malato come tutt'uno con la malattia, ma come persona dotata di emozioni e sensibilità, che l'insorgere della patologia – tanto più se questa si chiama cancro – può completamente stravolgere e devastare. Anche in un contesto come quello attuale, in cui le armi per contrastare il male sono infinitamente più numerose ed efficaci rispetto al passato, una diagnosi di malattia tumorale costringe a riconsiderare i propri progetti di vita, a confrontarsi con temi come la sofferenza e la morte (viste come possibilità concrete e definite e non come eventi appartenenti ad un futuro indeterminato), mette di fronte ai limiti del proprio corpo e alla trasformazione della propria immagine, fa emergere in modo a volte dirompente sentimenti di rabbia ("perché a me?") e di paura. E lo sconvolgimento non riguarda solo il malato, ma si estende a tutta la sfera dei suoi affetti, spesso impreparati ad affrontare il dolore proprio e del congiunto ed incapaci di accettare il pensiero della perdita.

In passato si riteneva che l'occuparsi della sfera emozionale del malato oncologico non facesse parte del suo percorso di cura, che aveva come unico obiettivo la sconfitta o il contenimento della patologia, o perlomeno che ne rappresentasse un aspetto secondario. Oggi si è per fortuna compreso che la condizione mentale ed emotiva del malato è una componente fondamentale, che influisce in modo determinante sull'esito del cammino comunque difficile e faticoso che dovrà affrontare: perché il poter parlare dei propri dubbi e paure con qualcuno di esterno alla famiglia (troppo coinvolta affettivamente) aiuta, consente di recuperare le energie necessarie a sostenere le terapie, restituisce positività ad un contesto altrimenti dominato da pensieri e sentimenti negativi.

Per tutti questi motivi a Crema (primo caso in tutta la provincia) nell'équipe polispecialistica che assiste il malato e delinea il suo percorso terapeutico è stata inserita più di dieci anni fa la figura dello psico oncologo, il cui ruolo si sviluppa lungo tutte le fasi di tale percorso, come ha ottimamente delineato in un suo recente scritto la responsabile del Servizio, dottoressa Susanna Piloni:

> Lo psico oncologo attua una presa in carico precoce dei pazienti in un momento di fragilità, partecipa ai percorsi di accoglienza, segue il paziente oncologico nei passaggi del programma terapeutico, con colloqui orientati al sostegno, all'orientamento e al benessere con particolare attenzione agli stili di vita durante e dopo le cure. Se necessario attiva percorsi psicoterapici durante i trattamenti oncologici, monitora il distress del paziente e accompagna la fase dei controlli ambulatoriali che concludono il percorso delle cure. È anche un punto di riferimento per il paziente e i familiari nel delicato passaggio dalle cure attive alle cure palliative, laddove necessario accompagna la fase terminale del paziente preso in carico affiancando l'équipe dedicata, e si occupa del sostegno al lutto[29].

Le parole della dottoressa Piloni ci restituiscono con efficacia l'importanza dell'aspetto comunicativo, a partire dal momento delicatissimo della diagnosi, quando il modo in cui la notizia viene presentata al paziente può condizionare molti dei suoi comportamenti e delle sue reazioni successive, per arrivare all'altro estremo del tempo-malattia, allorché esaurite le cure con esito positivo occorre riprendere la vita di tutti i giorni senza lasciarsi sopraffare dall'ansia dei controlli. Compito dello psico oncologo è quindi anche quello di orientare la formazione del personale del reparto, perché il "come" le cose vengono dette assume una valenza fondamentale.

Ma qual è oggi l'approccio delle persone alla patologia neoplastica? In altre parole: le migliorate prospettive di cura hanno aiutato a cambiare l'atteggiamento verso il cancro?

A detta di chi se ne occupa ogni giorno, la prima trasformazione significativa si registra a livello di prevenzione:

> Quando ho cominciato io, negli anni Novanta, le donne erano terrorizzate dalla mammografia e dalla diagnosi di cancro al seno perché vedevano questi interventi demolitivi e drammatici, queste

28 Testimonianza di Maurizio Grassi.

29 Un aiuto dalla Psico-oncologia, in *Il Nuovo Torrazzo*, inserto "Educazione sanitaria", 2017, p. 59.

radioterapie che le facevano uscire ustionate e queste chemioterapie che le distruggevano… In più questa diagnosi voleva dire morte quasi certa. Per questi motivi non avevano alcuna voglia di farsi vedere, e così arrivavano con tumori già molto grandi. Poi per questo tipo di tumori sono state elaborate tecniche chirurgiche meno invasive che non prevedono l'asportazione totale della mammella, e i nuovi mammografi hanno dato la possibilità di vedere anche cose molto piccole: queste due cose insieme hanno dato alle donne nuove prospettive. Oggi si fanno visitare, perché sanno di avere dei benefici da una diagnosi precoce[30].

Consapevolezza dell'importanza della prevenzione, quindi, ma anche un diverso modo di affrontare la malattia una volta accertatane la presenza, cercando ed accettando l'aiuto di chi può fornirlo validamente, anche se su quest'ultimo punto a giudizio del dottor Grassi esiste ancora una significativa differenza fra donne e uomini, con le prime più aperte nel parlare del proprio problema e nel rapportarsi con chi vive o ha vissuto un'esperienza simile ("se lei facesse adesso un giro nei corridoi dell'Oncologia troverebbe gruppetti di signore che dialogano e si confrontano") e i secondi più restii ("l'impressione è che il paziente maschio percepisca di più la malattia come una sconfitta, mentre le donne addirittura a volte ne approfittano per riorganizzarsi la vita[31]").
Esiste dunque un atteggiamento mutato nei confronti della patologia tumorale sicuramente influenzato dalle nuove e più ampie chance di guarigione: proprio tali accresciute speranze tuttavia, forse anche a seguito di un'informazione da parte dei nuovi media non di rado imprecisa e superficiale, portano qualche volta a ritenere la medicina "onnipotente" e a rifiutare che essa possa essere costretta ad arrendersi. Ed ecco quindi che il medico oncologo si trova ad affrontare questo diverso (ma altrettanto delicato) tipo di comunicazione:

Una delle difficoltà che oggi ha l'oncologia – e i medici che si occupano di oncologia – è far capire ai pazienti e alle famiglie quando è il momento di fermarsi nelle cure. È un argomento delicato e scottante che come è naturale non trova mai la gente pronta a sentirsi dire che le terapie non danno più alcuna garanzia di risposta, o sono addirittura controproducenti. Questa è una delle sfide quotidiane a cui ci troviamo di fronte e per la quale ci serviamo del Servizio di Psico-oncologia, ma è difficile far digerire l'indigeribile. Oggi la gente legge e si informa, ma a volte le notizie in materia oncologica sono trasmesse con un'impostazione di tipo giornalistico, per cui ogni cosa sembra possibile. Invece mettere davanti a quelli che sono i limiti della medicina è una cosa complessa, e non sempre ci riesce di trasmetterla. Così capita di fare discorsi alle persone che noi riteniamo realistici e che invece le spingono a cercare un secondo parere, e poi un terzo, fino a quando non trovano chi gli "canta la messa" in modo più favorevole[32]…

I criteri che presiedono a questa nuova visione dell'Oncologia (approccio multispecialistico, presa in carico globale del paziente, attenzione anche agli aspetti psicologici della malattia) hanno trovato concreta applicazione nelle Unità create per seguire specifiche tipologie di cancro. Della Prostate Unit abbiamo già avuto modo di occuparci[33]; adesso vale la pena di dedicare qualche parola ad un'altra realtà che a Crema ha avuto da poco tempo il suo riconoscimento ufficiale: la Breast Unit, che segue le pazienti con diagnosi di carcinoma mammario.
Il 21 ottobre 2017 un convegno organizzato in sala Polenghi ed intitolato significativamente "Da Artemide ad Afrodite: dee sempre. Il tumore della mammella: una malattia curabile" ha offerto l'occasione per dare il battesimo a questo nuovo servizio, che rappresenta la risposta più efficace a tale tipo di patologia, in quanto permette un'assistenza a 360 gradi delle donne malate, comprendendo nella cura anche gli aspetti psicologici, sociali e relazionali. Questi ultimi ricoprono infatti un ruolo fondamentale in una forma tumorale che va a colpire la sfera più intima della femminilità, attaccando quello che è nel contempo simbolo di vita, simbolo erotico e simbolo del passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Ecco perché risulta ancora più centrale la figura dello psico oncologo, che raccoglie insicurezze e paure, ma si fa anche interprete delle aspettative e dei desideri delle donne quando

30 Testimonianza di Anna Maria Mancastroppa, medico radiologo a Crema fino al 2003.
31 Testimonianza di Maurizio Grassi.
32 Ibidem.
33 Vedi sopra, cap. 4. 3.

Personale di servizio

Alessandro Baresi e Filiberto Fayer

si prospetta l'alternativa fra diversi tipi di intervento chirurgico. Oltre che dallo psico oncologo e dallo specialista in Oncologia il core team della Breast Unit è costituito dal chirurgo senologo, dal radiologo, dall'anatomopatologo e dal chirurgo plastico, integrati se necessario da altri professionisti quali il fisiatra, il radioterapista, il medico nucleare e il genetista. A coordinare il servizio come case manager è invece la figura di un infermiere, che organizza il percorso di cura della paziente contattando anche i vari reparti per prenotare gli esami che le occorrono, ed evitandole in questo modo un surplus di stress e di fatica (al Centro Oncologico è pure possibile espletare le pratiche burocratiche relative all'esenzione dal ticket senza doversi rivolgere agli uffici dedicati)[34].

Le esperienze internazionali che da tempo mettono in pratica questo tipo di approccio dimostrano inequivocabilmente che una donna assistita nell'ambito di una struttura così organizzata ha più possibilità di guarire, perché è curata secondo i più elevati standard e da personale altamente specializzato. Il dottor Mauro Padrenostro, che in qualità di radiologo segue la Breast Unit di Crema, ci ha confermato il dato, spiegandoci anche come esista una rete fra i servizi dello stesso tipo siti nei vari ospedali che favorisce lo scambio di informazioni e le sinergie[35].

Il supporto di tipo non strettamente medico di cui un paziente oncologico necessita (e che oggi come abbiamo visto è considerato parte integrante della cura) può riguardare gli ambiti più diversi, dall'accettazione della propria immagine intaccata dalle terapie, al bisogno di superare l'isolamento aprendosi al contatto con altre persone o svolgendo attività che "stacchino" la mente dal pensiero della malattia, alla necessità di risolvere problemi pratici generati dal proprio stato. Per venire incontro a tutte queste esigenze il reparto si avvale dell'aiuto indispensabile, competente e generoso delle associazioni di volontariato[36], che nel corso del tempo non è mai venuto meno, ma anzi si è articolato in un numero sempre crescente di prestazioni e di iniziative.

Già negli anni Novanta al Centro Oncologico c'era chi si occupava del sostegno psicologico alle donne operate al seno. Il tutto partì dall'iniziativa dell'allora coordinatrice del Centro stesso, Alba Lorenzetti, che mise in piedi (prima sede: il suo ufficio!) un gruppo di auto mutuo aiuto il cui scopo era di dar modo alle pazienti di verbalizzare ansie, insicurezze, dubbi e paure. Da questa prima esperienza (che ha portato alla nascita dell'associazione Donna Sempre) ne sono poi scaturite molte altre sempre destinate alle donne e attivate in collaborazione col neonato Servizio di Psico-oncologia.

Le terapie anticancro portano spesso conseguenze a livello fisico che colpiscono pesantemente l'aspetto: il non riconoscersi nell'immagine che lo specchio trasmette aggiunge dolore al dolore, semina scoraggiamento, provoca isolamento, indebolisce in molti casi la forza e la voglia di combattere il male. Da qui l'importanza di curare il lato estetico

34 Dirigente della Breast Unit di Crema è il dottor Filiberto Fayer.

35 A garanzia dell'alto livello del servizio nel 2016 sono state approvate dalla Conferenza Stato Regioni precise linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali a cui le Breast Unit devono attenersi.

36 Dell'attività del Volontariato ospedaliero ci occuperemo in modo specifico al capitolo 16.

anche in questi momenti, di coltivare la propria femminilità e la propria bellezza nonostante i danni prodotti dalla malattia, magari riuscendo addirittura a vivere la situazione con spirito e ironia.
Così ad esempio una decina di anni fa dalla sinergia fra il Centro Oncologico, l'associazione Donna Sempre e il Polo Tecnologico della Cosmesi è partito il progetto "La forza e il sorriso", che ha coinvolto le pazienti sotto chemio o radioterapia in incontri di gruppo di due ore durante i quali consulenti di trucco professionisti hanno fornito alle donne informazioni, idee e suggerimenti pratici su come contrastare, senza interferire sulle cure mediche, gli effetti secondari dei trattamenti, insegnando loro degli accorgimenti per realizzare il make-up appropriato e facendo provare nuovi trattamenti di bellezza per viso e corpo[37]. L'esperienza ha avuto un impatto così positivo sulle pazienti in terapia da essere replicata per gli anni successivi con il progetto "Come un diamante", che vede la collaborazione con il Centro Oncologico del Centro di formazione professionale Cr. Forma e il sostegno dell'Associazione Rubino (Ricerca Umanizzazione Benessere in Oncologia)[38]. In questo caso le allieve della scuola, parrucchiere ed estetiste, si sono prestate a seguire le donne in percorsi di cura dell'aspetto, regalando loro momenti di serenità, ma anche ricavandone una lezione umana di altissimo spessore:

> Superata la timidezza le studentesse si dedicano alle donne che hanno scelto di aderire al progetto con delicatezza e cura. Ciglia finte, unghie laccate, colore e messa in piega, gli spazi della scuola si sono trasformati in un salone di bellezza a tutti gli effetti. Ogni dettaglio diventa prezioso, ogni trattamento è una coccola che fa del contatto fra pazienti ed aspiranti professioniste il valore aggiunto dell'intera esperienza[39].

Nella stessa ottica va letta un'altra iniziativa che a nostro parere esprime anche la capacità delle donne di trovare comunque dentro di sé la voglia e la grinta per andare avanti e per affrontare il mondo a dispetto della malattia. A descriverci questo straordinario evento è stata Paola Brambini, responsabile di Donna sempre:

> L'anno scorso abbiamo organizzato una sfilata di moda con uno stilista: hanno partecipato donne operate, medici, infermiere. Tutte col turbante, perché qualcuna delle "modelle" era in terapia (non a caso il titolo dell'iniziativa era "Metti il turbo'). È stato un momento bellissimo, c'erano più di 450 persone, ed il messaggio è stato importante: dopo il cancro puoi fare tutto, magari con più voglia e gioia[40].

Sempre nella direzione di una presa in carico del paziente che abbia come meta il suo benessere complessivo, il Centro Oncologico ha sviluppato nel tempo tutta una serie di altri progetti di supporto ai malati oncologici che ci sembrano particolarmente interessanti ed innovativi. Ne indichiamo alcuni:
Narrazione e cura di sé. Il progetto utilizza il racconto autobiografico come strumento per "riprogettare" la vita e guarire il senso di fragilità che la malattia ha generato. È diretto in particolare alle donne con malattia in remissione che devono affrontare i controlli.
Saperne di più. Consiste in cicli di incontri condotti dai sanitari dell'Oncologia su temi specifici inerenti la malattia ed aperti anche agli operatori, ai famigliari, ai volontari, al personale socio assistenziale. Scopo di questi momenti collettivi è quello di fornire informazioni sulle problematiche legate alla qualità della vita del malato, dare consigli su come affrontare gli effetti collaterali delle terapie e stimolare pazienti e sanitari ad un confronto aperto sui trattamenti.
I mille sentieri del sollievo. Si fonda su incontri con professionisti che sul territorio agiscono nell'ambito della cura di sé e della riabilitazione psicofisica con l'obiettivo di affiancare l'ospedale nella promozione di percorsi di autoaiuto (danzaterapia, teatroterapia, Tai chi, Fiori di Bach, Arteterapia)[41].

37 Per migliorare la cura del paziente, in *La Provincia*, 27 febbraio 2008, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.
38 Come un diamante: lo stile si fa cura in Oncologia, in *Il Nuovo Torrazzo*, 30 maggio 2015, p. 3.
39 ASST. Dieci pazienti oncologiche belle "come un diamante" con le studentesse di Cr. Forma, in *Crema on line*, 16 maggio 2018.
40 Testimonianza di Paola Brambini.
41 Per migliorare la cura del paziente, in *La Provincia*, cit. Sulle tematiche relative alle terapie di sostegno ai malati oncologici ci sembra fornire un valido contributo il libro di Piero Pantaleo, *Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in Oncologia*, Franco Angeli, Milano

Una persona che si scopre malata può facilmente trovarsi costretta ad affrontare problemi di ordine pratico, che per chi già si trova in condizioni di stress fisico e psichico e magari non può contare su sostegni famigliari possono essere davvero di difficile soluzione. Per i malati in terapia all'ospedale di Crema una complicazione è rappresentata dal fatto che la struttura non ha il servizio di Radioterapia, per cui i pazienti devono fare riferimento a Cremona. Anche in questo caso è da registrare il contributo indispensabile del volontariato: dagli anni Novanta infatti l'associazione Ex dipendenti dell'Azienda Ospedaliera ha organizzato il trasporto nel capoluogo di questi malati in trattamento radioterapico, avvalendosi di un pulmino a sette posti fornito dal Comune. Il servizio è attivo 365 giorni all'anno ed è gratuito[42]: a guidare il mezzo si alternano quattro volontari. Il dottor Grassi ha definito questo lavoro "impagabile", e non possiamo che associarci al suo giudizio!

Il nostro racconto è arrivato all'oggi. Resta da rispondere ad un ultimo interrogativo: qual è la situazione delle patologie neoplastiche nel territorio cremasco? Corrisponde a quella del resto del Paese o ci sono delle peculiarità? Maurizio Grassi ha evidenziato come la zona registri dei record negativi. Esiste ad esempio un'alta incidenza di tumori allo stomaco: la causa non è ancora certa, ma si pensa a fattori connessi con l'alimentazione ("noi cremaschi abbiamo la passione del maiale…[43]"). C'è poi una percentuale assai più elevata della media nazionale di mesoteliomi legati alla già ricordata vicenda dell'INAR di Romanengo[44] ed un'accentuata diffusione di tumori al polmone fra le donne, a cui non sono certo estranei il consolidamento dell'abitudine al fumo e i ben noti fattori ambientali ("è vero che si fanno automobili sempre meno inquinanti, ma in compenso se ne aumenta l'uso[45]").
Sarebbe quanto mai opportuno quindi un salutare cambiamento nelle abitudini di vita, e il responsabile dell'Oncologia se ne fa portatore personalmente:

> Io sono molto contento di lavorare a Crema, e uno dei motivi è che abitando a Sergnano da sempre faccio il viaggio di andata e ritorno in bicicletta. Questa passeggiata mi rilassa e mi diverte. E in più mi fa bene![46].

Quanto al futuro, per delinearne le prospettive il dottor Grassi ritorna all'esempio già utilizzato: come in un orologio occorre caricare la molla tutte le mattine perché funzioni, nell'attività del reparto la "molla" che fa partire tutto sono i fondi che vengono messi a disposizione, che devono garantire la possibilità di tenersi al passo con le nuove terapie, di soddisfare tutti i bisogni dei pazienti e di intervenire efficacemente anche sul fronte della prevenzione, così da ridurre il numero dei malati in cui il tumore viene intercettato in fase già avanzata.
Tutto questo tenendo come faro guida un principio che abbiamo trovato vivo e presente in ogni testimonianza e che riportiamo avvalendoci delle parole usate da Maurizio Grassi in occasione dell'inaugurazione della nuova Unità Operativa di Oncologia, il 21 ottobre 2011:

> Il prendersi cura è la parte più importante della cura: a Crema disponiamo di alti contenuti tecnologici e di trattamenti appropriati, ma la tecnologia va coniugata con l'umano, ed è importante essere moderni senza perdere il cervello, il cuore e l'anima[47].

2011. Il volume dedica spazio anche alle esperienze cremasche.

42 Di questo servizio ci hanno raccontato le ex dipendenti Celestina Benelli e Marilena Carbone.

43 Testimonianza di Maurizio Grassi.

44 Vedi sopra, capitolo 3. 6.

45 Testimonianza di Maurizio Grassi.

46 Ibidem.

47 Polo rinnovato per l'Oncologia, in *La Provincia*, cit.

CAPITOLO VII

NASCERE E CRESCERE A CREMA

Ostetricia e Ginecologia

C'era una volta… la mamma che partoriva a casa. Non per scelta ponderata, ma perché questo era il costume: quando si avvicinava il momento del travaglio uomini e bambini venivano allontanati, la mamma si sistemava nella camera matrimoniale (ma in campagna spesso l'ambiente deputato era la stalla[1]!) e le donne adulte di casa approntavano pentoloni di acqua calda e fasce di stoffa per il neonato. Al padre restava il compito di avvisare la levatrice o la donna esperta del paese, che forte di anni e anni di pratica assisteva a tutti i parti.

L'ospedale entrava in gioco solo per i casi critici: anche per questo nella vecchia Domus Dei il reparto Maternità appariva strutturato come "una grande infermeria[2]" dove le donne erano ospitate tutte insieme, qualunque fosse il loro problema clinico.

Nell'edificazione del nuovo nosocomio naturalmente si tiene conto dei tempi mutati: il baby boom in corso e la progressiva ospedalizzazione dei parti richiedono una struttura proporzionata, ed in effetti l'Ostetricia Ginecologia prevedrà una capienza di ben sessanta posti letto. Certo, agli esordi l'assistenza è ben lontana dagli standard odierni: quando la dottoressa Carlino inizia la sua attività in reparto, nel 1975, non esiste ancora la guardia ostetrica notturna, per cui nell'evenienza di un parto difficile in ore antelucane occorre far venire apposta il medico[3].

Non è per la verità l'unico problema che si palesa in questi anni Settanta: alla fine del decennio scoppia una polemica a cui sentiamo di dover fare cenno, da un lato perché investe una questione ai tempi (ma anche oggi…) di strettissima attualità, dall'altro perché è forse paradigmatica di come le modalità di gestione dei dirigenti medici fossero differenti rispetto a quelle attuali.

È il marzo del 1979. In un comunicato alla stampa[4] il Collettivo femminista di Crema denuncia: presso l'ospedale cittadino la legge 194 sull'interruzione di gravidanza, approvata meno di un anno prima[5], trova continue difficoltà di applicazione. Il motivo è presto spiegato: il primario, due aiuti, un assistente e la stragrande maggioranza del personale paramedico sono obiettori di coscienza, mentre i cinque medici che non hanno fatto questa scelta svolgono la loro attività "in una condizione di tensione e conflitto". Un mese dopo lo stesso Collettivo rincara la dose[6]: la dirigenza del reparto, che si accusa di "gestione assolutistica", limita l'opera degli assistenti che praticano gli aborti a questi soli interventi, provocando quello scontento che ha indotto uno di loro a licenziarsi ed un altro a diventare obiettore. E non è tutto. Secondo le donne autrici della lettera la struttura funziona seguendo "metodi all'antica", con un'inevitabile conseguenza:

1 Si leggano in proposito le commoventi pagine del libro di Nuto Revelli, *L'anello forte*, Einaudi, Torino 1985.
2 Relazione di Tito Magnani, 13 luglio 1956, in Archivio storico Comune di Crema.
3 Testimonianza di Antonia Carlino.
4 All'ospedale di Crema si chiede com'è possibile abortire, in *La Provincia*, 14 marzo 1979, p.10.
5 Legge 22 maggio 1978 n. 194.
6 All'ospedale di Crema…, in *La Provincia*, 10 maggio 1979, p. 9.

Antonia Carlino

Alfredo Galmozzi

> Non è certo un mistero per nessuno quanto sia screditato a livello locale il reparto di Maternità. Ed è per questo che se appena possono le donne scelgono di partorire o di farsi operare in altri ospedali…

Dopo questa nuova denuncia il Collettivo organizza un convegno allo scopo di fare chiarezza sulla situazione[7]. L'obiettivo si realizza solo a metà, perché né il primario del reparto né il Direttore sanitario si presentano all'appuntamento; intervengono invece uno degli assistenti (che attribuisce gran parte della responsabilità del malfunzionamento alla presenza di un solo anestesista non obiettore) e il presidente del Consiglio di Amministrazione Alfredo Galmozzi, che pur difendendo il primario dall'accusa di accentrare troppo le attività su di sé non nasconde di aver più volte sollecitato la Direzione medica a fornire il reparto di altro personale paramedico, ricevendone però sempre un rifiuto, "evidentemente per impedire questa attività[8]".
Nei mesi successivi alcuni eventi sembrano confermare che davvero non tutto nella divisione funziona al meglio: addirittura si appalesa la prospettiva di una sua chiusura[9]. Accade infatti che l'Ostetricia si trovi a trasferire tutte le pazienti che presentano rischio di parto non fisiologico in altri ospedali. A spiegare il motivo di questa nuova criticità è Alberto Martinotti che in quel momento è "facente funzioni" di Direttore sanitario: il responsabile dell'Ostetricia ed il suo vice sono malati e i quattro assistenti presenti (su 7 previsti: il reparto è largamente sotto organico) non vogliono intervenire sui casi più complessi perché "in passato non sono mai stati autorizzati a ciò, essendo la responsabilità esclusivamente stata assunta dal primario o dall'aiuto[10]".
All'inizio del 1982 la guida del reparto cambia: viene nominato il dottor Rosolino Sbernini. CISL medici di Crema accoglie il mutamento al vertice con un commento significativo:

> La Divisione di Ostetricia Ginecologia deve uscire dal lungo letargo che l'ha caratterizzata in questi anni. Non è certamente venuto il momento di dare la caccia alle streghe per individuare di chi è la colpa del degrado, ma bisogna avere il coraggio di impostare una nuova politica gestionale[11].

In cosa consiste tale nuova politica gestionale? Il sindacato è molto chiaro: nella "valorizzazione del personale medico, impegnandolo in attività sempre più qualificanti e professionalmente più soddisfacenti[12]".
In effetti nei due decenni successivi il rinnovamento si realizza, passo dopo passo, favorito anche dal-

7 L'aborto e le difficoltà per applicare la legge, in *La Provincia*, 30 giugno 1979, p. 11.
8 Un'altra polemica in materia di aborto scoppiò a metà degli anni Duemila, quando i Radicali denunciarono che nel reparto le donne che intendevano abortire venivano ricoverate nelle stesse stanze delle partorienti, circostanza che la Direzione sanitaria però smentì in modo netto (Aborto, Soccini: in Ostetricia tutto regolare, in *La Provincia*, 20 dicembre 2005, p. 25). Oggi l'applicazione della legge 194 è garantita dalla presenza di tre medici non obiettori.
9 Chiusa alle pazienti 'difficili' la Divisione di Ginecologia dell'Ospedale, in *La Provincia*, 6 settembre 1979, p. 8.
10 In realtà la chiusura parziale del reparto si limiterà a pochi giorni, fino al ritorno di uno dei medici in malattia.
11 Il reparto di Ostetricia Ginecologia, in *La Provincia*, 24 gennaio 1982, p. 11.
12 Ibidem.

Elio Bozzetti, Rosolino Sbernini, Olimpo Cruini

la vicinanza anagrafica fra i medici e da un comune sentire su quello che il reparto deve diventare.
Il cambiamento inizia sul piano ambientale: nel 1989 vengono poste in essere le prime ristrutturazioni, con una ripartizione più razionale degli spazi che prevede una separazione fra quelli utilizzati per i parti, quelli per gli interventi e quelli per le terapie ambulatoriali; è anche realizzato un nuovo blocco operatorio[13]. Ma la trasformazione più importante riguarda la "filosofia" che presiede alla nascita: se infatti i parti in ospedale hanno senza dubbio fatto crescere in modo considerevole la sicurezza per mamma e neonato (e su questo fronte come vedremo altri passi importanti verranno compiuti), essi hanno però privato questo momento speciale della sua naturalità, medicalizzandolo completamente e considerando le donne che ne sono le protagoniste alla stregua di malate da assistere. La serenità procurata dall'aver accanto le proprie cose e le persone care, l'intimità col proprio bambino conquistata attraverso la vicinanza continua con lui, la possibilità di soddisfare le sue richieste in ogni attimo, in un rapporto che prende forma e si rafforza proprio in virtù del contatto fatto di pelle, di respiro e di carezze: tutto questo in un ambiente istituzionalizzato rischia di andare irrimediabilmente perduto. Per questo i giovani medici del reparto cremasco iniziano a ragionare in un'ottica di "ritorno al passato", che sappia coniugare i risultati raggiunti in termini di salute per bimbi e mamme con il recupero della componente più naturale di questi magici momenti. È un mutamento non da poco, che richiede anche adattamenti ambientali e risorse per realizzarli, ed è ovvio che perché trovi compimento occorre un lungo lavoro. Nel 1991 il dottor Sbernini inizia a parlare con la stampa di "approccio psicologico positivo alla coppia e al neonato[14]" da realizzarsi attraverso un'umanizzazione delle procedure ospedaliere. Certo, l'idea di camere piccole, dove ciascun bambino possa stare vicino alla mamma è ancora un'utopia (mancano sia i fondi per ristrutturare che il personale), ma qualcosa si può già fare: i corsi di preparazione al parto, che ancora una minoranza di donne frequenta, sono utili in questo senso non solo perché aumentano la cultura sanitaria delle future mamme, ma perché consentono loro di accostarsi in modo emotivamente migliore al parto, rimuovono le paure e permettono di conoscere l'ambiente e le persone che le assisteranno, rendendo meno estraneo e più umano l'evento.
Occorreranno però ancora molti anni perché la visione del dottor Sbernini si trasformi in realtà. Nel

13 È nata nuova sala operatoria, in *La Provincia*, 24 settembre 1989, p. 28.

14 Parto felice, parliamone, in *La Provincia*, 17 luglio 1991, p. 23.

1

1997 il progetto è pronto[15], e se "la meta è ancora lontana" il cammino per quella che viene definita una vera "rivoluzione culturale" è iniziato. Prima di tutto il reparto si dà un modello organizzativo del tutto nuovo. La dottoressa Carlino, che presiede alla trasformazione, ne illustra ai giornalisti il contenuto: il nido dove i neonati venivano ospitati tutti insieme sarà svuotato, e i piccoli staranno in stanza con la madre. Cambiamenti ancora maggiori riguarderanno i momenti precedenti e quelli durante il parto:

> Non ci sarà divisione fra sala travaglio e sala parto. La donna partorirà nella posizione che meglio le aggrada e con la presenza del suo compagno. Verrà abolita quella struttura che assomiglia ad una sala operatoria dove la partoriente viene trasferita poco prima dell'evento: mette ansia, eliminandola si creerà un clima più sereno. Tutto sarà più famigliare. La donna godrà della massima libertà[16].

La dottoressa Carlino precisa meglio la portata della "rivoluzione" nel volume sull'ospedale edito nel Duemila[17]: la struttura che accoglierà le partorienti dovrà essere

> … un unico ampio spazio nel quale la donna può trascorrere sia il tempo dell'attesa, cioè la fase dilatante del travaglio, sia il tempo dell'evento espulsivo, e anche un tempo di successivo sereno contatto con il figlio; quindi non la classica sala parto in cui tutto è tecnologico o la sala travaglio in cui la donna è parcheggiata in un box in attesa di essere sgravata, ma una camera che ha i caratteri murari e i caratteri di arredo di una casa, un luogo domestico dunque.

Ovviamente tutto questo comporta una completa riforma strutturale degli ambienti, che si realizza gradualmente: nel 2001 il reparto risulta finalmente dotato di due sale dove le donne sono libere di muoversi e di scegliere le posizioni preferite per il travaglio e il parto, ed esiste anche una stanza provvista di vasca per chi sceglie di partorire in acqua[18].

I miglioramenti realizzati producono subito un effetto positivo: si interrompe la fuga delle partorienti verso gli altri ospedali del territorio che aveva caratterizzato la fine degli anni Settanta e tutto il decennio Ottanta, e le nascite al Maggiore ricominciano a crescere. Sono numeri significativi: si passa dai 665 bambini nati nel 1979 ai 913 del 1997, per poi mantenersi oltre il migliaio fino al 2008[19].

Al massiccio incremento delle nascite contribuisce in modo non secondario un fenomeno con cui il Cremasco deve iniziare a confrontarsi, cioè quello dell'immigrazione. Le prime avvisaglie significative si registrano all'inizio del nuovo millennio: nel Duemila su 1045 nuove nascite registrate a Crema 89 sono di bimbi con entrambi i genitori stranieri (la componente più consistente è quella africana, con 36 piccoli, seguita da quella dell'Est Europa, con 19)[20]. Questa novità porta inevitabilmente il reparto a confrontarsi con la differenza di abitudini, di lingua e di cultura, e non è facile almeno di primo acchito adeguare gli strumenti a disposizione. Il dottor Sbernini non nasconde le difficoltà: ai problemi di comunicazione con le donne – che anche quando conoscono l'italiano faticano spesso ad usarlo "perché è l'uomo che ha il compito di parlare" – si aggiungono in alcuni casi quelli religiosi: alcune coppie infatti rifiutano il ginecologo maschio. Viene quindi apposto un avviso in corsia:

> Ho spiegato che non ci sono differenze tra un medico uomo e uno donna e che non ho intenzione di istituire guardie mediche con due persone di sesso diverso. Quando l'avviso è stato appeso non ci sono stati più problemi, quando è stato tolto sono ricominciati[21].

15 Parto, ritorno al passato, in *La Provincia*, 20 marzo 1997, p. 28.
16 Ibidem.
17 A. Carlino, Percorso nascita. Camera per il parto, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 194-195.
18 La tecnica è stata messa a punto negli anni Ottanta e riguarda naturalmente i parti fisiologici: poter stare in acqua durante la fase del travaglio e del parto esercita un effetto rilassante sul corpo della madre e aiuta a percepire meno dolore.
19 Dal 2008 le nascite sono tornate a calare, e la decrescita ha raggiunto il culmine in occasione dei nuovi massicci interventi di ristrutturazione del reparto (protrattisi fino al 2016 a causa anche di problemi con le ditte appaltatrici) che hanno provocato un'altra fuga delle partorienti verso gli ospedali di Lodi, Cremona e Milano.
20 Ospedale, cicogna multietnica, in *La Provincia*, 3 gennaio 2001, p. 25. La percentuale di nascite da genitori stranieri è via via cresciuta nel tempo. Oggi si attesta intorno al 30%.
21 Ospedale, cicogna multietnica, cit.

Loredana Mascheroni

Vincenzo Siliprandi

Anche conciliare le rispettive tradizioni non è sempre immediato. All'inizio molte donne non apprezzano il cibo dell'ospedale, così se lo fanno portare da casa: "spesso si trattava di alimenti molto speziati, e il loro aroma aleggiava per tutto il reparto[22]!"
Per ovviare a queste difficoltà il nosocomio di Crema è fra i primi della Lombardia a chiedere la disponibilità di mediatori culturali, il cui ruolo si rivela subito molto importante nel facilitare la comunicazione col medico, ma anche nel far emergere le problematiche sia sanitarie che psicologiche legate a condizioni di marginalità sociale. Vengono approntate anche altre misure: si predispone materiale multilingue con informazioni e consigli ai genitori ed è attivato uno Sportello di Accoglienza per le gestanti migranti, pure esso sostenuto dall'aiuto di mediatori culturali. Negli anni successivi i problemi legati alla presenza di tante donne di altre culture sono andati perdendo peso: a detta degli attuali responsabili oggi grazie ai corsi di alfabetizzazione e anche alla frequenza delle scuole italiane da parte dei figli l'italiano è conosciuto dalla più parte delle gestanti, e l'integrazione (anche a livello alimentare!) è senza dubbio cresciuta (in ogni caso la presenza dei mediatori culturali è garantita sulle 24 ore per le lingue più frequenti, cioè arabo, indiano, cinese e spagnolo).
Contemporaneamente allo sviluppo di una visione più naturale del momento nascita il reparto provvede ad introdurre muovi servizi volti a tutelare la salute della mamma in attesa e del feto: alla fine degli anni Novanta viene istituito un ambulatorio per le gravidanze a rischio, mentre all'inizio del Duemila diventa una realtà la diagnosi prenatale, effettuata attraverso esami del sangue diretti ad individuare eventuali anomalie cromosomiche, ecografie di secondo livello, il rilievo ecografico della Translucenza nucale[23] o procedure invasive quali l'amniocentesi[24] e (dal 2017) la villlocentesi[25].
Nel 2011 il nuovo responsabile del reparto, dottor Gianni Baudino, annuncia che è stata approvata un'altra ristrutturazione[26], che finalmente andrà a migliorare la parte alberghiera (con rinnovo dell'arredamento e servizi igienici e doccia in ogni stanza) e comporterà il rifacimento delle sale destinate al travaglio e al parto. In realtà i lavori inizieranno l'anno successivo e termineranno solo nel 2016, costringendo l'Unità Operativa a faticose soluzioni provvisorie che non rimarranno senza conseguenze sull'attività[27]. Con la nuova sistemazione comunque l'Ostetricia Ginecologia di Crema ha raggiunto un livello di eccellenza anche dal punto di vista ambientale:

> Il reparto nuovo è venuto molto bene: un grosso

22 Testimonianza di Loredana Mascheroni, ostetrica, che oggi coordina il Dipartimento Materno Infantile.

23 Questo esame consiste nell'indagine ecografica di una raccolta di liquido presente nella regione della nuca del feto. Fra le 11 e le 13 settimane di gestazione questa raccolta aumenta nei feti con malattie cromosomiche o malformazioni.

24 L'amniocentesi consiste nell'analisi del liquido amniotico prelevato tramite l'inserimento di un sottile ago attraverso la parete dell'utero; serve per individuare alterazioni cromosomiche quali la Trisomia 21 (o Sindrome di Down) e malformazioni nervose.

25 Consiste nel prelievo di tessuto coriale (una componente della placenta) e rende possibile la diagnosi di anomalie cromosomiche o genetiche.

26 Ostetricia-Ginecologia: l'Unità Operativa vive una fase di forte rilancio, *Il Nuovo Torrazzo*, 12 febbraio 2011, p. 11.

27 Vedi sopra, nota 19.

valore aggiunto è dato dal fatto di avere tutto su un solo piano [il quarto del monoblocco], perché in caso di emergenza la sala operatoria è di fianco alle sale parto[28].

Nel reparto nuovo la stanza più grande ha tre letti e ognuna è dotata di bagno e fasciatoio, così la mamma può accudire il suo bambino. Abbiamo due sale per il travaglio-parto che sono state studiate proprio per accompagnare queste fasi in un percorso di naturalità: in una c'è la vasca per il parto in acqua, mentre l'altra è stata predisposta pensando a delle posizioni alternative per partorire, quelle che sono più fisiologiche, sedute, accovacciate, accomodate su uno sgabello o aggrappate a una liana (tutti modi che sfruttano la gravità come elemento favorente del parto)[29].

Queste testimonianze ci aiutano a cogliere l'importanza dei miglioramenti logistici apportati in reparto, a cominciare dalla possibilità di dare piena realizzazione al cosiddetto rooming-in, cioè alla permanenza continuativa del neonato in stanza accanto alla mamma[30]. Si tratta, se vogliamo, dell'aspetto che più avvicina il percorso della nascita al passato di quando si partoriva in casa: un contatto fisico, di cura e di relazione che procura grandi benefici ad entrambe le parti.
Ma le parole di Loredana Mascheroni accendono anche una luce importante su quello che è il ruolo acquisito oggi dalla figura dell'ostetrica. In un'ottica che vede la necessità di recuperare gli elementi più naturali del parto la componente psicologica è fondamentale: l'ambiente ospedaliero può essere fonte di ansia e di paure se la donna si sente lasciata a se stessa in questo momento così speciale, ma ogni sentimento negativo si attenua fino a scomparire se accanto c'è, oltre a una persona cara, qualcuno che – meno coinvolto emotivamente – possa intervenire dando i suggerimenti giusti, incoraggiando nei momenti di stanchezza, o semplicemente rassicurando con la propria presenza. È quello che fa l'ostetrica, che a Crema segue la donna per tutta la durata del travaglio e durante il periodo espulsivo, agendo in totale autonomia in caso di parto fisiologico o in collaborazione col medico qualora si presentino complicanze. Il rapporto di fiducia che si crea in questo modo produce effetti positivi anche rispetto alla percezione del dolore:

Da noi abbiamo una percentuale di partoanalgesia molto bassa: tutte le donne hanno una paura legittima per quello che sarà il dolore, ma una volta che sono accompagnate e che chi le segue dà indicazioni sulle posizioni da tenere, o esegue massaggi insegnandoli anche alla persona di fiducia che assiste, la richiesta di epidurale diminuisce di molto[31].

In ogni caso comunque il reparto garantisce risposta alla richiesta di peridurale per tutte le 24 ore; per tale motivo le gestanti sono invitare a fare la visita dall'anestesista prima della scadenza del termine della gravidanza, in modo che la cartella anestesiologica sia pronta qualora ce ne sia bisogno.
La stessa ostetrica seguirà poi la neo mamma in puerperio per un buon avviamento dell'allattamento e assisterà il neonato fisiologico. Una presenza quindi estesa a tutto il periodo del ricovero, ma che rappresenta solo una parte dei compiti di questa figura centrale. La nuova normativa infatti riconosce all'ostetrica un ruolo ben più ampio, che coinvolge anche tutto il periodo antecedente la nascita:

Nei primi tre mesi di gravidanza c'è un primo accesso agli ambulatori con la visita del ginecologo nella quale viene definito il rischio. Se viene valutato un rischio basso la donna passa in carico all'ostetrica che la seguirà per tutto il tempo restante[32].

In questi mesi le mamme in attesa hanno modo di rafforzare il loro legame di fiducia con le ostetriche (che seguono anche i corsi di preparazione al parto) facendone un prezioso punto di riferimento per superare dubbi ed ansie. Fra l'altro, come ha sottolineato Loredana Mascheroni, le dimensioni

28 Testimonianza di Vincenzo Siliprandi, attuale direttore del reparto.
29 Testimonianza di Loredana Mascheroni.
30 Il rooming-in si estende a tutte le 24 ore, tuttavia in alcuni momenti (durante gli orari di ingresso dei visitatori, al momento della visita pediatrica, qualora la mamma debba assentarsi dalla camera o nel caso il piccolo richieda di essere sottoposto ad osservazione, fototerapia o altre forme di assistenza) il neonato viene trasferito al nido.
31 Testimonianza di Loredana Mascheroni.
32 Ibidem. La valutazione del rischio viene fatta sia sulla base di eventuali patologie preesistenti (ad esempio diabete, cardiopatie, malattie della tiroide) sia in relazione a problemi connessi alla gravidanza.

contenute dell'ospedale proteggono dal senso di alienazione che i grandi centri possono generare, e favoriscono invece l'instaurarsi di relazioni e di un clima famigliare.
Il lavoro dell'ostetrica non si esaurisce neppure dopo le dimissioni dal reparto, che spesso avvengono portandosi dietro un "bagaglio di paure" che non può trovare conforto in quelle figure di contorno che la famiglia allargata di un tempo garantiva. Ecco perché nei successivi 40 giorni le neomamme possono chiedere una forma di assistenza a domicilio con l'intervento delle ostetriche dei Consultori: tale intervento è finalizzato a sostenere la puerpera nella prima fase dell'allattamento e nell'apprendimento delle cure neonatali, e a fornirle tutte le informazioni utili per la gestione del piccolo.
E non è ancora tutto: in ambito ginecologico le ostetriche si occupano di prevenzione con gli screening per i tumori della sfera genitale, fanno corsi di educazione alla contraccezione diretti agli adolescenti, tengono incontri per la menopausa. Ci sono anche delle ostetriche con specialità forense chiamate ad intervenire in contenziosi medicolegali, ed altre che svolgono attività di docenza. Una professione a tutto tondo, quindi, che richiede competenze approfondite ed un continuo aggiornamento.
L'intera attività del reparto è connotata da un elemento che abbiamo già più volte riscontrato: la continua ricerca di integrazione non solo – com'è ovvio – con la Pediatria (con una parte del personale che lavora sia in Ostetricia che al Nido), ma anche con le altre Unità Operative: avviene ad esempio nell'ambito del Centro Interdisciplinare del Pavimento Pelvico, che dal 2011 si avvale della consulenza di diversi professionisti (ginecologi, urologi, anestesisti…) che lavorano in team per risolvere quadri clinici complessi[33], ma anche per tutto il campo delle malattie oncologiche, che vede vari medici collaborare per definire il piano terapeutico.
Tale integrazione non si realizza solo all'interno dell'ospedale: l'Ostetricia Ginecologia opera in continuo rapporto con il territorio. Abbiamo già visto come la rete si possa attivare al momento delle dimissioni della neo mamma dall'ospedale, per sostenerla in questo delicato passaggio; ma la collaborazione diventa ancora più rilevante in situazioni di particolare fragilità psicologica (aspetto purtroppo assai poco considerato in passato):

> Attraverso il territorio possiamo avvalerci di una serie di persone – assistenti sanitarie, psicologi – che ci aiutano ad intercettare i bisogni delle pazienti, ad esempio nel caso di depressione post partum: attraverso forme di dimissione protetta possiamo dare un aiuto a queste mamme, finalizzando l'assistenza a scoprire la gravità del disagio, dapprima con un supporto psicologico poi eventualmente facendo intervenire lo psichiatra[34].

La relazione col territorio si concreta anche in un'attiva sinergia coi ginecologi che lavorano nell'ambito di esso, sfatando almeno in questo caso la non rara tendenza ad una certa difficoltà di comunicazione fra i medici ospedalieri e i loro colleghi "esterni": "cerchiamo di agevolarli nella gestione delle loro pazienti, ad esempio se uno di loro ha bisogno di prenotare un esame oppure un taglio cesareo ci contatta direttamente e noi cerchiamo di sveltire le pratiche burocratiche[35]".
Lo sforzo costante in direzione di una sempre maggiore umanizzazione del percorso nascita, unita alla disponibilità di ambienti finalmente all'altezza, stanno contribuendo ad un deciso rilancio del reparto, che dopo molti anni di calo delle nascite[36] ha registrato un aumento che è anche in controtendenza rispetto ai dati nazionali: 759 piccoli hanno visto la luce a Crema fra gennaio e dicembre del 2017. La speranza è di continuare a crescere, avvicinando i numeri raggiunti in passato. Certo, per realizzare questo ambizioso progetto qualche energia in più non guasterebbe, visto che il reparto è sotto l'organico previsto…
Nel corridoio della struttura rimessa a nuovo, che oggi colpisce per la luminosità e i colori allegri, fa bella mostra di sé un collage con le foto dei figli degli operatori che vi lavorano. Bambini che danno il benvenuto ad altri bambini: quale accoglienza migliore?

33 Ostetricia-Ginecologia: l'Unità Operativa vive una fase di forte rilancio, in *Il Nuovo Torrazzo*, 12 febbraio 2011, p. 11.

34 Testimonianza di Vincenzo Siliprandi.

35 Ibidem.

36 Siliprandi nuovo direttore di Ginecologia: 'Vogliamo che le donne tornino a partorire a Crema'. In *Crema Oggi*, 26 luglio 2017.

Vasca per parto in acqua

Pediatria

È un libretto con la copertina bordata di blu e una bella faccina tonda di bambino sorridente disegnata sopra. Nelle pagine interne altri disegni col personale del reparto, la valigetta con quello che serve per il ricovero (orsacchiotto compreso!), la descrizione delle camerette e di quelle strane macchine che dal vero possono fare impressione, ma così, illustrate e spiegate nella loro funzione, diventano persino interessanti e curiose. Il tutto stampato in tante lingue, visto che le paure sono le stesse in ogni bambino, qualunque sia il Paese da cui vengono mamma e papà…

Sono i fascicoli che oggi accolgono i piccoli ricoverati della Pediatria di Crema, perché affrontino questa esperienza nel modo meno traumatico possibile: un'era geologica sembra passata dal ricordo che molti di noi conservano di altre pediatrie e di altri ricoveri, quando entrare in ospedale per un bambino significava essere catapultati in un mondo estraneo, incomprensibile e ostile. I volumetti sono stati realizzati da ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale), la cui preziosissima opera di volontariato come vedremo accompagna quotidianamente l'attività dell'Unità Operativa.

Tutto è cambiato, anche a Crema: dei "bambini tutti accatastati" e dei "metodi originali e antiquati[37]" utilizzati in reparto che tanto stupirono il professor Serra al suo arrivo nella vecchia struttura non è rimasto nulla. E niente resta anche della realtà trovata nel 1973 dalla dottoressa Guadagnini, che ancora ricorda il suo primario costretto a un continuo andirivieni notturno in ospedale:

> Nel 1973 ho trovato un reparto con moltissimi bambini ricoverati: c'erano molte stanze (tutte a tre letti), ma a volte si doveva occupare anche il soggiorno. Ai tempi avevamo circa 1200 nati e quando le culle del nido erano tutte occupate li mettevamo nei lettoni. Funzionava già la patologia neonatale, quindi avevamo anche parecchi prematuri. Gestivamo il tutto grazie all'espertissimo professor Serra, che veniva chiamato anche 4 o 5 volte per notte. Adesso sembra una cosa assurda, ma le vene dei pazienti potevano essere prese solo dai medici: si pensi quindi con così tanti bambini quante volte capitava… Così la chiamata notturna era per il bambino che stava male (non c'era il pediatra di turno), ma anche solo per prendere l'accesso venoso…[38].

Non è d'altra parte che ci fosse molta scelta nell'individuare il candidato ad interrompere il sonno notturno: la dottoressa Guadagnini rammenta che per almeno un anno dall'inizio della sua attività i medici del reparto erano solo loro due, con la conseguenza che "facevamo tutte le feste, lavoro 365 giorni all'anno[39]".

Ovviamente nei primi anni anche la tecnologia a disposizione era poca e con molti limiti: "i mezzi diagnostici erano ridotti, la radiologia era quella per immagini, ma nel significato che questo aveva cinquant'anni fa, e anche con gli esami di laboratorio più di tanto non si riusciva ad ottenere[40]". In più qualche volta si metteva in mezzo… il bilancio:

> Quando sono venuti fuori gli aghi di tipo butterfly (aghini molto piccoli) ho avuto una discussione con l'economo dell'ospedale (che era una bravissima persona!) perché lui mi ha detto: "gli aghi che le fornisco io vengono dal Giappone, quelli che mi chiede lei, questi butterfly, vengono dall'America e costano un terzo in più. Eppure io li ho guardati al microscopio e non ho visto nessuna differenza!". Invece la differenza c'era: fare un prelievo con gli aghi in dotazione voleva dire pungere il bambino due o tre volte per poter fare uscire un po' di sangue, mentre coi butterfly questo non succedeva, perché erano siliconati e scivolavano di più[41].

In mezzo a queste difficoltà il pediatra ospedaliero interveniva su tutte le patologie infantili (almeno su quelle serie, perché per le altre non si accedeva all'ospedale, era il medico di base ad occuparsene: non di rado, in campagna, accadeva addirittura che fosse lui a togliere le tonsille!): sulla base delle conoscenze e dell'esperienza acquisita rappresentava l'unico punto di riferimento per ogni tipo di problema. Negli anni il suo ruolo è profondamente cambiato:

> La pediatria è stata una delle prime branche della medicina ad intuire questo cambiamento, che è di

37 Testimonianza di Ugo Serra.

38 Testimonianza di Tiziana Guadagnini.

39 Ibidem.

40 Testimonianza di Ugo Serra.

41 Ibidem.

Operatori dell'équipe pediatrica, al centro seduto Ugo Serra, 1992

> fatto un ri-conoscere ogni giorno sia il limite della nostra competenza sia la competenza altrui. È stato ed è difficile passare da un ruolo in cui era richiesto di agire su "tutto" e che aveva nell'enormità di tale richiesta la giustificazione di molti errori, ad un ruolo in cui si deve essere coscienti di quello che è il nostro compito e che dobbiamo saper fare…[42].

Il pediatra che da "tuttologo" qual era diventa una figura che esercita le sue abilità e competenze insieme ad altre abilità e competenze: è la stessa trasformazione che abbiamo visto caratterizzare il ruolo del medico di medicina generale. Secondo la dottoressa Guadagnini si tratta di un passaggio inevitabile, imposto dall'evoluzione della ricerca scientifica e delle conoscenze sulle malattie:

> La questione è: se l'adulto ha tutta una serie di specialità per curarsi perché non le deve avere il bambino? Il pediatra che prima si occupava di tutto e aveva una gamma di conoscenze incredibili adesso deve avere una sua sub specialità[43].

In quest'ottica si tratta di capire allora quale funzione deve ricoprire la Pediatria all'interno di un ospedale come quello di Crema rispetto ai centri di terzo livello che hanno le pediatrie specialistiche. Secondo l'attuale direttore del reparto, il dottor Emilio Canidio, la strada da percorrere è quella di crearsi delle piccole specializzazioni settoriali che possano fare da riferimento anche per le realtà più grandi. È proprio in questa direzione che si è mossa la divisione di Crema, creando una gastroenterologia pediatrica di rilevanza ormai nazionale[44], un'ottima endocrinologia e una altrettanto efficiente diabetologia infantile. Tutto questo (è sempre il pensiero del dottor Canidio) avendo ben presente che un ospedale non è un'isola, ma si trova all'interno di un sistema di relazioni con cui è possibile scambiare informazioni e pareri, e che l'eccellenza non è un valore che si misura su "quante" cose si fanno, ma su "come" si fanno, avendo anche l'onestà di ammettere che in alcuni casi è meglio nell'interesse dei pazienti lasciare il passo a chi ha più competenze.

L'impossibilità di concepire ormai il pediatra come una sorta di eroe solitario che affronta tutti i problemi nasce anche dall'ampliarsi della fascia di età che deve fare riferimento a questa figura. È un altro cambiamento epocale, che vede tale tipologia di medico chiamata ad intervenire sulle patologie che possono insorgere nel feto e dopo la nascita, fino a coprire – in condivisione con altri professionisti –

42 E. Canidio, F. Colombo, Realizzare "l'area pediatrica" nella realtà socio sanitaria cremasca, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 197 ss.

43 Testimonianza di Tiziana Guadagnini.

44 Vedi sopra, cap. 5.

le problematiche relative all'adolescenza.
Conformemente ad una organizzazione che prevede un "Dipartimento Materno-Infantile" il Nido a Crema costituisce un'Unità Semplice di Pediatria. Per quanto la pratica del rooming-in ne abbia ridimensionato le funzioni, è nell'ambito di esso che vengono ad esempio svolti tutti gli screening neonatali, che all'Ospedale Maggiore comprendono oltre alle analisi obbligatorie su campioni di sangue dei piccoli ospiti (per individuare un ampio spettro di malattie congenite) anche test per la displasia evolutiva dell'anca[45], l'ipoacusia e la cataratta. L'Unità Operativa accoglie anche un settore di Patologia neonatale, che però non ha il carattere estensivo che aveva agli albori del reparto, quando Crema si occupava di tutti i neonati: oggi in essa vengono ricoverati i piccoli prematuri con età gestazionale inferiore alla 36^ settimana, i neonati con segni clinici o sospetto di infezioni, quelli con condizioni di rischio o patologie che necessitano monitoraggio o assistenza particolare ed infine quelli con peso alla nascita inferiore ai 2300 grammi. Nei casi però in cui l'età gestazionale sia sotto le 32 settimane, il peso minore di 1500 grammi, oppure le condizioni del piccolo siano tali da richiedere la terapia intensiva, i neonati sono trasferiti al reparto specialistico del Policlinico di Pavia. Queste limitazioni secondo il dottor Canidio rispondono al concetto già enunciato per cui "eccellenza" non vuol dire necessariamente fare tutto:

> Si è trattato di una delle decisioni più difficili da far passare, perché qui una volta curavamo tutti i neonati. Ma la scienza è andata avanti, e ci dice che il bambino molto piccolo o con problemi gravi ha bisogno di una serie di cure e di capacità di accudimento che vanno oltre la nostra competenza, quindi è bene trasferirlo dove esiste una competenza specifica. Finita la situazione acuta il bambino può tornare qui[46].

L'ambito di azione del pediatra si estende come già anticipato fino all'adolescenza: per questa fascia di età e per i problemi che con essa si evidenziano esiste una gestione multidisciplinare che prevede l'affiancamento di altri professionisti, endocrinologo e psicologo in primis, ed è attiva anche un'interazione con i servizi forniti dal territorio (consultorio familiare) per il sostegno psico socio sanitario.
Ecco quindi evidenziarsi anche per questa divisione la tendenza verso il lavoro di équipe e la collaborazione con le altre strutture che nel territorio si occupano di salute dell'infanzia, dai Centri di terzo livello, ai servizi ambulatoriali, per arrivare ai pediatri di base, con i quali è da tempo ben viva e percepita la necessità di curare e sviluppare la comunicazione, "concordando occasioni reciproche di aggiornamento, condivisione di pazienti critici, prosecuzione domiciliare dell'assistenza, dimissione precoce[47]."
L'ampliamento delle competenze della Pediatria (e dei professionisti che vi operano) impone naturalmente anche un adeguamento delle modalità organizzative del reparto. C'è da chiedersi se tale adeguamento sia conciliabile con quello che sembra essere, in epoca di aziendalizzazione della salute, il principio regolatore di tutte le scelte, cioè il budget. In questo senso l'Unità Operativa di cui ci stiamo occupando può essere un interessante banco di prova, e l'attuale direttore sembra avere a proposito idee molto precise:

> Il mio ruolo di primario deve essere quello di dare un parere medico sulle scelte, da confrontare con le esigenze amministrative. Di certo il budget non è tutto. Faccio un esempio: presso il nostro ospedale funziona – siamo stati fra i primi in Italia – una modalità di assistenza chiamata osservazione breve. Si tratta di questo: per certe situazioni acute che sappiamo aver bisogno di un'esigenza terapeutica breve o di un periodo di osservazione per capire che tipo di soluzioni scegliere, noi non ricoveriamo il bambino, ma lo teniamo per un tempo limitato (24, massimo 36 ore) alla fine delle quali o la cosa si risolve e lo si rimanda a domicilio oppure lo si ricovera. È insomma una sorta di "cuscino" fra Pronto Soccorso e ricovero, considerato che non sempre nel primo si può risolvere il problema e che la sola alternativa dimissioni-ricovero rappresenta un vincolo. Questo tipo di assistenza è molto costoso, e dalla regione viene pagato pochissimo. Però io dico: che cosa me ne importa se questa è

45 Si tratta di uno sviluppo anomalo dell'articolazione dell'anca che porta gradualmente la testa del femore a collocarsi fuori dalla cavità acetabolare.
46 Testimonianza di Emilio Canidio.
47 Azienda Ospedaliera di Crema, Bilancio di mandato 2008-2010, p. 64.

Francesca Gipponi

Tiziana Guadagnini

> una modalità utile e idonea per assistere i bambini? Il mio obiettivo deve essere quello di ricoverare il bambino il meno possibile per ridurne il disagio, non fa niente se questo comporta un budget minore[48].

Un'affermazione chiara, che per la verità il dottor Canidio afferma di non aver faticato più di tanto a far entrare fra i criteri di gestione del reparto: "mi aspettavo di dover litigare di più, invece ci sono sempre stati confronti molto serrati e intensi, ma del tutto positivi[49]".
Le risorse a disposizione non sono l'unico elemento di novità con cui l'Unità Operativa deve confrontarsi: i tempi cambiano, con essi cambia l'approccio alle problematiche di salute, e il cambiamento è particolarmente evidente quando a vivere tali problematiche sono i bambini. Una volta l'ospedale era per loro l'ultima risorsa: soprattutto fuori dai grandi centri il medico di base era colui che si occupava praticamente di tutto, quando addirittura non si faceva a meno anche del suo intervento, preferendo per le piccole cose i rimedi tramandati dalle nonne e dalla tradizione. Oggi l'ospedale diventa troppo spesso la prima scelta:

> Se mia madre con dodici figli avesse dovuto andare in ospedale tutte le volte che uno di loro aveva la febbre avrebbe fatto meglio a stabilirsi davanti al Pronto Soccorso…[50].

> I genitori sono cambiati, vogliono tutto e subito, e capita che vengano in ospedale anche per un culetto rosso…[51].

Da cosa dipende questo cambiamento? Da atteggiamenti genitoriali eccessivamente ansiosi ed apprensivi? Dal venir meno di quella rete famigliare che in passato offriva sicurezza e protezione? Da un'obiettiva mancanza di servizi territoriali adeguati?
La dottoressa Guadagnini ritiene che qualche volta si scelga l'ospedale perché è più "comodo":

> I pediatri di base fanno un lavoro eccellente, eppure molti genitori li bypassano perché venire al Pronto Soccorso è più facile, e puoi avere gli esami subito. Così tu vieni al mattino alle otto prima del lavoro, qui ti fanno le analisi e l'ecografia, ti dicono che il bambino non ha niente, per cui puoi andare a lavorare tranquillo col bambino già visitato…[52].

Quale che ne sia la ragione, questa pratica comporta non pochi problemi al Pronto Soccorso pediatrico (avviato nel 2012 per dare una risposta alle particolari esigenze di questo tipo di utenza[53]), tanto da costringere i medici del reparto a richiamare più volte i genitori ad un uso appropriato del servizio, riservato ai bambini che necessitano cure rapide ed urgenti e da non confondere con un ambulatorio pediatrico![54]

48 Testimonianza di Emilio Canidio.
49 Ibidem
50 Testimonianza di Francesca Gipponi.
51 Testimonianza di Tiziana Guadagnini.
52 Ibidem.
53 Inaugurato il Pronto Soccorso pediatrico, in Crema Oggi, 9 giugno 2012. Il nuovo spazio è stato realizzato nell'area adiacente all'ingresso del Pronto Soccorso e comprende due sale, una per attesa e gioco, l'altra per le visite.
54 Crema, Ospedale Maggiore: quando portare i bambini al

E i bambini? Sono cambiati anche loro nell'atteggiamento verso la malattia? Questi bambini che ci sembrano a volte così consapevoli, informati e curiosi, come rispondono al ricovero in ospedale? A giudizio del dottor Canidio i suoi piccoli pazienti non sono poi così diversi da quelli del passato, se si stabilisce con loro il giusto rapporto:

> Se il bambino ti percepisce come un suo alleato, se capisce che sei lì per lui e che gli sei vicino emotivamente allora risponde nel modo giusto. E poi la loro grande fortuna è che esaurito il momento di sofferenza la loro natura riemerge immediatamente, e possono essere estremamente divertenti![55].

In alcuni casi la reazione dei bambini ai propri problemi di salute sorprende persino gli adulti che hanno cura di loro. Come già accennava il dottor Canidio, l'Ospedale Maggiore ospita un affermato Centro Diabetici, una parte importante della cui attività concerne i minori affetti da questa patologia nel tipo 1, cioè quello che deve essere trattato con insulina. La scoperta della malattia rappresenta un trauma per qualunque famiglia: ritmi e progetti di vita ne escono sconvolti, si viene assaliti da mille dubbi sul futuro del bambino e sulla capacità sua e della sfera parentale di gestire la terapia, ed è grande il timore delle possibili complicanze. In questa fase difficile il medico specialista deve fornire il suo supporto, ma anche essere estremamente sincero con i piccoli pazienti:

> Quello che io dico sempre ai ragazzi è: la tua vita verrà stravolta, ma non è detto che lo sia in peggio. Certo, devi entrare nell'ottica di dover fare delle cose che prima non facevano parte della tua routine, ma piano piano queste cose diventeranno la normalità, esattamente come farsi la barba o darsi lo smalto, e tu potrai quasi dimenticare di essere malato[56].

E i bambini rispondono, eccome, rivelando risorse inaspettate e a volte affrontando la situazione persino meglio dei genitori: fin da piccoli imparano a calcolare i carboidrati per regolare la dose di insulina, poi apprendono a tenere conto anche degli altri fattori che influiscono sui valori glicemici – ad esempio l'attività fisica – arrivando a gestire autonomamente tutti i momenti della loro vita, dallo sport alle feste di compleanno, dalla pizza con gli amici alla gita scolastica.

Proprio da questa straordinaria capacità di andare "oltre" la malattia deriva l'importanza, anche in ambiente ospedaliero, del gioco: attraverso di esso i piccoli liberano le loro ansie, sciolgono la tensione, e magari fanno emergere anche elementi utili ai fini della diagnosi e della guarigione. Ad occuparsi di questa componente così fondamentale a Crema sono un gruppo di persone davvero speciali, che è facile riconoscere ed incontrare in Pediatria. Ancora più facile è individuare il luogo fisico del reparto dove il miracolo avviene ogni giorno (perché far ridere un bambino che soffre e ha paura è un miracolo, sempre): basta seguire i suoni e i colori. La sala di ABIO, l'Associazione per il Bambino In Ospedale, è ricolma di giochi, di disegni, di lavoretti realizzati da piccole mani: una sorta di mondo di Cartoonia (per citare il film con il coniglio dalle grandi orecchie tanto amato dai piccoli e anche dai grandi!) che si spalanca all'improvviso fra i corridoi. Sul muro, all'ingresso, in mezzo a tante foto di bambini sorridenti, la frase di Antoine de Saint Exupéry, l'autore de "Il piccolo Principe": "Tutti i grandi sono stati bambini, ma pochi di loro se lo ricordano".
ABIO lavora all'Ospedale Maggiore da quasi vent'anni. Accettare la presenza in reparto di questi "alieni" in T shirt con orsacchiotto non è stato né semplice né immediato: il dottor Canidio non ha problemi a dire di essere stato inizialmente contrario: "temevo che dessero fastidio, che ostacolassero la nostra attività[57]", ma ne ha ancora meno ad ammettere di aver cambiato del tutto parere: "i volontari di ABIO sono preziosissimi, non potrei farne a meno[58]".
Abbiamo chiesto ad una di queste preziose persone di descriverci il suo lavoro:

> La giornata del volontario si divide in tre momenti: la mattina dalle 8.30 alle 11.30, il pomeriggio dalle 15 alle 18 e la sera dalle 20 alle 22. La prima cosa

Pronto Soccorso, in *Crema on line*, 3 aprile 2015.

55 Testimonianza di Emilio Canidio.

56 Testimonianza di Silvia Severgnini, attuale responsabile del Centro Diabetici.

57 Testimonianza di Emilio Canidio.

58 Ibidem.

Gli spazi ABIO nell'Unità di Pediatria

Emilio Canidio

> che facciamo quando entriamo in reparto è presentarci nelle camere dei bambini: diciamo chi siamo, e loro sono subito attenti e incuriositi. Poi li invitiamo a raggiungerci nella nostra sala. Qualcuno ci segue subito, altri dicono che vogliono pensarci un attimo, poi sentendo i rumori si avvicinano, mettono la testa dentro e si fermano. Altri ancora sono già lì davanti che ci aspettano, e il loro sorriso quando arriviamo è già una gratificazione. A volte con i bambini arrivano i genitori. Una volta in sala partiamo: i nostri armadi sono pieni di giochi in scatola (quelli che magari a casa non fanno più, perché ci sono i videogiochi!), poi facciamo tanti lavori manuali, e col tempo ogni volontario acquista una "specializzazione": quello che fa i fiori, quello che fa i disegni…[59].

Altrettanto delicata e importante è l'attività svolta per i ragazzi più grandi: "Con gli adolescenti spesso si instaura un rapporto di confidenza, perché con loro per lo più si chiacchiera. A volte si mettono spontaneamente dalla parte del volontario ed aiutano i più piccoli a giocare, magari scoprendo un lato di loro che non conoscevano[60]". All'estremo opposto ci sono poi le cure e le attenzioni per gli ospiti più minuscoli della Pediatria: i bimbi abbandonati alla nascita che rimangono in reparto in attesa che siano completate le pratiche per l'adozione. Per loro ABIO organizza cicli di presenze continue, "perché non rimangano mai senza coccole[61]".

Il ricovero ospedaliero è un'esperienza difficile da affrontare per un bambino, ma lo è altrettanto per i genitori: ansia, dubbi, paure sono all'ordine del giorno. Ecco quindi che la presenza dei volontari può aiutare a superare i momenti critici (trovare qualcuno con cui parlare può essere già una valida medicina), oltre a fornire un supporto pratico, perché in queste ore i parenti possono assentarsi sapendo che c'è chi si occupa del loro figlio.

Quello del gioco è davvero un linguaggio universale, e può aiutare a superare barriere che sembrano altrimenti invalicabili: come tutti gli altri reparti la Pediatria è sempre più frequentata da persone di diverse culture, e a volte la comunicazione, soprattutto con i genitori, non è facile. Molto spesso si è costretti ad improvvisare, utilizzando la mediazione di altre mamme o recuperando qualche operatore che conosce la lingua. E quando proprio non c'è altro… il traduttore del cellulare resta una risorsa! Per queste particolari situazioni ci sembrano comunque significative le osservazioni rilasciate dal dottor Canidio in una recente intervista:

> La multiculturalità è una delle sfide degli ultimi tempi che il pediatra è chiamato ad affrontare, mettendosi nei panni dell'altro e modulando la risposta nel rispetto delle diversità. Per superare barriere linguistiche e culturali è indispensabile che il medico manifesti un interesse vero nei confronti del bambino: solo così si possono costruire ponti. Diversamente, le differenze culturali e linguistiche diventano una barriera e la diversità, che è sinonimo di arricchimento, si trasforma in una difficoltà[62].

59 Testimonianza di Maria Grazia Passeri, volontaria ABIO.
60 Ibidem.
61 Testimonianza di Ortensia Marazzi, presidente ABIO.
62 Il mondo è cambiato, ma i bambini sono sempre gli stessi, in *L'Inviato Quotidiano*, 18 gennaio 2018.

La Pediatria di Crema sta oggi affrontando una vigilia importante: la regione Lombardia ha infatti appena stanziato un milione e seicentomila euro per la ristrutturazione del reparto[63]. La Divisione occupa la sede attuale, al primo piano del monoblocco, dal 2002, quando ha preso il posto della Cardiologia, a sua volta trasferita nella Piastra. Da allora molte cose sono cambiate: alcuni interventi tipici dell'infanzia che prima si facevano in regime di ricovero (quanti di noi conservano la memoria dei giorni trascorsi in ospedale per l'estrazione delle tonsille?) ora si svolgono in Day Surgery, ed in generale la durata della degenza si è mediamente assai ridotta. Tali mutate esigenze richiedono quindi un adeguamento della struttura, che risponda ad un nuovo concetto di Pediatria e abbia la capacità di proiettarsi nel domani:

> Per il futuro ci sarà bisogno di una grande area ambulatoriale, di una grande area di Pronto Soccorso e di osservazione breve e di una zona più ristretta di ricovero attrezzata per le situazioni acute e soprattutto per la cronicità pediatrica, che è sempre più numerosa (parliamo di bambini cerebrolesi, ma anche di quelli affetti da malattie metaboliche croniche come il diabete). Teniamo conto che con i progressi che la medicina fa ogni giorno ci sono bambini che prima avevano probabilità di sopravvivenza molto basse e che ora vivono molto di più, e quindi hanno bisogno di accudimento. Si tratta in generale di un tema molto importante: il cronico tende a non piacere a nessuno. La pediatria di base non riesce a farsene carico, quindi devono pensarci gli ospedalieri: occorrerà organizzare delle stanze con certi tipi di letto e con un posto anche per le mamme. L'area pediatrica che immaginiamo avrà tutte queste strutture e disporrà di spazio anche per la formazione delle infermiere destinate a questo reparto[64].

Nella speranza e con l'augurio che il progetto trovi presto concreta realizzazione ci piace chiudere con le parole del direttore del reparto, che in un certo senso ci riportano a quella frase di Saint Exupéry citata in precedenza, di cui il nostro dottore ha fatto evidentemente tesoro:

> I bambini mi fanno rendere conto ogni giorno che io sono solo un piccolo tassello della loro vita, che loro sono il futuro e che la mia vita è limitata, ma proprio per questo mi richiamano al Vero, all'autenticità e al senso di ciò che sto facendo[65].

63 Nuova Pediatria, la Regione stanzia i fondi, in *La Provincia*, 5 ottobre 2017.

64 Testimonianza di Emilio Canidio.

65 Il mondo è cambiato, cit.

CAPITOLO VIII

IL FATTORE UMANO

Infermieri di ieri e di oggi

Siamo così abituati alla loro presenza che a volte arriviamo a non accorgercene nemmeno più, a considerarli parte scontata del paesaggio ospedaliero. Eppure se non ci fossero tutta questa grande macchina della salute si bloccherebbe immediatamente, perché di essa rappresentano i meccanismi essenziali, quelli intorno a cui si muove tutto. A fianco dei malati nella cura e nell'assistenza, nella gestione delle apparecchiature, nell'organizzazione pratica delle attività, nel far fronte a paure, richieste, malumori di chi è costretto a vivere l'avventura del ricovero. Sempre lì.

Per questo crediamo sia indispensabile concedere una sosta a questo nostro viaggio per soffermarci a parlare un po' di loro, di quello che pensano, di quali sono le loro difficoltà, di come il tempo ha cambiato il loro ruolo, del perché, nonostante tutto, scelgono ancora di fare questo lavoro. Professione infermiere.

E cominciamo a raccontarla allora questa professione, a partire dai tempi del vecchio ospedale, quando i ruoli fra personale ausiliario (si chiamava così) e medici erano ben distinti, con questi ultimi nelle vesti di autorità indiscusse (e lo stesso vale per le suore caposala!), mentre gli infermieri professionali erano figure ancora rare, per cui le loro funzioni si confondevano con quelle dei generici. Così se nelle piccole realtà accadeva facilmente che fra gli incarichi ci fossero indifferentemente l'assistere in sala operatoria e… il passare i pavimenti delle scale[1], in quelle più grandi vigeva la regola dell'aiuto reciproco:

> Se c'era un malato che stava male io chiedevo aiuto a un collega, e non mi interessava se era un inserviente o un professionale; se qualcuno vomitava io pulivo, non aspettavo certo l'inserviente…[2].

I colleghi più anziani erano comunque un riferimento obbligato, e in molti di quanti hanno vissuto quella stagione è viva la sensazione che siano stati loro i migliori insegnanti. Nella vecchia struttura anche gli orari di lavoro erano qualcosa di poco definito ("Il professor Canger ci diceva che il nostro non era un mestiere che alle cinque smetti e te ne vai, se c'era un'emergenza dovevi rimanere[3]"), e le tante ore favorivano, a detta dei testimoni, lo stabilirsi di rapporti di familiarità sia fra colleghi che con i degenti (va considerata anche la lunghezza dei ricoveri!). Questo ovviamente non toglieva nulla alla grande fatica fisica che l'attività comportava – i supporti strumentali e tecnologici erano quasi nulli – e anche a quella psicologica, che soprattutto per chi iniziava giovanissimo (allora si usciva dal corso professionale a 16 anni) rappresentava un fardello pesante da portare. Nei ricordi di chi c'era tale aspetto è molto sottolineato, ma siamo portati a pensare che la riflessione che riportiamo di seguito non abbia perso attualità:

1 Testimonianza di Silvana Colturani, infermiera professionale a Rivolta d'Adda e poi a Crema.
2 Testimonianza di Rita Maria Parati.
3 Ibidem.

> Io non mi sono mai abituata alle sofferenze. Negli altri lavori tu esci e chiudi con tutto, qui il pensiero non ti lascia. Mi ricordo che ogni tanto quando andavo a fare qualche gita vedevo la gente divertirsi e pensando a chi stava morendo non mi sembrava giusto. Ho ancora in mente una signora che urlava continuamente per il dolore, mi ricordo la tentazione che ho provato di aiutarla a finire quella sofferenza… Mi sono spaventata per questo pensiero[4].

Non a caso le stesse parole le ritroviamo in chi ai tempi nostri lavora a contatto con l'emergenza urgenza:

> Certo, poi uno con gli anni si fa un po' di scorza. Ma ho pianto diverse volte, soprattutto facendo servizio in auto medica. Incidenti con bambini coinvolti… una volta ricordo che dopo il medico e io rimanemmo mezz'ora a guardarci negli occhi, incapaci di dire una sola parola…[5].

Un carico emozionale duro da mettersi sulle spalle, in una professione che comunque – oggi come ieri – comporta grandi sacrifici e sotto molti aspetti cambia la vita. Certo, i turni non sono più quelli di un tempo ("ai miei tempi a volte in due giorni si concentravano 24 ore di lavoro[6]"), ma le notti si fanno ancora, come pure si lavora la domenica, e questo incide sulle relazioni ed impone rinunce: in effetti qualcuno ha sottolineato che le amicizie si mantengono quasi sempre fra colleghi di lavoro. Se il peso emotivo e i sacrifici che la professione porta con sé non sono mutati, con gli anni invece molte altre cose si sono modificate, spesso come diretta conseguenza delle trasformazioni in atto nella società. Oggi l'infermiere è qualcosa che va molto oltre lo stereotipo della figura in camice bianco che fa prelievi, distribuisce pastiglie ed esegue medicazioni: è un professionista sanitario riconosciuto dalla legge che opera con ruoli di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione in ambiti di lavoro che sempre meno si identificano col solo ospedale, ma spaziano dalle strutture territoriali o di ricovero alle industrie, ai centri vacanza, alle scuole e ad altre istituzioni o enti, al domicilio dei malati. Un cambiamento epocale, che impone competenze sempre più variegate e complesse e che allontana inesorabilmente questa figura da quella del "paramedico", cioè di colui che si limita ad assistere il medico in posizione subordinata, per conferirle capacità di scelte e valutazioni autonome. Un passaggio che non è sempre facile da assimilare:

> A volte è necessario far capire che i professionisti sono tutti professionisti e che non c'è chi è più importante e chi meno: al centro c'è il malato, intorno ruotano le varie figure che mettono a disposizione le loro competenze… Forse bisognerebbe spiegare a chi considera ancora il nostro ruolo di secondo piano che in ospedale 24 ore su 24 ci sta l'infermiere, mentre il medico arriva solo quando c'è un problema[7].

Una presenza continua, quindi, non "accanto" al medico, ma accanto alle persone, prendendosi cura di loro in un momento di difficoltà. Anche nel moltiplicarsi delle conoscenze richieste e acquisite questa rimane l'essenza della professione: la relazione con l'altro[8].

Un aspetto di relazione che però i tempi che stiamo vivendo non aiutano a sviluppare, nella società nel suo insieme, e quindi anche in un microcosmo come quello ospedaliero. Non a caso molti testimoni ci hanno parlato di un lavoro più "freddo", in cui a volte l'eccesso di burocrazia sottrae spazio al rapporto umano, già pesantemente condizionato dagli aumentati carichi di lavoro indotti dalla carenza di personale. È, quest'ultimo, un problema enorme, che genera nei lavoratori della sanità scontento, disagio e preoccupazione, ma a cui sembra difficile trovare soluzione. Su tale punto il direttore generale dell'ospedale è stato estremamente chiaro:

> Il personale non si può aumentare. Nel 2011 l'Europa ha imposto all'Italia un programma di rientro dei costi della Pubblica Amministrazione e ha fissato per la spesa del personale sanitario il livello previsto per il 2004 ridotto dell'1.4% da raggiungere entro il 2020. Quindi ogni anno ci tagliano un po' di persone, e noi non possiamo farci niente. Quello che noi vorremmo è che almeno la Regione usasse tutti gli strumenti che ha per fare tagli selettivi, per

4 Ibidem.
5 Testimonianza di Daniele Guarneri, infermiere al Pronto Soccorso.
6 Testimonianza di Francesca Gipponi.
7 Ibidem.
8 Ibidem.

cui se un'azienda ospedaliera ha raggiunto risultati come quelli che abbiamo raggiunto noi non dovrebbe avere altre riduzioni…[9].

La criticità della situazione è aggravata dal fatto che assumendo poco aumenta l'età dei dipendenti in servizio e quindi crescono le limitazioni lavorative legate all'invecchiamento: così le forze attive sono sempre meno. E come se non bastasse c'è il problema del turn over:

> Alcune regioni del sud hanno avuto dal governo il blocco delle assunzioni, così molti infermieri sono venuti al nord. Ovviamente mano a mano che il blocco si allenta questi operatori vogliono tornare vicino a casa. Il risultato è che mandiamo via continuamente infermieri formati per prenderne dei nuovi da formare un'altra volta…[10].

È chiaro che questo stato di cose finisce per influire non poco sulle condizioni di lavoro: parleremo più avanti diffusamente dei problemi del Pronto Soccorso, ma fin da ora occorre sottolineare come la scarsità di personale renda particolarmente difficile conciliare vita e professione, con risvolti di non poco conto soprattutto sulle dipendenti donne, già costrette anche in condizioni normali a fare salti mortali per raccordare le esigenze della famiglia con quelle dei turni:

> La conciliazione vita lavoro appare il vero problema di oggi: c'è grossa difficoltà nella gestione dei turni, e a volte non sono rispettate le 11 ore previste fra un turno e l'altro. Anche il sapere con doveroso anticipo quando sarò di turno il mese prossimo è un'esigenza molto sentita, ma la questione di quando l'ordine di servizio deve essere affisso in reparto non è ancora chiara. C'è poi l'altra questione del meccanismo della reperibilità che viene utilizzato per copertura turno, vale a dire che quando per assenze improvvise non si riesce a coprire il turno esiste questa sorta di pronta disponibilità di sabato e domenica per cui io infermiere sono reperibile e vengo chiamato in servizio… ma se io sono a casa di riposo voglio goderne appieno![11].

Un altro elemento che ha animato le relazioni fra sindacati ed azienda riguarda il sistema di valutazione del personale, introdotto oltre una decina di anni fa (l'ospedale di Crema è stato fra i primi ad attivarlo). All'inizio la sola proposta di essere valutati ha incontrato la ferma opposizione degli operatori:

> C'era il dubbio che la valutazione della propria professionalità e del proprio attaccamento al lavoro fosse condizionata dai rapporti interpersonali. E poi ci si chiedeva: chi giudica chi? È il primario che incontro poche volte e nemmeno sa come mi chiamo? È il medico con cui ho avuto un attrito? Non fu facile da digerire…[12].

Pe rendere più accettabile lo strumento si è quindi provveduto a realizzare dei tavoli con i rappresentanti delle varie professioni nei quali sono stati discussi i criteri di valutazione e il percorso che la valutazione stessa doveva seguire, concordando che esso si dovesse articolare prima in una autovalutazione del singolo e poi in un'altra condivisa col responsabile, che l'operatore poteva accettare oppure no. Il sistema ha continuato a seguire questo schema fino ad oggi, e anche se a detta degli stessi sindacalisti i casi di contestazione sono assai ridotti[13], non sono pochi fra i dirigenti dell'azienda coloro che ne riterrebbero opportuna una revisione, soprattutto per ciò che concerne la sua inclusione fra gli elementi che concorrono a calcolare i premi di produttività:

> Personalmente non sono mai stato d'accordo sull'agganciare il processo di valutazione al sistema incentivante, in quanto la valutazione delle competenze lascia comunque delle aree scoperte, mentre il sistema di incentivazione deve operare con indicatori molto precisi. Inoltre se vengono evidenziate delle competenze carenti è la formazione che le deve riempire. Per questo vorrei che il sistema

9 Testimonianza di Luigi Ablondi.

10 Ibidem. Per comprendere le dimensioni del problema basta il dato fornito dalla responsabile del SITRA Anna Maria Bona: su 50 infermieri assunti nei primi 8 mesi del 2017 la metà non lavora già più a Crema.

11 Testimonianza di Arrido Bellotti, membro dell'RSU.

12 Testimonianza di Giuseppe Mametti, sindacalista della CGIL fino al 2000.

13 Testimonianza di Ferdinando Casareale, membro RSU. Arrido Bellotti ci ha confermato che ormai nelle valutazioni l'80-90% degli operatori raggiunge un punteggio che va dal 90 al 100%.

di valutazione diventasse uno strumento con cui il dirigente individua insieme ai suoi collaboratori le cose da migliorare[14].

La mia impressione è che per tutti gli attori coinvolti il sistema di valutazione sia diventato un mero adempimento e non costituisca elemento di motivazione. Forse bisognerebbe svincolarlo dal discorso economico e farlo diventare davvero strumento di crescita professionale[15].

Le trasformazioni che la professione ha vissuto negli ultimi decenni hanno indotto una profonda revisione degli strumenti e delle modalità di formazione, di cui ci occuperemo ampiamente più avanti. Adesso ci interessa capire come i "vecchi" infermieri professionali giudicano i loro nuovi colleghi, e se ritengono positivo il cambiamento. Sicuramente in alcuni di loro rimane la convinzione che comunque anche oggi niente possa sostituire l'esperienza, la pratica sul campo. In altri è vivo il timore che l'attenzione dedicata alla tecnica e alle nozioni rischi di far passare in secondo piano l'aspetto umano della professione. Da parte sua la dottoressa Bona, responsabile del SITRA – la struttura che si occupa della direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico e tecnico sanitario – ha confermato come non sempre l'interazione fra i nuovi infermieri laureati, portatori di una visione diversa e di un differente approccio al paziente, e la vecchia guardia sia facilissimo[16].
Di certo, richiesti di dare dei consigli ai giovani che si avviano ad iniziare questa difficile professione, tutti gli intervistati hanno insistito sul medesimo aspetto:

Studiate, imparate, ma soprattutto ricordate che dall'altra parte c'è una persona che ha bisogno di voi[17].

A chi vuole fare questo mestiere dico che le basi scientifiche sono importanti, ma la cosa che conta ancora di più è l'empatia nel rapporto col paziente e la collaborazione e disponibilità coi colleghi: crescere insieme vuol dire accettare che se ho fatto qualcosa che non va bene il collega me lo faccia notare. E da parte mia io farò lo stesso[18].

A queste ragazze e ragazzi direi che è un bellissimo lavoro, da cui ricevi più di quello che dai, perché ti permette un incontro quotidiano con persone diverse. Bisogna però imparare ad ascoltare davvero quello che le persone desiderano, non quello che noi pensiamo che loro desiderano. Quando un paziente viene da te tu non sai chi è, e devi entrare nella sua vita in punta di piedi[19].

Un bellissimo lavoro. Se c'è un elemento che emerge netto sia fra chi ha ormai lasciato la professione sia in coloro che ne vivono ancora le positività ma anche le difficoltà e i problemi, è proprio questo: la passione per quello che si fa, e la voglia di farlo al meglio, per cui anche le critiche appaiono dirette a questo fine.
È ancora così? È ancora per passione che si sceglie di diventare infermiere, affrontando il faticoso percorso che la nuova formazione impone? Vediamo di scoprirlo.

Il corso di laurea in Infermieristica
Il problema della formazione di nuove leve infermieristiche si è posto a Crema fin dall'apertura del nuovo nosocomio. L'ampliamento delle attività cliniche ha comportato un consistente aumento del personale, ma nel 1968 la città non disponeva ancora di una scuola infermieri: per chi intendeva intraprendere la professione l'unica scelta era quella di frequentare le lezioni a Codogno, a oltre 25 chilometri di distanza.
A questa carenza si pone rimedio nel 1972: a gennaio viene infatti inaugurato il corso per infermieri professionali[20]. Gli iscritti (anzi le iscritte: sono tutte donne) ammontano a 55, e la sede è nel vecchio ospedale, presso i locali dell'ex brefotrofio di via Teresine. La scuola, che dipendeva dall'amministrazione ospedaliera, era ancora strutturata su due anni, e per accedervi bastava il diploma di terza media (nel 1973 la normativa nazionale porterà la durata a tre anni e richiederà come requisito la

14 Testimonianza di Silvio Bettinelli, responsabile Ufficio Formazione.
15 Testimonianza di Guido Avaldi, direttore amministrativo.
16 Testimonianza di Anna Maria Bona.
17 Testimonianza di Michela Maccagni.
18 Testimonianza di Silvana Colturani.
19 Testimonianza di Francesca Gipponi.
20 Ufficialmente inaugurata la scuola per infermieri, in *La Provincia*, 16 gennaio 1972, p. 9.

La scuola infermieri, anni '70

promozione al terzo anno di scuola superiore. Nel 1975 invece il corso passerà sotto il controllo della Regione).
Per oltre un decennio l'attività prosegue senza problemi, registrando un continuo aumento di iscritti. La signora Parati, che ha vissuto in corsia quel periodo, ha dato un'interpretazione originale a questo boom:

> Erano gli anni in cui era molto in voga il cartone animato giapponese Candy, con la protagonista che faceva l'infermiera. Una marea di ragazzine ha deciso allora che voleva fare questo mestiere. A qualcuna mi è toccato far capire che la realtà era molto diversa…[21].

Proprio la crescita delle adesioni però provoca il sorgere, a metà anni Ottanta, delle prime difficoltà. I vecchi locali di via Teresine, che oltre alla scuola ospitano già il Servizio psicologico per l'età evolutiva ed il Centro Psico Sociale, vengono infatti scelti dall'USSL per accogliere anche il Nucleo Tossicodipendenze[22]: una soluzione che viene immediatamente contestata da insegnanti e allievi, già pesantemente penalizzati dagli spazi angusti (una parte dell'edificio è inagibile, quindi non è possibile estendere l'area a disposizione). Seguono quindi mesi di scioperi e proteste, fino a che si trova una soluzione: il corso per infermieri viene trasferito in una sede più idonea, in via Riva Fredda.
Con questa soddisfacente soluzione logistica sembra tutto risolto, ma non molto tempo dopo altri problemi si palesano all'orizzonte. La scuola infatti comincia a registrare un calo degli allievi, complice probabilmente l'estrema selettività degli studi: fra teoria e tirocinio l'impegno è davvero considerevole, e molti non ce la fanno. Nel 1989 addirittura il 50% degli iscritti abbandona gli studi[23] e l'anno successivo per la prima volta il corso deve registrare domande di accesso inferiori ai posti disponibili. Per incentivare l'iscrizione (la riduzione degli studenti si evidenzia anche nelle altre sedi lombarde) la Regione istituisce un considerevole assegno di studio da corrispondere nel triennio ai frequentanti[24]: la misura sembra funzionare, e le richieste salgono di nuovo.
Non si fa però nemmeno in tempo a gioire per il risultato raggiunto che ecco la tegola: a seguito dei tagli alla sanità gli organi regionali hanno deciso di

21 Testimonianza di Rita Maria Parati. Il cartone animato è stato trasmesso in Italia a partire dal 1980.

22 I guai di via Teresine 7, in *La Provincia*, 18 gennaio 1986, p. 11.

23 La scuola infermieri è DOC, in *La Provincia*, 9 luglio 1989, p. 26.

24 Per chi studia da infermiere stipendio mensile, in *La Provincia*, 28 luglio 1990, p. 20. L'assegno è 800, 850 e 900.000 lire rispettivamente per il primo, secondo e terzo anno di corso.

Luigi Ablondi

organizzare i corsi solo presso le sedi universitarie o presso i capoluoghi di provincia[25]. La scelta tiene conto anche della riforma che troverà attuazione di lì a pochi mesi, e che prevede la trasformazione della scuola infermieri in un corso di laurea universitario, con accesso quindi dopo la Maturità: è un provvedimento a cui si ragiona da tempo e che si ritiene sia reso necessario dal cambiamento della professione.

Effetto immediato della decisione regionale è a Crema il blocco delle iscrizioni al primo anno, che diventerà nel 1996 chiusura totale: dopo 25 anni e 660 infermieri diplomati la scuola cessa dunque di esistere[26].

Occorreranno molti anni prima che la città ritorni ad essere sede di formazione infermieristica. Durante questo periodo l'ospedale accoglie comunque i tirocinanti provenienti dai nuovi corsi di laurea per infermieri, applicando anche a loro il progetto attivo dal 1999[27] per i nuovi assunti che prevede l'affido a un tutor (scelto fra il personale del reparto sulla base delle sue abilità, ma anche delle capacità comunicative) e la definizione insieme a quest'ultimo del piano di inserimento fondato sulle competenze richieste.

Si deve arrivare al 2012 perché la Direzione generale dell'Azienda Ospedaliera possa finalmente annunciare che Crema avrà il "suo" Corso di laurea triennale in Infermieristica: lo avvierà la facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano nella sede individuata presso il complesso Le Terrazze, nei pressi del nosocomio. Nel corso della conferenza stampa le autorità presenti evidenziano l'importanza della decisione, che oltre a conferire prestigio alla città offrirà interessanti sbocchi lavorativi ai giovani e permetterà di assumere personale in loco[28]."

Tutto sembra deciso, ma prima che il progetto si concretizzi c'è spazio per un ultimo colpo di scena. Nemmeno sei mesi dopo il trionfale annuncio infatti ogni cosa sembra rimessa in discussione: Regione Lombardia ha deciso di tagliare il corso di laurea sacrificandolo sugli altari della spending review imposta dal governo Monti[29]. A questa comunicazione la comunità cremasca insorge: amministrazione cittadina, politica locale, autorità ospedaliere fanno sentire forte la propria voce. La parola d'ordine è che non si può tornare indietro: la sede è già stata affittata, il personale è stato assunto, ed

25 Infermieri, iscrizioni bloccate, in *La Provincia*, 22 luglio 1994, p. 25.

26 Scuola infermieri al capolinea. Chiude i battenti dopo 25 anni, grave perdita per la città, in *La Provincia*, 6 luglio 1996, p. 27.

27 Il nome del progetto è "Imparare facendo".

28 Positiva sinergia fra ospedale e istituzioni, in *Il Nuovo Torrazzo*, 25 febbraio 2012, p. 7.

29 Infermieri: scuola addio?, in *Il Nuovo Torrazzo*, 25 agosto 2012, p. 10.

è già stata aperta l'iscrizione ai test di ammissione. Ci vuole una buona dose di abilità diplomatica per convincere la Regione a tornare sulle sue decisioni, ma alla fine Crema porta a casa il risultato: in cambio di adeguate garanzie economiche il corso può partire[30]. È il presidente dell'Azienda Ospedaliera Luigi Ablondi ad illustrare i termini dell'accordo: grazie a risparmi sul personale ed al contributo del Comune, della Fondazione Benefattori Cremaschi, dell'Amministrazione Provinciale e della stessa Azienda Ospedaliera il costo di copertura dell'anno accademico è stato abbattuto di un terzo, e la Regione ha accettato di accollarsi il resto. Come dire: chi la dura (prima o poi) la vince…

Il corso di laurea in Infermieristica è oggi ormai una realtà consolidata. Per accedervi occorre superare un test di ammissione, che è comune a tutti i profili che compongono le lauree triennali in professioni sanitarie. Una volta che il candidato ha superato questo primo step (ed è in posizione utile in graduatoria) viene contattato e decide se immatricolarsi. L'iscrizione è comunque a condizione ed è confermata solo una volta che il medico competente ha certificato la piena idoneità fisica e psicologica dell'aspirante infermiere. Il corso prevede il conseguimento al termine del percorso di 180 crediti formativi universitari. Esauriti gli esami, e prima della discussione dell'elaborato di tesi e della proclamazione di dottore in Infermieristica, occorre sostenere l'esame di abilitazione statale.
Il corso si articola in una parte teorica ed in una parte pratica di tirocinio. Per ciò che concerne la prima, gli studenti hanno l'obbligo di superare alcuni specifici esami per poter essere ammessi all'anno di studi successivo. Sulla valenza dei tirocini ci affidiamo alle parole della dottoressa Laura Milani, direttrice della scuola:

> Il tirocinio ha un'importanza fondamentale, infatti l'Università di Milano ha deciso di dedicarvi più di metà delle ore di Credito formativo: ci importa che gli studenti non abbiano solo conoscenze teoriche, ma acquisiscano anche competenze pratiche. Se quindi al primo anno ci sono 450 ore di tirocinio a fronte di 900 di teoria, al terzo le ore di tirocinio passano a 900 e quelle teoriche a 300. Il tirocinio viene svolto nelle strutture dove gli studenti possono applicare le conoscenze acquisite. Nel primo anno quindi, quando gli insegnamenti riguardano il funzionamento dell'organismo, esso è svolto prevalentemente in contesti dove i pazienti sono stabili, non presentano emergenze cliniche e necessitano di attività assistenziali legate al mantenimento della fisiologicità, ad esempio RSA o centri di riabilitazione. Dal secondo anno, quando si iniziano a trattare gli accadimenti patologici, il tirocinio avverrà in ambiente ospedaliero, e tutti gli studenti dovranno fare due esperienze in ambito chirurgico e due in ambito medico[31].

Non solo teoria. Allo stesso criterio obbedisce l'annuale esame di tirocinio (anche questo obbligatoriamente da superare): in esso viene chiesto ai candidati di "discutere il progetto assistenziale da loro stessi formulato su una persona che hanno realmente assistito dimostrando di saper giustificare l'agito sulla base delle evidenze scientifiche e delle nozioni apprese in aula[32]".
Da quanto descritto si comprende che il timore che in questo modello di formazione la troppa teoria vada a discapito della pratica e dell'esperienza concreta non ha probabilmente ragion d'essere: i nuovi infermieri arrivano alla fine del loro cammino di studi con una solida preparazione sul campo. Ciò tuttavia non significa necessariamente che gli anni universitari facciano acquisire anche quell'elemento che nelle parole di chi già svolge la professione abbiamo colto come al centro di tutto, e cioè il trasporto verso l'altro, il riconoscere che chi ci sta di fronte non è una cartella clinica, ma una persona che soffre e ha paura. Viene quindi spontanea la domanda: si può insegnare l'empatia? La risposta della dottoressa Milani ci ha molto colpito:

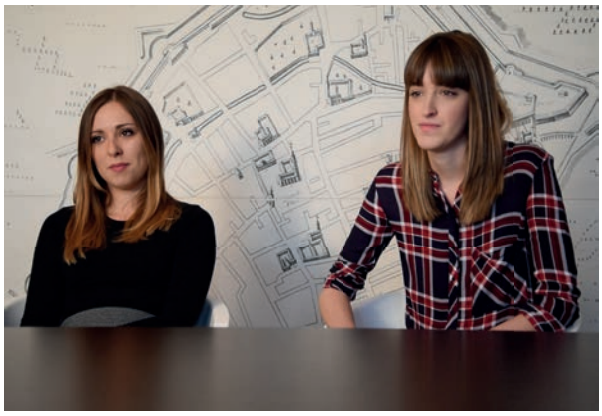
> A mio parere l'empatia si può insegnare, solo che certo non si può farlo con una lezione ex cathedra. Per far capire quanto questo elemento sia fondamentale, pur dovendo conservare un taglio professionale (io non mi devo identificare col malato: devo conoscere me stesso e conoscere quello che l'altra persona mi esprime in quel momento), noi facciamo giochi di ruolo. Un'altra cosa che ci siamo inventati con gli studenti del primo anno è che un

30 Infermieristica, il corso è salvo, in *Il Nuovo Torrazzo*, 8 settembre 2012, p. 1.

31 Testimonianza di Laura Milani.

32 Ibidem.

Laura Milani



Sara Griffini e Giulia Martinenghi

> giorno facciamo clown terapia, quindi sperimentiamo l'empatia col corpo, col movimento, col cercare il contatto, e magari un altro lavoriamo con un gruppo teatrale, che attraverso esperienze che non hanno nulla a che fare con la professione fa provare ai ragazzi cos'è l'emozione che l'altro ti trasmette, come riconoscerla e come riconoscere i tuoi comportamenti che suscitano emozione nell'altro…[33].

Come si intuisce la scuola richiede un impegno durissimo, fatto di studio ma anche di tante ore a contatto con i malati, con l'inevitabile difficoltà di conciliare i due momenti quando la stanchezza si fa sentire e gli occhi si chiudono sui libri. Ecco quindi che molti sono i ragazzi (o… ragazze, visto che la componente femminile è del 90%!) che non superano i "blocchi" e quindi ripetono l'anno di corso. Non tantissime sono invece le rinunce, a riprova che si tratta di giovani che non hanno fatto la scelta a caso, pur se magari con una valutazione troppo ottimistica della complessità degli studi.
Ma chi sono questi studenti? Cosa li spinge ad affrontare questo percorso così faticoso?
Certamente ad influire sulla decisione gioca un ruolo la certezza quasi totale di trovare lavoro: come ci ha confermato la dottoressa Milani tutti i laureati si occupano in tempi brevissimi, anche se, al contrario di quello che si potrebbe immaginare, raramente questo avviene in ambito ospedaliero: i tagli alla sanità riducono al minimo le assunzioni nel pubblico, per cui il vero bacino di lavoro è rappresentato dal privato piuttosto che dalle RSA o dalle cooperative, e sempre più spesso dall'assistenza domiciliare[34].
La motivazione occupazionale però da sola non basta, occorre altro per "sopravvivere" a questi tre anni. Secondo la direttrice "sono ragazzi che hanno lo stesso entusiasmo e le stesse motivazioni delle persone che in passato si sono immesse su questo percorso professionale, cambiano solo le modalità espressive[35]". Sono anche ragazzi che, contrariamente al cliché che giudica le nuove generazioni insensibili e superficiali, hanno la capacità di emozionarsi:

> Gli studenti del primo anno vengono mandati a gennaio a fare un'esperienza osservativa in contesti di residenzialità di persone disabili adulte, perché ci importa moltissimo che sia assimilato il concetto che il disabile non è una persona di cui ci si deve occupare in modo totalitario, ma che ciascuno di loro ha abilità residue che vanno preservate e potenziate. Quando tornano gli studenti hanno gli occhi che brillano: tutti loro dicono che quello che li ha gratificati è stato il sentirsi utili e il rendersi conto che tutti i loro problemi quotidiani, a cui attribuivano un'importanza fondamentale, decadono di fronte alla gioia e alla volontà che queste persone dimostrano nella quotidianità[36].

Ecco perché abbiamo voluto incontrarne qualcuno di questi studenti senza dubbio un po' speciali. Per capire, e vedere coi nostri occhi.
Giulia e Sara sono due belle ragazze. Nelle loro

33 Ibidem.

34 Gli infermieri laureati in Italia sono molto richiesti anche all'estero.
35 Testimonianza di Laura Milani.
36 Ibidem.

Durante una lezione del corso di Infermieristica

parole si legge entusiasmo e determinazione. Sono arrivate alla fine del percorso, fra pochi giorni affronteranno l'esame di Stato e subito dopo discuteranno la tesi.
Non nascondono la fatica di questi tre anni:

> Immaginavo che il corso fosse difficile, ma forse non così. Il problema maggiore è organizzarsi: quando si torna a casa stanchi dopo il turno in ospedale bisogna prendere in mano i libri e studiare… e non è facile![37].

> In effetti far combaciare studio e lavoro è complicato. C'è da considerare che dal secondo anno lavoriamo tutta la settimana, sabato, domenica e notti, e se non si ha la voglia e la determinazione giusta…[38].

Nessun pentimento tuttavia per la scelta fatta, anzi:

> Secondo me la vera esperienza di tirocinio è proprio quella dal secondo anno, perché abbiamo più conoscenze e non ci occupiamo più solo della parte di igiene e di assistenza alla persona… Certo, queste sono cose alla base del nostro lavoro, ma il poter cominciare a rispondere alle domande di malati… è bellissimo! Io dal momento che ho messo la divisa ho capito che era amore folle per questo lavoro[39].

> Per me la prova del nove è stata il primo anno, perché il primo impatto con persone che non stanno bene poteva essere rischioso; o mi bloccavo o andavo avanti. Per me è stato subito chiaro che era quello che volevo fare[40].

Il futuro, per queste due neo dottoresse in Scienze Infermieristiche, parla di voglia di cominciare ("adesso che sono alla fine mi sento agitata e felice: non vedo l'ora di mettere in pratica quello che ho imparato[41]"), di programmi ancora da definire, di sogni, ma anche di solido attaccamento alla realtà. E con realismo delineano le qualità che occorrono per intraprendere questo percorso: sensibilità, empatia, volontà. Un terzetto di parole che, ci sembra, riassume tutto.

Anche la direttrice della scuola ha dei sogni: il primo è quello di riuscire a cambiare l'immagine professionale degli infermieri, ancora troppo ristretta ai soli ospedali (e ciò spiega il numero spropositato di partecipanti ai concorsi indetti nell'ambito degli stessi), mentre sarebbe importante far capire che sempre più tale attività sta trovando un ragion d'essere fuori dalle strutture per acuti, e che queste figure sono quelle che "ti possono consentire di vivere al meglio dentro le mura domestiche, nel luogo dei tuoi affetti famigliari[42]". La seconda speranza della dottoressa Milani riguarda specificamente il corso di Crema:

> Facendo un ragionamento in prospettiva rispetto alla città sarebbe davvero bellissimo trasferire la sede della scuola dall'attuale collocazione al Polo dell'Informatica. Questo consentirebbe a Crema di avere un polo universitario a tutti gli effetti, rendendo ancora più solida e significativa la presenza dell'Università Statale di Milano. Inoltre in questo modo verrebbe consentito un interscambio fra i due gruppi di studenti: gli informatici potrebbero supportare gli infermieri nella preparazione di tutta una serie di strumenti: documenti, telemetrie, elaborazione di dati, ed anche gli infermieri potrebbero essere utili agli informatici, in una commistione di competenze sempre positiva[43].

Le ultime parole la dottoressa le vuole destinare ai suoi futuri studenti: "a chi pensa di iniziare questo percorso dico che si tratta di un lavoro splendido, che consente di arricchirsi nel rapporto con l'altro, perché mentre io opero perché l'altro stia bene, questi mi regala qualcosa di sé[44]." Cosa ci si potrebbe aspettare di più bello da una professione?

Oltre il camice

L'universo ospedale è popolato dalle figure più varie: ci sono i professionisti in camice bianco, che hanno nel contatto diretto con i pazienti l'essenza della propria attività, ma ci sono anche operatori che agiscono dietro le quinte, lontano da letti e corsie. Abbiamo voluto parlare anche con qualcuno di loro, prima di tutto perché siamo convinti che il prodotto finale "salute" non possa che deri-

37 Testimonianza di Sara Griffini.
38 Testimonianza di Giulia Martinenghi.
39 Ibidem.
40 Testimonianza di Sara Griffini.
41 Ibidem.
42 Testimonianza di Laura Milani.
43 Ibidem.
44 Ibidem.

Franco Sinagoga

vare dal contributo che ciascuno dà pur nella differenza dei ruoli, e in secondo luogo in quanto ci sembrava opportuno verificare se e in che modo i cambiamenti passati e in corso abbiano determinato ricadute anche su queste attività.
Dagli incontri con gli impiegati che hanno vissuto la storia più lontana dell'ospedale abbiamo ricavato l'immagine di un mondo dai tratti quasi familiari, dove ci si conosceva un po' tutti, dove ciascuno dava una mano in caso di bisogno senza badare troppo se quanto richiesto facesse parte o no delle sue mansioni, ed in cui anche il lavoro era scandito da ritmi più "umani" rispetto a quelli di oggi:

> In trent'anni il lavoro è cambiato moltissimo. Se penso alla "preistoria" la nostra attività era più variegata, oggi è più settoriale. La tecnologia poi ha trasformato tutto sotto l'aspetto delle velocità delle cose che si devono fare: basta pensare alla posta: adesso arriva per mail e tutto è immediato; una volta si aspettava il giro della consegna, poi si apriva la busta, si leggeva con calma… E per rispondere c'era la macchina da scrivere![45].

> Si percepiva questa struttura come una grande famiglia. Io ho incontrato persone che mi hanno insegnato moltissimo[46].

I vecchi tempi erano quelli in cui si veniva assunti molto giovani, e spesso l'intera vita lavorativa trascorreva in mezzo alle stesse persone: oggi invece "c'è un ricambio velocissimo, gente che va, gente che viene…[47]". Rapporti più impersonali, che costringono ad un continuo adeguamento della comunicazione ("la difficoltà sta nell'interfacciarsi con persone di sensibilità e bisogni diversi: è necessario non essere permalosi e non prendersela troppo[48]") e ad acquisire particolare abilità nel tenere sott'occhio le dinamiche che si creano ("oggi bisogna essere sempre 'sul pezzo'[49]"). E per completare il quadro delle doti necessarie agli impiegati amministrativi del terzo Millennio… capacità di adattarsi ai cambiamenti, doti diplomatiche ("capire fin dove si può arrivare e quando è il momento di dire le cose[50]"), tanta pazienza e anche un po' di… "resilienza"!

In cinquant'anni di vita l'ospedale ha incrociato una miriade di vicende umane e di personaggi: di molti di questi le cronache ufficiali non hanno mai raccontato, eppure si può dire con fondamento che facciano parte della storia della struttura, perché chiunque vi abbia operato ne conserva il ricordo.

45 Testimonianza di Fiorella Masotti, segretaria di Direzione.
46 Testimonianza di Riccardo Ghilardi, segretario di Direzione.
47 Testimonianza di Paola Barbieri, segretaria di Direzione.
48 Ibidem.
49 Testimonianza di Riccardo Ghilardi.
50 Testimonianza di Fiorella Masotti.

A memoria di tutte queste figure vogliamo quindi dedicare un po' di spazio a una di loro:

> Mi ricordo di un autista, Franchino: lui sapeva tutto dell'ospedale, quando serviva qualcosa bastava chiedere a lui…[51].

> "Franchino" è il nome con cui tutti conoscono Franco Sinagoga. La sua storia è legata a quella dell'ospedale anche fisicamente, perché è nato alla Misericordia, il brefotrofio che si trovava vicino alla struttura di via Kennedy. Fin da piccolissimo quindi comincia a frequentare il vecchio nosocomio, assistendo i sacerdoti che vi svolgono la loro opera spirituale, ma prestandosi pure per mille servizi a medici e dipendenti, che non possono fare a meno di affezionarsi a lui. Affianca anche nei lavori di manutenzione Fredo Soldati, il quale lo inizia all'attività di elettricista. Nel 1968 Franchino, diciottenne e fresco di patente, viene regolarmente assunto come autista, o meglio, secondo la definizione coniata per lui dal dottor Mario Ciulla, diventa "primario Trasportologo". Da quel momento comincia a guidare il furgone messo a disposizione dall'ospedale con cui raggiunge a Milano la sede della Regione per consegnare documenti, visita le ditte che riparano i macchinari ospedalieri e trasporta biancheria, medicine, referti fra Crema, Rivolta, Soncino e Castelleone. Suo compito è anche quello di accompagnare con l'ambulanza i malati che hanno bisogno di trattamenti presso i nosocomi di Cremona, Milano, Pavia, Bergamo e Brescia, mentre nella Pneumologia rimasta al Kennedy si occupa di distribuire il cibo ai malati.

Negli anni Franchino sviluppa inoltre interesse e competenze in ambito fotografico e cinematografico, così non c'è convegno organizzato in sala Polenghi o inaugurazione di reparto in cui i medici non lo interpellino per il controllo delle apparecchiature e per la realizzazione di foto e filmati.
Per quarant'anni Franco Sinagoga ha svolto la sua attività per l'ospedale senza risparmiarsi e senza badare agli orari: tutti ne hanno apprezzato la generosa disponibilità e tutti gli hanno voluto un gran bene. Attraverso queste righe gli portiamo il saluto dei tantissimi che lo ricordano.

51 Testimonianza di Walter Donzelli, presidente del Comitato di Gestione della neocostituita USL nel 1981 e poi sindaco di Crema dal 1990 al 1993.

CAPITOLO IX

VIAGGIO NELLA MENTE

La nuova Psichiatria

C'era una volta… il manicomio. Quello dei pigiami a righe, dei cucchiai di legno, delle bende di contenzione. Quel luogo degradato e degradante che non a caso e non senza fondamento veniva paragonato a un lager, dove erano rinchiusi tutti coloro che davano "disturbo", che non si uniformavano al modello sociale prevalente, e quindi non solo i "matti", ma anche gli etilisti, gli epilettici, i vagabondi, i depressi, i disabili. Quel luogo dove il mondo cosiddetto dei normali relegava tutti i diversi, magari classificati tali solo in virtù dell'indisponibilità di mezzi con i quali mantenersi, cosicché la reclusione diveniva anche sistema di emarginazione dei poveri. Quel luogo fondato sul dogma dell'inguaribilità della malattia mentale, per cui chi ne soffriva doveva solo essere "contenuto" e nascosto. Una realtà a parte, senza alcun collegamento con ciò che stava fuori, autosufficiente sia dal punto di vista sanitario che in tutti gli altri aspetti della vita degli ospiti, che quindi finivano per identificarsi completamente con la struttura, fino a non riuscire neppure ad immaginare di poterne fare senza. Con la conseguenza, inevitabile, di peggiorare e cronicizzare la patologia. E chi stava fuori dai cancelli sbarrati accettava tutto questo con favore, perché il manicomio veniva incontro al bisogno di non vedere una sofferenza che spaventava e turbava: come ebbe a dire Franco Basaglia, artefice della riforma del 1978 "Il manicomio è il frutto di una rimozione sociale, di una ghettizzazione della sofferenza psichica. È un ricettacolo chiuso di qualcosa che non possiamo accettare e che in fondo ci fa paura, perché il rifiuto della follia è il rifiuto della diversità[1]".

A Crema il manicomio esisteva già dai tempi della Domus Dei: l'Ospitale dei Pazzi aveva sede in un'ala separata dalla struttura principale, e ne è accertata la presenza fin dal Settecento. In una relazione stilata dal suo Direttore-primario nel 1882[2] si trovano accenni che rispetto al quadro generale di quelli che allora erano gli istituti di questo tipo appaiono almeno in teoria ispirati da un minimo di umana pietà:

> Nella cura dei pazzi noi abbiamo avuto principalmente pensiero che fossero trattati colla maggior dolcezza possibile onde essi si trovassero nel frenocomio non già come estranei ma fra amici e benevolenti come e meglio dei loro famigliari. Quindi abbiamo applicato nella più larga misura il no-restraint senza del resto tralasciare di ricorrere ai vincoli non appena la sicurezza degli ammalati e la loro stessa tranquillità lo avesse richiesto.

Della stessa data è il documento che riporta il Regolamento dell'Ospitale[3], dal quale apprendiamo che insieme alla massiccia terapia farmacologica si provvedeva a tenere occupati (e tranquilli!) i reclusi

1 Riportiamo il pensiero di Franco Basaglia (espresso nel corso di un'intervista televisiva con Sergio Zavoli) traendolo dal saggio di Alessandra Brusaferri, I 'tranquilli' di Santa Maria della Croce, in "Insula Fulcheria", n. XXXVII/2007, vol. 2, p. 40.

2 S. Lini, *Dalla "Domus Dei" all'Azienda Ospedaliera*, cit., p. 47.

3 Ricaviamo le informazioni dal saggio di A. Brusaferri, cit., p. 42.

Un corridoio dell'ex convento dei Carmelitani nel quartiere di Santa Maria della Croce

attraverso il lavoro: le donne erano impiegate nella tessitura, nel rammendo e nella confezione di abiti e biancheria, mentre gli uomini svolgevano attività di muratore, calzolaio e spaccalegna.
A inizio del Novecento il manicomio cremasco inizia a divenire inadeguato alle esigenze, causa il grande aumento dei ricoveri. Tale recrudescenza è da attribuirsi al diffondersi nelle campagne della pellagra, malattia che – originata dalla cattiva alimentazione – finiva per provocare gravi forme di psicosi. Per far fronte a questa emergenza (non si pensava neppure di migliorare la dieta dei contadini, ci si preoccupava solo di occultare il problema rinchiudendoli!) nel 1904 era stata redatta la legge Giolitti[4], che stabiliva che "devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo".
Dopo innumerevoli discussioni a Crema si decide di accrescere la disponibilità di posti distribuendo i malati: quelli considerati pericolosi vengono destinati al manicomio di Cremona, mentre quelli non classificati tali trovano una sistemazione attraverso l'apertura di un "Asilo per pazzi tranquilli" con 200 posti letto presso l'ex convento dei Carmelitani di Santa Maria della Croce, in una zona periferica della città. Siamo nel 1929: questo ospedale psichiatrico resterà aperto fino al 1976.
Com'era il manicomio di Crema? Prima di tutto occorre fare una precisione: proprio la definizione di "tranquilli" finiva per assegnare alla struttura anche soggetti che avevano più a che fare con forme di disagio sociale che con patologie mentali, o nei quali il problema psichico era diretta conseguenza di una vita di sofferenze e privazioni. Così racconta chi in quella struttura ha prestato la sua opera:

> Molti malati avevano disturbi cerebrali dalla nascita, altri erano diventati matti per l'abuso di alcol, qualcuno per traumi subiti mentre facevano il servizio militare o durante la guerra. C'erano poi alcuni handicappati, ritardati di mente o semplicemente un po' "leggerotti" innocui, che nel momento in cui perdevano i genitori venivano ricoverati in questa struttura[5].

Anche a Santa Maria vigeva la regola del lavoro come terapia: le donne si occupavano di lavori di guardaroba, mentre per gli uomini c'era il forno (il pane preparato riforniva anche l'ospedale di Crema), un allevamento di polli e suini ed un grande orto dove coltivare verdure. La testimonianza

4 Legge 14 febbraio 1904 n. 36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati".

5 Testimonianza riportata da A. Brusaferri, cit., p. 46. A raccontare è il signor Abramo Meleri, infermiere a Santa Maria dal 1936.

Ex manicomio di Crema

Davide Iacchetti

riportata non fa cenno a punizioni o trattamenti violenti, ma altri racconti parlano di celle, di camicie di forza e persino di bastonature[6].

Qualcosa nell'atteggiamento verso la malattia mentale comincia a cambiare alla fine degli anni Sessanta, quando alcuni giovani medici iniziano a forzare i chiavistelli dei manicomi e ad introdurvi concetti del tutto nuovi e "rivoluzionari": il riconoscimento del malato psichico come persona con sentimenti, desideri e bisogni che vanno oltre la malattia e la valorizzazione delle sue capacità residue in un'ottica di cura e non più di solo mantenimento. Succede anche a Crema, dove piccoli, ma significativi passi vengono intrapresi: l'abbandono del pigiama come divisa, e l'uso in sua vece di vestiti "normali", l'abolizione delle lunghissime tavolate per i pasti in favore di tavoli più piccoli e comodi, il permesso di utilizzare le posate, l'eliminazione dei mezzi più violenti di costrizione. Tutto ciò, ovviamente, senza poter annullare il vizio di partenza di queste strutture, cioè "la situazione di passività e di separazione in cui i pazienti vivevano. Anche se il posto era decente le persone erano comunque abbandonate a loro stesse, nonostante l'impegno degli operatori[7]".

I principi sostenuti ed applicati nella pratica di cura dai nuovi psichiatri trovano espressione nella prima riforma della legge Giolitti datata 1968[8]: con essa viene riconosciuto il ricovero volontario (prima non era ammesso) e sono istituiti i Centri di Igiene Mentale (CIM), con il compito di seguire i dimessi dai manicomi e occuparsi di coloro che non necessitano di ricovero.

A Crema l'anno chiave per la psichiatria è il 1976. In tale data l'Ospedale Psichiatrico viene definitivamente chiuso, come già ventiquattro mesi prima la stampa aveva preannunciato: l'Amministrazione provinciale (proprietaria dell'ex Convento, anche se il servizio era gestito per suo conto dall'Ospedale Maggiore) prende infatti la decisione di porre fine all'esperienza del S. Maria[9], il cui stabile avrebbe bisogno di interventi di riparazione e di adeguamento considerati troppo onerosi. Contempora-

6 Per avere informazioni sulla vita all'interno dell'ospedale di Santa Maria (ma più in generale per ottenere un quadro esauriente e completo della storia della Psichiatria cremasca) occorre fare riferimento alla raccolta di testimonianze curata da Claudio Merlini (*La nostra storia. Percorso narrativo autobiografico sulla Psichiatria di comunità nel territorio cremasco*).

7 Testimonianza di Davide Iacchetti, fino al 2008 primario dell'Unità Operativa di Psichiatria di Crema.

8 Legge Mariotti, n. 431/1968.

9 Verrà soppresso l'ospedale di Santa Maria, in *La Provincia*, p. 8. La notizia suscitò l'immediata reazione dei parenti dei ricoverati, timorosi che i loro cari venissero trasferiti in altre strutture lontane. In realtà lo svuotamento del S. Maria avvenne in modo graduale e pressoché indolore: fra l'altro molti dei ricoverati, ormai anziani, furono accolti direttamente negli ospizi. Pochi furono invece coloro che vennero trasferiti nell'Istituto Psichiatrico di Cremona.

neamente viene aperto in città il primo Centro di Igiene Mentale che trova sede in due piccoli locali del vecchio ospedale. Una collocazione non certo ideale, come ha modo di verificare il dottor Iacchetti che dopo aver operato presso il manicomio di Cremona nel 1980 approda a Crema:

> Quando sono arrivato a Crema nell'80 la situazione era per così dire poco simpatica: c'era il Centro di Igiene Mentale in via Teresine (due stanze e un corridoio) con tre medici, un'assistente sociale, uno psicologo e tre infermieri. Questa era tutta la Psichiatria.

Con queste risorse ridotte all'osso il nuovo responsabile si trova a costruire dal niente il modello di cura ufficializzato dalla legge Basaglia approvata due anni prima[10], quella "Psichiatria di Comunità" di cui nessuno ancora conosce esattamente i contenuti e le prospettive:

> La Psichiatria di Comunità non esisteva, è stata inventata da chi ha operato dal "68 in avanti nel territorio. Questo è stato l'aspetto meraviglioso di questa esperienza: abbiamo dovuto inventarci un nuovo tipo di psichiatria che non consiste nella cura tradizionale all'interno del manicomio – che non aveva più alcun ruolo se non quello di controllo sociale del malato di mente – ma nell'assistere quest'ultimo nel suo ambiente di vita, creando una rete di servizi sul territorio[11].

In quest'ottica il dottor Iacchetti si attiva subito per fare diventare il CIM (che ora ha cambiato la denominazione in Centro Psico Sociale) il nucleo centrale della nascente Psichiatria, prolungandone l'apertura a 10 ore al giorno (più mezza giornata al sabato) ed estendendone l'attività: non più semplice distributore di farmaci e di terapie, ma luogo di ascolto, di individuazione dei bisogni, di supporto ai malati e alle loro famiglie. Viene anche avviato il sistema delle visite domiciliari: gli infermieri del Centro si recano a casa del malato per capire se ci sono problemi e per offrire se necessario consigli e suggerimenti. In questo modo l'operatore diventa per i parenti una figura di cui non avere soggezione e a cui non nascondere il peso e la fatica che la malattia porta con sé:

> Per le famiglie entrare nell'ottica della riforma non è stato facile: si sono rese disponibili, ma hanno sofferto. Fortunatamente siamo stati favoriti dal fatto che la nostra era una cultura di tipo agricolo, di paesi piccoli in cui le donne che stavano a casa erano tante – il peso dell'assistenza ricadeva soprattutto su di loro – e nella quale c'era una rete di vicinato disposta a collaborare. Così quando si andava a casa i vicini raccontavano i guai che i malati combinavano, ma poi erano quelli che arrivavano col piatto di minestra perché "poverino non ha da mangiarÈ. Nella piccola comunità il "matto del paese" è riconosciuto come tale ed accettato: se uno non combina cose gravi viene sì etichettato, ma di fatto poi va al bar e gli offrono il caffè… C'è una accettazione che non è negazione della diversità, ma considerare la diversità come normale[12].

Per intervenire con tempestività nelle situazioni di urgenza o di acuzie si fa partire la consulenza psichiatrica al Pronto Soccorso e nei reparti, e ben presto viene istituita la reperibilità psichiatrica notturna e festiva per le ore in cui il Centro è chiuso. Come ci ha spiegato il dottor Iacchetti "la presenza al Pronto Soccorso ci permetteva di contenere il numero dei ricoveri (fino al 1987 dovevamo mandare i malati alle sezioni psichiatriche dell'ospedale di Cremona): si dirottava quando possibile la persona al Centro Psico Sociale, dove veniva vista anche nei giorni successivi e sulla base dei suoi bisogni erano programmati gli interventi domiciliari". Si coglie già da queste prime azioni la "stranezza" del percorso cremasco rispetto a quello avviato in altre Unità Psichiatriche (in primis Cremona). Se infatti altrove il ricovero in ospedale rappresentava il centro dell'intervento e l'attività ambulatoriale era un mero supporto aggiuntivo e integrativo, nella nostra città l'assistenza al malato di mente viene organizzata puntando a mantenerlo nel suo ambiente, accanto alle persone care: ciò vuol dire predisporre servizi adeguati (come appunto percorsi ambulatoriali e visite domiciliari) ma anche realizzare un lavoro in rete con le risorse che il territorio mette a disposizione: associazioni, enti locali, scuole, agenzie del privato sociale, mondo

10 Legge 13 maggio 1978 n. 180.
11 Testimonianza di Davide Iacchetti.
12 Ibidem.

Una operatrice del CPS di Crema

Uno degli ingressi del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

del lavoro e della cooperazione[13]. In questo quadro l'ospedale costituiva quindi per il malato solo la soluzione ultima ed estrema. A rendere effettiva pure visivamente la centralità attribuita all'assistenza nel territorio, anche dopo la creazione di una sezione di Psichiatria all'Ospedale Maggiore la sede dello studio del primario si manterrà (lo è tuttora) presso il Centro Psico Sociale, e i medici dell'Unità non opereranno mai in via esclusiva nell'una o nell'altra struttura.

È ovvio che per attuare un progetto fondato su una visione così rivoluzionaria della cura psichiatrica occorreva non solo tessere una rete adeguata, ma anche avviare una collaborazione continuativa fra tutti gli operatori coinvolti. Ed ecco infatti che, con largo anticipo rispetto a una pratica che in altre parti diverrà comune solo anni dopo, a Crema il lavoro in équipe è fin da subito una realtà magari non strutturata ma effettiva: i vari attori che giocano un ruolo nell'assistenza non sono in alcun caso meri esecutori, ma condividono la responsabilità della loro attività e della gestione del paziente.

Non occorre molto tempo prima che questa immensa mole di lavoro produca i suoi frutti. Già ad inizio 1981 un articolo de *La Provincia*[14] relaziona sull'ampia attività svolta dal Centro Psico Sociale (assistenza ambulatoriale e domiciliare, colloqui allargati con le famiglie, progetti con le istituzioni, i patronati, i datori di lavoro), ma soprattutto rileva con non poco stupore come in virtù di questo proliferare di iniziative i ricoveri ospedalieri siano diminuiti negli ultimi 24 mesi del 60%. E ciò a fronte di un personale ancora ridottissimo e della disastrosa situazione ambientale di via Teresine (locali piccoli e squallidi e arredamenti limitati all'essenziale, che creano un forte senso di disagio a quanti vi lavorano) che farebbero persino sospettare una volontà dell'USSL di porre fine all'esperienza…

Non è così fortunatamente, ed il Centro Psico Sociale continua il suo lavoro attirando anche malati e famiglie dal di fuori del territorio cremasco[15], tanto cha ad un certo punto comincia a porsi la questione se aprire un piccolo reparto di degenza presso il locale ospedale, per evitare ai pazienti da ricoverare (comunque pochi ed in calo significativo, come abbiamo appena visto) di dover ricorrere al nosocomio di Cremona[16]. L'ipotesi accende in città un dibattito che è utile per capire se la gente approvasse questo nuovo modo di interpretare la cura del malato mentale, o se a predominare fossero ancora la paura e lo stigma nei suoi confronti. La discussione si anima perché occorre decidere dove materialmente realizzare il reparto: in effetti molti lo vorrebbero in una posizione isolata rispetto al resto delle strutture ospedaliere, qualcuno parla addirittura di Rivolta d'Adda… Un articolo di stampa si fa portatore di questi timori:

> L'avvenuta chiusura del manicomi ha creato grossi problemi, giacché le antiquate strutture manicomiali non sono state opportunamente sostituite da altre strutture idonee al recupero degli ammalati ed in ogni caso in grado di garantire quell'assistenza anche medica e di custodia che spesso le famiglie non sono in grado di dare ai congiunti che soffrono di malattie psichiche magari accentuate[17].

Nonostante i dubbi, dopo i soliti ritardi burocratici il reparto di Psichiatria (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC) viene aperto a Crema nel 1987. Il dottor Iacchetti ricorda così quei giorni:

> Il reparto è stato collocato nella struttura che era stata costruita per gli infettivi e che era sostanzialmente vuota, perché nel tempo le malattie infettive erano andate riducendosi. Lo spazio a nostra disposizione era però ridotto e non consentiva di attivare i 12 posti letto standard, a meno di sacrificare una stanza di soggiorno, così si decise di aprire

13 Questo primo tentativo di lavoro in rete viene favorito dal fatto che in contemporanea con la riforma Basaglia viene approvata la legge di riforma sanitaria (legge 833 del 23 dicembre 1978) che istituisce le Unità Socio Sanitarie Locali ed unifica quindi la gestione delle strutture e delle politiche sanitarie e assistenziali.

14 Si vuole smantellare il Centro di Igiene Mentale a Crema?, in *La Provincia*, 6 gennaio 1981, p. 8. Come si vede il titolo dell'articolo riporta ancora la vecchia denominazione del Centro.

15 Per dare solo alcune cifre il Centro Psico Sociale era partito con 1086 visite nel 1977 per arrivare nel 1994 a 4590. Negli stessi anni le visite domiciliari erano passate da 370 a 1022.

16 A Cremona presso l'ospedale erano attivi dal 1978 due reparti di Psichiatria. Accanto al nosocomio era stata invece realizzata Villa Salus, una struttura a gestione provinciale convenzionata con le mutue nella quale trovavano posto persone con patologie di tipo nervoso, ma anche con forme psicotiche non gravi.

17 Il reparto di Psichiatria sarà realizzato in ospedale, in *La Provincia*, 21 febbraio 1984, p. 9.

con solo 7 posti. Ci è andata bene perché il numero dei letti non ha mai dato grossi problemi, anzi a volte supplivamo anche i reparti degli ospedali intorno. Fin da subito abbiamo previsto anche un Day Hospital, per cui qualcuno poteva venire solo di giorno[18].

Quasi contemporaneamente all'inaugurazione del reparto si decide di dare ulteriore sviluppo ai servizi territoriali aprendo un Centro diurno di riabilitazione (1990). L'anno successivo la struttura diviene anche residenziale con alcuni posti letto per soggiorni limitati nel tempo (CRT, Centro di Riabilitazione Territoriale[19]). Il servizio è destinato a pazienti con patologia grave di tipo psicotico stabilizzata[20] (a cui spesso si associano forme di ritiro di tipo autistico: pochi interessi, scarsa iniziativa) che necessitano di essere gradualmente reinseriti nel contesto sociale. Per tale motivo l'attività della struttura si orienta fin da subito nel creare occasioni di confronto – scambio con le realtà esterne: fare la spesa, acquistare e leggere i quotidiani, organizzare il tempo libero frequentando palestre o corsi di animazione teatrale[21]. Una commistione fra pazienti e territorio che di nuovo non manca di suscitare qualche resistenza (c'è chi parla del "disturbo sociale" portato da questi malati, e del pericolo potenziale da essi rappresentato[22]). Ma siccome l'umanità è varia c'è anche chi rivolge l'accusa opposta: i reparti psichiatrici degli ospedali e anche i Centri Psico Sociali non sarebbero altro che una riedizione dei manicomi, perché tolgono la libertà ai malati e li imbottiscono di psicofarmaci dannosi per la salute[23].
Ad entrambe le obiezioni risponde Davide Iacchetti nel corso di un'ampia intervista rilasciata a *La Provincia*[24]. Sulla presunta "pericolosità sociale" dei suoi assistiti il primario è molto chiaro:

> Qualche sindaco vorrebbe che gli togliessimo alcune grane, ma noi non lo facciamo. Il nostro compito non è togliere le grane, ma aiutare la gente ad affrontarle. Un ambito in cui andrebbe sviluppata una maggiore collaborazione, che pure è già buona, è con le forze dell'ordine: dovremmo incontrarci di più e chiarirci meglio le idee. È presente la tendenza ad assegnare alla psichiatria anche la funzione di controllo sociale dei comportamenti. Non lo trovo giusto. Credo che i malati debbano rispettare le leggi come tutti i cittadini e, pertanto, il compito del controllo è di chi è deputato a farlo per tutti gli altri. Se così non fosse creeremmo l'emarginazione. In perfetta buona fede, ma emarginazione (…). Dal '78 in avanti comunque non sono aumentati gli atti di violenza grave commessi da malati psichici. Le persone finite in ospedale psichiatrico giudiziario sono numericamente poche.

Altrettanto decisa è la replica sul ruolo dei Centri Psico Sociali: essi sono nati proprio per evitare i ricoveri, a cui comunque a Crema si ricorre solo in limitati casi. Quanto alle terapie farmacologiche "noi le adoperiamo solo quando servono. Usare i farmaci oculatamente, quando è necessario; toglierli appena possibile e comunque non vederli come unico trattamento. Questa è la nostra regola".
L'avvicinarsi del nuovo millennio offre occasione alla psichiatria cremasca per fare il punto di vent'anni di lavoro: questa analisi porta a capire che al di là dell'indubbia novità rappresentata dalle soluzioni organizzative introdotte il cambiamento più consistente ha riguardato la relazione del medico con il malato e, di riflesso, con la sua famiglia. È un tema che abbiamo più volte avuto occasione di trattare, ma che in psichiatria riveste un'importanza ancora più evidente, perché a differenza della altre Unità Operative qui tale rapporto è poco o nulla condizionato o mediato dalla tecnologia: può sì estrinsecarsi in mille forme di intervento, ma alla base ci sono comunque sempre le persone.
La chiusura dei manicomi avrebbe potuto comportare il mantenimento della cultura ad essi sottesa,

18 Testimonianza di Davide Iacchetti.
19 Dal 2004 il CRT ha cambiato denominazione: ora è CRA, cioè Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza. In aggiunta ai servizi citati, a Soncino sono stati predisposti alcuni appartamenti come forma di residenza protetta per dimessi dall'Ospedale Psichiatrico.
20 Per i pazienti in fase acuta c'è il reparto ospedaliero.
21 Nel dicembre 1994 l'équipe del dottor Iacchetti avvia l'esperienza dei corsi di teatro come strumento di riabilitazione: gli incontri si svolgono all'esterno, in un salone dell'oratorio di S. Giacomo, in conformità alla linea del portare sul territorio la malattia mentale.
22 Mancano strutture idonee per i malati psichiatrici, in *La Provincia*, 22 gennaio 1989, p. 12.
23 Psichiatria è violenta?, in *La Provincia*, 23 maggio 1989, p. 21.
24 Drop-out e dintorni, in *La Provincia*, 11 settembre 1990, p. 20.

cancellando semplicemente i chiavistelli ma riportando in altri luoghi visivamente più accettabili la stessa emarginazione (ed in effetti, come abbiamo visto, qualcuno aveva paventato questo rischio). La vera rivoluzione è stata quindi quella di aver introdotto un punto di vista totalmente diverso, che non identifica più il malato con la sua patologia, ma lo considera soggetto portatore di diritti e di una per quanto ridotta capacità di farsi carico del proprio destino. In questa visione il compito dello psichiatra è proprio quello di recuperare e valorizzare queste facoltà residue, stimolando il paziente a riprendersi quel po' di libertà, autonomia e potere decisionale che la malattia non ha intaccato. È quanto ha scritto nel 2004 in un articolo per *La Provincia* il dottor Iacchetti[25], che così definisce gli obiettivi del suo Dipartimento di Salute Mentale:

> È necessario che i nostri primi obiettivi siano il riconoscimento del cittadino come soggetto responsabile della propria salute e la valorizzazione dei pazienti e delle loro famiglie come soggetti capaci di affrontare la propria patologia. Una logica questa che desidera superare la concezione tradizionale per cui il medico o l'operatore sanitario sono gli unici possessori di un sapere che riguarda la salute e il benessere specifico di ogni individuo. Ciò significa stabilire un'alleanza attiva col paziente che è chiamato ad essere attore delle proprie cure e non semplice esecutore delle prescrizioni. Ne discende che ognuno viene prima di tutto aiutato ad affrontare i problemi nel proprio contesto di vita, a saper vivere e convivere con la malattia, anche quando essa si configura come cronica o comporti dei deficit residui.

Davide Iacchetti accenna non a caso al ruolo della famiglia: restituire dignità al soggetto malato significa anche fare lo stesso con chi gli è vicino, liberandolo dalla doppia prigionia della vergogna e del senso di colpa, e stimolandolo a rendersi protagonista dell'intervento di cura sul congiunto. Questo naturalmente attivando anche un sistema di "rete territoriale" a supporto. A tale proposito gli operatori hanno ben presente già in quel periodo la difficoltà che a volte si incontra nel conciliare la componente sanitaria con quella sociale, che troppo spesso parlano linguaggi differenti ed agiscono con modalità non uniformi. Lo stesso dottor Iacchetti ha ricordato come ci siano stati all'inizio degli attriti, soprattutto per ciò che riguardava la definizione degli spazi di influenza reciproca, senza tuttavia che ciò abbia impedito la collaborazione.

Il Piano Regionale di Salute Mentale avviato nel 2004 ha inserito ulteriori orientamenti nei percorsi terapeutici da applicarsi in seno alle Unità di Psichiatria. In particolare, esso ha definito tre differenti modalità di intervento (con approcci di intensità diversificata) sulla base delle necessità evidenziate dal paziente: consulenza (quindi collaborazione con i medici di base), assunzione in cura specialistica e presa in carico. Quest'ultima è destinata a malati con bisogni complessi che possono essere soddisfatti solo attraverso l'interazione di diversi professionisti: essi vengono perciò assegnati a delle micro- équipe che ne seguiranno tutto il cammino di cura. Per capire esattamente come funziona la presa in carico abbiamo incontrato gli operatori che a Crema compongono queste micro-équipe. Tale incontro ci ha dato modo di definire alcuni punti importanti. Il primo: il Piano Regionale ha per molti versi formalizzato una realtà che nei fatti a livello locale già esisteva. Ciò vale per l'interazione con il territorio, ma anche per il lavoro in team:

> Le micro-équipe non sono nate dal nulla. Nel nostro servizio questo tipo di lavoro, anche se non strutturato come ora, è sempre stato una peculiarità. Il rendersi conto che una persona può avere bisogni complessi che non possono essere soddisfatti da un solo professionista ha permesso già da tempo l'individuazione di differenti figure da coinvolgere nel processo di cura. Quindi il far lavorare insieme queste figure per la presa in carico non ha costituito un problema[26].

Un'altra precisazione interessante riguarda i criteri con cui sono individuati i malati da inserire nella presa in carico[27], criteri che vanno oltre il semplice livello di "gravità" degli stessi certificato da una diagnosi clinica, per riferirsi invece ad una più

25 Alleanza col paziente, in *La Provincia*, 30 giugno 2004, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.

26 Testimonianza di Claudio Merlini, educatore impegnato nelle micro-équipe.

27 I soggetti presi in carico oscillano ogni anno fra i 100 e i 150, su un totale di 2000-2200 persone che fanno riferimento alle strutture della Psichiatria.

ampia diagnosi funzionale che evidenzia una seria alterazione nelle autonomie personali e nelle dinamiche della sfera sociale e famigliare. La diagnosi clinica, insomma, non è tutto. Come ci ha chiarito il dottor Claudio Maffini che dal 2008 dirige il Dipartimento di Salute Mentale:

> La diagnosi è la formalizzazione in una definizione breve per qualcosa che invece è una realtà complessa. Noi non andiamo a cercare chi ha precisamente un certo tipo di diagnosi, è la situazione che ad un certo punto si impone e ci chiede, se non si vogliono deporre le armi, di adottare la modalità di presa in carico. La diagnosi insomma è solo il cartellino che viene messo (più o meno appropriatamente: ormai sono vecchio e ho visto tante mode definitorie!) più che altro per comodità[28].

La micro-équipe si forma a seguito di una prima analisi del medico psichiatra che sulla base dei bisogni evidenziati dal paziente valuta quali figure dovranno affiancarlo. Gli operatori più frequentemente coinvolti sono gli infermieri, gli educatori, i tecnici della riabilitazione e gli assistenti sociali. In media il team è composto di tre professionisti, ma può allargarsi in caso di necessità. Naturalmente più il caso è complesso più richiede presenze.
Il team è strutturato secondo un modello organizzativo che prevede un Case Manager nel ruolo di coordinatore di tutti i profili professionali. Non necessariamente si deve trattare di colui o colei che lavora prevalentemente col paziente: a svolgere tale funzione è l'operatore che ha il rapporto più empatico con lui e che quindi appare il più adatto a raccoglierne i bisogni e ad organizzare insieme ai colleghi le risposte più adeguate ad essi.
Una volta inserita la persona nella micro-équipe si compila insieme a lei una Carta di rete che consente di avere una rappresentazione delle sue relazioni sociali nel contesto di vita e permette poi di avviare i rapporti col territorio, che possono essere i più vari: dal parroco al vicino di casa, a un parente meno prossimo, alle agenzie e ai tavoli istituzionali che si occupano di questi temi. Si elabora quindi un progetto terapeutico che anche l'interessato sottoscrive.

28 Testimonianza di Claudio Maffini. La stessa indicazione ci è stata fornita da Valentina Monastra, tecnico di riabilitazione.

Ovviamente un ruolo fondamentale nel piano di cura è quello svolto dalla famiglia, con la quale soprattutto all'inizio del cammino i rapporti possono non essere facili:

> Spesso il lavoro con le famiglie è difficile, perché magari non accettano il problema del congiunto, oppure perché mettono in atto dinamiche esclusive, oppositive o manipolatorie. In questi casi si cerca di individuare il famigliare più sensibile, di fare leva su di lui per poi allargare il cerchio. Ci vuole tanto tempo, a volte anni[29].

> Nella micro-équipe si giocano dei ruoli e ci si distribuisce i compiti: c'è chi si fa carico dei famigliari oppositivi o espulsivi che comunque hanno bisogno di uno spazio di ascolto in cui buttare fuori angosce, preoccupazioni e rabbia, e chi si fa più carico del paziente. Tenere lontana la famiglia non è mai una buona idea, è meglio farsela alleata e sostenerla. Ogni tanto da parte dei famigliari c'è l'errata percezione che sia solo il parente malato quello su cui intervenire, senza capire che è l'intero sistema che va rimodulato[30].

> Per la mia esperienza la famiglia è una risorsa essenziale. Spesso si può sentire giudicata, l'atteggiamento iniziale è quasi sempre di difesa. Entrare nelle dinamiche famigliari è come entrare in una casa: ogni porta ha una chiave diversa, occorre trovare quella giusta[31].

> Non di rado bisogna anche far capire ai famigliari che certi atteggiamenti dei pazienti – tipo l'aggressività o il rifiuto – non derivano dall'essere "cattivi" o dalla volontà di farlo apposta, ma fanno parte del loro problema[32].

Resta da chiedersi quale sia la destinazione conclusiva di questa modalità di intervento. In altre parole: quali fini si propone la micro-équipe? Risponde Claudio Merlini:

29 Testimonianza di Carolina Roveda, infermiera nelle micro-équipe.
30 Testimonianza di Monica Carioni, coordinatrice del Dipartimento di Salute Mentale.
31 Testimonianza di Claudio Merlini.
32 Testimonianza di Secondo Cogrossi, responsabile medico del Centro Psico Sociale.

CPS, Teresita Corradi, Daniela Dedé, Erica Rosani, Giovanni Pedrini, Marco Castagna, Patrizia De Angeli, anni '90.

> L'obiettivo di una micro-équipe ovviamente non è quello di essere presente per sempre: la sua vita è dinamica, spesso quando l'intervento è precoce e il paziente è giovane i vari professionisti si attivano per fargli raggiungere un livello di autonomia il meno dipendente possibile dai servizi. In teoria quindi (non sempre accade purtroppo, ci sono casi di cronicità) la micro-équipe ha un inizio e una fine. Lo scopo è di trasformare la presa in carico in un'assunzione in cura con una gestione di tipo ambulatoriale[33].

Molti sono i progetti che l'Unità di Psichiatria cremasca ha avviato in sinergia col territorio e che sono esemplificativi di questa fattiva collaborazione. Quello che ci appare più significativo ha preso avvio nel 2006 su iniziativa dell'allora primario dottor Iacchetti e prende il nome di "Casa fra la gente". Esso è partito dalla considerazione che i pazienti psichiatrici che non hanno un lavoro dispongono di molto tempo libero, ma non hanno molta abilità a gestirlo, soprattutto a causa delle difficoltà nell'interazione con l'ambiente e con le persone. Tali difficoltà portano con sé sia la tendenza ad isolarsi e il rafforzamento di sentimenti di inadeguatezza, sia il rischio di doversi confrontare con dinamiche espulsive e di rifiuto da parte degli altri. In questo senso un gruppo "protetto", cioè mediato dalla presenza di un operatore, può essere utile ad affrontare il mondo esterno con meno ansia e frustrazione. Da qui l'idea di stipulare una convenzione con la cooperativa Koala per avere degli assistenti ad personam per attività collettive o individuali sul territorio. Nel tempo il progetto si è estrinsecato nei modi più vari: dalle serate al cinema, all'ortoterapia, all'attività sportiva, ai pomeriggi al bowling o in piscina, per arrivare all'organizzazione di brevi vacanze in piccoli gruppi a volte anche senza la presenza dell'operatore. Un'iniziativa particolarmente interessante ci è parsa quella avviata da alcuni anni con il CAI (Club Alpino Italiano) per escursioni di gruppo in montagna. Nella conquista di una "vetta" si condensano elementi molto importanti, che vanno ben al di là del benessere fisico che deriva dal passeggiare nella natura: c'è l'immagine metaforica del superamento delle difficoltà, c'è la collaborazione che si attiva con l'altro per aiutarlo a superare un passaggio complicato, c'è la solidarietà che nasce camminando e faticando insieme, c'è la scoperta del proprio corpo e delle sue potenzialità.
Il dottor Maffini attribuisce grande valore a "Casa fra la gente":

> In questo progetto l'elemento essenziale sta nelle parole "assistenza ad personam", intese non nel senso di sostituzione o passivizzazione, ma nel sen-

33 Ibidem.

Claudio Maffini durante un'intervista radiofonica

so di stare insieme per poter fare determinate cose. Certe volte parrebbe che il lavoro principale degli assistenti sia di fare i tassisti, ma questo significa un sacco di tempo passato a stretto contatto con persone che così hanno modo di esprimersi senza formalità. Se tu le vai a prendere a casa, se gli telefoni per coinvolgerle in un'iniziativa, se le interessi a qualcosa dai loro la possibilità di entrare in relazione con te sulle cose ordinarie. Per quanto mi riguarda posso dire di essere riuscito a far passare molte più cose uscendo a fumare una sigaretta sotto il portico che non cercando di mantenere un setting terapeutico ben definito[34].

E la gente? Come accoglie oggi questo approccio territoriale della psichiatria? C'è ancora traccia dello stigma che una volta circondava il malato mentale e la sua famiglia? Per il dottor Cogrossi la paura del disturbo psichico esiste ancora, anche se in misura minore rispetto al passato; per Claudio Merlini la strada per superare i pregiudizi è proprio quella di far vivere i pazienti fra le altre persone, perché la loro presenza diventi abituale e "normale". Sulla stessa linea si muove il pensiero del dottor Iacchetti: "certo, c'è sempre il rischio che il bisogno della separazione, del difendersi dal diverso possa prevalere: si può evitare solo portando la diversità nel contesto sociale e imparando a starci insieme".

Ascoltando gli operatori della Psichiatria viene spontaneo a chi come noi non è addetto ai lavori chiedersi come si fa a "reggere" una professione come questa, che mette a contatto con sofferenze devastanti, ancora più profonde proprio in quanto non identificabili con un organo o una parte del corpo, ma coinvolgenti l'essenza di una persona, le sue emozioni, i suoi sentimenti, i suoi pensieri. In che modo non farsi travolgere?
Le risposte che i vari professionisti hanno fornito evidenziano punti di vista e strategie differenti:

Io sono una persona emotiva, e per entrare nella sofferenza dell'altro ho bisogno di sentirla anch'io. È difficile, e bisogna riuscire ad un certo punto a trovare una modalità di stacco che ti consenta di essere lucida, propositiva, e in certi momenti anche assertiva e autorevole[35].

Una certa distanza emotiva è un dovere. Se ci si lascia coinvolgere troppo non si è più terapeutici, e si fa del male al paziente. Dobbiamo essere empatici, prossimi, il che non significa soffrire insieme al malato, ma fargli capire che si è lì, al suo fianco[36].

Usare tutte le competenze che la disciplina ti mette a disposizione; capire che nella simmetria comu-

34 Testimonianza di Claudio Maffini.

35 Testimonianza di Carolina Roveda.

36 Testimonianza di Monica Carioni.

Claudio Maffini con alcuni operatori della sua équipe

Raffaella Gallini

nicativa che hai col paziente non esiste superiorità dell'operatore rispetto al paziente stesso, cosa che poi ti permette di costruire l'alleanza terapeutica. Questi sono elementi che possono aiutare a non logorarsi. Sentirsi a volte inadeguati è comunque secondo me un valore aggiunto, perché ti permette di capire i tuoi limiti[37].

È impossibile non essere coinvolti dalle storie di vita; d'altro canto bisogna sempre aver presente che siamo parte di un'équipe e stare molto attenti che il nostro vissuto non condizioni la riuscita del lavoro di gruppo[38].

Io penso che rispetto al rischio di un eccesso di coinvolgimento si sia andata strutturando fin troppo la tendenza alla professionalizzazione, considerando la sistematica presa di distanza come una garanzia per la salute mentale dell'operatore e del paziente. In realtà di fronte a certe cose con cui ci si misura la soluzione deve venire dal fatto che si conosce e si condivide. Io credo che occorra distinguere tra l'essere travolti emotivamente e l'essere coinvolti. Coinvolgimento significa che tu, proprio perché ti metti nei panni della persona, non solo non tralasci di fare quello che devi per rispondere ai suoi bisogni, ma lo fai ancora più seriamente[39].

Queste differenze ci appaiono di immenso valore. Una volta qualcuno ha usato l'espressione "siamo umani" come invito a non trascurare mai quella che è la nostra componente più preziosa, l'umanità, l'empatia verso il prossimo. Ecco, a Crema gli operatori della Psichiatria sono prima di tutto "umani", e questa ci pare la garanzia migliore.

Quando il disagio è bambino: il servizio di Neuropsichiatria Infantile

La Neuropsichiatria Infantile di Crema affonda le sue radici in un'istituzione che fa parte della storia della città: il Centro Discinetici, inaugurato ufficialmente presso il vecchio ospedale nel novembre del 1951[40] e finalizzato alla diagnosi e cura dei bambini affetti da paralisi cerebrale. Si tratta della prima struttura di questo tipo realizzata in Italia, e deve la sua nascita all'intraprendenza della contessa cremasca Ginevra Terni De Gregorj, che già tre anni prima aveva avviato i contatti con un analogo Centro a Londra e con la sua direttrice, la dottoressa Eirene Collins. La visione su cui la struttura inglese si fondava, e che poi sarebbe stata trapiantata a Crema, era del tutto rivoluzionaria rispetto alle convinzioni del tempo, che consideravano i bambini discinetici totalmente irrecuperabili e destinati ad un futuro di mera assistenza. Secondo i medici dell'ospedale londinese, invece, i piccoli malati potevano fare importanti progressi poiché gran parte di loro non presentava rilevanti deficit intellettivi, e anche dal punto di vista delle funzioni motorie grandi miglioramenti erano da attendersi da terapie adeguate e precoci.
Sulla scorta di queste nuove e favorevoli prospettive la contessa Terni si adopera perché qualche medico italiano possa recarsi a Londra ad apprendere le

37 Testimonianza di Daniela Carniti, coordinatrice dell'SPDC.
38 Testimonianza di Claudio Merlini.
39 Testimonianza di Claudio Maffini.
40 Nuovo reparto all'ospedale per una grave malattia infantile, in *La Provincia*, 7 novembre 1951, p. 6.

modalità di cura là praticate, ed individua la figura adatta nella giovane dottoressa Raffaella Gallini, che aderisce subito con entusiasmo al progetto, divenendo la prima responsabile sanitaria del Centro. Così lei stessa ci ha raccontato i pionieristici esordi della sua esperienza cremasca:

> In Inghilterra sono stata qualche mese ad imparare a curare i bambini, poi al ritorno ho cominciato a fare le visite a Crema, dove l'ospedale mi aveva messo a disposizione una stanza. Nel frattempo andavo anche a Roma all'ospedale Bambin Gesù per altre visite, onde evitare alle famiglie lunghi viaggi fino a Crema (molte venivano dal Sud Italia): a quel tempo ero infatti l'unica a farle[41].

Nei primissimi mesi (siamo ancora nel periodo precedente all'inaugurazione ufficiale) l'attività del Centro è quindi solo ambulatoriale, ma ben presto la quantità di domande provenienti da ogni parte del Paese e anche le caratteristiche delle cure impongono diverse soluzioni organizzative: il Centro diventa quindi residenziale e a metà degli anni Cinquanta dispone già di venti posti letto. Non basta ancora: il crescente numero di bambini assistiti rende i locali ricavati all'interno del vecchio ospedale assolutamente insufficienti. Per fortuna la fama ormai acquisita dal Centro viene in aiuto: nel 1955 il Governo stanzia 10 milioni per l'ampiamento della struttura[42], e la somma viene utilizzata per trasferire il reparto in un'ala dell'Istituto Misericordia, situato di fronte al vecchio nosocomio, dove troverà spazi più grandi e adeguati. Il "nuovo" Centro Discinetici è inaugurato nel 1957: può ora ospitare 30 bambini e dispone di una sala per le terapie e di un'aula scolastica. Nel frattempo si costituisce, sempre su iniziativa della contessa Terni, il Patronato Assistenza Discinetici, con lo scopo si sostenere e promuovere l'attività del servizio e supportare le famiglie dei piccoli degenti durante il loro soggiorno a Crema: ne diventerà fin da subito membro attivo (con il ruolo di vicepresidente) il professor Canger, che negli anni non farà mai mancare il suo contributo.
Passano poco più di cinque anni ed ecco profilarsi la necessità di un ennesimo ampiamento. I risultati raggiunti nella riabilitazione dei piccoli ospiti sono così lusinghieri da indurre sempre più famiglie ad affrontare il percorso di cura, abbandonando sfiducia e rassegnazione: "cominciò a svilupparsi finalmente l'idea che questi bambini potessero fare una vita normale, magari con qualche difficoltà in più[43]". Questa volta gli spazi vengono trovati all'interno dello stesso Istituto Misericordia, trasferendo altrove gli uffici dell'Amministrazione Ospedaliera: dopo la ristrutturazione il Centro può accogliere 100 piccoli pazienti, ed è dotato di quattro aule scolastiche, altrettante sale per le terapie individuali, una grande palestra per la fisioterapia ed un nuovo soggiorno. Cinque maestre fanno funzionare la scuola interna, dove ogni bimbo riceve un insegnamento misurato sulle sue capacità. Per aiutare quelli che fanno più fatica a scrivere a mano si mette in moto anche lo stabilimento Olivetti che ha sede in città[44], realizzando una speciale macchina da scrivere con tasti di grandi dimensioni. Viene anche stipulata una convenzione con il Centro Elioterapico di Torre Pedrera, presso Rimini, dove i bambini con turni di piccoli gruppi trascorrono periodi di vacanza.
Ascoltando la narrazione della dottoressa Gallini si intuisce con quanta passione si sia dedicata all'attività del Centro e ai suoi giovani pazienti: un impegno che non conosceva orari, pur essendo costretto a conciliarsi col ruolo di fisiatra svolto dentro l'Ospedale e dovendo anche fare i conti con impegni famigliari non certo di poco conto:

> Ho avuto cinque figli e ricordo che molto spesso li portavo nel reparto a fare compagnia ai bambini. Si può dire che siano cresciuti insieme! Ero sempre presente, ricordo che dopo uno dei miei parti scrissi persino una lettera alla presidenza dell'Ospedale in cui dicevo che visto il poco personale rinunciavo ai mesi di congedo che mi spettavano![45].

Il racconto di Raffaella Gallini si affolla di tanti volti e di tante storie: con grande soddisfazione ricorda che alcuni dei bambini passati per Crema sono riusciti a laurearsi, e come comunque le cure ricevute abbiano consentito a tutti di acquisire gradi pur diversi di autonomia, sottraendoli a un

41 Testimonianza di Raffaella Gallini.
42 Dieci milioni dal Governo all'Ospedale di Crema, in *La Provincia*, 29 settembre 1955, p. 4.
43 Testimonianza di Raffaella Gallini.
44 L'Olivetti ha chiuso lo stabilimento di Crema nel 1992.
45 Testimonianza di Raffaella Gallini.

Silvia Badocchi

Daniela Martinenghi

destino di reclusi e aprendo loro la strada alla vita sociale. E molti sono quelli che non hanno dimenticato:

> Rammento il caso di un bambino di Napoli, me lo portarono esattamente sessant'anni fa. Ebbene, da allora la mamma tutti gli anni a Pasqua mi manda la pastiera napoletana…[46].

Negli anni altri Centri nascono sul modello di Crema, ma il valore scientifico dell'esperienza qui sviluppata non fa che crescere: nel 1963 la contessa Marinella Terni (figlia della fondatrice Ginevra) e il professor Canger vengono invitati a Copenaghen a illustrare i dettagli della riabilitazione dei discinetici in un congresso internazionale sul tema[47], mentre l'anno successivo la giornalista Camilla Cederna visita la struttura ricavandone un ammirato e commosso articolo per "L'Espresso"[48] che offre anche lo spunto per aprire un dibattito sulla stampa in merito all'insufficienza dei fondi allora (ma non solo allora…) stanziati dallo Stato per il sostegno ai disabili[49].
Col trascorrere del tempo il Centro Discinetici va lentamente trasformandosi: grazie ai progressi fatti dalla medicina i traumi da parto, principale causa della discinesia, si riducono di numero, e il concetto stesso di istituzionalizzazione si modifica, favorendo altre forme di assistenza. Nel 1985 troviamo la struttura profondamente cambiata: è diventata un "Centro Socio Educativo per ragazzi handicappati[50]", che offre servizi di diagnosi, terapia e consulenza alle famiglie per ogni tipo di disabilità. Al suo interno permangono una scuola speciale (verrà chiusa a metà degli anni Novanta) e un realtà semiresidenziale per pazienti con gravissime limitazioni sia motorie che psichiche, con soggiorno da lunedì a venerdì (rimarrà fino a inizio Duemila).
Nel 1989 la Regione autorizza l'Ospedale Maggiore ad aprire un Servizio di Neuropsichiatria Infantile, la cui iniziale collocazione viene individuata proprio presso l'ex Centro Discinetici[51]. Non si tratterà di una scelta molto felice: fin dall'avvio dell'attività gli operatori denunciano la difficoltà di convivere con altre realtà in una struttura che fra l'altro comincia massicciamente ad accusare il peso degli anni. Occorrerà tuttavia parecchio tempo – e non poche polemiche – prima che il servizio trovi una nuova sede in via Sinigaglia[52], dove si trova tuttora.
Sulla scia della tradizione instaurata dal Centro Discinetici il nuovo Servizio di Neuropsichiatria si attiva inizialmente soprattutto sul versante della riabilitazione neurologica, poi, con l'annessione al Dipartimento di Salute Mentale, viene implementata anche la componente psichiatrica. Dopo la chiusura degli ultimi servizi legati al vecchio

46 Ibidem.
47 La relazione della contessa Terni sull'assistenza ai bambini discinetici, in *La Provincia*, 19 luglio 1963, p. 6.
48 Il Centro Assistenza Discinetici in un articolo di Camilla Cederna, in *La Provincia*, 24 maggio 1964, p. 12. L'articolo farà crescere ulteriormente la fama del Centro, facendovi affluire generose offerte.
49 Non pietà, ma amore per i discinetici, in *La Provincia*, 14 giugno 1964, p. 11.
50 Nel 2001 anche il Patronato cambierà denominazione e diventerà Patronato Assistenza Disabili fisici e psichici.
51 Al Centro Discinetici arriva il nuovo servizio di Neuropsichiatria, in *La Provincia*, 15 novembre 1989, p, 21.
52 Neuropsichiatria trasferita, in *La Provincia*, 8 dicembre 2005, p. 26.

Centro Discinetici, l'attenzione si concentra sui trattamenti ambulatoriali. Per cercare di eliminare il problema delle liste d'attesa si pone in atto una profonda revisione organizzativa così descritta dalla dottoressa Silvia Badocchi, arrivata a Crema nel 1995:

> Ci fu tutto un lavoro per modificare l'assetto di risposta alle nuove richieste di accesso al servizio, facendo un triage di tutte le richieste stesse. Questo perché non sempre dal tipo di domanda, dall'impegnativa del medico, o da come si esprime un genitore si riesce a cogliere la gravità e l'urgenza del problema: occorre fare la prima valutazione guardando in faccia il paziente. Si fece partire anche un lavoro di monitoraggio continuo dei posti che si liberavano per le dismissioni dei bambini, al fine di far entrare quelli in attesa, e si avviò pure un'attività di rimodellamento dei tempi entro cui mantenere l'intervento riabilitativo (secondo i vecchi specialisti anche se un disturbo non guarisce occorre comunque continuare a fare terapia: invece non è così, ci sono dei tempi in cui gli obiettivi possono essere raggiunti in questo modo ed altri in cui bisogna sostenere il percorso di crescita con altri strumenti[53]).

Purtroppo anche queste misure non sono state sufficienti a far fronte all'afflusso continuo di domande di intervento, anche a causa delle dimensioni ridotte degli ambienti in cui le terapie vengono effettuate e dei vincoli all'assunzione di nuovo personale: si è deciso quindi di fare ricorso a risorse private accreditate, pur riservando all'Azienda Ospedaliera il coordinamento dei percorsi di cura e mantenendo un numero molto alto di bambini e ragazzi seguiti direttamente. Uno dei due centri usciti vittoriosi dal bando è ANFFAS Crema, la cui presidente Daniela Martinenghi ci ha così descritto il senso e la sostanza della loro collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile:

> Seguiamo bambini con disturbi dello spettro autistico che ci vengono inviati dalla NPI per trattamenti specifici: psicomotricità, logopedia e trattamento psico educativo. Facciamo fronte ad un bisogno del territorio: le famiglie dei bambini non riuscivano ad avere risposte veloci, e si sa che più precocemente si interviene migliore è il recupero. Ci occupiamo di circa 130 bimbi, che vengono una o due volte alla settimana per trattamenti di 45 minuti[54].

La stretta sinergia esistente fra la NPI e l'Unità Operativa di Psichiatria fa sì che la "filosofia" che ispira gli interventi sia assimilabile: anche per i bambini si parla quindi di presa in carico multiprofessionale, con i vari operatori che si attivano a seconda dei bisogni, e soprattutto di rete con il territorio, "perché le competenze acquisite dai bambini devono servire loro per affrontare il mondo esterno, non servono a nulla se rimangono soffocate e compresse nella stanza di terapia[55]". Questo significa per prima cosa contestualizzare la terapia stessa negli ambienti dove il piccolo paziente vive più a lungo, quindi la famiglia e la scuola.
La relazione con i genitori è un capitolo estremamente complesso, influenzato da un carico di dolore, fatica, senso di impotenza, a volte anche rifiuto di accettare il problema del proprio figlio. L'attuale responsabile del servizio, la dottoressa Alessandra Foppa Pedretti, vede comunque dei miglioramenti in questo senso:

> Il momento della diagnosi è sempre molto delicato, soprattutto se essa fa riferimento a situazioni di sviluppo molto compromesse, e tanti bambini che afferiscono al nostro servizio appartengono a questo gruppo. Rispetto però alla capacità dei genitori di lavorare sulle fatiche del proprio figlio e sulla modificazione del progetto elaborato su di lui sicuramente in questi anni ci sono stati dei miglioramenti. Quello che noi cerchiamo sempre di far capire è che il nostro modello di presa in carico è sempre rivolto al futuro, e che quindi noi non stiamo lavorando solo per il bambino presente in quel momento, ma anche per l'adulto che sarà[56].

In ogni caso non si tratta mai di un percorso facile. Per questo "la famiglia è al centro della presa in carico. Situazioni di patologia cronica importante sono inevitabilmente legate a una perdita dell'equilibrio famigliare, quindi il compito è sì quello di fare una diagnosi appropriata al bambino e di

53 Testimonianza di Silvia Badocchi.

54 Testimonianza di Daniela Martinenghi.

55 Testimonianza di Silvia Badocchi.

56 Testimonianza di Alessandra Foppa Pedretti.

Alessandra Foppa Pedretti

Antonio Prete

cogliere i suoi bisogni clinici, ma all'interno di bisogni che possono essere anche dei genitori. Questo senza dimenticare gli altri figli, che richiedono un'attenzione particolare perché affrontano un cammino evolutivo inevitabilmente condizionato dalla presenza del fratello disabile[57]".

E poi c'è la scuola. Indubbiamente anche in questo campo le cose stanno migliorando: c'è più informazione, e di conseguenza anche più capacità di cogliere e segnalare il disagio. A volte magari persino eccedendo: i disturbi del comportamento, individuati in numero sempre crescente, non sempre si concretizzano in una diagnosi. E a volte capita persino che "bambini di altre culture siano oggetto di segnalazioni di dubbi sulla loro capacità di apprendere, quando invece a creare difficoltà è solo il non adeguato maneggiamento della lingua italiana nel pensiero come nella forma espressiva e scritta da parte del mondo che ruota intorno ai bimbi stessi[58]".

In ogni caso una volta che un qualsiasi disagio è accertato occorre che l'insegnante sappia mettere in discussione le proprie modalità di relazione e il proprio metodo di lavoro per trovare strategie utili ad attenuare i problemi. A questo proposito la dottoressa Foppa Pedretti ha aggiunto un'osservazione importante:

> Occorre non fraintendere il significato di inclusione scolastica. È chiaro che l'aspetto sociale sta al primo posto: i compagni devono conoscere il bambino disabile e le sue caratteristiche ed imparare a relazionarsi con queste ultime. Ciò però non significa tenerlo necessariamente in classe per tutto il tempo. Inclusione vuol dire anche portarlo in un'aula da solo per dargli modo di apprendere quello che è necessario con strumenti specifici per lui[59].

Purtroppo non sempre la situazione aiuta questo percorso di integrazione: la continua alternanza dei docenti di sostegno ad esempio mette in difficoltà il bambino, i genitori, ma anche gli operatori stessi, perché "la conoscenza del bambino, delle sue risorse e dei modi di approcciarsi con lui è qualcosa che si sviluppa e matura nel tempo, e il dover continuamente ricominciare ogni volta da capo questo cammino costa fatica a tutti[60]".

Fare rete però vuol dire anche e soprattutto aprire al territorio, dare la possibilità ai piccoli pazienti di riappropriarsi del mondo che sta fuori esercitando le abilità acquisite e godendo di momenti non medicalizzati di svago. Ecco perché nel corso degli anni si sono susseguiti progetti costruiti con la partecipazione delle realtà locali: dalla biblioteca di Crema, che ha messo a disposizione locali e personale per accostare alla lettura i bambini con difficoltà, ai gruppi scout, per esperienze di conoscenza della città, ai vigili urbani, che hanno aiutato i piccoli a sviluppare le autonomie muovendosi nel traffico, all'agriturismo che ha regalato loro momenti di contatto con gli animali e la natura. Da circa un anno è poi in atto una riuscitissima collaborazione con il Crema Calcio di cui ci ha parlato la coordinatrice del servizio di NPI Maria

57 Ibidem.
58 Testimonianza di Silvia Badocchi.
59 Testimonianza di Alessandra Foppa Pedretti.
60 Testimonianza di Paola Maria Trogu, fisioterapista alla NPI.

Cristina Lacchini:

> Essendo passato di categoria il Crema calcio ha avuto dei finanziamenti per ristrutturare il campo, e in questo ambito ha inserito un progetto per facilitare ai disabili l'uso delle strutture sportive. Siccome un bisogno evidenziato dai nostri bambini era proprio quello di giocare a calcio, abbiamo accettato la sfida. Siamo partiti con sei bambini con problemi motori e cognitivi che hanno accolto l'esperienza con entusiasmo ed energia: non aspettano altro che arrivi giovedì per poter andare agli allenamenti! La cosa che ci ha più stupito è che per quell'ora noi operatori abbiamo smesso di essere il loro punto di riferimento: esiste solo l'allenatore! Fra l'altro il progetto ha avuto anche un altro importante effetto, quello di far nascere delle relazioni fra i genitori[61].

Ma gli effetti positivi non sono solo quelli prodotti sui bambini, almeno a giudicare dalle parole del loro allenatore, l'ex capitano di AC Crema 1908 Federico Cantoni:

> È un'ora bellissima. C'è un bimbo a cui piace imitare i grandi del calcio, un altro con cui devo esultare da vero tifoso quando fa gol. So quali sono i loro esercizi preferiti, i loro idoli e le loro difficoltà. Si fidano di me e ci mettono un impegno invidiabile. Questi bambini sono meravigliosi[62].

Quali sono oggi i bisogni del servizio di Neuropsichiatra infantile? La dottoressa Badocchi, che lo ha lasciato lo scorso anno, ha posto l'accento su un problema che a suo parere si evidenzierà con sempre maggior forza: la carenza di posti di ricovero per i pazienti in fase acuta, soprattutto nel caso di adolescenti che in mancanza di strutture dedicate appositamente a loro finiscono per essere ricoverati nel reparto di psichiatria dei "grandi". La questione si collega fra l'altro ad un'emergenza che da pochi anni si sta affermando: quella delle psicosi indotte dall'uso di sostanze, che possono coinvolgere purtroppo anche questa fascia di età. Fra i bisogni invece indicati dalla dottoressa Foppa Pedretti ci sono quello di una sede più idonea (lo spazio è di nuovo troppo poco!) e quello di avere più personale (il bacino di utenza del servizio copre l'intero Cremasco). Tutti gli operatori sono comunque d'accordo nell'affermare che prima di ogni altra cosa occorrono più informazione ed un radicale cambiamento culturale: la sfida del futuro è quella di costruire una società che sappia davvero accogliere il diverso, adattandosi ai suoi tempi e alle sue necessità. Chissà se è chiedere troppo…

Dipendenze. La vita ricomincia a Rivolta d'Adda

25 ottobre 2017.

C'è un bel sole oggi a Rivolta d'Adda. Sul campo dell'oratorio la squadra della locale Scuola Media è impegnata in una combattuta disfida calcistica con i ragazzi di Giorgio Cerizza e di Emiliano Mondonico.

Ai bordi del terreno di gioco stazionano insegnanti e compagni di scuola a fare il tifo, mentre noi del Centro Galmozzi ci arrabattiamo con telecamere, registratore e taccuino.

Il Mister Mondonico ha smesso per una volta i panni dell'allenatore per indossare quelli di arbitro. Ed è così, rincorrendolo lungo la linea laterale, che facciamo questa strana intervista. Non è stato per niente facile convincerlo a concedercela: "Io non conto niente, sono i ragazzi quelli importanti", ci ha detto non appena ci ha visto, smontando in un colpo solo tutte le nostre aspettative nell'incontrare lo sportivo famoso, l'allenatore di serie A, il volto della TV, con tutta la consapevolezza della sua popolarità.

No, si capisce subito che Emiliano Mondonico non ha niente che corrisponda a questo cliché: ci basta parlargli per pochi minuti per scoprirne l'umanità, la semplicità ed il reale e sincero affetto per i "suoi" ragazzi. Per questo ci piaciuto così tanto ascoltare il suo racconto.

Il "Mondo" se n'è andato il 23 marzo 2018. Abbiamo voluto iniziare questa tappa del nostro viaggio ricordando quel pomeriggio di ottobre: crediamo sia il giusto omaggio a una persona davvero speciale.

La storia del Nucleo Dipendenze di Rivolta comincia… a Crema, dove a contrastare le dipendenze fino all'inizio degli anni Ottanta esiste solo un piccolo Centro Antidroga, che peraltro non pratica terapia col metadone, ma si limita alla sola azione

61 Testimonianza di Maria Cristina Lacchini.

62 Una scuola calcio speciale con i bimbi di Neuropsichiatria, in *L'Inviato Quotidiano*, 13 ottobre 2017.

Emiliano Mondonico

preventiva[63]. Occorre attendere il 1982 perché si cominci a parlare di Centro di prevenzione e cura delle Tossicodipendenze con trattamenti farmacologici[64], ed arrivare al 1984 perché si prefiguri la nascita del primo NOT, Nucleo Operativo Tossicodipendenze[65], che a sua volta nel 1990 diviene Servizio Tossicodipendenze (SERT[66]). Su questi passaggi ecco cosa ci ha raccontato il dottor Prete, attuale responsabile di tale Servizio:

> Intorno al 1990 ci furono grossi investimenti con assunzione di personale ed ampiamento dell'apertura dei servizi. Si curavano soprattutto le dipendenze di eroina, i cui pazienti erano facilmente individuabili per i livelli di emarginazione dal punto di vista sociale. La terapia era a base di metadone, ma l'obiettivo era soprattutto quello di liberare sia dalle droghe che dalle terapie sostitutive, per cui si puntava molto sull'astinenza, quindi si facevano ricoveri per disassuefazione e invii in comunità[67], con risultati non brillantissimi perché le disintossicazioni risolvevano la dipendenza fisica, ma non quella psicologica, e spesso le persone ricadevano. Successivamente sono stati potenziati i trattamenti ambulatoriali con metadone e altri farmaci. Col tempo la tipologia degli utenti è molto cambiata: chi usa le sostanze oggi (la più diffusa è la cannabis, ma c'è anche tutto il capitolo delle droghe sintetiche, i cui effetti a livello psichico non sono ancora del tutto noti) è spesso qualcuno che le concentra nel fine settimana, per cui è integrato nella vita sociale ed è più difficile individuarlo[68].

Mentre a Crema il NOT compiva i primi passi, nel piccolo ospedale di Rivolta d'Adda – dove in quel periodo stava partendo il dibattito sui destini futuri della struttura – un gruppo di operatori iniziava a riflettere su un argomento che pur essendo di assoluta attualità non provocava nell'opinione pubblica quei timori e quell'allarme sociale susci-

63 Potenziato il Centro di terapia antidroga, in *La Provincia*, 5 agosto 1981, p. 8. Per ricevere il metadone bisognava andare a Cremona.

64 L'attività del Centro di prevenzione e cura delle Tossicodipendenze a Crema, in *La Provincia*, 2 febbraio 1983, p. 10. Nel 1982 le persone trattate col metadone erano 24.

65 Droga, finalmente qualcosa si muove, in *La Provincia*, 24 aprile 1984, p. 11. Dopo la nascita del NOT la sede del servizio verrà trasferita da via Kennedy a via Medaglie d'Oro.

66 Nel tempo il termine è diventato SERD (Servizio Dipendenze), ad indicare il trattamento di tutte le forme di dipendenza.

67 Negli anni Novanta esistevano nel Cremasco quattro comunità di recupero. Oggi ce ne sono tre con cui il SERD collabora: il Cuore di Crema, il Buon Pastore di Ripalta Cremasca e L'Addolorata di San Latino, presso Castelleone.

68 Testimonianza di Antonio Prete. Attualmente il SERD segue – sempre con terapia ambulatoriale – le dipendenze da droga, ma anche quelle da gioco d'azzardo, da alcol e da fumo.

Giorgio Cerizza

Maria Elena Chiodo

tati invece dal fenomeno droga. Forse per un'errata percezione di minore pericolosità, forse perché legato ad una tradizione che da sempre caratterizzava il territorio, il problema della dipendenza da alcol e delle patologie ad essa collegate non si poneva all'attenzione della gente. Eppure la questione esisteva, eccome (qualche anno dopo, nel 1989, si calcolerà che circa il 40% dei ricoverati nell'USSL 53 presentava malattie in un modo o nell'altro collegate all'abuso di alcol), e le risposte che la medicina tradizionale forniva, se anche riuscivano nell'immediato ad intervenire sulla fase acuta della patologia, non scioglievano tuttavia il complesso dei nodi che stava sotto questa forma di dipendenza, col risultato di inevitabili ricadute.
Così, per tentare un approccio nuovo e più efficace al problema, nascono a partire dal 1985 i CAT (Club Alcolisti in Trattamento), piccoli gruppi composti da malati e dalle loro famiglie e seguiti da uno psichiatra, che nel ritrovarsi insieme, nel discutere collettivamente delle difficoltà e nel fornirsi reciproco supporto cercano la strada per uscire dalla schiavitù dell'alcol. Alla base di questa prima esperienza come di tutte quelle che seguiranno c'è un unico ragionamento di fondo: che ogni alcolismo ha dietro di sé una situazione di disagio, di vuoto nelle relazioni, di bisogni non soddisfatti che portano a rifugiarsi nella sostanza. Perciò solo intervenendo sulla persona nella sua globalità e quindi anche e soprattutto su queste necessità inespresse (e non solo sulla manifestazione visibile della malattia) si possono ottenere dei risultati. Ad intraprendere questa riflessione a metà degli anni Ottanta è il dottor Giorgio Cerizza, che prima di sbarcare a Rivolta aveva già fatto da psichiatra un'esperienza a Milano nel mondo delle tossicodipendenze. Ecco come lui stesso ci ha raccontato l'intuizione da cui tutto a Rivolta ha preso avvio:

> Ciò che ha caratterizzato l'inizio del percorso e ha contribuito a perfezionarlo è: noi parliamo di una dipendenza, cioè di una situazione in cui l'uomo è spesso se non sempre incapace di poter dare risposta autonoma e libera ai suoi desideri, ai suoi bisogni, ai suoi impulsi, e per questo cerca di trovare in una sostanza il rimedio a questo deficit. Perciò aiutiamo l'uomo riappropriarsi dei suoi desideri e delle sue fantasie, riportiamolo a diventare regista della sua vita. Questo è il pensiero dominante, anche se per necessità impreciso, da cui siamo partiti[69].

La "filosofia" che presiede a tale approccio si concretizza nell'elaborazione, fra il 1985 e il 1986, di un primo progetto sperimentale di prevenzione, terapia e riabilitazione per alcolisti. La partenza è senz'altro avventurosa: praticamente il tutto prende avvio in una stanza che il primario della Medicina dell'ospedale, il dottor Giacomo Gamba, stimolato da questo nuovo modo di affrontare l'abuso di alcol, mette a disposizione del dottor Cerizza e dei suoi (pochissimi!) collaboratori. Da qui lo staff inizierà a coordinare l'attività dei CAT (che a soli tre anni di distanza dalla nascita del primo sono già diventati sette) e ad intercettare i bisogni di quanti fanno ricorso all'ospedale per patologie alcol relate, offrendo loro un posto dove essere accolti ed iniziare un cammino di recupero (4 o 5 persone alla volta, lo spazio non consente di più!). Viene anche messa a punto l'essenza della terapia di gruppo, fondandola sul principio del rapporto paritario:

69 Testimonianza di Giorgio Cerizza, attuale direttore dell'Unità Operativa Riabilitazione Dipendenze di Rivolta d'Adda.

> Ognuno ha la sua funzione, non ci deve essere confusione di ruoli, ma quello che si fa lo si fa insieme, guardandoci negli occhi paritariamente. Per far ritornare un buon rapporto fra la persona e ciò che prova – le sue emozioni, i suoi sentimenti – è necessario lavorare insieme: io operatore posso darti una mano a riappropriarti del tuo patrimonio emotivo e della tua capacità relazionale se incomincio a farti vedere qual è il mio. Se dobbiamo gioire insieme lo facciamo, se dobbiamo soffrire soffriamo, se dobbiamo arrabbiarci ci arrabbiamo: tutto questo per dimostrare che vivere intensamente le proprie emozioni non distrugge la relazione, ma anzi la rafforza[70].

Ben presto anche la stampa comincia ad interessarsi dell'esperimento in corso a Rivolta, che risulta essere un'assoluta novità nel panorama sanitario. Nel 1988 un articolo de *La Provincia*[71] evidenzia l'aspetto più caratterizzante dell'iniziativa: la presenza all'interno di essa di un pool di figure differenti (personale sanitario, assistenti sociali, psichiatra, psicologo, volontariato) che, ciascuno secondo la sua particolare ottica, intervengono a rispondere ai bisogni espressi e non che sottintendono al consumo della sostanza. Tali figure iniziano ad operare sul paziente al momento del ricovero, elaborando insieme a lui un progetto in varie fasi che comprendono la sensibilizzazione sul problema, l'elaborazione della diagnosi, l'approccio alla terapia e l'indirizzo al momento della dimissione dal reparto verso uno dei Club di Trattamento. In tutti questi passaggi la famiglia viene sempre coinvolta, ed anche questo elemento viene sottolineato come una grande novità[72].

Non passa molto tempo prima che il servizio di Rivolta cominci a necessitare di altri spazi: nel 1991 Giorgio Cerizza approfitta della "Festa analcolica" organizzata dal reparto per chiedere che sia aperta una vera Sezione per alcolisti da destinare al trattamento dei post acuti[73]. La richiesta riceve una parziale risposta qualche mese dopo, quando viene inaugurata, sempre in "coabitazione" con la Medicina, un'area più ampia con funzione di sede provvisoria, in attesa che venga trovata una soluzione definitiva[74]. Intanto le richieste di partecipare al programma aumentano non solo dal resto della Lombardia, ma anche da altre zone d'Italia: occorre nuovo personale, e a questo fine si attivano specifici corsi di formazione. Nel 1997, finalmente, la grande svolta. Alcologia trova una collocazione stabile ed adeguata grazie alla ristrutturazione della vecchia ala dell'ospedale S. Marta: 630 metri quadrati, 18 posti letto più alcune unità in Day Hospital[75]. Per il dottor Cerizza si tratta di un grande traguardo anche dal punto di vista simbolico: la ricostruzione di un ambiente per ricostruire delle vite. E forse per questo si fa in modo che il nuovo reparto assomigli il meno possibile ad un ospedale: colori vivaci sulle pareti e nell'arredamento, spazi ampi e luminosi.

L'attività della sezione è caratterizzata dagli stessi elementi che avevano identificato tutta l'esperienza precedente: lavoro in équipe, dove ogni membro fornisce prestazioni diverse a seconda delle sue competenze, ed integrazione col territorio, per elaborare un programma di lungo respiro che vada oltre il periodo di degenza. Col trascorrere del tempo l'intervento del team si allarga ad altri tipi di dipendenze, sia per l'evidenziarsi di nuove emergenze sociali – come il gioco d'azzardo – sia per la constatazione che tutte sono in fondo espressione dello stesso disagio:

> Tutte le dipendenze sono segnale di un disagio, ed è su questo che devo intervenire prima di tutto. Mi piace ripetere che se un alcolista, un cocainomane, un giocatore vuole diventare un alcolista astinente, un cocainomane astinente o un giocatore astinente ha bisogno di sostituire l'alcol, la cocaina, o il gioco con la persona umana. Non esiste nessun farmaco che potrà dare una risposta esauriente a una dipendenza. Il desiderio della sostanza rimarrà sempre, ma ciò che importa è che questo desiderio non si accompagni più ad un bisogno. Il bisogno che prima ti veniva soddisfatto dalla sostanza o dal gioco ora deve essere la persona: devi imparare a "bere" la persona, a "sniffare" la persona, ad "usare" la perso-

70 Ibidem.
71 La lotta all'alcol, in *La Provincia*, 9 dicembre 1988, p. 12.
72 Alcolismo basta, in *La Provincia*, 17 novembre 1989, p. 23. L'articolo informa che in un anno di attività il nascente reparto ha incontrato 93 alcolisti.
73 Festa analcolica, richiesto reparto per alcolisti. In *La Provincia*, 26 giugno 1991, p. 25.
74 La sezione di alcologia inaugurata all'ospedale, in *La Provincia*, 8 ottobre 1991, p. 23.
75 Fuori dal tunnel, in *La Provincia*, 18 settembre 1997, p. 32.

na anziché il Gratta e vinci…[76].

La dipendenza da gioco d'azzardo è in costante crescita da molti anni: si tende a sottovalutarla perché a differenza dell'uso di alcol o droga non comporta danni fisici, e anche perché non sempre è facile cogliere immediatamente il confine che separa un normale passatempo da quella che invece è una malattia vera e propria, che provoca ansia, allontanamento dalla realtà, perdita delle relazioni, oltre che, non di rado, la completa devastazione della vita famigliare e la rovina finanziaria. "Chi diventa giocatore dipendente può anche arrivare, oltre che ad indebitarsi, a sottrarre soldi in famiglia destinati alle necessità dei figli, a vendere l'oro per disporre di denaro cash, a compiere illeciti sul lavoro[77]": solo a quel punto scatta la richiesta di aiuto, o su spinta dei famigliari o indotta dal senso di colpa e di vergogna. La risposta a tale richiesta è la stessa che per le altre dipendenze e può essere di due tipi: l'approccio ambulatoriale[78], con una terapia di gruppo che aiuta a condividere le emozioni e ad aprirsi reciprocamente, oppure la degenza in reparto. Per accedere a quest'ultima ci sono dapprima degli incontri conoscitivi, a cui si richiede che la persona venga accompagnata dalle figure di riferimento della sua vita, e ciò non certo per mancanza di fiducia nelle cose dette dall'interessato, ma in quanto "così si può avere una visione più ampia e diversificata del problema; inoltre, se lo scopo è che la condizione di dipendenza cambi, e che la persona possa dare di sé una visione differente, il cambiamento coinvolgerà tutto il contesto in cui si svolge la sua esistenza[79]". Da questi colloqui iniziali si capisce qual è la situazione e se c'è margine per un intervento positivo, dopo di che viene ipotizzato un cammino insieme che inizia con il primo step di quattro settimane – un mese (però i tempi variano da soggetto a soggetto) di residenzialità.

76 Testimonianza di Giorgio Cerizza. L'unica preclusione che il Centro di Rivolta mantiene è nei confronti delle dipendenze da eroina, per lo meno nei casi in cui viene trattata con il metadone: è infatti opinione del dottor Cerizza che tale farmaco non sia risolutivo, ma anzi responsabile di cronicità senza sbocco.

77 Riabilitazione dalle dipendenze: l'esperienza del reparto di Rivolta d'Adda, in *Il Nuovo Torrazzo*, 19 gennaio 2013, p. 5. Le parole sono quelle della dottoressa Paola Rapuzzi.

78 Un ambulatorio specifico per il gioco patologico è stato aperto nel 2006.

79 Testimonianza di Giorgio Cerizza.

Ma in cosa consiste la degenza? Come può un problema che ha profonde radici psicologiche risolversi con poche settimane di ricovero? Secondo Maria Elena Chiodo, educatrice del reparto, il segreto sta nella riscoperta della quotidianità, nel ritrovare in essa il senso della solidarietà reciproca e delle relazioni autentiche. Perché

> Lavarsi i vestiti non è solo lavarsi i vestiti, è prepararsi all'incontro al mattino con te stesso allo specchio (perché hai un'immagine da curare, amare ed apprezzare) e con gli altri; allo stesso modo preparare una pietanza per la cena non è solo mettere la minestra nel piatto, ma curare il cibo per quelli che insieme a te lo mangeranno. Ieri qualcuno in reparto mi ha detto: "ho preparato il minestrone, vuoi assaggiarlo?" Questo vuol dire che un piccolo passo è stato fatto, che l'altro non è più quello che uso per soddisfare le mie necessità e i miei bisogni, ma una persona che esiste in quanto tale ed ha anche lei dei bisogni[80].

Riscoperta quindi dell'umanità dei rapporti, non più giocati sullo sfruttamento reciproco, ma sulla concretezza delle azioni di tutti i giorni, regolate dagli incarichi che ciascuno degli ospiti riceve durante specifiche riunioni organizzative.
Ovviamente si tratta solo di una parte del percorso, che è fatto di molti altri momenti. C'è la ginnastica, che insegna ad ascoltare il corpo, comprendendo come funzionano i muscoli, come lavorano, come si rilassano, e soprattutto contribuisce a riempire il vuoto lasciato dalla sostanza; tre volte alla settimana ci sono poi degli incontri di gruppo per tutti gli ospiti e le loro famiglie, nei quali c'è la possibilità di confrontarsi, di dialogare, di tirare fuori quello che si ha dentro senza nessuna censura. A questi momenti partecipa un operatore, ma, assicura il dottor Cerizza, "il bisogno di esprimere le emozioni è così forte che il suo ruolo è di poco conto (e magari risulta più difficile per l'operatore stesso dare forma al groviglio di sentimenti che queste ore scatenano!)". Nei pomeriggi si alternano le attività espressive e il gioco: "giochiamo tantissimo, anche per aiutare chi ha fatto di questo momento uno strumento di distruzione[81]"; nella giornata di mercoledì c'è invece la visione di un

80 Testimonianza di Maria Elena Chiodo.

81 Testimonianza di Giorgio Cerizza.

film, scelto in modo coerente con le problematiche affrontate negli incontri di gruppo: si tratta di un mezzo che permette di riflettere su se stessi, magari identificandosi con un personaggio o una trama.
Com'è ovvio il programma appena illustrato non viene accettato immediatamente da tutti e senza riserve:

> Soprattutto nelle prime settimane non è facile, ci sono delle resistenze. È difficile affidare la matassa della tua vita ad altre persone o accettare che siano altri a dirti come tenerla in mano. Occorre negoziare, mediare, e loro a questo non sono abituati. Quindi certe volte all'inizio è un gioco di forza e magari l'impertinenza dell'adolescente la trovi anche in persone di 40 anni. In questi casi bisogna aiutare a capire che noi non siamo contro, ma siamo con, e riportarli al desiderio iniziale – quello per cui sono lì – di fare altre cose o di farle in modo diverso. Certo, ci vuole fatica, ma la fatica fa parte della vita reale…[82].

Nel corso degli ultimi anni si sono inseriti nell'esperienza del Centro due elementi importanti, assai diversi fra di loro, ma egualmente accettati con grande favore e sorprendenti nei risultati: il teatro e il calcio.
L'idea di utilizzare l'espressione teatrale come strumento per sbloccare e far emergere le emozioni rinchiuse nel profondo dell'animo e farle entrare nella relazione con gli altri nasce nel 1997 dalla collaborazione di Giorgio Cerizza con Fausto Lazzari, regista, docente e operatore di teatro: sulla scorta di una formula già utilizzata per altre forme di disagio, viene creata fra gli utenti della Riabilitazione Dipendenze la compagnia "Provvisoriamente maggengo", che da allora ha più volte presentato i propri lavori (sempre caratterizzati da una forte componente di vita vissuta) in occasione di eventi e celebrazioni, incontrando sempre grande approvazione e non poca emozione da parte del pubblico[83].
E poi c'è il calcio. Lasciamo alle parole del dottor Cerizza e all'intervista con Emiliano Mondonico il racconto di un incontro destinato a lasciare una traccia speciale:

> Quindici anni fa avevo un po' di tempo libero e il dottor Cerizza mi ha detto: perché non proviamo a fare un po' di allenamento con questi ragazzi? Sarebbe un bel modo per fare gruppo, per creare squadra, per insegnare a lottare… e io gli ho risposto vabbeh, dutur, facciamolo…[84].

> Il mercoledì mattina il Mister prende tutti gli ospiti – maschi e femmine, ventenni o novantenni – e li porta sul campo. Mi ricordo cosa ho provato la prima volta che l'ho visto lavorare. Ero un po' titubante e preoccupato, e pensavo che avrei dovuto dargli una mano: nel gruppo c'erano una signora anziana ed un ragazzo che forse non sapeva neanche che il pallone era tondo… Ebbene: dopo mezz'ora li ho visti tutti in campo a giocare! Da lì ho capito che per loro il calcio rappresentava la loro vita: la porta è l'obiettivo da raggiungere, e quelli che si mettono in mezzo non sono dei nemici, ma coloro che ti fanno vedere quanto vali, perché è troppo facile fare gol quando nessuno ti contrasta. E poi ancora: i compagni di squadra come alleati per raggiungere lo scopo, e il rispetto delle regole non come limitazione di libertà, ma come strumento che mi fa essere maggiormente libero… Da allora l'allenamento è diventato un momento fisso[85].

Il gioco del pallone come metafora della vita: è un argomento su cui ha insistito molto anche il Mister, quella mattina all'oratorio di Rivolta: "il calcio serve a questi ragazzi per stare insieme, per capire cos'è la fatica che serve per arrivare all'obiettivo e fare gol, anche se loro un gol lo segnano tutti i giorni, resistendo alle tentazioni. Da parte mia loro mi hanno insegnato cos'è l'applicazione, la voglia, l'entusiasmo, e le soddisfazioni che ne ho ricavato sono superiori a molte altre che ho avuto nella mia carriera[86]".
In quella giornata a scontrarsi con la squadra del "Mondo" erano i ragazzini della Scuola Media Dalmazio Birago: anche per loro la partita è diventata occasione di apprendimento e strumento per

82 Testimonianza di Maria Elena Chiodo.
83 Fra i molti articoli di stampa dedicati all'esperienza troviamo ad esempio È il ritorno alla vita, in *La Provincia*, 22 novembre 1998, p. 27. Le rappresentazioni sono state spesso occasione per premiare le persone che hanno raggiunto importanti traguardi di astinenza. Oggi l'attività continua grazie al lavoro di un operatore del Centro.
84 Testimonianza di Emiliano Mondonico.
85 Testimonianza di Giorgio Cerizza.
86 Testimonianza di Emiliano Mondonico.

affrontare in modo diverso certi temi. È quanto ci ha confermato una loro insegnante: "ci auguriamo che ai ragazzi arrivino messaggi positivi: ad esempio il fatto che con l'impegno e ponendosi obiettivi precisi si possono ottenere risultati importanti, pur in presenza di difficoltà[87]".

Le partite sul campo di Rivolta non sono gli unici confronti sportivi in cui la squadra è impegnata. Nel tempo questa speciale avventura calcistica ha avuto modo di farsi conoscere in molte parti d'Italia e anche all'estero: nel 2017 ad esempio il team è stato invitato a rappresentare l'Italia come Nazionale solidale all'Homeless World Cup che si è tenuta in Costarica[88].

E loro, gli ospiti del Centro Dipendenze, come vivono l'esperienza dell'essere in una squadra e della competizione? I giudizi che abbiamo raccolto sono inscindibili da quelli sull'allenatore, che viene definito con termini che non hanno bisogno di commento. Ecco cosa ci ha detto Simone:

> Per me il calcio è sempre stata una passione, ho giocato anche ad alti livelli. Quando sono arrivato a Rivolta mi hanno detto: mercoledì c'è l'allenamento. Non ne avevo molta voglia, ma Mondonico era il mio mito fin da piccolo, così sono andato. Avevo anche un po' di strafottenza, perché ero piuttosto bravo… Lui l'ha notato subito e mi ha detto: ok, tu giochi, ma non puoi segnare! Il Mondo è carismatico, lui non urla, ti fa capire[89].

E Riccardo, arrivato a Rivolta da Roma:

> Anch'io giocavo a calcio da piccolo: è un bel modo di stare insieme, il senso del gruppo, dell'unione che fa la forza… Anche in una partita se ciascuno non gioca il proprio ruolo la squadra non va. Mondonico trasmette la passione anche in chi non ha mai giocato, ti insegna che l'importante è dare tutto, poi non conta chi vince e chi perde (anche se per la verità io sono competitivo e non me va de perde…)[90].

La permanenza nel Centro di degenza ovviamente non può né vuole esaurire l'intervento sui pazienti: ecco perché diventano di estrema importanza il passaggio al "dopo" e la sostanza in cui questo dopo si estrinseca. Per il dottor Cerizza la cosa davvero fondamentale è che le dimissioni non avvengano senza un programma su come si svilupperà la fase successiva. Le ipotesi possono essere diverse: per chi viene da fuori si cercano di individuare degli agganci territoriali che consentano la prosecuzione del cammino all'interno di un lavoro di gruppo, oppure la figura di un terapeuta che strutturi un percorso individuale. A chi abita nel Cremasco invece si offrono anche altre due possibilità: il trattamento ambulatoriale o, per i più giovani, l'esperienza degli appartamenti.

Quest'ultima è maturata a partire dal 2004 e consente a chi è uscito dalla degenza di poter avere un periodo di transizione prima del raggiungimento della completa autonomia, accolto in un ambiente protetto dalla supervisione di un operatore e in compagnia di altre persone che vivono le stesse difficoltà. Il primo appartamento si trovava nella struttura di un'ex caserma[91], poi nel tempo altri se ne sono aggiunti e oggi il Centro dispone di 8 unità abitative con numero variabile di posti letto. Condividere questa modalità di vita significa per i ragazzi assumersi delle responsabilità e sperimentarsi sul piano socio relazionale, ma vuol dire anche preparare la strada per la piena indipendenza: ecco perché condizione indispensabile per rimanere nelle case è di procurarsi un lavoro. Il tempo che viene messo a disposizione è un mese: sembrerebbe assai poco nell'attuale contesto economico, eppure il dottor Cerizza assicura che "da quando gli appartamenti esistono non è mai capitato che qualcuno se ne sia dovuto andare per non aver trovato un'occupazione: anche i ragazzi descritti dai genitori in modo un po' squalificante hanno dimostrato capacità che forse non erano mai state comprese del tutto[92]".

Dell'esperienza vissuta nelle case assegnate dal Centro ci ha parlato Simone:

> Gli appartamenti non sono una comunità, ma ti permettono di vivere con altra gente che condivide

87 Testimonianza di Maria Luisa Gambini, insegnante presso la scuola secondaria di primo grado Dalmazio Birago.

88 Dalla Riabilitazione ai Mondiali di calcio della solidarietà, in *L'Inviato Quotidiano*, 25 maggio 2017.

89 Testimonianza di Simone, utente del Servizio Dipendenze.

90 Testimonianza di Riccardo, anche lui utente del Servizio Dipendenze.

91 Una casa per combattere l'alcolismo, in *La Provincia*, 23 ottobre 2004, p. 29.

92 Testimonianza di Giorgio Cerizza.

con te le stesse esperienze passate e che fa la tua stessa fatica: questo ti spinge a parlare, a non tenere le cose dentro. In più hai le occupazioni della vita di tutti i giorni: lavori, fai la spesa, stai attento a quello che spendi, ti ricrei quelle cose che non facevi più… Anche l'organizzare eventi insieme, la pizza, la gita in montagna, è importante, perché ti fa sentire di avere degli amici, e questa certezza ti impedisce di perderti di nuovo. Ma forse il momento ancora più importante è la sera, quando ci troviamo tutti insieme a mangiare con l'educatore e condividiamo le cose belle e brutte che ci sono capitate e i nostri pensieri[93].

Ascoltare i racconti di Riccardo e Simone ha rappresentato per noi un grande arricchimento: grazie a loro è stato possibile capire non sulla base di asettiche statistiche, ma attraverso l'emozione che solo le cose vere sanno trasmettere, il percorso difficile, terribilmente faticoso, ma anche di straordinario coraggio che accompagna una vicenda di caduta e di rinascita come quella che hanno vissuto. Ed è significativo che il termine più frequente usato da questi ragazzi sia stato quello di "famiglia": perché solo in un contesto che alla famiglia si avvicina, nei rapporti, nella solidarietà, nel supporto reciproco, si può trovare la forza necessaria per combattere e vincere.
Crediamo sia giusto, per non togliere nulla al loro valore, riportare completamente queste narrazioni:

Da bambino ero molto vivace, poi da ragazzo sono diventato sempre più chiuso e non riuscivo ad esprimere le mie emozioni, così mi sono rifugiato nelle sostanze. È andata avanti fino a quando non ho conosciuto il dottor Cerizza: da quando ho incontrato questa famiglia ho capito che c'era altro. Il dottore mi ha preso con sé, mi ha accompagnato facendomi capire che ci poteva essere una strada diversa. Questo aprile [2017] sono uscito dall'appartamento: adesso sto in una casa con la mia ragazza e insieme… viviamo. Per il futuro preferisco pensare solo ai traguardi vicini: penso a una casa più grande, poi ho il lavoro, gli amici, la ragazza… Cerco di vivere e godermi il presente[94].

Mi sono sempre sentito un disadattato fin da piccolo: ero sempre fuori dalla classe, mi davano l'insegnante di sostegno. Così sono cresciuto con l'idea di essere diverso, una sensazione che non voglio avere mai più. Sono arrivato qui perché l'estate scorsa stavo andando sempre più giù, e non vedevo una via d'uscita. Avevo interrotto ogni relazione, il mio uso della sostanza mi portava all'isolamento, non ascoltavo nessuno, non riuscivo a sentirmi e non riuscivo a sentire gli altri. Venendo qui mi sono voluto mettere in gioco su quei bisogni che mi hanno portato a usare la sostanza. Ho scelto di andare a vedere quali sono le mie paure e di viverle e affrontarle, e lo devo a chi mi ha aiutato. Quello che sto imparando e cerco di fare quotidianamente è di sentirmi orgoglioso ogni mattina di svegliarmi e dirmi "un'altra giornata astinentÈ. Sto recuperando il senso delle cose che avevo perso. Mi rendo conto di avere lasciato fuori delle persone che hanno sofferto per me, ma è proprio grazie alla consapevolezza di questo dolore che trovo la forza per questo percorso. È un lavoro di crescita personale, che però fai con gli altri, e questo ti permette di non sentirti solo: quando ti confronti con una persona che ha fatto le tue stesse esperienze ti senti vicino a lei. E allora può nascere un abbraccio, può nascere una lacrima, e questo per me è il senso della famiglia che sto cercando di ritrovare con fatica tutti i giorni. Questa è una struttura che non ha porte chiuse, puoi andartene quando vuoi: ci vuole davvero una scelta. Ci sono stati momenti duri in cui ho pensato di mollare e ancora oggi non è facile. Ma mentre una volta sarei scappato adesso dico c…, meno male che c'è Rivolta![95].

Dalla profondità del loro vissuto Riccardo e Simone si sentono di dare dei consigli a quanti hanno gli stessi problemi:

A queste persone direi di imparare a parlare, di non tenersi le cose dentro. E sui genitori: certe volte li si vedono come un ostacolo che ci impedisce di fare quello che vogliamo. Ma loro sono anche quelli che ti amano sempre e comunque, quindi è meglio tenerli d'acconto![96].

Io gli direi di non nascondere le loro paure, di ri-

93 Testimonianza di Simone.
94 Ibidem.
95 Testimonianza di Riccardo.
96 Testimonianza di Simone.

conoscerle e di affrontarle. E di cominciare ad apprezzarsi[97].

Le parole di Simone e Riccardo offrono lo spunto per chiedersi che siano, oggi, gli utenti del reparto e se i risultati conseguiti siano sempre positivi come le esperienze citate. Questi dati sono stati oggetto di ricerche universitarie: l'Istituto di Statistica dell'ateneo Bicocca di Milano ha indagato sulla tipologia degli ospiti appurando che essi si inquadrano in quello che è l'italiano medio come età, cultura e stato sociale; per ciò che concerne invece il sesso, mentre anni fa la componente maschile era in forte prevalenza, oggi il numero di uomini e donne si sta avvicinando.
Quanto agli esiti del trattamento, due ricerche commissionate alla stessa Bicocca e alla facoltà di Scienze dell'Educazione di Pavia hanno certificato che per ciò che concerne il reparto a distanza di 6, 12 e 18 mesi l'80% delle persone mantenevano l'astinenza, erano soddisfatte della propria vita e avevano conservato o consolidato il posto di lavoro; per quanto invece riguarda il gruppo appartamenti l'85% dei giovani aveva un percorso lavorativo migliore di quello iniziale, ed alcuni avevano anche ripreso e concluso il corso di studi.

Il Centro non trascura l'attività di prevenzione: ci sono a cadenza regolare incontri con le scuole per sensibilizzare gli studenti sul tema delle dipendenze, che oggi contemplano anche quella da social network. Sono momenti che vedono la presenza, oltre che dell'operatore, di un ragazzo che sta seguendo il percorso di riabilitazione: e "sentire queste testimonianze, sentire che già a 15 anni avevano cominciato ad avere problemi, sentire del tempo che ci hanno messo per rendersene conto, stupisce i ragazzi e li fa riflettere[98]".
Speriamo con tutte le nostre forze che sia una riflessione destinata a produrre i migliori frutti.

97 Testimonianza di Riccardo.
98 Testimonianza di Maria Luisa Gambini.

CAPITOLO X

QUANDO È IN GIOCO LA VITA

Pronto Soccorso

Una stanza con un lettino, qualche farmaco, una bombola di ossigeno. Fino alla fine degli anni Sessanta gran parte dei Pronto Soccorso ospedalieri non era altro che questo: una sorta di ambulatorio di primo intervento per le patologie più urgenti.

In tal senso anche il vecchio ospedale cremasco non faceva eccezione. Eppure non si poteva certo dire che questo territorio non presentasse caratteristiche tali da suggerire una particolare cura e attenzione nel trattamento delle emergenze: basta scorrere i giornali pubblicati fra il 1960 e il 1970 per trovare una sconfinata casistica di infortuni sul lavoro e di incidenti stradali. E se i primi non sorprendono più di tanto in un'epoca in cui le tematiche della sicurezza e della salute nelle fabbriche dovevano ancora affermarsi all'attenzione dei legislatori e degli addetti al settore, non si può fare a meno di sbalordirsi prendendo visione delle centinaia di vittime che strade come la Paullese mietevano ogni anno. Una vera strage, che era difficile pensare si potesse fronteggiare con gli scarni mezzi del locale Pronto Soccorso: ed in effetti già nel 1962 la stampa segnalava da parte della popolazione "preoccupazione e allarme" per presunti interventi poco solleciti nei confronti degli incidentati[1].

Fosse o no fondato l'allarme, di certo gli estensori del progetto del nuovo ospedale non mancano di dedicare la dovuta attenzione alla predisposizione di un Pronto Soccorso adeguato ai bisogni. Tutte le più accurate previsioni non impediscono tuttavia che già pochi anni dopo il completamento della struttura (siamo nel 1972) occorra mettere mano ad una prima revisione del servizio, "per porlo nelle condizioni di essere automaticamente in grado di soddisfare qualsiasi esigenza dei ricoverati o dei traumatizzati" mediante un "complesso operativo completo" e con la possibilità di eseguire tutti gli esami in loco[2].

Passa poco altro tempo e il Pronto Soccorso comincia di nuovo a denunciare carenze logistiche, così si decide di approfittare della realizzazione del previsto innalzamento dell'ala che lo ospita (dove deve sorgere la nuova Cardiologia con Unità Coronarica) per mettere mano ad un'altra ristrutturazione che dia più razionalità agli spazi. I lavori (che coinvolgono anche l'attigua Rianimazione) arrivano a compimento nel 1984. Gli articoli di stampa danno grande rilievo al risultato dell'intervento:

> L'accesso al servizio di emergenza avviene attraverso

1 L'organizzazione del Pronto Soccorso, in *La Provincia*, 22 novembre 1962, p. 6. Si noti una curiosità: nell'intervenire a rassicurare i cremaschi sull'adeguatezza del Pronto Soccorso la contessa Ginevra Terni, allora assessore comunale all'Igiene (oltre che come abbiamo visto protagonista in prima persona di iniziative benefiche), sottolineava come il problema fosse piuttosto da ricercarsi nel primo soccorso effettuato sul luogo dell'incidente, per il quale occorreva attrezzare le autolettighe con personale e strumenti adeguati: se vogliamo un Servizio 118 ante litteram!

2 Si potenzia l'ospedale, in *La Provincia*, 15 luglio 1972, p. 8. Sempre in questi primi anni viene definito l'assetto organizzativo del Pronto Soccorso: nel 1970 esso è aggregato alla neonata Divisione di Chirurgia d'Urgenza, per poi passare nel 1976 sotto le dipendenze della Direzione sanitaria, con gestione a giorni alterni da parte delle due Divisioni chirurgiche.

> il Servizio di Accettazione-Pronto Soccorso, situato al culmine di una rampa a senso unico. Un atrio piuttosto ampio e protetto accoglie le ambulanze. Un secondo atrio, interno, ancora più spazioso, comunica con gli uffici di accettazione e con i settori predisposti per il pronto intervento affidato ad un'« équipe » pluridisciplinare. Siamo nel dipartimento d'urgenza che comprende un ambulatorio di primo intervento, con annessa sala operatoria, camere di astanteria e servizi collaterali[3].

Mentre però la ristrutturazione è ancora in corso gli stessi organi di stampa riportano lo sfogo del primario della Chirurgia Paolo Brown (ai chirurghi come abbiamo visto compete in quel momento la gestione del servizio), da cui è facile intuire che le difficoltà del Pronto Soccorso non si esauriranno con questi lavori. Il medico esprime senza mezzi termini la situazione di disagio creatasi a seguito del continuo crescere del numero degli utenti, ed attribuisce il fenomeno a ben precise cause:

> Al Pronto Soccorso affluiscono pazienti che, grazie anche alla complicità di alcuni medici, lo utilizzano come un ambulatorio polispecialistico gratuito, a disposizione di tutti per ventiquattro ore al giorno[4].

Nell'intervista il dottor Brown fornisce anche dei numeri decisamente sorprendenti: nel 1978 gli accessi al Pronto Soccorso sono stati 400, quattro anni dopo, nel 1982, sono saliti a 13.141!
Sono le prime avvisaglie di un problema che negli anni non troverà mai una soluzione davvero definitiva: innumerevoli saranno i dibattiti, le analisi, le proposte, le misure tentate per migliorare lo stato di cose, ma la questione ogni volta si riproporrà puntualmente. Nonostante tutti gli esperimenti messi in campo infatti gli accessi continueranno ad aumentare con ritmo inesorabile: saranno oltre 16.000 nel 1987, più di 24.000 nel 1992 per superare i 33.000 nel 1997. IL nuovo millennio segnerà poi altri record, e nel 2002 si arriverà a 46.056 prestazioni[5].
Ovviamente il sovraffollamento costante finisce per produrre conseguenze sul servizio: lunghi tempi di attesa, rischi concreti di errori sanitari, ritardo nelle diagnosi e/o dei trattamenti, insoddisfazione del personale, mancanza di privacy per i pazienti sono solo alcuni degli effetti lamentati.
Certo, non si tratta di un fenomeno che appartiene solo alla storia del nostro ospedale, anzi al contrario esso rappresenta ancora oggi uno dei nodi più complicati da sciogliere per la sanità nel suo complesso: tuttavia ci sembra interessante capire quale spiegazione ne sia stata data in questo contesto territoriale – il distretto del Cremasco – che ormai da molti anni conta senza sensibili variazioni una popolazione complessiva intorno ai 162.000 abitanti.
Il volume sull'ospedale del 2000[6] ha tentato un'analisi complessiva delle cause, individuandole nella capacità attrattiva dell'ospedale legata alla presenza di tecnologia all'avanguardia, nel ricorso sempre più frequente alla figura dello specialista e nei tempi lunghi previsti per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, nell'aumento della popolazione extracomunitaria, nella chiusura dei piccoli ospedali, nella crisi del ruolo del medico di base. Tutto questo senza trascurare la concausa di fondo legata al cattivo uso del servizio, creato per affrontare situazioni di emergenza ("condizioni patologiche in atto o potenziali che in assenza di intervento espletato nell'ordine di minuti conducono a morte o lesioni permanenti") o di urgenza ("condizioni patologiche in atto o potenziali che in assenza di intervento attuato entro alcune ore provocano morte o lesioni permanenti[7]") ed invece spesso sfruttato come comodo surrogato del medico di famiglia quando non addirittura della farmacia.
Su quest'ultimo aspetto nel 1992 anche l'allora primario della Chirurgia II Alberto Martinotti si esprimeva con molta schiettezza, affermando che sulle oltre 24.000 prestazioni effettuate in quell'anno

> … le urgenze reali sono 2.000, non di più. Per il resto è gente che non ha voglia di far la coda dal me-

3 I nuovi reparti di emergenza dell'Ospedale Maggiore, in *La Provincia*, 27 ottobre 1984, p. 9.
4 Con il problema chirurgico quello del Pronto Soccorso, in *La Provincia*, 16 ottobre 1983, p. 11. Il titolo fa riferimento alla difficile sostituzione del dottor Franco Colombo dopo la sua partenza per l'Africa (v. cap. 4.1).
5 Per un raffronto con l'oggi, nel 2017 gli accessi sono stati 65.069.
6 G. Fusar Imperatore, P. Piccioni, Dal Pronto Soccorso alla Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 219 ss.
7 Ibidem, p. 221.

Alcuni operatori dell'équipe di Pronto Soccorso: Claudia Mantoan, Massimo Cardisperi, Gaetano Capisi, Gianfranco Ferrari, Luca Moreno Barboni, 1999

> dico curante. A me è capitato di aver a che fare con una persona che è venuta in Pronto Soccorso con in mano una fiala e ordinando di praticargli l'iniezione. Si è perfino rifiutato di dire cosa conteneva. Oppure posso raccontare di quando si è presentata una signora con il padre ultrasettantenne per una visita urgente. Motivo: l'uomo cinque giorni prima aveva accusato mal di stomaco. Sono solo due esempi quando ne potrei raccontare a centinaia[8].

Quando l'illustre professionista raccontava questi episodi la normativa sanitaria aveva già fissato un ticket (nel 1993 parliamo di 14.900 Lire) per le prestazioni non urgenti, ma il provvedimento non aveva provocato lo sperato rallentamento della corsa all'ospedale. Corsa che a Crema finiva per provocare grossi problemi… di ingorgo, sia per gli spazi divenuti (di nuovo!) troppo esigui ed inadatti ad affrontare l'assalto, sia a causa della carenza di personale. Per rimediare alla prima criticità a metà degli anni Novanta si inizia a parlare di "nuova ubicazione del reparto[9]": in attesa di quest'ultima si provvede all'ennesima ristrutturazione, che viene presentata nel corso di una conferenza stampa alla fine del 1997 dal primario Giorgio Fusar Imperatore[10]. Si tratta ancora più che altro di una ridefinizione degli spazi (impossibile fisicamente allargarsi!), ma è interessante perché insieme ad essa viene posta in essere una riforma organizzativa – coincidente con l'istituzione del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA)[11] – che anticipa quanto diverrà prassi qualche anno dopo: si stabilisce che un infermiere professionale effettuerà una valutazione clinica delle condizioni di chi arriva per farsi visitare – anche mediante il controllo dei parametri vitali – per poi stilare una sorta di classifica delle urgenze.

Di personale insufficiente si comincia già a parlare invece subito dopo il primo rinnovo dei locali negli anni Ottanta: oltre ad un numero di infermieri decisamente sotto il fabbisogno, il sistema prevede la presenza di un solo medico per turno, con le immaginabili conseguenze nei momenti di maggior afflusso. La stampa denuncia come l'insofferenza del personale sia palpabile, e qualcuno parla apertamente di situazione intollerabile. Occorre però attendere fino al 1993 perché la Direzione decida di affiancare al chirurgo di turno un medico in-

8 Il Pronto Soccorso in tilt. Troppo lavoro non urgente, in *La Provincia*, 15 ottobre 1993, p. 21.

9 Record al Pronto Soccorso: 28.000 prestazioni nel '95, in *La Provincia*, 14 marzo 1996, p. 26.

10 Presentata la ristrutturazione del dipartimento d'Urgenza, in *La Provincia*, 20 dicembre 1997, p. 31.

11 Del DEA vengono a far parte sia il Pronto Soccorso che la Rianimazione.

ternista, anche se inizialmente solo con il ruolo di consulente. Il risultato paradossale ed inaspettato è che le code per un certo periodo aumentano:

> Il medico internista, si badi bene, resta un semplice consulente del Pronto Soccorso, il cui medico rimane l'unico referente. Ecco un esempio, tra l'altro nemmeno inventato: arriva una persona che ha bisogno di una consulenza da parte del medico internista. Questi ha un cercapersone alla cintola. Lo si aziona. Intanto trascorre del tempo (e bisogna sempre tenere conto che si lavora in emergenza). Quando il medico internista arriva chiede magari delle lastre radiografiche per accertamenti, e allora un infermiere si deve staccare dal Pronto Soccorso e seguire l'ammalato in Radiologia. Poi sempre l'infermiere assegnato al Pronto Soccorso richiama il medico internista per fargli visionare le lastre, ed infine riporta il paziente dal medico del Pronto Soccorso[12].

Tale stato di cose ci è stato confermato da Emilio Cirillo, per molti anni operatore in Pronto Soccorso e Rianimazione, che ancora ricorda i "giri tremendi" a cui la sistemazione dei due reparti costringeva[13].

I continui inviti ad usare il Pronto Soccorso in modo appropriato alla sua funzione come già detto non comportano nel tempo mutamenti nel ritmo degli afflussi. Partendo dalla constatazione che solo il 15% degli accessi si può definire di vera emergenza – urgenza, mentre nel 40% dei casi quelle offerte sono prestazioni meramente ambulatoriali, gli operatori del Pronto Soccorso arrivano persino a stilare nel 1998 una sorta di "calendario" orario e giornaliero delle varie tipologie di utenti:

> Le ore critiche sono dopo le 17,30, terminato l'orario di lavoro. "Questo — sottolinea Fusar Imperatore — pone il problema di una diversa distribuzione dei tempi di apertura degli ambulatori dei medici di basÈ. Alla domenica mattina presto arrivano gli anziani, un po' più tardi alcuni dei reduci del popolo del sabato notte. «Quando è scattata l'ora legale, abbiamo verificato che questa tipologia di pazienti è arrivata un'ora più tardi». Tipico del tardo pomeriggio di lunedì è l'afflusso di cittadini che si sono infortunati alla domenica: prima della visita hanno però preferito timbrare il cartellino. Un aumento di interventi che può raggiungere anche il 20 per cento rispetto al resto dell'anno si registra durante il periodo estivo. Parecchio movimento c'è il fine settimana: "Sono i giorni che vediamo più traumatizzati'[14].

In questa difficile situazione l'apertura della Piastra nel 2001 viene accolta con grandi speranze, se non altro perché si pensa che finalmente il Pronto Soccorso avrà gli spazi che gli sono necessari. Aspettando il trasloco si mette mano ad una nuova riforma organizzativa: per tentare di regolamentare i flussi (e porre fine alle liti non infrequenti che si scatenano fra i pazienti in attesa di visita per questioni di precedenza) il sistema del triage viene disciplinato dall'introduzione dei famosi codici (rosso – verde – giallo – bianco).

L'inaugurazione del nuovo edificio in effetti porta con sé concreti miglioramenti. Ne ricaviamo notizia dall'opuscolo che la Direzione ospedaliera predispone per l'occasione[15]. In un'area decisamente maggiorata nella superficie, i cambiamenti più significativi riguardano l'ampliamento degli spazi del triage che "consentono la dovuta riservatezza nell'acquisizione dei dati sensibili, nel rilievo dei parametri vitali e nella raccolta dei dati anamnestici per una corretta attribuzione del codice dell'urgenza", l'allargamento della sala urgenze, che, potenziata nei macchinari e nelle attrezzature, ora consente il trattamento di più pazienti in stato critico, e la creazione di sale d'attesa dedicate nelle aree internistica e chirurgico-traumatologica per gli utenti che non presentano condizioni di criticità. Ancora più importante è però la realizzazione dell'OBI, vale a dire dell'Osservazione Breve Intensiva, un'area dotata di quattro stanze per un totale di otto posti letto nella quale si può approfondire e valutare il quadro clinico, dilazionando di qualche ora la decisione sulla destinazione di pazienti complessi, oppure trattare malati in condizioni critiche, ma a rapida risoluzione.

12 Pronto Soccorso, novità e disagi. C'è l'internista, si crea la coda, in *La Provincia*, 26 marzo 1992, p. 23. Dall'aprile del 1995 un medico internista sarà presente stabilmente al Pronto Soccorso insieme al chirurgo.

13 Testimonianza di Emilio Cirillo.

14 Ma quale urgenza, in *La Provincia*, 8 aprile 1998, p. 25.

15 Azienda Ospedaliera 'Ospedale MaggiorÈ di Crema, La Piastra dell'Emergenza – Urgenza, ottobre 2001. pp. 9-10. Sul nuovo reparto v. Trasloca il Pronto Soccorso, in *La Provincia* 5 febbraio 2002, p. 20.

Daniele Guarneri

Giovanni Viganò

La Piastra sembrerebbe quindi rappresentare la soluzione di tutti i problemi, ma ancora una volta non è quello che accade. È vero che col passaggio nei nuovi locali si realizza anche un passaggio ideale ad una visione diversa di Pronto Soccorso che fa spazio a concetti come quelli di presa in carico globale del malato e di approccio polispecialistico:

> Se nei decenni precedenti il Pronto Soccorso è stato soprattutto considerato una "zona di transito" in attesa che i pazienti venissero "inviati" in un reparto specifico, oggi – in un momento in cui per vari motivi vi è una importante riduzione del numero dei posti letto e in cui giustamente la popolazione chiede risposte rapide ai propri problemi – si è reso necessario un grosso cambiamento. Il Dipartimento infatti si fonda su un tipo di organizzazione considerata la più idonea per un moderno Pronto Soccorso poiché riunisce in un'unica struttura diversi specialisti e si prende cura dei problemi di chi vi afferisce in maniera complessiva[16].

Ma è altrettanto vero che le richieste di prestazioni continuano a crescere, e questo, in presenza di risorse umane sempre ridotte rispetto al bisogno, non può che rendere la vita molto dura agli operatori. È ciò che fa intendere nello stesso articolo il dottor Fusar Imperatore:

> L'attività di un Pronto Soccorso è spesso frenetica e soprattutto si svolge senza possibilità di alcuna programmazione. Un "porto di mare" dove la mole di lavoro è consistente (…). La nostra Unità deve garantire risposte appropriate, spesso in un clima di urgenza ci si trova a fare i conti con l'affollamento improvviso e la tensione degli utenti certamente preoccupati dai problemi di salute. Per il personale tutto ciò significa essere sempre "in prima linea" coinvolto su più fronti in un'attività senza pause e con aspetti stressanti[17].

Il mancato miglioramento della situazione fa persino sorgere in qualcuno il dubbio che gli operatori del Pronto Soccorso di Crema siano troppo "buoni" rispetto ai colleghi di altri presidi, considerato che la classificazione in codice bianco (quella che costringe a pagare il ticket) risulta in questo ospedale molto più bassa che altrove[18], la qual cosa favorirebbe i "furbi" ("mi ricordo di un tizio che arrivò denunciando un dolore al petto, per cui gli si fecero tutti gli esami. Poi scoprimmo che ci aveva preso in giro, perché andava dicendo che siccome per gli stessi esami gli ci sarebbero voluti tanto tempo e tanti soldi aveva deciso di venire da noi[19]"). A tale osservazione però si ribatte che più che di bontà si dovrebbe parlare di bravura e competenza del personale, fatto che dirotterebbe qui anche utenti di altri nosocomi…
Quale che sia la realtà, per tutto il primo decennio del Duemila si sono messi a punto modelli organizzativi atti a ridurre i disagi. In particolare si è cercato di rendere più netta la suddivisione del Pronto Soccorso in quattro grandi aree; triage, bas-

16 Dipartimento per le urgenze, in *La Provincia*, 26 maggio 2004, inserto "Sanità e territorio", p. 4. La dichiarazione è del dottor Agostino Dossena, responsabile del DEA.

17 Ibidem.

18 Il Pronto Soccorso diventa ambulatorio, in *La Provincia*, 22 aprile 2005, p. 21.

19 Testimonianza di Emilio Cirillo.

sa intensità di cura (codici bianchi e verdi), alta intensità (codici gialli e rossi) e Osservazione Breve Intensiva. E questo sistema, a giudizio della Direzione ospedaliera[20], ha contribuito a restringere i tempi di attesa. Oggi la situazione vede nonostante tutto il permanere della tendenza all'aumento degli accessi da parte di pazienti non critici, con riflessi ancora inevitabili sul funzionamento del servizio. Daniele Guarneri, che lavora come infermiere in Pronto Soccorso dal 1998, non ci ha nascosto quanto il sovraffollamento costituisca una complicazione per la sua attività:

> Non lavoriamo bene. Gli spazi ridotti fanno sì che ci siano i parenti che ci pressano… e anche ai pazienti manca la privacy. Dal Pronto Soccorso passa chiunque, è diventato quasi una corsia preferenziale per accedere all'interno dell'ospedale. C'è una porta automatica, e la gente passa senza nessun controllo. Per chi accompagna il malato ci sono le poche poltroncine davanti al triage e le sale d'attesa degli ambulatori internistico e chirurgico, ma sono sempre strapiene di persone che devono essere visitate. E siamo talmente saturi che a volte abbiamo pazienti nel corridoio, dove siamo costretti a visitare. Col taglio dei posti letto inoltre capita che ci troviamo con malati da ricoverare che rimangono diverse ore a carico nostro perché non c'è posto[21].

Sui motivi di tale stato di cose il signor Guarneri ha idee piuttosto precise:

> Perché tanta gente viene qui? Certo perché siamo più veloci che in altri ospedali. Credo però che soprattutto occorra farsi altre domande: perché i medici di base tengono aperto l'ambulatorio solo poche ore al giorno? Nel resto del tempo chi segue gli ammalati? In più adesso usano anche il sistema degli appuntamenti, per cui se uno ha la tosse o la febbre deve aspettare tre giorni… È chiaro che la corsia preferenziale diventiamo noi: qui ti fanno gli esami ematici di routine, la lastra del torace, l'eventuale consulenza specialistica… il tutto per 25 euro! Chi non lo farebbe? Il fatto è che noi siamo oberati dall'assenza della medicina di base, ecco la verità[22].

Abbiamo voluto quindi sentire anche l'altra campana, capire cosa pensa un medico di base di questa analisi. Lo abbiamo chiesto ad Attilia Pedrini, che da oltre 35 anni svolge la professione nel distretto di Crema:

> Sono sicura che moltissimi pazienti si rivolgono al Pronto Soccorso per motivi banali e non su richiesta del medico di base, infatti ci vanno senza impegnativa. Detto questo non credo sia giusto accusare genericamente tutti i medici di base, occorrerebbe controllare come ciascuno lavora: i sistemi ci sono, perché non introdurli per valutare il nostro operato? Ci accusano di non fare più le visite domiciliari, col risultato che poi i pazienti vanno in ospedale a farsi visitare. Quando ho cominciato io ne facevo tantissime, in periodo influenzale anche 30 al giorno, ma era una cosa demenziale, perché non c'era più tempo per l'ambulatorio. Adesso le faccio ancora, ma estremamente selezionate (soprattutto anziani e cronici), e per il resto c'è l'ambulatorio. Il paziente giovane, o quello acuto che non necessita cure importanti ha un accesso molto favorevole, e anche se ricevo su appuntamento nel caso di un'urgenza basta telefonare e si è sempre serviti[23].

Di chiunque siano le responsabilità certamente il clima indotto all'interno del Pronto Soccorso dalle lunghe attese non è dei migliori: "è difficile andare a giustificarti con la gente che aspetta da due o tre ore dicendo che stiamo trattando un'urgenza, basta che uno cominci a lamentarsi che tutti gli altri si uniscono…[24]". Fra l'altro l'informazione diffusa – forse troppo! – che pervade la nostra epoca trasforma facilmente chiunque… in un medico, per cui non di rado gli operatori si ritrovano con diagnosi (e relative terapie) fatte in casa, seguite da domande del tipo: 'ma come, non mi fate la TAC?' E questa è solo la faccia divertente del problema: a volte le proteste generano momenti di tensione, insulti, quando non addirittura episodi di minacce o aggressioni di cui la cronaca si è più volte occupata[25]. Tali problemi di sicurezza secondo Daniele

20 Azienda Ospedaliera di Crema, Bilancio di Mandato 2008-2010, p. 61.
21 Testimonianza di Daniele Guarneri.
22 Ibidem.
23 Testimonianza di Attilia Pedrini.
24 Testimonianza di Daniele Guarneri.
25 Pronto Soccorso a rischio aggressione, in *La Provincia*, 5 settembre 2004, p. 20; Un uomo armato semina il terrore in Pronto Soccorso, in *La Provincia*, 8 luglio 2008, p.21; Stanchi di avere paura, in *La Provincia*, 4 settembre 2008, p. 21; Al Pronto Soccorso per essere curato aggredisce

Guarneri si potrebbero evitare solamente prevedendo presso l'ospedale una postazione fissa dei tutori dell'ordine.
Altre difficoltà si collegano alla (solita!) carenza di personale, soprattutto per i turni di notte, che prevedono la presenza di quattro infermieri, due negli ambulatori, uno al triage e uno all'Osservazione Breve: "le dieci ore di notte sono pesantissime, ogni cinque minuti c'è una persona da inserire, così alle cinque di mattina a dosare i farmaci o a controllare un monitor non puoi essere così brillante…[26]".
Per comprendere ancora più a fondo qual è oggi lo "stato dell'arte" nel reparto e quali misure potrebbero agevolare l'attività degli operatori abbiamo chiesto il parere dell'attuale direttore, il dottor Giovanni Viganò. Anche lui non ci ha nascosto che le richieste rivolte dall'utenza sono molto spesso inappropriate rispetto a quella che dovrebbe essere la mission del Pronto Soccorso, ma ciò dipende a suo giudizio da una concatenazione di cause difficilmente eliminabili. Occorre quindi inventarsi delle soluzioni che servano a velocizzare i flussi. A questo proposito è ad esempio attivo da qualche anno a Crema il sistema degli ambulatori fast track, un modello organizzativo che prevede la possibilità di inviare i pazienti monosintomatici direttamente dallo specialista (differenziando gli orari degli ambulatori stessi) in modo da bypassare le attività di inquadramento e valutazione clinica del medico di Pronto Soccorso[27]. È poi allo studio un progetto che consentirà di ampliare gli spazi disponibili nella Piastra e di disciplinare meglio il transito dei pazienti:

> L'idea è di allargare le sale d'attesa per posizionarvi tutti i pazienti deambulanti e da lì creare un percorso per l'invio in Radiologia o negli ambulatori che non passi più dal Pronto Soccorso, ma vi giri intorno. All'interno del reparto verrebbe invece creata un'area per i barellati, concentrandovi le risorse maggiori dal punto di vista sia infermieristico che medico e creando un altro percorso distinto riservato a questi pazienti per accedere ai servizi. Infine verrebbe allargata l'area di Osservazione Breve, che sempre più si rivela un momento fondamentale per la valutazione medica (si consideri che esso riguarda circa il 30% dei pazienti, di cui poi il 70% viene poi ricoverato)[28].

Il dottor Viganò dice di essere ben consapevole degli ostacoli che ogni giorno i suoi collaboratori devono superare ("non sono un primario che sta dietro la scrivania, quindi vivo in prima persona le difficoltà del lavoro"). È anche convinto che i cambiamenti in programma potranno migliorare la situazione. Nel frattempo si deve andare avanti così: "in fondo la guerra si fa con i soldati che si hanno", conclude.

Presso il Pronto Soccorso esiste una postazione del Servizio Sanitario extraospedaliero 118 gestito dall'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU). Quando la Centrale Operativa (in Lombardia ce ne sono 12, approssimativamente corrispondenti alle province) riceve una richiesta di aiuto il personale che vi opera, specificamente addestrato, effettua la localizzazione dell'evento ed una valutazione immediata del livello d'urgenza dello stesso, attribuendogli un codice. A quel punto provvede all'invio del mezzo idoneo, che a seconda dei casi può essere o solo un mezzo di soccorso di base, cioè un'ambulanza di proprietà di associazioni di volontariato con a bordo personale tecnico soccorritore certificato e abilitato ai servizi d'urgenza 118, oppure, in aggiunta a questa, anche un'auto medica con un infermiere ed un medico[29].
Il dottor Vittorio Perotti, anestesista e rianimatore presso l'ospedale di Crema, presta la sua opera anche in questo servizio. È lui stesso a spiegarci i motivi della sua scelta:

> Medici del 118 si diventa prima di tutto per passione. Ho scelto la mia specializzazione proprio per il carattere di primo soccorso che ti permette di dare al paziente, quindi quando c'è stata la possibilità di iniziare questa attività sull'auto medica ho accettato. È un'attività che ti dà modo di crescere: in ospedale sei supportato, hai i colleghi, invece sul territorio sei da solo, e da solo devi decidere. Questo ti permette di completare la tua preparazione. I

un'infermiera, in *L'Inviato Quotidiano*, 9 maggio 2018.

26 Testimonianza di Daniele Guarneri.

27 Il sistema organizzativo del Pronto Soccorso prevede comunque la possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche di supporto.

28 Testimonianza di Giovanni Viganò.

29 A volte può essere lo stesso equipaggio dell'ambulanza a chiamare in supporto l'auto medica, ad esempio quando deve essere somministrato un farmaco.

> corsi obbligatori organizzati dall'AREU ti mettono in grado di affrontare qualsiasi emergenza[30].

A questo aspetto della formazione l'Azienda regionale attribuisce estrema importanza: "L'AREU considera la formazione e l'aggiornamento scientifico leve strategiche fondamentali per lo sviluppo professionale degli operatori del sistema emergenza urgenza e garanzia di qualità delle prestazioni rese ai cittadini, oltre che importante elemento motivazionale e di miglioramento. Per questo motivo, all'interno dell'AREU, la formazione riveste un'importanza fondamentale e ad essa vengono destinate importanti risorse umane e economiche[31]".
L'esperienza ultra venticinquennale (il servizio è nato a Bologna nel 1990 ed ha conosciuto la sua prime regolamentazione legislativa due anni dopo) ha permesso al 118 di raggiungere gradi di elevata professionalità. Per ciò che concerne in particolare il nostro territorio si può dire che l'offerta agli utenti è davvero del miglior livello: ogni auto medica è provvista di defibrillatore, monitor e ventilatore, ed alcune sono dotate anche di ecografo (il dottor Perotti si augura che presto quest'ultimo possa essere esteso alla totalità dei mezzi). Questa strumentazione permette di fornire alla struttura di Pronto Soccorso che riceverà il paziente informazioni importanti senza perdere tempo. C'è anche la possibilità di mandare all'ospedale tramite telemetria l'elettrocardiogramma, onde avere un immediato consulto col cardiologo e stabilire insieme a lui le procedure più adatte da seguire.
L'unico neo del servizio è quello che abbiamo già imparato a conoscere trattando i problemi del Pronto Soccorso: sono le chiamate inutili, le richieste d'aiuto dettate da motivi assolutamente banali che gli operatori della Centrale Operativa, pur con tutte le competenze e l'esperienza maturate, non sempre riescono ad individuare. Così accade che per rispondere a chi non ha bisogno le vere emergenze rischiano di rimanere sguarnite. Non succede frequentemente, dice il dottor Perotti, ma succede.
Di certo ascoltando i mille episodi che gli operatori possono raccontare traendoli dai loro anni di servizio al 118 c'è da rimanere esterrefatti. Si verrebbe portati a pensare a parti della fantasia, invece si tratta di (tragicomica) realtà:

> Una volta veniamo chiamati e arriviamo in una casa molto bella, dove ci accoglie una signora che ci dice che il problema è suo marito: sta molto male perché ha perso una delle sue bambole. Aveva infatti una stanza piena di Barbie e non ne trovava più una…[32].

Chissà se la ricerca ha dato frutto…

Anestesia e Rianimazione
Il Servizio di Anestesia nasce insieme al nuovo Ospedale Maggiore, con il trasferimento nella struttura appena realizzata delle attività chirurgiche praticate nella vecchia sede. Il passaggio comporta naturalmente l'aggiornamento delle attrezzature specifiche, con particolare attenzione a tutte quelle dotazioni necessarie a garantire la sicurezza del paziente e del personale in sala operatoria (apparecchi per il monitoraggio cardiaco e respiratorio, impianti per lo smaltimento dei gas anestetici). Contemporaneamente si pone attenzione al miglioramento delle tecniche di anestesia generale e all'introduzione o perfezionamento di quelle di anestesia loco-regionale, cioè l'epidurale, la spinale e i blocchi nervosi periferici.
Nel tempo il Servizio ha raggiunto livelli via via più importanti sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, ed oggi si può dire che i trattamenti a disposizione sono fra i più moderni e avanzati. L'ultimo periodo ha visto fra l'altro allargarsi l'offerta anestesiologica in ambito extra operatorio con lo sviluppo delle tecniche NORA (Non Operating Room Anesthesia), che consentono di effettuare indagini e procedure diagnostico terapeutiche senza danno fisico e soprattutto psichico per il paziente.

Con il raggiungimento di elevati standard nelle dotazioni tecnologiche e nella varietà delle procedure applicate, si è iniziato a "guardare oltre", perché, come affermava già nel 1992 l'allora aiuto primario Agostino Dossena (il responsabile era ai tempi il dottor Ermanno Domenichini, che a sua volta aveva sostituito la dottoressa Luciana Frigna-

30 Testimonianza di Vittorio Perotti.
31 Dal sito di AREU, Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza.
32 Testimonianza di Luca Guerini, operatore della Croce Rossa di Crema.

Gli ex caposala della Rianimazione Giacomina Ferrari, Alfredo Giroletti

ni) "Il concetto che vede l'anestesista impegnato esclusivamente ad addormentare e svegliare il paziente ha dei limiti. Nostro compito è anche quello di togliere o comunque di attenuare il dolore[33]". Da qui la necessità di cominciare a parlare di terapia antalgica. Certo, proseguiva Dossena, a Crema qualche passo è già stato fatto, ma è ancora troppo poco… In effetti già dalla fine degli anni Ottanta funzionava un ambulatorio che due o tre volte la settimana si occupava del trattamento del dolore cronico, sia benigno che maligno, tramite terapie fisiche (elettrostimolazioni), farmacologiche o chirurgiche (inserimento di un catetere a livello di colonna vertebrale attraverso il quale somministrare i farmaci), ma il servizio non era strutturato, e non esistevano letti specificamente destinati a questo tipo di cure[34].

Perché il Centro cremasco acquisti un ruolo ed una fisionomia definitiva occorrerà ancora attendere qualche stagione: all'inizio degli anni Duemila, con la nascita del Servizio di Cure Palliative, si trasferisce a quest'ultimo la gestione del dolore di origine neoplastica, mentre la Terapia del dolore si specializza in quello cronico benigno, prevalentemente di origine muscolo scheletrica.

Si tratta, riteniamo, di un passaggio culturale di notevole rilevanza: il riconoscimento che il dolore è un sintomo che – indipendentemente dalla gravità della patologia che lo causa – merita un'attenzione a sé stante ed ogni sforzo di intervento e di cura. In passato si tendeva a sottostimare la sofferenza cronica, quando addirittura non la si considerava alla stregua di una prova da superare per mostrare di essere "adeguati". Oggi finalmente si è arrivati a comprendere e a studiare gli effetti devastanti prodotti a livello psicologico ed emotivo da un dolore che accompagna ogni gesto della quotidianità, e che non lascia tregua né riposo. I Centri del dolore rappresentano la concretizzazione di questa nuova visione, ed è nella medesima ottica che l'Ospedale di Crema aderisce al progetto "Ospedale senza dolore", con lo scopo di assicurare l'applicazione di metodiche di controllo e risoluzione del dolore presso tutti i reparti e servizi.

Oggi il Centro di Terapia antalgica di Crema segue per lo più pazienti con sofferenza di natura vertebrale nelle sue manifestazioni sia croniche che acute e nelle sue differenti origini: la patologia del disco intervertebrale (quando non di competenza chirurgica) e la spondilopatia cronica degenerativa causata da artrosi. L'attività del servizio comprende sia prestazioni ambulatoriali che sedute operative. L'ambulatorio è aperto ogni mercoledì pomeriggio e registra una media annuale di 600 prime visite, oltre alle visite di controllo e a quelle a domicilio per i pazienti che non possono raggiungere l'ospe-

33 Terapia antalgica, un grido di dolore, in *La Provincia*, 21 ottobre 1992, p. 24.

34 Terapia del dolore: un aiuto, in *La Provincia*, 10 marzo 1988, p. 9.

CROCE VERDE
ANPAS
CREMA

dale. Le sedute operative hanno invece cadenza bisettimanale e comprendono sia trattamenti di epidurale, ozonoterapia e radiofrequenza, sia procedure avanzate sulla colonna vertebrale (con degenza presso il Day Hospital):

> Si eseguono infiltrazioni peridurali e blocchi radicolari selettivi radioguidati per il trattamento delle lombosciatalgie in fase acuta, denervazioni percutanee con radiofrequenza del nervo spinale per il trattamento del "mal di schiena" di origine artrosica, blocchi intra articolari sotto guida ecografica o radioscopica per la patologia degenerativa cronica avanzata in pazienti non candidabili all'intervento di sostituzione protesica, varie tecniche di neuro modulazione e discolisi per il trattamento della patologia del disco intervertebrale di non indicazione neurochirurgica[35].

Per contrastare in modo efficace il dolore cronico occorrono per lo più terapie prolungate nel tempo: questo fa sì che la relazione fra medico e paziente assuma un ruolo di primo piano. "Capire" la sofferenza, aiutare la persona a descriverla, instaurare con lei un rapporto di fiducia, empatia e comprensione sono elementi di fondamentale importanza: "il paziente con dolore chiede di essere ascoltato, chiede attenzione, occorre non dimenticarlo mai[36]". E l'essere un ospedale relativamente piccolo, il far capo ad un territorio che non ha ancora i caratteri alienanti dei grossi centri urbani, aiuta: perché ancora ci si conosce, e il medico che ti segue può essere lo stesso che incontri per strada e ti chiede notizie sulla tua salute…
Grazie alle competenze conseguite, alla quantità delle prestazioni offerte e ai risultati ottenuti la Terapia del dolore di Crema è da aprile 2017 Centro di primo livello: un traguardo che nell'ambito di ATS Valpadana ha raggiunto solo un altro ospedale, quello di Mantova.
La grande esperienza maturata permette fra l'altro anche di guardare al futuro con un certo ottimismo:

> Sconfiggere il dolore del tutto forse non sarà mai possibile, però le tecniche sempre più accurate nell'andare a colpire la singola tipologia di dolore e il perfezionamento dei farmaci e degli strumenti ci fanno ben sperare. E altrettanto vale per le competenze che stiamo sviluppando e per le crescenti opportunità di scambio e confronto fra i professionisti. Insomma, siamo su una buona strada[37].

Una bella notizia, davvero.

La realizzazione della prima Rianimazione all'Ospedale Maggiore è datata 1972, quando viene inaugurato un reparto di sei letti che dovrebbe ospitare anche i pazienti che necessitano di assistenza cardiologica[38]. Ben presto ci si rende però conto che gli spazi non sono sufficienti per accogliere tutte e due le tipologie di malati, per cui nei primi anni Ottanta si decide di costruire un'Unità Coronarica sopraelevando l'ala del Pronto Soccorso e della Rianimazione e di ristrutturare quest'ultima dotandola anche di nuove attrezzature specialistiche, acquistate ancora una volta grazie alla generosità di Bruno Manenti[39].
Occorre arrivare all'inizio del 2002 perché il reparto trovi la sua collocazione definitiva nella Piastra. Grazie al notevole ampliamento della superficie (da 290 a 490 metri quadri) l'Unità di Rianimazione e Terapia Intensiva può migliorare sia gli spazi dedicati all'attività clinica sia quelli per i servizi. L'impostazione della struttura è ancora quella collaudata con successo in precedenza: i box per i pazienti (sei, più grandi ed attrezzati in modo più funzionale) disposti a semicerchio, con l'area destinata alla sorveglianza dei parametri vitali collocata al centro. Per i parenti dei ricoverati è prevista una grande sala d'attesa studiata per "ridurre i disagi a persone che vivono un momento drammatico e che hanno pertanto il diritto ad ottenere una grande attenzione ai bisogni psicofisici tipici di una situazione di stress emotivo e somatico[40]". Notevole

35 Paolo Comassi. La terapia del dolore, in "Educazione Sanitaria", *Il Nuovo Torrazzo* 2017. Il Centro di Terapia del dolore fornisce anche servizio di consulenza presso l'Ambulatorio del dolore pelvico del reparto di Ostetricia Ginecologia. Sempre di competenza del Centro è anche l'assistenza alle donne gravide per la partoanalgesia.

36 Testimonianza di Guido Merli, attuale Direttore dell'Unità Operativa complessa di Anestesia e Rianimazione.

37 Ibidem.

38 Vedi sopra, cap. 2.3.

39 In virtù di questa generosa donazione la Rianimazione ristrutturata verrà dedicata ancora alla memoria di Francesco Agello, cognato di Bruno Manenti.

40 Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, La Piastra dell'Emergenza – Urgenza, 31 ottobre 2001, p. 12.

è anche l'investimento tecnologico:

> La dotazione per il sostegno delle funzioni vitali è molto completa, essendo costituita da apparecchiature tecnologiche d'avanguardia quali: ventilatori polmonari di ultima generazione, sistemi di pompe infusionali ad ampia precisione e regolazione, monitor multiparametrici e nuovi defibrillatori multifunzione[41].

Di particolare rilievo dal punto di vista logistico è il collegamento, tramite un breve corridoio, con la Sala Urgenze del Pronto Soccorso, che permette "una maggiore efficienza nella conduzione dell'assistenza ai pazienti in condizioni critiche (codice rosso) da parte delle due équipe congiunte di Pronto Soccorso e Rianimazione[42]".
Il miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori indotto dal trasferimento nella Piastra non ha ovviamente potuto far venire meno la natura stressante dell'attività svolta in un reparto nel quale la morte è purtroppo di casa, ed il carico emotivo che ne deriva assai pesante da portare. Già nel 1992 un'inchiesta sui reparti ospedalieri pubblicata da *La Provincia* aveva raccolto lo sfogo dell'allora aiuto primario della Rianimazione Luciano Orsi ("Il turn over del personale è elevatissimo. Nessuno vuol fare questo mestiere folle, in cui le gratificazioni sono poche, le rogne tante e le responsabilità giuridiche triple rispetto a quelle degli altri reparti[43]"); qualche anno dopo lo stesso dottor Orsi sarebbe ritornato sul surplus di fatica che la Rianimazione comporta, indicandolo fra i fattori di cui tenere conto nella scelta del personale:

> Un ulteriore obiettivo organizzativo che dalla Rianimazione e Terapia Intensiva si irradia in altre Unità Operative è sicuramente rappresentato dalla necessità di selezionare e mantenere personale infermieristico e tecnico assistenziale fortemente motivato che resista per tempi prolungati ad elevati carichi di lavoro assistenziale e allo stress del contatto con la sofferenza e la morte…[44].

Anche oggi reggere il confronto incessante con situazioni drammatiche e non di rado ad esito negativo non appare certo facile:

> Un po' del paziente continua comunque a vivere dentro di noi: anche se siamo abituati a vivere momenti di estrema drammaticità estraniarsi completamente non è umano e non è possibile. Io sono convinto che ogni storia clinica ci arricchisca, e non solo dal punto di vista professionale. Non si possono escludere le emozioni: è chiaro che noi dobbiamo rimanere il più razionali e il più freddi possibile nell'analizzare le condizioni cliniche, il percorso diagnostico e le scelte terapeutiche, però siamo persone… Si cerca solo di fare in modo che le emozioni non indeboliscano la nostra azione[45].

Lavorare in Rianimazione significa assistere ad un continuo altalenare fra disperazione e speranza, fra morte e ritorno alla vita:

> Mi ricordo di un bambino di due anni che arrivò qui dopo un incidente stradale. I medici hanno fatto di tutto, ma dopo 6 o 7 ore è morto. Mi ricordo la rabbia che ho sentito dentro… Invece mi viene in mente il caso di un ragazzo che sempre a seguito di un incidente è rimasto in arresto cardiaco per venti minuti, tempo nel quale di solito si muore. Lui invece ce l'ha fatta, pur con dei danni: quando era nel letto in Rianimazione ricordo che gli toccavo i piedi per stimolarlo… è stato bello vederlo svegliarsi[46].

Il momento più critico è ovviamente quello in cui il medico si rende conto che tutti i suoi sforzi non sono valsi a nulla e che occorre avviare il percorso di accertamento della morte. Chi è profano come noi può solo immaginare cosa significa dover affrontare questa fase con le persone che erano legate al malato da vincoli di affetto, trovare le parole giuste (ma ce ne sono?) per spiegare la diagnostica effettuata e la trafila che attende. Nel nostro Paese la drammaticità della situazione è per giunta aggravata da un'informazione non sempre all'altezza, che confonde il coma profondo con la morte cerebrale e ancora provoca fatica ad accettare che con l'accertamento di quest'ultima la vita si conclude, perché

41 Ibidem, p. 13.
42 Ibidem.
43 Vicino ai cancelli del cielo, in *La Provincia*, 17 ottobre 1992, p. 21.
44 L. Orsi, La Rianimazione e Terapia Intensiva fra l'impegno assistenziale, le necessità organizzative e le istanze etiche, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit,. pp. 251 ss.
45 Testimonianza di Guido Merli.
46 Testimonianza di Emilio Cirillo.

il soggetto non ha più alcuna possibilità di avere un'attività cardiorespiratoria spontanea[47]. Si tratta di un argomento estremamente delicato, anche per i riflessi che esso ha sul processo relativo alla donazione di organi. Le ore necessarie all'accertamento della morte cerebrale nei pazienti con lesioni encefaliche sottoposti a terapie rianimatorie (per il nostro ordinamento non devono essere inferiori a sei: questo è il periodo di osservazione minimo richiesto prima di interrompere tali terapie) sono quelle che, in mancanza di un'esplicita volontà del defunto in merito, possono servire per sensibilizzare i parenti sull'importanza della donazione e sul beneficio che deriverà a persone che continueranno a far vivere chi ha donato. Non sempre però la risposta è quella sperata:

> A tutt'oggi in Italia c'è un 30% di opposizione (pur con differenze consistenti fra regione e regione). Questo vuol dire che su dieci accertamenti di morte cerebrale che potrebbero andare a donazione tre non vanno a buon fine. Ora, se si tiene conto che mediamente nel nostro Paese si aspetta due, tre anni per ricevere un organo e che ogni anno 5-600 pazienti escono dalla lista d'attesa perché muoiono, si capisce bene l'importanza di registrare le proprie volontà: in mancanza di esse sono i congiunti a dover esprimere la non opposizione, e non tutti si trovano nella condizione psicologica per farlo[48].

> Molto spesso i parenti, già emotivamente turbati dal dolore, di fronte alla proposta del rianimatore di dare il consenso al prelievo di organi, entrano in profonda crisi. Tale crisi è generata dalla loro indecisione fra il compiere un atto di generosità e solidarietà e l'assumersi l'onere di una decisione che riguarda non loro stessi, ma il corpo di un loro familiare. Ciò, insieme alla frequente presenza di pareri opposti all'interno del nucleo familiare, genera grandi difficoltà a decidere e spesso determina il diniego, seppure sofferto, alla donazione[49].

Da queste riflessioni si ricava l'importanza di dichiarare anticipatamente la propria disponibilità a donare gli organi. Oggi è possibile comunicare tale disponibilità, oltre che aderendo all'Associazione Italiana Donatori di Organi[50], anche dichiarandola al momento del rinnovo della Carta di Identità. Una procedura molto semplice, che tuttavia incontra ancora delle resistenze. Eppure basterebbe riflettere su un solo dato: secondo le statistiche è quattro volte più facile diventare un potenziale ricevente che un donatore. E se non basta questo….
A Crema viene effettuato l'espianto di organi, ma la procedura non è molto frequente a causa dell' assenza della Neurochirurgia (i pazienti con gravi lesioni encefaliche, potenziali candidati alla donazione, sono per lo più accolti in centri dotati di tale specialità). Esiste anche da molti anni la possibilità di donare tessuto corneale: si tratta di una scelta molto importante, perché può rappresentare per il ricevente l'unica speranza di recuperare la vista. In caso di decesso in ospedale[51] ed in assenza di controindicazioni cliniche alla donazione, viene chiesto ai parenti il consenso al prelievo delle cornee. Allo stesso modo costituiscono una pratica normale le donazioni fra viventi di tessuto muscolo scheletrico e di sangue del cordone ombelicale (quest'ultima è una metodica senza rischi né per la mamma né per il bambino e può dare un'opportunità di vita a persone con malattie ematologiche).
Quello della Rianimazione e Terapia Intensiva – è facile intuirlo – non è un reparto come tutti gli altri. Lo si potrebbe definire il luogo dove tecnologia ed umanità sono costrette a trovare un punto di equilibrio e di incontro: le macchine tengono in vita, ma fra apparecchi e dispositivi si muove un universo di paura e coraggio, dolore e sollievo, speranza e rassegnazione. Un universo che deve trovare un ambiente che sappia accoglierlo con la sensibilità e l'attenzione che merita, ed in cui le regole imposte dalle necessità di cura siano in grado di mediare con i bisogni e i sentimenti di chi assiste il proprio caro malato. Su questa strada l'Unità Operativa di Crema è stata in grado di anticipare

47 È importante ricordare che la normativa vigente in Italia per l'accertamento della morte cerebrale (cioè dell'arresto irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo) è fra le più garantiste del mondo e prevede una procedura definita fin nei minimi dettagli.

48 Testimonianza di Carmine Troiano, medico in Rianimazione e presidente della sezione cremasca dell'Associazione Italiana Donatori di Organi (AIDO).

49 Abbiamo tratto queste riflessioni da un articolo scritto dal dottor Luciano Orsi in occasione dei vent'anni dalla fondazione di AIDO Crema (*Il Nuovo Torrazzo*, 11 dicembre 1999, inserto "Zoom" p. 2).

50 A Crema è possibile anche registrare la propria volontà presso l'Unità Operativa Cure Primarie in via Gramsci 13.

51 La legge italiana prevede che il decesso del possibile donatore sia certificato mediante il rilievo elettrocardiografico continuo per non meno di 20 minuti.

Emilio Cirillo

Guido Merli

una tendenza che solo oggi si sta affermando in Italia (e che invece già da anni è pratica comune in America e nel Nord Europa), introducendo fin dal 2013 una riforma nell'organizzazione del reparto che riteniamo densa di grande significato[52]. In precedenza famigliari e amici potevano accedere ai box dei pazienti per due ore al giorno: oggi questo è possibile dalle 11 alle 23. Entro questi confini di orario non esistono limitazioni, salvo quella per cui la presenza deve essere di una persona alla volta (oppure due se uno dei visitatori è un bambino). Per il resto occorre solo rispettare indispensabili regole igieniche (accurato lavaggio delle mani) e porre attenzione alla privacy dei malati (non è possibile accedere agli altri box). Appare quasi inutile descrivere i vantaggi delle nuove disposizioni: vantaggi per il malato, che dal contatto e dalla presenza della persona cara o amica ricava più tranquillità e meno stress, per i parenti, non più costretti ad affollarsi nelle poche ore concesse e con l'ansia di non conoscere per il resto della giornata le condizioni del congiunto, e per lo stesso personale del reparto, a cui queste presenze prolungate possono offrire un valido supporto, ad esempio nel momento dei pasti. Tale organizzazione ha ovviamente comportato un progetto formativo rivolto al personale per comprendere motivazioni e problematiche del percorso che si stava intraprendendo, ma dopo la fase di rodaggio il sistema non ha creato particolari criticità né per le esigenze cliniche né per l'attività del reparto, ed il nuovo direttore Guido Merli, arrivato a Crema per sostituire il dottor Agostino Dossena nel 2016, ne ha confermato in toto l'applicazione. Nel gran parlare che si fa di umanizzazione della sanità, eccone finalmente un'applicazione concreta.

52 Terapia Intensiva: più aperta per stare vicino ai pazienti, in *Il Nuovo Torrazzo*, 9 novembre 2013, p. 5.

cartex
Dual Plus
www.hill-rom.com
Hill-Rom

CAPITOLO XI

LEGGERE DENTRO IL CORPO

Le nuove frontiere della Radiologia

"Un austero edificio più volte rimaneggiato in diverse epoche storiche a seconda delle funzioni, con alti soffitti, sale e percorsi non in linea con le più elementari funzioni dell'organizzazione radiologica, ove il passaggio e la sosta del paziente male si conciliavano con quelli dei vari operatori, costretti a coabitare in un'anarchica commistione…[1]": bastano queste poche righe, scaturite dai ricordi di chi ha vissuto professionalmente quel periodo, per comprendere cosa fosse la divisione di Radiologia nel vecchio ospedale. Due sale diagnostiche e una per la Roentgenterapia[2], una piccola stanza per il primario (il dottor Franco Perotti), mentre il suo aiuto (il dottor Mario Iori) doveva accontentarsi di uno spazio ancora più angusto, da condividere con i macchinari per la Terapia Fisica. In mezzo al reparto, la capace camera oscura per lo sviluppo manuale delle lastre, il vero cuore di tutto il meccanismo.

Altrettanto scarno era il personale: oltre al primario e al suo vice, nel 1967 era stato assunto come assistente il dottor Pier Franco Campari, che in seguito sarebbe diventato responsabile della Radiologia di Rivolta d'Adda per poi rientrare a Crema nel 1996 come successore del dottor Iori alla guida del reparto. Capotecnico era invece Emilio Rossetti, che nel 1963 aveva conseguito, fra i primi in Italia, il diploma di tecnico di radiologia medica.

La produttività del reparto era ovviamente commisurata al personale e agli spazi a disposizione, ma già si evidenziava quella tendenza all'incremento della Radiodiagnostica che avrebbe caratterizzato tutto il periodo successivo: così se nel 1959 gli esami effettuati superavano di poco i 5000, nel 1965 essi erano già più che raddoppiati[3].

In questo quadro il trasferimento nel nuovo Ospedale Maggiore comporta per il reparto un sostanziale miglioramento sotto il profilo ambientale, anche se una valutazione a posteriori non può ignorare che probabilmente non c'è stata una stima adeguata dell'espansione che il servizio avrebbe registrato nel tempo[4]. Fin da subito infatti si inizia a constatare qualche carenza di troppo nello spazio (già nel 1970 viene aperta una terza sala di radiodiagnostica in aggiunta alle due previste inizialmente), e negli anni che seguono occorrerà provvedere più volte a reperire altre aree dove allocare il personale e i macchinari via via acquisiti.

Il passaggio alla nuova struttura determina sicuramente un considerevole progresso per ciò che concerne la tecnologia: tutti i protagonisti concordano nell'affermare che le attrezzature installate erano quanto di meglio fosse disponibile ai tempi. Da questo punto di vista si tratta di anni davvero frenetici, nei quali le innovazioni si susseguono e

1 M. Iori, P. F. Campari, L. Reduzzi, R. Bonardi, Dalla Radiologia tradizionale alla diagnostica per immagini, in *L'ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 241.

2 La Roentgenterapia è un trattamento di radioterapia che utilizza raggi X. È indicata nella terapia in associazione di numerose forme neoplastiche.

3 Dalla Radiologia tradizionale…, cit., p. 241.

4 Anche dal punto di vista logistico la nuova Radiologia non era esente da problemi: in particolare creava difficoltà l'ubicazione della Segreteria al centro del reparto che risultava di troppo facile accesso per chiunque passasse dal corridoio principale.

Pier Franco Campari, Fulvio Soccini, Mario Iori, Rosolino Sbernini, mons. Libero Tresoldi, Elio Bozzetti, Luigi Donarini, Giuseppe Capoferri, Walter Donzelli, Riccardo Ghilardi

anche per chi si è appena formato non è facile tenersi al passo:

> Nel nuovo ospedale c'era ancora la camera oscura, ma il sistema era passato da manuale a semi automatico: il macchinario portava avanti le radiografie piano piano, e bisognava vedere quando andavano bene. Poi è arrivata la sviluppatrice automatica, che ha portato tanti vantaggi, ma anche qualche svantaggio, nel senso che se uno sbagliava la tecnica radiografica coi tempi o altro, si trovava la lastra o troppo scura o troppo chiara, perché il macchinario ci metteva 90 secondi a sviluppare, e in 90 secondi era così… e basta. Ci voleva molta esperienza. Ovviamente tutte queste innovazioni comportavano un continuo aggiornamento: io già nel '70 ho dovuto fare il corso per mammografia, a cui poi ne sono seguiti molti altri[5].

Negli spazi del nuovo ospedale sono ancora comprese una sala per la Radioterapia e quattro box per la Terapia Fisica: la prima però viene definitivamente abbandonata nel 1988 (si preferisce lasciarla a Centri più specializzati), mentre la seconda è ceduta nei primi anni Ottanta al Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale.
In virtù di tali scelte l'attività del reparto si concentra quindi sulla Radiodiagnostica, con particolare attenzione a quelle tecnologie emergenti che già si mostrano dense di promesse. Ecco come la dottoressa Mancastroppa, approdata alla Radiologia cremasca nel 1979, ha raccontato questa fase così importante:

> Avevo fatto un corso sull'ecografia e mi ero resa conto che si trattava di una tecnica con grandi prospettive diagnostiche. Per fortuna il Centro tumori di Cremona a cui eravamo collegati aveva dei soldi da spendere su Crema e quindi ci ha comprato il primo ecografo (era il 1982). Era un apparecchio moderno, di produzione americana, già con sonda di superficie, per cui abbiamo potuto iniziare gli esami a tiroide e mammella. L'ecografia ci ha anche permesso di "vedere" dentro l'addome: prima con le radiografie gli organi si vedevano molto meno. Ricordo la sorpresa dei colleghi di Urologia le prime volte che con questa tecnica gli si faceva vedere i tumori del rene: non ci credevano![6].

È il primo, decisivo passo nel cammino dalla radiologia tradizionale alla diagnostica per immagini. Un periodo difficile da scordare per chi lo ha vissuto: "eravamo giovani ed entusiasti, e ogni nuova metodica che arrivava rappresentava un'occasione

5 Testimonianza di Emilio Rossetti.

6 Testimonianza di Anna Maria Mancastroppa.

di crescita professionale[7]".
Ancora non si è assorbita la sorpresa per i progressi diagnostici consentiti dalle procedure ecografiche che l'ospedale si apre ad un'altra sorprendente tecnologia: nel 1987 la stampa annuncia che è entrata in funzione a Crema la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)[8].
L'arrivo delle nuove attrezzature impone una completa riorganizzazione ambientale del reparto: la segreteria viene decentrata, sono allestite ampie sale d'attesa e vengono realizzati nuovi studi per i medici e il capo tecnico. Non siamo però che all'inizio: gli anni Novanta vedono non solo il continuo aggiornamento delle apparecchiature digitali esistenti, con l'acquisto di altri ecografi più moderni e la sostituzione della prima TAC tradizionale con quella Volumetrica "Spirale" (che "per la caratteristica della sua rotazione continua consente esami in tempi brevissimi sia in emergenza che in elezione, con elevati vantaggi diagnostici soprattutto nei pazienti non collaboranti e non autosufficienti, prima di difficile se non impossibile o inattendibile valutazione[9]"), ma anche l'affermarsi di nuove tecnologie, fra le quali la mammografia e, nel 1999, la Risonanza Magnetica[10]. Per ciò che concerne la prima, vale la pena di lasciare ancora la parola alla dottoressa Mancastroppa:

> Mi ricordo che i primi mammografi ci facevano vedere poco o nulla: il professor Martinotti una volta ci disse che le nostre immagini assomigliavano a "bistecche pestate"! In seguito ne sono arrivati altri molto più elaborati che hanno cominciato a darci grandi soddisfazioni nella ricerca del tumore alla mammella. E l'evoluzione non si è mai fermata: oggi abbiamo la tomosintesi, una mammografia tridimensionale ad alta definizione che permette di studiare la mammella "a strati'[11].

Sui vantaggi della Risonanza Magnetica e sulle sue differenze rispetto alla TAC appare invece illuminante un'ampia intervista rilasciata nel 2005 dal dottor Luigi Reduzzi, appena chiamato dopo il pensionamento dell dottor Campari alla guida della Radiologia:

> La Risonanza Magnetica (RM) è un esame che si avvale di sofisticate tecniche di diagnostica per immagini e non ha praticamente limiti nei suoi campi di applicazione. Con la Risonanza Magnetica vengono acquisite direttamente le immagini in tre dimensioni e la loro ricostruzione informatizzata comporta un'altissima risoluzione di contrasto, che consente di cogliere formazioni anatomiche strutturalmente diverse, ad esempio il muscolo e il tendine, la cartilagine e l'osso. In questo modo diventa possibile rappresentare strutture completamente diverse sulla stessa immagine. La RM viene utilizzata in moltissimi campi: in ambito neurologico, neurochirurgico, traumatologico, oncologico, ortopedico, cardiologico, gastroenterologico. Questo esame è più utile della TAC nella patologia muscolo-scheletrica e in ambito neurologico, per lo studio dell'encefalo e del midollo spinale. In altri ambiti clinici, come nel caso dell'epatologia, la RM è da considerare invece complementare alla TAC[12].

Nella stessa intervista il dottor Reduzzi aggiorna i cremaschi anche sulla nuova TAC che da circa un anno ha sostituito il modello istallato nel decennio precedente[13] (a riprova di quanto corre la tecnologia!): il macchinario consente la realizzazione di immagini più dettagliate e definite, ma soprattutto offre la possibilità di collegarsi telematicamente con la Neurochirurgia dell'Ospedale di Bergamo e quindi di inviare immagini e stabilire teleconsulti con i medici là operanti, senza bisogno di spostare il paziente. Questo accenno ci permette di capire come, contemporaneamente ai nuovi strumenti diagnostici, si stessero sviluppando i supporti informatici.
Il ruolo progressivamente acquisito dall'informatica in ambito medico merita senz'altro qualche attenzione. Di computer all'ospedale di Crema si inizia a parlare nel 1982: in quell'anno viene mec-

7 Ibidem.
8 In funzione la TAC, in *La Provincia*, 3 aprile 1987, p. 10.
9 Dalla Radiologia tradizionale…, cit., p. 250.
10 Risonanza magnetica e Angiografo: Ospedale, Radiologia all'avanguardia, in *La Provincia*, 25 gennaio 1999, p. 13.
11 Testimonianza di Anna Maria Mancastroppa.
12 Radiologia: servizi diagnostici offerti con le più avanzate tecnologie messe a disposizione dall'ultima generazione, in *La Provincia*, 27 aprile 2005, inserto "Sanità e Territorio", p. 4. L'articolo fornisce anche dei numeri interessanti per capire quanta strada sia stata percorsa: dai poco più di 10.000 esami del 1965 nel 2004 il Servizio di Radiologia ha effettuato 88.300 esami tradizionali, 19.312 ecografie, 9.625 TAC e 3.832 Risonanze Magnetiche!
13 E l'ospedale si attrezza con la super – TAC, in *La Provincia*, 25 marzo 2004, p. 24.

Paolo Valdameri insieme a Rossana Bongioli e Rossella Venturini

canizzata la contabilità, mentre due anni dopo è la volta della gestione dei magazzini. L'inserimento dei dati relativi a questi ultimi comporta un lavoro davvero monumentale, di cui abbiamo avuto testimonianza diretta dal geometra Gaetano Tosetti, che lavorava all'Ufficio Economato:

> Siamo stati fra i primi uffici ad avere il computer. Mi ricordo che avevamo un programmatore con cui abbiamo cercato di capire cosa ci serviva, e lui ci ha preparato i vari programmi (allora non si vendevano già fatti, bisognava realizzarli al momento). Poi insieme ad un'impiegata molto brava ho codificato tutti i prodotti che venivano utilizzati in ospedale per poi inserirli nel computer: un lavoro immenso, si trattava di migliaia di articoli… Ci sono voluti sei mesi[14].

Occorre arrivare al 1987 perché si inizi a parlare di introdurre l'informatica in ambito clinico: a supportare l'idea è ancora una volta la generosità di Bruno Manenti, grazie al cui contributo finanziario il progetto può partire, in collaborazione col Dipartimento Informatico dell'Università di Pavia. Nel 1989 la Direzione aziendale può presentare un primo bilancio[15]: 21 computer risultano già in rete, ed è stata avviata in via sperimentale l'informatizzazione del Laboratorio Analisi, al quale seguiranno via via altri servizi, primi fra tutti il Centro Prenotazioni e l'Accettazione. Contemporaneamente partono anche i corsi di formazione del personale, e Antonella Barbieri, che dal 1999 ha seguito il processo, ricorda come a quella data "alcuni medici scrivevano ancora col calamaio[16]"!
In Radiologia nel 2005 parte il sistema di distribuzione delle immagini RIS (Radiology Information System), a cui vengono collegati il Centro Prenotazioni e il Dipartimento di Emergenza – Urgenza, rendendo così possibile richiedere in automatico gli esami radiografici ed anche effettuare la refertazione direttamente a voce grazie all'apposito vocalizzatore. Nel 2009 infine il sistema si completa con l'installazione del PACS – Picture Archiving and Communication System – che connette fra loro le apparecchiature di acquisizione delle immagini collocate in Radiologia, le stazioni di visualizzazione nelle Unità Operative e l'archivio digitale[17].
Negli ultimi anni la Radiologia ha conosciuto ulteriori novità dal punto di vista tecnologico. Nel dicembre del 2008 la Risonanza Magnetica precedentemente in uso è stata sostituita da un apparecchio di ultima generazione, con immagini più definite, minor tempo necessario per l'acquisizione e ampliamento delle possibilità diagnostiche. È entrata anche in funzione la cardio TAC, una metodica diagnostica non invasiva che attraverso la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto permette in modo semplice e veloce la visione dettagliata delle arterie coronariche e delle camere cardiache. La dottoressa Silvia Gandolfi, che segue questa tecnica, ci ha spiegato che essa dà la possibilità in alcuni casi di evitare un esame più impegnativo qual è la coronarografia. Si applica a pazienti che hanno avuto una sintomatologia clinica che può far pensare a una patologia ischemica, ma presentano un test da sforzo negativo o dubbio. La condizione è che non superino 65 anni ("sopra questa età ci sono delle controindicazioni, perché se le coronarie sono troppo calcifiche la macchina non è in grado di valutare il grado di stenosi dell'arteria[18]") e abbiano una frequenza cardiaca sufficientemente bassa da consentire l'esecuzione dell'esame ("nel caso sia invece alta viene prima trattata dal cardiologo con un betabloccante[19]").
L'irrompere continuo e apparentemente inarrestabile in radiologia di sempre nuove tecnologie finalizzate a diagnosi via via più dettagliate e complete pone inevitabilmente la domanda su quale ruolo sia rimasto all'operatore, su quanto la componente umana possa ancora incidere in un processo in cui le macchine sembrano ormai svolgere tutto il lavoro. È una domanda – ne siamo ben consapevoli – che già più volte si è posta alla nostra attenzione, ma riteniamo che essa costituisca il nodo essenziale per capire dove siano arrivate oggi la medicina e tutte le branche che la compongono.
Il passaggio dalla radiologia tradizionale, in cui era

14 Testimonianza di Gaetano Tosetti.
15 Ospedale, presentato il sistema di informatica, in *La Provincia*, 5 febbraio 1989, p. 12.
16 Testimonianza di Antonella Barbieri. Oggi i servizi digitalizzati sono anche molti altri: oltre alla Radiologia, l'Endoscopia Digestiva, la Dialisi, il Centro Diabetici, il Servizio di Terapia Anticoagulante, l'Anatomia Patologica.
17 Il sistema ha permesso di azzerare totalmente la produzione di lastre, attraverso la masterizzazione dei CD con le immagini radiologiche da consegnare agli utenti.
18 Testimonianza di Silvia Gandolfi.
19 Ibidem. Sulla base dell'esito dell'esame il medico deciderà se il paziente necessita della coronarografia.

necessario interpretare lastre magari confuse e su di esse formulare la diagnosi, a quella in cui l'immagine si può manipolare in mille modi sulla base di ciò che interessa vedere è stato epocale, e può esistere la tentazione di pensare che la tecnologia rappresenti ormai il punto di partenza, oltre che quello di arrivo. È davvero così? A giudizio della dottoressa Mancastroppa oggi si tende troppo spesso a dimenticare che comunque bisogna iniziare sempre dall'osservazione del paziente, e che occorre interrogarlo per raccogliere una seria anamnesi, magari anche sollecitando le informazioni quando non arrivano spontaneamente. Questo modo di procedere evita fra l'altro di incorrere in imbarazzanti "cantonate":

> Un giorno mi arriva una signora piuttosto anziana dal Pronto Soccorso con diagnosi di "sospetta colica renale". La signora mi racconta la sua triste vicenda, mi parla di un dolore tremendo che non la abbandona da un mese. Il medico di base prima ha pensato a una lombalgia, ma le cure non hanno avuto effetto, quindi l'ha mandata al Pronto Soccorso. Io le faccio l'ecografia (si tenga presente che per tutti i nostri esami lavoriamo in ambiente buio), calcoli non ne vedo, allora guardo i muscoli con la sonda di superficie, niente. Sto per rimandarla al Pronto Soccorso, quando mi viene un lampo e dico alla mia assistente: "accendi la luce che guardiamo la signora". Ebbene quella povera donna aveva un terrificante Fuoco di S. Antonio… Bastava guardarla, ma nessuno l'aveva spogliata…[20].

L'ecografia fra l'altro è proprio l'esame che dipende di più dall'operatore, perché la valutazione del paziente viene fatta all'atto dell'esecuzione, e non si hanno a disposizione, come avviene ad esempio con la TAC, delle scansioni rivalutabili successivamente: per tale motivo questa indagine non può essere eseguita da un tecnico, ma "ci vuole la mente medica che sa cosa si va a cercare e ragiona sulle immagini[21]".
Sulla stessa linea è il dottor Pier Franco Campari, il quale non solo conferma che le capacità cliniche del tecnico e del medico contano moltissimo nell'eseguire un esame radiologico, ma ribadisce anche che "un esame accurato del paziente evita errori, perdite di tempo e sofferenze inutili[22]".
Esami a volte inutili: è un tema, questo, di stretta attualità, che si connette a quello delle interminabili liste d'attesa che spesso intasano i servizi di diagnostica. Certo, i tagli alla sanità e le conseguenti riduzioni di personale fanno la loro parte nel determinare i tempi lunghi, così come si ha l'impressione che a volte prevalga una visione di medicina "difensiva" che porta a "caricare" la prescrizione delle indagini per mettersi al riparo da azioni di responsabilità medico legali, ma il problema sta tutto qui? Esiste effettivamente una quota di esami che potrebbe essere evitata, e se sì in che modo?
Secondo la dottoressa Mancastroppa non si può negare che medici di base e specialisti abbiano una parte di responsabilità (magari anche solo per il fatto che a volte non seguono la banale regola del "partire dalle cose semplici per arrivare solo dopo a quelle complicate[23]"), così come ne hanno i pazienti, che sulla scorta di informazioni magari raccolte dal web o dalla TV arrivano già con la lista delle richieste di esami da fare. A esprimere il punto di vista dei medici di famiglia su queste affermazioni è la dottoressa Pedrini:

> Quando una persona è ricoverata il medico ospedaliero prescrive una batteria di esami e sulla base degli esiti decide. Anche il medico di base fa così. Soprattutto per gli esami strumentali noi in studio possiamo fare poco, così se c'è la sensazione che il paziente debba essere controllato velocemente certo può capitare che scappi un esame di troppo, perché appunto non c'è il tempo per andare a step. Quanto alle richieste che arrivano dai pazienti, se si ha una buona relazione con loro gli si può spiegare che le risorse sono di tutti e vanno usate con razionalità, per cui bisogna decidere quello che è necessario fare e quello che non lo è[24].

Forse la strada per affrontare la questione può essere quella indicata nel volume sull'Ospedale Maggiore edito nel Duemila[25], che vede una possibile soluzione nel recupero di un ruolo più decisivo da

20 Testimonianza di Anna Maria Mancastroppa. "Fuoco di S. Antonio" è la definizione popolare dell'Herpes Zoster, una patologia virale che coinvolge la cute e le terminazioni nervose.
21 Ibidem.
22 Testimonianza di Pier Franco Campari.
23 Testimonianza di Anna Maria Mancastroppa.
24 Testimonianza di Attilia Pedrini.
25 Dalla Radiologia tradizionale…, cit., pp. 248 – 249.

parte del medico radiologo. Partendo dalla considerazione che a volte certe batterie di indagini non vengono prescritte in modo mirato, dovrebbe essere lo specialista di Radiologia, sulla base della reale capacità da parte di un certo tipo di esame di accertare o escludere la patologia, a "riappropriarsi del proprio ruolo assumendosi l'iniziativa e la responsabilità di pilotare una richiesta non adeguata verso quell'esame che ritiene più efficace, preferibilmente dandone riscontro al collega referente quando non sia stato possibile contattarsi nella fase preliminare". Tale consultazione interdisciplinare a detta degli scriventi offrirebbe maggiori garanzie al paziente e permetterebbe di disintasare il servizio.

A giudizio del dottor Campari il colloquio col paziente non è solo condizione indispensabile per una buona diagnosi, ma rappresenta anche un supporto alla terapia, in quanto "oltre ad informare rassicura e dà soddisfazione, perché l'ammalato sente che ci si preoccupa per lui, e segue più volentieri la cura[26]". Un atteggiamento disponibile al dialogo induce inoltre il paziente a chiedere delucidazioni sull'esame da eseguire, e ad esprimere le proprie preoccupazioni: magari anche a esporre problemi personali e famigliari che poco hanno a che fare con la malattia, ma anche questa è una richiesta d'aiuto.
Il momento più difficile è ovviamente quello in cui l'indagine rivela una grave patologia, ed il professionista si trova a dover rispondere al malato che chiede notizie sul suo stato di salute: ed ecco che in un attimo si deve cercare di intuire il carattere, la formazione mentale, le emozioni della persona che sta di fronte, e ad essi adattare le parole. Per l'ex primario della Radiologia è importante tenere presente le diverse matrici culturali:

> Noi abbiamo assorbito una cultura umanistica e cattolica, che pone sempre al centro la speranza, la possibilità di una via d'uscita. Non è una cultura pragmatica come quella anglosassone. Per questo dire la verità in modo reciso può essere negativo: dare una speranza può aiutare a vivere meglio la malattia, e lo stesso può fare prospettare la possibilità che la fine, comunque certa, possa essere rimandata. Naturalmente questo ragionamento non vale se è lo stesso paziente a chiedere espressamente la verità. Comunque il malato arriva raramente da solo: se ha dei parenti vicino si può parlare a loro, perché l'ambiente che circonda la persona è importante per accompagnare la malattia e per vivere la vita che rimane in modo migliore[27].

Fortunatamente l'esperienza di un operatore della Radiologia non è fatta solo di diagnosi negative e di prognosi infauste: ci sono anche i casi di pazienti che proprio grazie ad piccolo segnale individuato ed interpretato in tempo possono poi curarsi e guarire, e magari sono grati per tutta la vita al medico che ha dato l'allarme[28]. E poi ci sono gli episodi curiosi, quelli che quando accadono entrano a far parte della storia del reparto:

> Una volta un medico doveva fare una termografia (si tratta di un esame che si basa sul calore dei tessuti) a una signora. Prima di fare l'esame le chiede perché glielo hanno prescritto. La donna risponde che deve farlo perché ha una fuoriuscita dolciastra da un capezzolo. A quel punto il medico domanda: "scusi, perché dolciastra?". Risposta: "Perché me l'ha detto mio marito". E lui: "Scusi, ma suo marito è un medico?".

> Una volta stavo controllando delle attrezzature, quando sento chiamare aiuto dall'altra sala. Corro e vedo il paziente sull'ortoclinoscopio (è un'apparecchiatura che permette di portare dalla posizione orizzontale a quella verticale e viceversa) che sta venendo su (il medico aveva schiacciato il bottone senza accorgersene) e sta per andare a sbattere contro il pensile che regge il tubo radiogeno… Per fortuna mi ci sono buttato sopra e l'ho fermato, ma è stata questione di secondi…[29].

Parentesi divertenti che aiutano a superare lo stress di un impegno comunque durissimo, perché oltre alla gran mole di lavoro ambulatoriale deve anche far fronte notte e giorno alle richieste dei reparti e alle emergenze del Pronto Soccorso, con il volume perennemente in crescita degli accessi a quest'ultimo. Un impegno che inoltre costringe gli operatori a confrontarsi con i rischi legati alle radiazioni,

26 Testimonianza di Pier Franco Campari.

27 Ibidem.

28 "Da quando quest'uomo è guarito tutte le volte che può passa a trovarmi", ci ha detto riferendosi ad uno di questi casi il dottor Campari.

29 I racconti sono di Emilio Rossetti.

anche se oggi grazie ai progressi della tecnologia non bisogna più stare vicini al paziente ed esistono protezioni efficaci e sicure. Vale però comunque il consiglio che Emilio Rossetti, una vita passata come responsabile tecnico nel reparto, si sente di dare ai giovani che volessero intraprendere la sua stessa carriera: "A chi intende iniziare questo lavoro dico di studiare, di prepararsi bene e anche di stare attento, perché con le radiazioni non si scherza".

L'Anatomia Patologica fra storia e innovazione

È inutile negarlo: per i non addetti ai lavori questo servizio è inscindibilmente legato alla rappresentazione dei serial TV, quelli in cui il tempo di una puntata (45 minuti) è sufficiente perché il crimine si compia e perché l'anatomopatologo con brillanti intuizioni definisca cause, circostanze e finanche l'istante esatto della morte conducendo l'investigatore alla risoluzione del caso ed all'arresto del reo… Che esista altro al di là di questa immagine distorta (anche se, ammettiamolo, piuttosto divertente) è materia su cui pochi si soffermano… per cui vale la pena in primo luogo di capire cos'è e cosa fa l'Unità di Anatomia Patologica.

Detto in parole semplici il suo compito è quello di fornire diagnosi e/o pareri basandosi sull'osservazione di tessuti (istologia) o cellule (citologia) attraverso l'indagine al microscopio.

L'attività è iniziata a Crema nel lontano 1956 come sezione del Servizio di Analisi Chimico-cliniche e Microbiologiche[30]; si è dovuto invece attendere fino al 1980 perché, sulla scorta della crescente importanza attribuita ai prelievi bioptici, fosse costituito un servizio autonomo di Anatomia e Istologia Patologica e Citodiagnostica, anche se di fatto si trattava più che altro di un cambiamento di nome: "il neonato servizio continuò a disporre di una stanzetta come laboratorio nell'ambito dell'imponente Laboratorio Analisi, e un'altra cameretta venne assegnata al primario che era anche l'unico medico. Anche le dotazioni strumentali rimasero identiche, cioè quelle assolutamente indispensabili ed in versioni per lo più largamente obsolete[31]".

Negli anni Ottanta si era già in una fase in cui l'esame del campione biologico non serviva ormai più solo per confermare la diagnosi clinica (in particolare quella di neoplasia maligna) ma offriva molte altre informazioni sul tipo, il grado e lo stadio della malattia. L'evoluzione successiva ha poi portato al moltiplicarsi delle possibilità di valutazione da parte dell'anatomopatologo: in pratica si è passati dall'indagine morfologica pura e semplice a ricerche di biologia molecolare in cui le tecnologie di immunoistochimica (confessiamo che il solo termine ci trasmette un desolante senso di inadeguatezza) permettono non solo di identificare con precisione il tipo cellulare delle neoplasie, ma anche di determinarne la capacità di proliferazione e quindi il grado di aggressività, aprendo così nuove prospettive sia per la definizione della prognosi che per la terapia[32].

Il progressivo affinarsi delle tecniche endoscopiche ed eco endoscopiche, con la possibilità di prelevare campioni da esaminare anche in aree prima irraggiungibili se non attraverso interventi altamente rischiosi ed invasivi, ha fatto crescere a dismisura i casi da sottoporre ad indagine (dal 1956 all'apertura del nuovo ospedale, nel 1968, questi sono stati in tutto 8.500, oggi siamo a circa 11.000 l'anno), ed è facile prevedere che in futuro questa tendenza non si modificherà. La varietà di analisi a disposizione dell'anatomopatologo influisce in senso positivo anche sulla prevenzione: il servizio aderisce a tutte le campagne di screening, sia per ciò che concerne la citologia vaginale (Pap Test) che per i tumori al colon retto (con l'analisi dei materiali prelevati a seguito di colonscopia o gastroscopia) e per quelli alla mammella. In relazione a questi ultimi, la dottoressa Pergola, direttrice del laboratorio, ci ha così illustrato il ruolo svolto dalla sua Unità:

> Quando la mammografia o l'ecografia individuano una lesione sospetta su questa viene fatta un'in-

30 Primario di questo Servizio nel vecchio ospedale era il dottor Mario Lesca.

31 A. Colavecchio, G. Cannatelli, Anatomia Patologica a Crema: storia e prospettive, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 25.

32 Per capire qualcosa di più di questa tecnica diagnostica ci siamo affidati al sito dell'AIRC (www.airc.it). In pratica le tecniche di Immunoistochimica sfruttano la capacità di alcuni anticorpi di riconoscere proteine presenti sulla membrana della cellula dette antigeni che nelle cellule tumorali possono avere caratteristiche diverse da quelle delle cellule normali. Il campione biologico viene quindi "colorato" con questi anticorpi e poi osservato al microscopio. Come ha sottolineato la dottoressa Pergola, attuale responsabile del laboratorio, questa tecnica ha conosciuto uno sviluppo grandissimo, con l'introduzione di nuovi anticorpi che hanno esteso la gamma delle rilevazioni.

Loreta Pergola

> dagine citologica tramite agoaspirato oppure una ricerca istologica attraverso un'agobiopsia che preleva un piccolo campione di tessuto. L'agobiopsia sta prendendo sempre più piede perché è molto più sensibile e ci permette anche, essendo il prelievo costituito da tessuto, di fare indagini di immunoistochimica per vedere se la neoplasia esprime certi marcatori detti recettori ormonali[33].

Ovviamente un incremento così dirompente nell'attività del laboratorio non poteva andare esente dall'allestimento di una sede adeguata, ed in effetti le due stanzette del 1980 sono state sostituite da spazi più ampi nei quali si è provveduto anche al rinnovamento e all'integrazione delle attrezzature con apparecchiature tecnologicamente più all'avanguardia. Non ci sono ancora le strumentazioni per eseguire tutte le indagini, ma sono state stipulate convenzioni con laboratori esterni, per cui il servizio è in grado di garantire le prestazioni offerte da strutture più grandi. Va aggiunto anche che l'Anatomia Patologica è uno dei settori che sono stati totalmente informatizzati, con tutti i vantaggi organizzativi che ciò ha comportato, e che grandi passi sono stati compiuti anche sul piano della sicurezza e dell'accuratezza diagnostica[34].

Un progresso equivalente non ha invece riguardato il personale: se nel 1985 al primario factotum è stato affiancato un secondo anatomopatologo, da allora nulla è più cambiato, con le immaginabili conseguenze sui carichi di lavoro. Non si tratta per la verità solo di un problema legato alla carenza di risorse: come ha fatto presente la dottoressa Pergola alla base c'è la difficoltà a trovare dei patologi (ed ancora più complicato è trovarne disposti a spostarsi dalla sede nella quale si sono specializzati). La scarsità numerica di questi professionisti dipende da diverse cause:

> A mio parere questa carenza è anche il risultato del numero chiuso all'università e dei numeri limitati nelle scuole di specializzazione. A ciò si aggiunga che l'anatomia patologica è una branca della medicina un po' particolare, che può risultare poco attrattiva perché manca il contatto col paziente: il patologo è lui, il vetrino e il microscopio… Fra l'altro siamo in un periodo di ricambio generazionale, tanti colleghi andranno in pensione, e questo aggraverà ancora di più la carenza di figure professionali[35].

Proprio in riferimento alla figura professionale dell'anatomopatologo viene spontaneo chiedersi quale ruolo abbia nella sua attività l'automazione,

33 Testimonianza di Loreta Pergola.

34 Il Laboratorio è certificato conformemente alla norma UNI EN ISO 9001/2008.

35 Testimonianza di Loreta Pergola.

Équipe del Laboratorio Analisi: Angelo Grassini, Alessandro Montanelli, Maria Grazia Lucchi, Cristina Bonetti, Diego Maltagliati, Marcello De Bernardis, Emilia Cancelleri, Gianluigi Rossini, 2002

così determinante in altre specialità mediche. Nel 2000 l'allora primario Antonino Colavecchio e il suo aiuto, dottor Giuseppe Cannatelli, si esprimevano in questo modo:

> All'elevato carico di lavoro (…) non corrispondeva purtroppo l'automazione che ha permesso uno sviluppo quantitativo praticamente illimitato in altre branche della patologia medica; in anatomia patologica infatti il lavoro era ed è quasi esclusivamente manuale e così i tempi di allestimento restano più o meno… quelli dell'artigiano[36].

È ancora così? Sicuramente dal punto di vista qualitativo molte cose sono cambiate (le moderne versioni degli strumenti consentono utilizzi una volta inimmaginabili), e c'è ragionevolmente da aspettarsi che molte altre novità caratterizzeranno gli anni a venire:

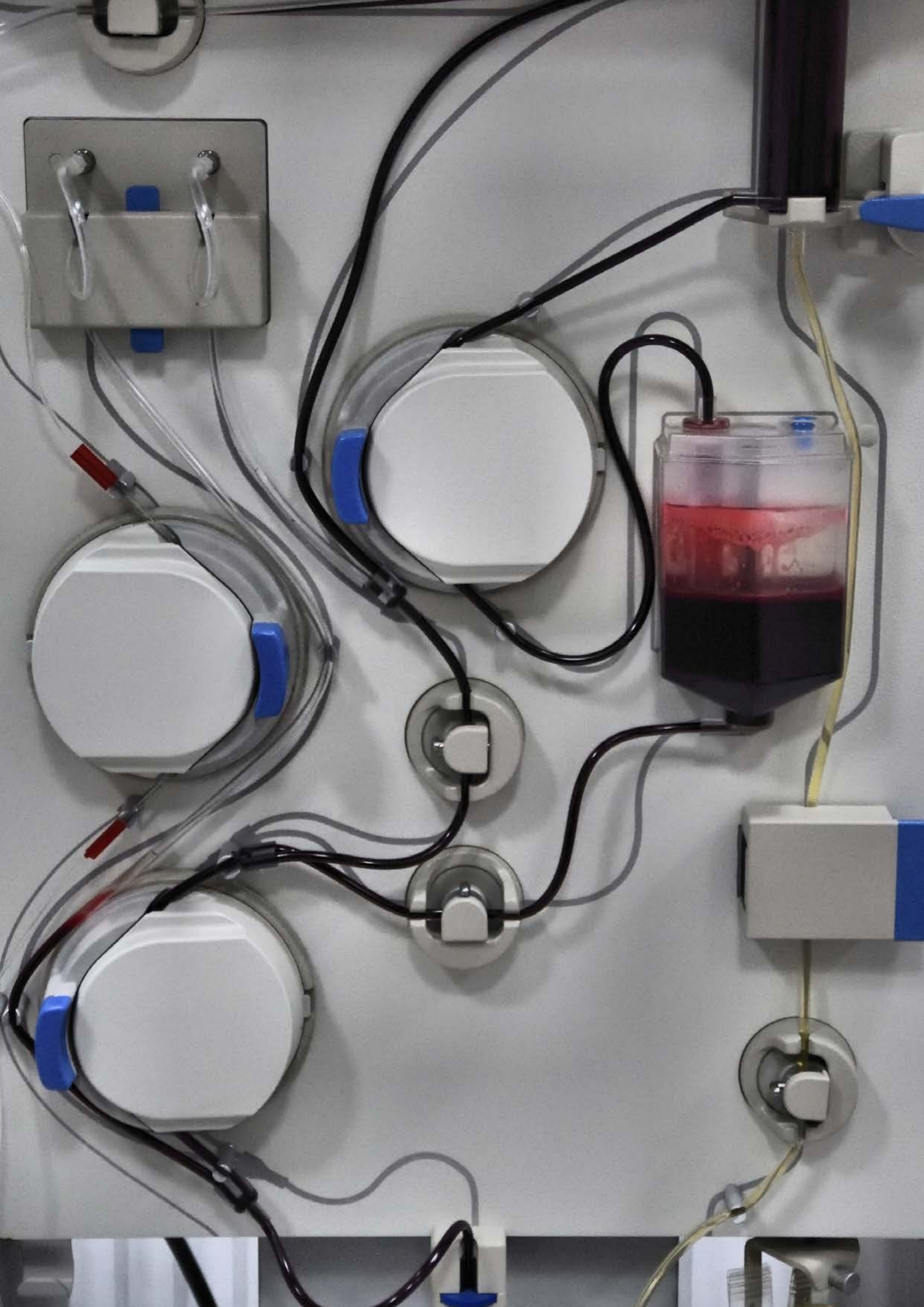
> La mia insegnante alla scuola di specializzazione un giorno mi disse che il futuro del patologo sarebbe stato quello di lavorare a casa, col solo ausilio del computer collegato col reparto: le tecniche processano il pezzettino di tessuto, allestiscono il vetrino, lo scannerizzano e il patologo da casa fa la diagnosi![37].

Al momento non siamo ancora a simili livelli, ma è facile ipotizzare che la strada possa essere questa. In ogni caso pensiamo che anche in un futuro ipertecnologico varrà sempre la regola per cui "anche nelle indagini più sofisticate la morfologia è comunque sempre il punto di partenza per giungere a una diagnosi, quindi la preparazione dell'operatore ha in ogni caso un'importanza fondamentale[38]". L'anatomopatologo, il vetrino e il microscopio: alla fine i protagonisti saranno sempre questi.

Un sangue "di qualità": il Laboratorio analisi

> Attesa la grande significazione fisiologica che ha il sangue è facile intendere che ad esso s'attribuisca una parte singolarmente importante in tutti i processi morbosi del corpo. Ed è strano che, in contrapposto a ciò, le nostre cognizioni intorno alle alterazioni fisiche del sangue siano straordinariamente scarse. E laddove si volesse, forse con ragione, ricercare i fenomeni morbosi del sangue, più che in altra cosa, in una alterazione chimica del sangue stesso, reca vergogna il dover confessare che le nozioni sicure rimangono molto addietro alle ipotesi[39].

36 Anatomia Patologica a Crema, cit., p. 26.
37 Testimonianza di Loreta Pergola.
38 Ibidem.
39 H. Eichhorst, *Manuale dei metodi fisici di esame (o di semeiotica) delle malattie interne*, Milano 1889 (l'edizione



Così si esprimeva, nella seconda metà del XIX° secolo, Hermann Ludwig Eichhorst, famoso patologo e medico svizzero. Le sue parole ci sembrano utili per comprendere l'incredibile percorso che in 150 anni ha compiuto la scienza che studia il sangue, le sue componenti e le sue patologie.
Per ciò che concerne in particolare le analisi di laboratorio il progresso ha assunto un ritmo ancora più vertiginoso negli ultimi trent'anni: praticamente un'epoca, se si considerano i cambiamenti intercorsi. Il dottor Angelo Grassini, attuale direttore del servizio a Crema, ha vissuto da testimone diretto questa fase:

> Quando ho avuto l'incarico, nel 1987, era appena arrivato il primo analizzatore automatico di biochimica clinica (prima di automatico non c'era niente e si facevano sedute su diversi strumenti – uno per il colesterolo, uno per la glicemia eccetera – per esami che adesso fai con uno solo). Questo primo analizzatore automatico rappresentava un vantaggio per l'operatività, in quanto consentiva di fare molte analisi in tempi ridotti, ma dal punto di vista strumentale era non dico un disastro ma quasi: bastava che una mosca andasse a toccare una parte dell'apparecchiatura che questa si fermava e bisognava ricominciare da capo. Molti tecnici ci hanno passato le notti su questo strumento per poter essere operativi il giorno dopo…[40].

Si era ancora, per intenderci, ai tempi in cui i referti venivano battuti a macchina dalla segretaria (con tutti i rischi di errore che ciò comportava!): l'informatica ospedaliera muoveva giusto i primi passi, e solo qualche anno dopo sarebbe stato avviato il primo programma sperimentale con un computer centrale su cui si potevano scaricare i dati delle analisi e costruire poi il referto per l'utente. Nel 2002 il sistema è stato poi completato con la realizzazione del collegamento informatico con i reparti e la possibilità di trasmettere i risultati degli esami via web.
Le trasformazioni hanno riguardato non solo le modalità di esecuzione delle indagini, ma anche il numero e la tipologia di esse: così se nel 1979 esistevano 128 tipi di esami diversi[41], nel 2004 questo numero era già salito a più di 900[42]; analogamente se nella seconda metà degli anni Settanta le analisi eseguite si aggiravano intorno alle 500.000 annue, nel 2004 si era arrivati a circa 2.300.000!
Con l'introduzione dell'automazione è mutato anche il ruolo del tecnico: se prima la sua competenza si esprimeva nell'esecuzione materiale dei test, mano a mano che gli strumenti sono diventati meno dipendenti dall'intervento umano l'operatore si è trasformato in un gestore delle procedure, cui peraltro compete la fondamentale funzione di controllo dei dati e dei risultati.
Una funzione resa ancora più importante a seguito dei criteri sempre più stringenti che guidano le verifiche di qualità che vengono fatte quotidianamente sugli strumenti. Oltre alla manutenzione giornaliera le apparecchiature sono soggette ad un controllo settimanale, e la ditta che le fornisce è tenuta per contratto a due, tre o quattro revisioni ordinarie l'anno. Il laboratorio partecipa inoltre a verifiche di qualità da parte di enti esterni (ad esempio con la messa a confronto dei risultati ottenuti dai vari laboratori con diverse tecnologie).
Ovviamente quello della fedeltà dei risultati espressi dagli strumenti è solo uno degli aspetti del problema sicurezza: alzi la mano chi non ha mai avuto paura che la provetta col suo sangue da esaminare venisse scambiata con quella di un altro… Abbiamo chiesto al dottor Grassini se questo timore ha ancora ragione di essere:

> Nel processo la fase critica è quella preanalitica, cioè quello che accade prima che il materiale arrivi in laboratorio. Per questo abbiamo stabilito delle procedure da seguire che sono state distribuite a tutti i punti prelievo e a cui tutto il personale amministrativo ed infermieristico deve attenersi. Quando si presenta una persona che deve fare un prelievo o consegnare materiali biologici il primo passaggio è dall'operatore amministrativo, il quale

originale è del 1877).

40 Testimonianza di Angelo Grassini. Una curiosità: negli anni Settanta il laboratorio era ancora dotato di "stabularium", una sorta di piccolo zoo per gli animali – cavie, conigli, rane, topi – su cui si eseguivano ricerche e prove biologiche (con esiti immaginabili per le creature coinvolte).

41 Il dato è riportato in A. Vagni, R. Volpi, A. Grassini, L. Arsola, A. De Angeli, *Trent'anni di laboratorio analisi: il controllo di qualità*, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 123 ss.

42 Medicina di Laboratorio, supporto per le diagnosi, in *La Provincia*, 29 settembre 2004, inserto "Sanità e Territorio", pp. 1-4.

Alcuni operatori dell'équipe Trasfusionale: Rina Branio, Luisa Vei, Silvia Carbi, Maurizio Madaro, Maltagliati, Pietro Martinelli e Ferdinando Casareale, 2002

> deve verificare i dati della persona controllando che corrispondano a quelli dell'impegnativa; quando poi l'utente arriva al prelievo con la provetta già barcodata (cioè con un'etichetta che riporta i suoi dati e le prestazioni richieste) l'infermiere deve di nuovo controllare i dati stessi, e solo dopo esegue l'atto sanitario. Una volta che il campione arriva in laboratorio lo scambio non è più possibile, e lo strumento leggendo il bar code sa che analisi deve fare[43].

Una parte consistente del lavoro del laboratorio riguarda, come è facile intuire, le emergenze del Pronto Soccorso: per soddisfare queste (e anche quelle dei reparti, laddove si verificano) c'è un tecnico di guardia anche di notte, la cui attività è intensissima. Ai medici del laboratorio compete anche la gestione dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO), un trattamento per il rallentamento della coagulazione del sangue prescritto a soggetti con pregressi episodi di trombosi ed embolia che richiede periodici controlli e aggiustamenti del dosaggio del farmaco. I malati in cura a Crema sono 1700, e ogni giorno 100-150 di loro fanno il prelievo di sangue e necessitano della preparazione della scheda terapeutica: un aggravio ulteriore di lavoro che richiederebbe la presenza di un terzo medico oltre ai due già attivi (l'organico del servizio è poi completato da tre biologi e da 23 tecnici)… e il dottor Grassini non nasconde di confidare in questa integrazione!

Nel 2010 il Laboratorio Analisi è stato oggetto di un totale rinnovamento[44]: si sono creati spazi più più ampi e funzionali, e anche gli impianti tecnologici sono stati aggiornati. L'intervento si è collocato nell'ambito di una nuova modalità di acquisizione e gestione della strumentazione e dei relativi reagenti che va sotto il nome di General Contract. Si tratta in pratica di questo: la società esterna che ha vinto l'appalto (della durata di dieci anni) fornisce al laboratorio gli strumenti che questo ritiene necessari all'attività contrattando direttamente i prezzi con le ditte costruttrici. Il pagamento sarà in base alle prestazioni effettivamente refertate. Abbiamo chiesto al dottor Grassini vantaggi e svantaggi del sistema:

> Gli aspetti positivi sono che siamo stati assecondati nello scegliere gli strumenti che abbiamo ritenuto più idonei, e la società ha anche partecipato alla ristrutturazione del laboratorio. In più ovviamente siamo stati alleggeriti di una buona parte di lavoro "burocratico". Lo svantaggio è che se io voglio met-

43 Testimonianza di Angelo Grassini.

44 Laboratorio analisi tutto nuovo, in *Il Nuovo Torrazzo*, 24 luglio 2010.

> tere in piedi una nuova prestazione di laboratorio devo far fare un'offerta dalla società, poi quest'offerta va valutata dall'ufficio acquisti, che confronta i costi con quelli che ci sono sul mercato, poi se sono in linea vanno avanti altrimenti il tutto viene stoppato… Insomma, è un sistema un po' contorto[45].

In un tale fluire di novità e di cambiamenti viene da chiedersi che cosa il futuro potrebbe ancora riservare. Il dottor Grassini ha un'idea ben precisa in mente:

> A me piacerebbe mettere in piedi qualcosa di biologia molecolare, perché il futuro ormai è quello. Soprattutto in alcuni settori come la microbiologia si tratta di uno strumento fondamentale: se io devo fare l'identificazione di una cultura con la biologia molecolare in due ore ho il risultato, mentre ora il processo è molto più lungo[46].

Il trascorrere del tempo ha comportato profonde trasformazioni anche nell'organizzazione dei luoghi fisici dove i campioni biologici sono acquisiti per essere sottoposti ad analisi, ovvero i Centri prelievo. La vecchia procedura che costringeva gli utenti esterni a prenotare gli esami con molti giorni di anticipo è ormai un residuo del passato: oggi a Crema c'è l'accesso diretto al Centro Prelievi (che ha trovato una nuova collocazione nel 2012 al piano terra dei Poliambulatori) tutti i giorni dalle 7.30 alle 9.30, mentre per chi non vuole perdere tempo è attivo dal 2015 il sistema "Zero Code", che dà la possibilità di scegliere data e ora dell'esame. I prelievi possono essere effettuati nei vari Punti sanitari distribuiti sul territorio[47] dove è possibile ritirare anche il referto. Nel caso che l'analisi abbia rilevato valori ritenuti critici è lo stesso Laboratorio a farsi carico di informare il medico curante per le opportune e tempestive valutazioni.
Presso l'Ospedale Maggiore è attiva anche la Struttura semplice del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT). Fra le sue funzioni ci sono la raccolta di emocomponenti, gestione scorte, valutazione richieste e loro evasione 24 ore su 24, la gestione dei donatori di sangue, gli esami immunoematologici di primo livello per pazienti interni ed esterni e le prestazioni ambulatoriali di Medicina Trasfusionale[48]. Tutta l'attività del servizio è disciplinata nell'ottica del sistema qualità secondo le norme ISO 9001/2000 ed è certificata da un ente esterno dal 2002. Tale certificazione garantisce la qualità dell'intero processo, dalla donazione alla trasfusione, e le prestazioni erogate all'utente. Parte integrante del sistema sono come nel Laboratorio analisi i controlli di qualità sia interni che esterni e il monitoraggio di indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza dell'intero percorso trasfusionale. In questo ambito opera anche dagli anni Novanta il Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue di cui fanno parte tutti gli attori del processo: rappresentanti dei donatori, operatori del servizio, utilizzatori clinici, medico-chirurgici ed infermieristici ed emopatici fruitori. Oltre a definire ed aggiornare standard e procedure per l'utilizzo del sangue, il Comitato effettua valutazioni sulla pratica trasfusionale nei singoli reparti e promuove controlli di sicurezza e di verifica. Abbiamo iniziato con una citazione e vogliamo finire allo stesso modo, con le parole del genetista americano Robert Williamson, che nel 1989 scriveva: "… I grandi progressi analitici, la sempre migliore definizione delle patologie associate a difetti genetici e gli studi sulle basi molecolari della suscettibilità alle malattie complesse porteranno in un futuro non troppo lontano all'allargamento delle ricerche molecolari dai laboratori specialistici ai laboratori tradizionali (…). Sta al chimico clinico rispondere a questa sfida…[49]". È la strada indicata dal dottor Grassini. Il futuro è già arrivato.

45 Ibidem.
46 Testimonianza di Angelo Grassini. La biologia molecolare è una branca della biologia che studia gli esseri viventi a livello dei meccanismi molecolari che sono alla base della loro fisiologia, concentrandosi in particolare sulle interazioni tra le macromolecole, ovvero proteine e acidi nucleici (DNA e RNA).
47 Dal 2017 i prelievi ematici e di altro materiale biologico possono essere effettuati anche presso gli ambulatori comunali e presso gestori convenzionati.
48 Direttore del SIMT è il dottor Massimiliano Viti.
49 R. Williamson, *Molecular genetics and the transformation of clinical chemistry*, in Chimical Chemistry, vol. 35, No. 11, 1989.

CAPITOLO XII

RITORNARE ALLA VITA: IL POLO RIABILITATIVO DI RIVOLTA D'ADDA

A guardarla a posteriori appare sicuramente per quello che è effettivamente stata: una scelta obbligata, il frutto inevitabile delle mutate esigenze della sanità. Eppure le vicende relative alla riconversione dell'ospedale di Rivolta d'Adda sono state accompagnate da vent'anni di dibattiti, proteste, battaglie: non è stato per niente facile convincere i rivoltani a rinunciare al "loro" Santa Marta, ad accettare che da struttura per acuti (e punto di riferimento per l'intera comunità) si trasformasse in Polo Riabilitativo…

Oggi però, se pure qualche punta di nostalgia si coglie ancora nei discorsi di quanti ricordano il vecchio ospedale, tutti apprezzano la sua nuova veste, acquisita nel corso di una ristrutturazione durata due decenni, dalla creazione della Riabilitazione Alcologica alla fine degli anni Ottanta fino al completamento del 2009, quando ha aperto i battenti la Riabilitazione Neuromotoria. A guidare questo cammino è stata un'autentica rivoluzione (e qui a nostro parere risiede l'aspetto più significativo dell'operazione) del concetto stesso di cura, intesa non più solo come intervento rivolto a chi si trova nella fase acuta della malattia, ma come supporto che deve andare "oltre" tale fase. È quanto dichiara in un'intervista del 2008 il dottor Stefano Aiolfi, per anni responsabile del Dipartimento di Riabilitazione di Rivolta, sostenendo la necessità di superare il modello della "medicina per acuti":

> Tale modello mostra i limiti quando la causa [della malattia] non sia più aggredibile (perché è passato del tempo, come in un trauma cranico pregresso) o è sconosciuta. Si tratta di situazioni in aumento perché stanno aumentando le condizioni "non guaribili" e perché le nuove possibilità medico-chirurgiche permettono ai pazienti che in passato sarebbero deceduti di sopravvivere ad eventi acuti e invalidanti[1].

Il dottor Aiolfi passa poi ad indicare quali devono essere a suo giudizio gli elementi caratterizzanti di questa tipologia di cura: prima di tutto occorre che essa sia costruita sul singolo paziente, a partire dalla sua menomazione/disabilità e delle sue capacità residue; oltre a ciò è necessario intervenire con un approccio multidisciplinare, in cui il contributo di ogni professionista concorra per la sua parte al raggiungimento dell'obiettivo finale, che non può che essere quello di "ottenere la più ampia indipendenza personale possibile e un reinserimento nella vita sociale, cercando di minimizzare le conseguenze funzionali, fisiche e psichiche della patologia invalidante[2]".

Ovviamente un obiettivo così ambizioso non può essere conseguito se a sostenerlo non ci sono adeguate risorse: ed ecco allora da un lato l'esigenza di far convergere una parte dei fondi destinati alla cronicità ad interventi di natura riabilitativa da strutturarsi in una fase prossima all'insorgenza della menomazione, e dall'altro quella di "assicurare la continuità ed il coordinamento degli interventi dopo la dimissione, dando impulso, attraverso procedure condivise e ben definite, ai necessari contatti con i medici curanti di base e con i ser-

1 Nasce la riabilitazione neuromotoria, in *La Provincia*, 26 novembre 2008, inserto "Sanità e Territorio", p. 4.

2 Ibidem.

vizi sanitari del territorio (…), perché solo in tal modo è possibile chiudere in modo efficace il cerchio dell'offerta riabilitativa disegnata sul singolo paziente[3]".
Un intervento di cura quindi che non può e non deve esaurirsi con il momento di ricovero nella struttura ad esso specificamente adibita, ma che per essere efficace occorre sia continuato predisponendo forme adeguate di assistenza a livello territoriale.
Di tutti questi elementi il Polo Riabilitativo di Rivolta si è preso carico, cercando di tradurli in pratica concreta: lo ha fatto con la Riabilitazione Alcologica, che abbiamo già incontrato e conosciuto, come lo ha fatto con gli altri servizi che nel corso degli anni sono arrivati ad integrare l'offerta, ovvero le Riabilitazioni Respiratoria, Cardiologica e Neuromotoria. E di certo gli sforzi hanno portato dei risultati molto positivi, almeno a giudicare dal generale apprezzamento che le strutture ricevono dagli utenti e dalle crescenti domande di accesso che pervengono ad esse. Ovviamente non tutto è compiuto: in particolare vedremo che la continuità assistenziale post dimissioni presenta ancora parecchi aspetti di criticità, ma la strada è senza dubbio quella giusta. Il Santa Marta ha ritrovato il suo ruolo.

Riabilitazione respiratoria

Siamo a metà degli anni Novanta: l'ospedale di Rivolta è ancora immerso in una sorta di limbo che lo vede sempre meno struttura per acuti e sempre più… Già, cosa? Perché nessuno sa quale sarà il destino del piccolo nosocomio. Non lo sanno gli abitanti del comune, stremati da vent'anni e più di ipotesi e progetti puntualmente finiti nel nulla, e forse non lo sanno nemmeno le istituzioni, che non hanno mai dimostrato di avere le idee chiarissime. L'unico dato certo è che il Santa Marta rischia di morire per consunzione: i primi servizi a sparire sono stati Ostetricia e Pediatria, e da poco anche la Chirurgia ha smesso di funzionare. Rimane il piccolo reparto di Medicina, ma chissà quanto reggerà. Il solo elemento positivo è rappresentato dalla Riabilitazione per gli alcolisti, che nata da qualche anno sta per sistemarsi nell'ala più vecchia dell'ospedale, appena ristrutturata. Qualcuno anzi dice che altre Riabilitazioni verranno ad occupare gli spazi dell'ospedale: ma la gente del paese, nel timore di un'altra delusione, preferisce aspettare segnali concreti…
Segnali che arrivano finalmente nella primavera del 1997, quando la Direzione dell'ospedale di Crema, da cui Rivolta dipende, dà l'atteso annuncio: sta per essere aperta nei locali rinnovati della ex Chirurgia la Riabilitazione Pneumologica[4]. Quattro medici (primario Stefano Aiolfi), tredici infermieri professionali, altri infermieri generici, tre terapisti della riabilitazione: il reparto avrà 20 posti letto e disporrà anche di due ambulatori, uno divisionale clinico, l'altro di Fisiopatologia respiratoria. Ad aprile ha luogo la grande inaugurazione: consapevole dei tanti anni critici trascorsi, il presidente dell'USSL Pier Sandro Colombo dichiara che l'apertura della struttura rappresenta un "passo importante per la pacificazione con la comunità civile di Rivolta[5]". A consolidare la pace conclusa, meno di diciotto mesi dopo il servizio completa la sua dotazione con l'avvio del Centro per lo studio dei disturbi respiratori nel sonno[6].

Per spiegare in parole semplici quale attività si esplica nel reparto si può dire che esso è destinato alla gestione di pazienti con patologie respiratorie croniche o post acute che determinano un'insufficienza respiratoria bisognosa di un particolare approccio terapeutico e riabilitativo. È il caso dei malati in fase avanzata di Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO), per i quali studi scientifici hanno dimostrato che oltre alla terapia medica e ai supporti ventilatori sono di grande aiuto l'attività fisica mirata e il ricondizionamento allo sforzo in palestra (una condizione simile può essere determinata anche da gravi forme di asma). Ci sono poi pazienti con patologia non ostruttiva, ma restrittiva, cioè legata a deficit della gabbia toracica (con conseguente diminuzione della capacità del polmone di espandersi) causati da casi molto gravi di cifoscoliosi[7] oppure da malattie neuromuscolari

3 Ibidem.

4 Venti nuovi posti per Pneumologia al Santa Marta, in *La Provincia*, 6 marzo 1997, p. 27.

5 Un reparto per fare pace, in *La Provincia*, 20 aprile 1997, p. 34.

6 In cura a Rivolta sonni senza respiro, in *La Provincia*, 12 settembre 1998, p. 25.

7 La cifoscoliosi è un'alterazione morfologica della colonna vertebrale caratterizzata da un incurvamento in avanti e laterale della stessa.

Stefano Aiolfi e Pier Sandro Colombo

Giuseppe La Piana

o neurodegenerative come la distrofia muscolare di Duchenne, la sclerosi laterale amiotrofica, la sclerosi multipla ecc.. Su questi ultimi malati la Riabilitazione interviene sia per ciò che concerne il ricondizionamento motorio e il supporto ventilatorio (prima di tipo non invasivo, attraverso maschere nasali o facciali, e successivamente per via invasiva attraverso la tracheostomia) sia per l'aspetto della deglutizione nei casi in cui il non corretto passaggio di cibo possa influire sulla respirazione. Proprio la molteplicità dei problemi che tali patologie possono generare impone una gestione complessiva del soggetto, perché come ci ha spiegato il dottor Giuseppe La Piana, dal 2017 direttore della Riabilitazione Respiratoria

> Parliamo di malattie croniche, che non possono essere guarite, ma possono essere curate, però occorre una gestione globale della persona, una sua rieducazione fisica, motoria, comportamentale, dietetica. La rieducazione spesso riguarda anche i famigliari, che devono imparare come gestire le protesi ventilatorie piuttosto che gli altri supporti necessari al paziente[8].

Una volta che il paziente è preso in carico dal reparto viene definito per lui un programma di riabilitazione che comprende diverse fasi: la valutazione clinica e strumentale, il controllo e compenso delle malattie concomitanti, la definizione degli obiettivi teoricamente e realisticamente raggiungibili sulla base delle capacità residue, l'elaborazione e conduzione di un programma riabilitativo calibrato sul malato, la periodica verifica delle tecniche utilizzate. Il tutto corroborato da un percorso educazionale che coinvolge l'insieme degli operatori e che cerca di stimolare la partecipazione attiva del paziente.

Il reparto come detto ha 20 posti letto, che spesso non bastano perché la collocazione geografica di Rivolta d'Adda fa sì che al Centro afferiscano non solo utenti del comprensorio di Crema, ma anche di Treviglio, della Bassa Bergamasca, del Milanese e di Milano città. Il che spiega le liste d'attesa, che pure, a detta degli operatori, sono inferiori a quelle di altre realtà simili.

Ovviamente con il completamento del programma di riabilitazione non si esaurisce il progetto sul paziente: come già accennato la malattia che non guarisce è quella che richiede un lavoro esteso nel tempo, che sappia rispondere alle esigenze del malato e dei suoi familiari anche nella fase post dimissioni. Su questo tema la visione del dottor La Piana non è positiva:

> Nella realtà lombarda abbiamo strutture con altissime prestazioni riconosciute a livello europeo (noi stessi siamo un punto di eccellenza), ma per ciò che concerne il post dimissioni c'è ancora moltissimo da fare. Si spera che le leggi emanate recentemente possano contribuire a spostare il baricentro dall'ospedale al territorio, ma per ora la situazione è critica. Al momento non esiste un vero e proprio prosieguo, se non il cercare di tenere il paziente il più agganciato possibile al percorso ambulatoriale, compatibilmente col fatto che i tempi per le visite ambulatoriali sono lunghi e le risorse sono quelle che sono. A volte addirittura ci troviamo a gestire i programmi riabilitativi in regime di ricovero perché avendo risorse limitate non possiamo gestirli ambulatorialmente. Sul territorio ci sono e si stan-

8 Testimonianza di Giuseppe La Piana.

Emanuela Schiavini, Caterina Groppelli, Flora Strepparola

no creando delle cooperative, ma dipende molto dal caso, se nel tuo paese c'è una struttura, se può mandare un fisioterapista sul territorio… Non esiste un'uniformità o qualcosa di davvero strutturato[9].

Una parte via via crescente dell'attività del reparto (il 30-35%) è occupata dalla cura dei disturbi del sonno, provocati o da patologie che già esistono ma tendono ad aggravarsi durante il riposo notturno (nella stessa BPCO l'insufficienza respiratoria è solita peggiorare di notte) o da malattie determinate direttamente dallo stato di sonno (si chiamano infatti sonno-relate) e che nel loro sviluppo finiscono per causare sintomi importanti anche durante la veglia.
Proprio su queste ultime patologie si concentra in particolare l'attenzione dei "professionisti del sonno" di Rivolta, sia per l'incidenza che il fenomeno registra, sia per l'impatto sociale (troppo spesso sottovalutato) che ne deriva, sia ancora per le conseguenze a carico della salute che tali disturbi possono comportare.
È sufficiente considerarne la tipologia più frequente, cioè la Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), per comprendere la portata del problema. Partendo da una definizione: per apnea si intende una interruzione spontanea del respiro durante il sonno per più di dieci secondi. La necessità di uscire da tali apnee (favorite da russamento, ipertensione arteriosa, scarsa attività fisica e obesità e indotte dalla posizione supina e dal fisiologico rilasciamento muscolare indotto dal sonno stesso) "porta a continui microrisvegli che non sono avvertiti a livello cosciente, ma che ripetuti più volte durante tutta la notte finiscono col frammentare e disorganizzare la struttura propria del sonno, alterandone il carattere armonico e ristoratore[10]."
Un sonno che non fa riposare: sembrerebbe un aspetto da classificare al più fra i tanti prodotti del "logorio della vita moderna"(ed in effetti "molti tendono a sottovalutare o addirittura a rifiutare il problema, anche dopo essere venuti a colloquio[11]"), ma sarebbe un grave errore. Infatti questa condizione comporta in breve tempo conseguenze pesanti: chi non dorme bene la notte denuncia durante il giorno stanchezza, sonnolenza, disturbi della memoria, incapacità a concentrarsi, irritabilità, calo del desiderio sessuale con possibile impotenza. Nei casi più seri la carenza di sonno induce ad una diminuzione di interesse per le relazioni, porta all'isolamento sociale ed è spesso causa della perdita del lavoro, oltre che di un rischio aumentato di incidenti stradali, lavorativi o domestici. Questi però sono solo alcuni degli effetti delle apnee notturne, come spiega ancora il dottor La Piana:

Ci sono anche importanti conseguenze sullo stato di salute della persona: le continue interruzioni notturne nel respiro provocano sbalzi di ossigenazione, attivazione del sistema nervoso autonomo, tutta una serie di condizioni che portano a sofferenza gli organi che hanno bisogno di un flusso costante di sangue, come cuore e cervello, dando luogo allo sviluppo precoce e più grave di malattie metaboliche e cardiocircolatorie. La crescita dell'età della popolazione aumenta l'incidenza di queste malattie: le statistiche dicono che oggi le apnee gravi notturne interessano il 5-8% della popolazione, ma se comprendiamo anche le forme più lievi arriviamo al 20%. Sono numeri enormi: se consideriamo il territorio della nostra ASST e stimiamo una percentuale (bassa) del 10% arriviamo quasi a 15.000 persone[12].

Un numero impressionante, il cui impatto sociale non viene adeguatamente considerato neppure in termini di costi generati fra visite mediche, ricoveri e spese per i farmaci.
Un numero nel quale sono compresi anche i bambini, perché il fenomeno delle apnee notturne interessa anche loro. Per valutare il problema in età pediatrica la Riabilitazione ha aperto un ambulatorio specifico a Crema in cui opera di concerto con la Neuropsichiatria Infantile – spesso i disturbi del sonno sono legati ad ADHD (Disturbo da Deficit dell'Attenzione) – e anche come supporto per il professionista otorinolaringoiatra, in quanto frequentemente le interruzioni del respiro sono causate dall'infiammazione delle tonsille o delle adenoidi[13]. Nello stesso ambulatorio ultimamente

9 Ibidem.
10 S. Aiolfi, V. Patruno, G. Beghi, *La Polisonnografia: una risposta ai problemi respiratori nel sonno*, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., pp. 212-213.
11 Testimonianza di Carolina Marino, coordinatrice della Riabilitazione respiratoria.
12 Testimonianza di Giuseppe La Piana.
13 Ci ha detto il dottor La Piana: "oggi nessun otorino opera

Oreste Carlo Febo

Donatella Fusar Bassini

si sta ampliando l'attività in generale a tutte le patologie sonno-relate, quali le parasonnie (ad esempio il sonnambulismo).
Per definire le caratteristiche e l'entità delle apnee notturne ai pazienti viene fatta un'accurata anamnesi in sede di ambulatorio e sulla base di essa si procede all'esame polisonnografico. Nel termine polisonnografia in realtà si comprendono diversi tipi di accertamenti, dai più semplici a quelli più complessi, praticati a seconda dell'indicazione diagnostica fornita dalla visita iniziale:

> Si va da esami molto semplici come la saturimetria, cioè la misurazione fatta di notte dell'ossigenazione del sangue, ad altri un po' più complessi, con l'uso di un apparecchietto che registra come una persona respira e che di solito viene posizionato nel pomeriggio e rimane tutta la notte fissato al paziente, di cannule nasali per vedere il respiro in flusso nasale e di un saturimetro per l'ossigenazione…[14].

Non si tratta ancora della polisonnografia vera e propria, che è l'indagine di livello più alto, perché permette il controllo di tutti gli organi interessati ed è riservata ai casi più gravi o particolari. Essa consiste nella registrazione simultanea per tutta la notte del tracciato elettroencefalografico, di quello elettrocardiografico, della misurazione dei movimenti muscolari (elettromiografia), della saturazione, delle variazioni del flusso oro-nasale e di quelle di espansione toracica e addominale, dei suoni polmonari. Viene praticato presso il Centro (ci sono due stanze dedicate) perché deve essere seguito in modo diretto e continuo da personale addestrato il cui compito è di calibrare la strumentazione e di verificare la qualità dei segnali, provvedendo al ripristino nel caso di caduta di questi ultimi.
Sulla base degli esiti degli accertamenti l'équipe (anche in questo caso è fondamentale il coinvolgimento di tutte le professionalità interessate) decide l'intervento di cura. Per le apnee ostruttive viene di solito proposto l'uso durante il sonno di un ventilatore dotato di un piccolo compressore (la metodica va sotto il nome di CPAP, acronimo di Continuous Positive Airway Pressure) e di maschera nasale che tiene aperte le vie aeree evitando le interruzioni di respiro a livello faringeo. Per altre patologie ci può essere invece un approccio terapeutico di tipo chirurgico oppure anche odontoiatrico (tramite l'uso di apparecchi che comportano un lieve avanzamento della mandibola e quindi la correzione dell'ostruzione). Per i casi più lievi c'è invece la terapia posizionale, che in pratica consiste nell'insegnare al paziente a dormire sul fianco e non sulla schiena.
Oggi il Servizio di Rivolta è Centro accreditato in Medicina del sonno (è una delle circa venti realtà di questo tipo presenti sul territorio nazionale) e arriva a formulare fino a 400 diagnosi all'anno: potrebbero essere di più, ma con un organico composto in tutto da quattro medici e una decina di infermieri (tanti sono attualmente) già tale numero rappresenta un piccolo miracolo che si rinnova ogni giorno. Con una richiesta in costante crescita (la vita sedentaria che sempre più spesso caratterizza le nostre giornate è uno dei fattori che favoriscono l'insorgere delle malattie sonno-relate) i responsabili del reparto confidano in un incremento

più un bambino di tonsillectomia senza aver fatto accertamenti polisonnografici, infatti considerata la funzione protettiva che si è scoperto possiedono le tonsille l'intervento viene praticato solo in presenza di apnee notturne".

14 Testimonianza di Giuseppe La Piana.

delle risorse a disposizione che consenta anche di organizzare la gestione dei pazienti sul territorio. Che dire, noi ci facciamo latori del messaggio…

Riabilitazione Cardiologica

Alla fine del 2000 la Medicina di Rivolta interrompe il ricovero dei pazienti: è l'ultimo scampolo di ospedale per acuti che scompare, segnando il passaggio definitivo del Santa Marta a Polo Riabilitativo. Il tempo di realizzare i necessari interventi di ristrutturazione ed ecco che nella primavera dell'anno successivo viene inaugurata la Riabilitazione Cardiologica[15]. Nelle intenzioni dichiarate in fase di apertura il reparto è destinato a pazienti post infartuati, con cardiopatie ischemiche, scompenso cardiaco cronico o che abbiano subito interventi di angioplastica o sostituzione valvolare, e gli scopi dell'azione terapeutica sono il reinserimento familiare e lavorativo, nonché l'educazione ad un corretto stile di vita[16]. Del tutto simili alla struttura per la Riabilitazione Respiratoria si presentano gli spazi a disposizione (20 posti letto, palestra, ambulatori) e il personale in dotazione: quattro medici e tredici infermieri professionali, più alcuni fisioterapisti ed uno psicologo. A guidare il reparto è chiamata da Crema la dottoressa Zavatteri, che oggi ricorda quell'apertura come il frutto di un cambiamento di mentalità che proprio allora si stava affermando:

> Di strutture riabilitative come la nostra a quei tempi non ce n'erano molte: prima l'infartuato era considerato un invalido, che tale rimaneva per il resto della vita (basti pensare che dopo l'evento acuto il malato stava a letto immobile per un mese: oggi in quinta-sesta giornata va in poltrona). Grazie alle nuove terapie si è invece cominciato a vederlo in modo diverso, come una persona che con le dovute cautele può riprendere una vita attiva…[17].

In effetti non passa molto tempo prima che il reparto inizi a far parlare di sé: appena un anno dopo la struttura viene premiata come uno dei dieci migliori centri in Italia nel corso di uno studio condotto su un campione di post infartuati[18].

È solo il punto di partenza di una crescita che ha visto il servizio affinare progressivamente la propria cultura riabilitativa (grazie anche all'avvento di personale con preparazione specifica in questo ambito) fino a diventare il punto di approdo naturale per i pazienti della Cardiologia cremasca dopo l'uscita dalla fase acuta. A giudizio dell'attuale direttore dell'Unità, il dottor Oreste Carlo Febo (che nel 2015 ha sostituito il precedente responsabile dottor Tommaso Diacco, a suo volta successore di Gianna Zavatteri), il progresso del reparto è stato favorito anche dalla contemporanea presenza delle altre riabilitazioni: essendo infatti gli utenti costituiti soprattutto da persone avanti negli anni e con più patologie essa favorisce un approccio terapeutico più adeguato[19].

L'innalzamento dell'età dei fruitori dell'intervento riabilitativo ne ha almeno in parte modificato gli obiettivi: se per il paziente in età lavorativa lo scopo della terapia è il reinserimento nella vita attiva, in un anziano si punterà al ritorno nel contesto familiare con una buona qualità dell'esistenza e ad impedire le riacutizzazioni impostando un'efficace azione di prevenzione.

Ma in cosa consiste la riabilitazione di un malato cardiologico? Pensare che essa si riduca solamente alla ginnastica è del tutto sbagliato. Certo, ci sono programmi di attività fisica individualizzata in palestra con controllo telemetrico dei parametri e con la supervisione del personale fisioterapico, ma i fattori che vengono considerati sono molteplici: esiste una consulenza psicologica (tutti i pazienti al momento del ricovero sono valutati con una scheda anche sotto questo aspetto e sulla base di tale valutazione la psicologa decide se occorre un intervento mirato o se la persona può essere gestita in un programma di gruppo); c'è poi l'aspetto dietologico, con una specialista che interviene in riunioni collettive (ma pure in questo caso se necessario anche con incontri individuali) per illustrare le modalità adeguate di approccio all'alimentazione e una volta alla settimana segue la distribuzione dei pasti[20];

15 Là dove si rieduca il cuore, in *La Provincia*, 11 marzo 2001, p. 24.

16 Santa Marta punta al cuore, in *La Provincia*, 28 gennaio 2001, p. 25.

17 Testimonianza di Gianna Zavatteri.

18 Riabilitazione Cardiologica ai vertici in Italia, in *La Provincia*, 11 aprile 2002, p. 24.

19 Testimonianza di Oreste Carlo Febo.

20 Il dottor Febo auspica che possa essere inserita nell'équipe anche la figura del nutrizionista, per trattare i problemi legati al sottopeso, che espongono come l'obesità a complicanze.

Un paziente presso il polo riabilitativo di Rivolta d'Adda

non mancano infine momenti dedicati all'acquisizione di un consapevole e corretto uso dei farmaci. Tutto ciò in un'ottica che vede la componente educazionale come elemento essenziale per favorire la stabilità clinica, ridurre la disabilità indotta dalla malattia, migliorare la qualità della vita e incidere in modo positivo sulla sopravvivenza:

> Il raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione sarà facilitato se si aumenta il grado di conoscenza e di consapevolezza dei pazienti con programmi di educazione sanitaria: conoscere la patologia che li ha colpiti ed essere consapevoli degli strumenti disponibili per curarla è premessa indispensabile perché si ottenga da parte dei pazienti lo sforzo necessario per modificare radicate abitudini di vita che rappresentano importanti fattori di rischio[21].

Questa varietà di interventi si svolge in un arco di tempo che si è molto ridotto rispetto al passato: se fino all'inizio degli anni Ottanta la riabilitazione cardiologica in regime di ricovero poteva durare fino a 40 giorni, oggi la degenza media per un reduce da infarto è di 16-17 giorni. Dopo le dimissioni il reparto si avvale della possibilità di seguire i pazienti – almeno quelli meno anziani e con poche comorbità – in regime di MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa: si tratta di una modalità organizzativa introdotta a livello regionale nel 2011[22] per la fornitura di servizi che pur necessitando di essere svolti in un contesto ospedaliero non richiedono la degenza dell'utente) attraverso accessi programmati. Questo strumento ovviamente non risolve del tutto il problema del "dopo": a giudizio di Donatella Fusar Bassini, coordinatrice infermieristica dell'Unità, occorrerà provvedere necessariamente a sviluppare programmi educazionali rivolti ai care givers e al terzo settore, in un'ottica autentica di "welfare di comunità[23]". Secondo il dottor Febo un aiuto importante potrà venire anche dall'informatica: sono infatti in fase già avanzata di sperimentazione in alcune realtà forme di intervento riabilitativo per via telematica, tramite computer e Ipad. In pratica la fisioterapista governa la seduta riabilitativa da una Centrale e il paziente a casa fa la cyclette e viene telemetrato. Tornando al presente, il reparto riesce a far fronte alle necessità riabilitative dell'Ospedale Maggiore, con circa 400 ricoverati all'anno e diverse centinaia di persone seguite ambulatorialmente, mentre fatica a rispondere alla domanda esterna (assai elevata, soprattutto perché sono assai pochi nel pubblico i Centri di questo tipo). Per provvedervi occorrerà quindi potenziare risorse e personale: gira e rigira è sempre a questo punto che si ritorna…

Riabilitazione Neuromotoria

Può essere questione di un attimo, ma ti cambia la vita. Puoi essere una persona aperta alle relazioni, soddisfatta del proprio lavoro, orgogliosa di farne strumento di benessere e di futuro per la famiglia, puoi avere progetti e sogni che riempiono le tue giornate. Poi… "gli ha preso un colpo", si usa dire nel linguaggio comune, e in un colpo ogni cosa pare finire. Così possono arrivare stress, ansia, depressione, incapacità ad accettarsi nelle proprie sopravvenute limitazioni fisiche, difficoltà a ricostruire la propria personalità smarrita e la percezione di sé. Uno stato psicologico che coinvolge anche la famiglia, che deve trovare le modalità per superare il senso di impotenza ed offrire una sponda efficace di sostegno.

Nel pensiero di chi non è addetto ai lavori la Riabilitazione Neuromotoria è soprattutto questo: lo strumento che attraverso ogni piccolo passo riconquistato di autonomia restituisce a chi è stato colpito da un grave problema cerebrale motivazione e fiducia, aiutandolo a recuperare una visione del futuro.

Arrivano poi i professionisti a spiegare che questo servizio è anche altro: insieme ai pazienti con esiti di ictus ed emorragia cerebrale assiste anche quanti registrano un peggioramento delle malattie progressive croniche degenerative ed anche persone che hanno subito interventi per l'impianto di protesi ortopediche. Quella che cambia è ovviamente la durata della degenza riabilitativa: massimo venti giorni per il paziente ortopedico, due, tre mesi per le malattie neurologiche, che possono arrivare a sei in caso di stato vegetativo.

Prima di capire un po' di più sul modello riabilitativo applicato in questa Unità vale la pena di spendere due parole sulla sua storia: il servizio è stato aperto nel settembre 2009, dopo che da più anni la comunità rivoltana chiedeva il completamento

21 Oreste Febo, Proteggiamo il nostro cuore, in *Il Nuovo Torrazzo*, inserto "Educazione Sanitaria" 2017, p. 60.

22 DGR IX/1479 del 31 marzo 2011.

23 Testimonianza di Donatella Fusar Bassini.

Riabilitazione Neuromotoria

della riconversione del Santa Marta[24]. Fino a quella data l'assistenza alle stesse tipologie di malati era tutta a carico del Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale e motoria, che tuttora svolge la propria attività sui pazienti acuti nei reparti di degenza (per una prima valutazione fisiatrica, ma anche con interventi fisioterapici diretti ai ricoverati in rianimazione o ai post operati in Ortopedia e Chirurgia) e in sede ambulatoriale[25]. Anche se, come ha raccontato Rosa Benelli, fisioterapista ospedaliera fino al 2016, "con la nascita di Rivolta la struttura si è molto ridimensionata (ridotti gli spazi, ridotta l'utenza)[26]", gli ambulatori di Crema forniscono oltre a quelle fisioterapiche prestazioni di neurofisiologia e per le malattie metaboliche delle ossa[27]. Esiste anche un servizio per i malati oncologici, a cui senza tempi d'attesa possono rivolgersi per avere indicazioni sui trattamenti utili alla loro patologia.

Come ha rivendicato con orgoglio l'attuale direttrice dottoressa Caterina Groppelli, la Riabilitazione Neuromotoria del Santa Marta "è stata costruita dal niente, quindi ci ha coinvolto in un lavoro impegnativo, ma anche molto soddisfacente[28]". La varietà delle problematiche neurologiche per le quali il servizio è stato creato ha fatto sì che fin dall'inizio esso sia stato connotato da una estesissima multidisciplinarietà: in ambito medico si avvale del contributo delle figure del neurologo, dell'internista, del fisiatra e della neuropsicologa, per l'assistenza ci sono infermieri ed operatori socio sanitari, ed infine fra il personale tecnico riabilitativo si annoverano logopedisti, massaggiatori, addetti alla terapia fisica e terapisti occupazionali.

Una tale varietà di professionisti impone la disponibilità al lavoro di équipe, e proprio questa, a detta di chi vive ogni giorno la realtà del reparto, ne costituisce forse la caratteristica più positiva:

> Il lavoro d'équipe è l'elemento cruciale: abbiamo delle riunioni settimanali a cui partecipano tutti, medici, personale di assistenza e tecnici. Durante questi incontri si parla del singolo paziente e ciascuno fornisce il suo contributo sulla base del "pezzetto" che gli compete, in modo da omologare gli interventi. Questi momenti servono anche per scambiarsi tutte le informazioni che possono essere utili per aiutare il malato e capire magari perché non sta progredendo (a volte basta poco, una discussione con un parente, o un problema a casa per

24 Nuova Riabilitazione, Santa Marta pronta, in *La Provincia*, 6 maggio 2004, p. 22.

25 Fra il 2009 e il 2012 l'attività ambulatoriale è stata esternalizzata, per poi rientrare in ospedale al termine dei lavori di ristrutturazione degli spazi dedicati.

26 Testimonianza di Rosa Benelli.

27 La più frequente e conosciuta fra queste malattie è l'osteoporosi.

28 Testimonianza di Caterina Groppelli.

Inaugurazione del reparto di Riabilitazione Neuromotoria, 2009

generare una crisi)[29].

Occorre in effetti un duro lavoro da parte di tutti gli operatori per gestire situazioni molto complesse che coinvolgono i pazienti ("le patologie che assistiamo cambiano completamente le persone[30]"), ma che, data la durata della degenza, richiedono anche un'interazione proficua con i familiari. Con tutte e due le componenti – malati e parenti – si concorda al momento del ricovero il progetto riabilitativo. È un passaggio molto delicato, perché implica la necessità di bilanciare le aspettative del paziente rispetto alle possibilità di recupero con l'esigenza di non indurre false speranze:

> Dopo un ictus o un'emorragia non è sempre possibile un recupero completo, quindi nel programma che viene elaborato si cercano di individuare gli obiettivi da raggiungere: laddove è possibile recuperare il danno si finalizza l'attività a questo, dove non è possibile si cerca di fare raggiungere la migliore qualità di vita possibile[31].

In questo processo riabilitativo ciascun professionista ha un ruolo e una funzione fondamentale. Per ciò che concerne la terapia fisica i programmi, benché standardizzati dal punto di vista scientifico, vengono adattati alle necessità del singolo paziente e comprendono oltre alle procedure "classiche" (esercizi motori e di stimolazione sensoriale, manipolazioni, massaggi ecc.) anche l'utilizzo della tecnologia. È il caso ad esempio del "guanto robotico", un dispositivo innovativo per la riabilitazione dei pazienti con deficit dei movimenti della mano, che permette "un trattamento neuromotorio intenso, stimolante e flessibile delle dita per recuperare articolarità, funzionalità e danni da immobilizzazione[32]", ed è quello (ancora più sorprendente!) della "balance board wii", che utilizza la realtà virtuale dei videogiochi come supporto della fisioterapia ed ergoterapia per i malati di Parkinson e sclerosi multipla:

> L'immagine corporea del soggetto viene inserita in un ambiente virtuale, il paziente vede se stesso (alter ego) su un monitor e può interagire, utilizzando gli spostamenti del corpo, in tempo reale con gli oggetti che gli appaiono e con le situazioni che si creano, siano esse movimenti dello sport o simulazioni di attività di vita quotidiana[33].

29 Testimonianza di Flora Strepparola, coordinatrice dei fisioterapisti del reparto.
30 Testimonianza di Caterina Groppelli.
31 Ibidem.
32 Ospedale Maggiore. La tecnologia nella Riabilitazione Motoria a Rivolta d'Adda e nella Fisiatria di Crema, in *Crema on line*, 28 novembre 2015.
33 Ibidem.

Il logopedista interviene non solo sulle difficoltà di linguaggio, ma anche sui disturbi della deglutizione e/o alimentazione, ad esempio fornendo assistenza pratica durante i pasti.
Un'altra figura importantissima è quella del terapista occupazionale, che utilizza strategie dirette a minimizzare la disabilità ed a valorizzare la funzionalità residua nella rieducazione del paziente alla gestione della propria persona (a partire dalle azioni di base della vita quotidiana: nutrirsi, provvedere all'igiene, apprendere le tecniche per i passaggi posturali) con il maggior grado di autonomia raggiungibile. Si tratta di un aspetto solo apparentemente secondario, perché "cercare di riportare il paziente ad eseguire i movimenti e le attività di tutti i giorni, versarsi una bevanda, farsi un caffè, capire la successione dei gesti necessari da compiere per preparare una minestra… sono tutte cose che aiutano ad essere meno dipendenti possibile[34]". Questo professionista si occupa anche di predisporre le condizioni per favorire una vita autonoma dopo le dimissioni, attraverso una valutazione dell'ambiente di residenza del malato diretta all'eliminazione delle eventuali barriere architettoniche, alla prevenzione delle cadute ed in generale a rendere più facilmente fruibili gli spazi.
Le funzioni del neuropsicologo sono facilmente intuibili, ma è importante tenere presente che esse non si estrinsecano solo nei confronti del paziente, ma coinvolgono l'intera cerchia parentale: non a caso ad esempio nel caso dell'ictus la letteratura scientifica parla spesso "malattia di famiglia", intendendo che nel piano d'intervento riabilitativo vanno coinvolti tutti coloro che si troveranno a seguire il percorso del congiunto anche dopo il periodo di degenza.
C'è poi il personale infermieristico. Per descrivere il fondamentale ruolo da esso svolto ricorriamo alle parole (l'entusiasmo con cui le ha espresse non si può rendere sulla carta, ed è un peccato) di Emanuela Schiavini, coordinatrice del reparto:

> Il paziente neurologico è un paziente "pesante", e noi lo assistiamo per tutto l'arco della giornata, quindi instauriamo un rapporto profondo con lui. Forse per questo poi i pazienti tornano a trovarci! Oltre a provvedere alla necessaria assistenza quotidiana cerchiamo di impostare delle attività: ad esempio abbiamo avviato un orto giardino col supporto della terapista occupazionale per i problemi di manualità, e a Natale e Pasqua organizziamo feste con dolci, torte e canti. Quest'anno interverranno anche i pazienti del Centro Psico Sociale che canteranno motivi natalizi. In reparto c'è la libertà d'ingresso per i parenti, ed in giornate particolari come la Festa del Papà diamo modo ai familiari di festeggiare. Da alcuni anni teniamo un libro dove chi è passato di qui può raccontare la sua esperienza, magari anche per incoraggiare chi arriverà dopo: possono scrivere di tutto, cose belle e brutte, ringraziamenti, e se la scrittura è incerta e difficile da capire… mettiamo la traduzione![35].

La fine del ricovero è quella dei saluti e dei ringraziamenti, ma è anche quella del "cosa faccio adesso?", quella in cui la paura e l'ansia per il futuro possono facilmente riaffacciarsi e il senso di abbandono è sempre in agguato. Chiedersi quindi cosa accade "dopo" è ancora una volta imperativo. E per il paziente neurologico, almeno a giudizio di chi segue ogni giorno queste problematiche, la risposta non è del tutto incoraggiante:

L'assistenza domiciliare permette al paziente di tornare immediatamente a casa dopo una frattura, o dopo un'artroprotesi all'anca o al ginocchio. In questi casi funziona: il fisiatra fa il Piano riabilitativo Individuale, dopo di che le cooperative che hanno avuto l'incarico forniscono il fisioterapista che va dal paziente per tutte le sedute che servono. Altro è il discorso per il paziente neurologico, a cui vengono riconosciute un certo numero di sedute l'anno e poi… c'è il vuoto, nel senso che le sedute non bastano. Dopo c'è solo il volontariato, quando questo riesce ad organizzare il servizio… e non è certo facile. Fra l'altro un paziente neurologico ha molti bisogni, non solo la riabilitazione, ma anche di tipo assistenziale, psicologico… Anche il ricovero in struttura complessa non sempre risolve del tutto il problema, per cui quando escono molti sono lasciati al privato, con i costi che questo comporta. In questo senso da quando l'ospedale è diventato azienda le cose sono peggiorate: prima, certo, c'erano gli sprechi, ma si riusciva a trattare il paziente dall'inizio alla fine, adesso non è più così. E poi è vero che una volta si faceva tanto lavoro e

34 Testimonianza di Caterina Groppelli.

35 Testimonianza di Emanuela Schiavini.

Rosa Benelli

non sempre indicato, mentre adesso è sicuramente indicato, però non basta! Anche l'aggiornamento per noi fisioterapisti era maggiore, perché maggiori erano le risorse, si investiva di più nella formazione professionale[36]."

Sembra quindi che in questo campo rimanga ancora molto da fare. Certamente è tanto, tantissimo il lavoro svolto in reparto ogni giorno (di cui le operatrici che abbiamo ascoltato sottolineano il carico emotivo e non solo fisico), con un personale sotto organico e per di più squassato da un turn over assai elevato. Ma ci piace credere che ad aiutare a superare la fatica ci siano quei grazie vergati con scrittura malferma dentro il libro dei saluti…

36 Testimonianza di Rosa Benelli.

Il presidio di Rivolta d'Adda

CAPITOLO XIII

DOLORE E CURE PALLIATIVE

Curare e prendersi cura

È qualcosa che verifichiamo quotidianamente, e che anche questo viaggio, nelle sue varie tappe, sta confermando: la medicina attraversa una fase di straordinario progresso, malattie che un tempo non davano speranza oggi conoscono possibilità concrete di guarigione, la tecnologia e le scoperte scientifiche allungano la vita delle persone, e non è vano ottimismo pensare che in un futuro più o meno prossimo si arriverà a sconfiggere molti dei mali che ancora non hanno cure efficaci. I passi avanti sono così rapidi da indurci a rifiutare l'idea che ci siano casi in cui occorre arrendersi, e nei quali nessun farmaco, nessuna terapia, nessun miracolo potrà mai cambiare l'esito finale. È un atteggiamento che com'è umanamente comprensibile si può trovare in chi deve confrontarsi con la propria malattia o con quella di una persona amata, ma che a volte interessa anche i medici, quando vedono la guarigione come l'unico scopo della loro opera. Per i professionisti questa visione porta con sé un duplice rischio: quello di tentare ogni strada, anche al di là della volontà del malato (o della sua stessa dignità), per differire il momento della morte, vissuta come una sconfitta inaccettabile, o quello opposto di dire: non posso guarire, quindi il mio compito è finito.

Si tratta in entrambi i casi di risposte sbagliate, che comportano conseguenze pesanti per i pazienti, conseguenze di cui è difficile però cogliere appieno la portata se le si valuta dal punto di vista privilegiato delle persone sane.

Per tale motivo ora vogliamo parlare di un incontro, uno dei moltissimi che questa ricerca ci ha regalato, ma che per noi assume un valore assolutamente speciale per quello che ci ha insegnato.

Abbiamo conosciuto Lucilla una mattina del marzo 2018, e dopo il nostro colloquio ci siamo lasciate con la promessa di rivederci alla presentazione del libro. Non è potuto accadere, perché questa bellissima signora dagli occhi luminosi e sereni se n'è andata due mesi dopo. Crediamo che nessuna parola di quelle che noi potremmo spendere avrebbe minimamente la capacità di descrivere lo stato d'animo di un malato terminale che si deve confrontare con questa medicina che ha il guarire come unico obiettivo, e che qualora non riesca a realizzare tale obiettivo considera esaurita la sua funzione. Per questo motivo ci abbandoniamo completamente al suo racconto:

> La mia malattia è cominciata quattro anni fa, a maggio. Sono stata ricoverata, operata e assistita al meglio, ho fatto la chemioterapia e tutto quello che era possibile per sconfiggere il cancro, ma dopo sette mesi sono risultata recidiva, la chemio non aveva avuto i risultati sperati. Altri due consulti mi hanno confermato che per la mia malattia non c'era guarigione, non l'avrei sconfitta. Sono andata avanti lo stesso a fare la chemio fino a che il mio fisico non ha ceduto, e a quel punto ho deciso di non farla più. In quel momento i medici hanno visto la cosa come un loro fallimento e mi hanno abbandonata. Sono stata mesi da sola con i miei dolori e senza sapere a chi rivolgermi, fino a quando ho incontrato le Cure Palliative. Io credo che i medici abbiano ancora tante cose da imparare: non devono vivere l'impossibilità della guarigione come una sconfitta, è proprio quello il momento in cui abbiamo più bisogno che stiano vicini a noi, per

Lucilla Garota

indicarci dove andare, cosa fare. Un paziente terminale è spaventato, ha paura e ha bisogno di avere qualcuno accanto. I medici devono anche imparare ad ascoltare di più le persone e a rispettare le loro decisioni: se dico che non voglio fare più la chemio ci sono dei motivi: se ci fosse stata la minima speranza avrei continuato, ma se non ha senso devo trovare un altro modo di essere assistita e curata fino al mio punto di arrivo[1].

Un altro modo di essere assistita e "curata" Lucilla l'ha trovato nelle Cure Palliative: un termine che fa una grande paura, di quelli che quando ne parli (e Lucilla riusciva a farlo con una splendida serenità) "vedi la gente cambiare espressione ed allontanarsi spaventata[2]", perché le si considera sinonimo di "ultimi giorni", una forma di supporto da attivarsi a ridosso della fine. Invece non è così, non lo era nemmeno nelle intenzioni di colei che se ne è fatta iniziatrice, il medico inglese Cicely Saunders, che nel 1967 diede vita al primo Hospice per malati terminali[3]. L'obiettivo della dottoressa Saunders era lo stesso che guida attualmente il servizio: "… migliorare la qualità della vita dei malati (e delle loro famiglie) che si trovano ad affrontare i problemi associati a malattie inguaribili. Ciò (…) attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza con un'identificazione precoce e un ottimale trattamento del dolore, degli altri sintomi come nausea, vomito, difficoltà di respirazione, insonnia, confusione mentale ecc. e delle altre problematiche di natura psicosociale e spirituale. Le Cure Palliative si rivolgono a pazienti con qualsiasi malattia evolutiva e cronica in fase avanzata, quindi non solo affetti da patologie oncologiche, ma anche ad esempio respiratorie, neurologiche, cardiologiche[4].

Cure Palliative come espressione di una medicina che non sa solo curare per guarire, ma che sa anche "prendersi cura" quando la guarigione non è più possibile: non limitandosi ad affiancare il malato in modo passivo (a volte può esserci la tentazione di intenderle così), ma anzi mettendo in campo tutti gli interventi e le azioni di cui la scienza dispone per sostenerlo ed impedire che si senta solo nel momento più difficile. È una prospettiva decisamente diversa, che crediamo non sia affatto facile per un medico accettare, ma che una volta fatta propria

1 Testimonianza di Lucilla Garota.
2 Ibidem.
3 Cicely Saunders (1918-2005) iniziò la sua attività come infermiera, poi a seguito di un problema di salute divenne assistente sociale: in tale veste cominciò ad interessarsi dei malati terminali e di come provvedere non solo ad alleviare il loro dolore fisico, ma anche a soddisfare i loro bisogni emotivi e spirituali. A questo scopo conseguì la laurea in Medicina e creò il St. Christopher's Hospice.
4 Abbiamo rubato la definizione dalla brochure di presentazione del Servizio di Cure Palliative di Crema.

Luciano Orsi

spiega la scelta di confrontarsi quotidianamente con la sofferenza senza speranza:

> Nel 1996 ho vissuto un'esperienza in Brasile, nelle favelas. Sono partito da giovane medico con una gran voglia di fare e mi sono trovato in una realtà con una lingua che non conoscevo, malattie che non conoscevo, situazioni che mai avrei immaginato. Così ho vissuto l'impotenza nel fare, perché non hai i mezzi e non hai le conoscenze. Ed in mezzo a questa impotenza è emerso il valore più importante, che è l'uomo: in quelle realtà capisci che la prima terapia non è il farmaco, ma la persona. Mi ricordo che dovevo andare al domicilio di una donna affetta da una patologia incurabile, a cui facevo le medicazioni e somministravo paracetamolo, l'unica cosa che avevo: ad un certo punto, rendendomi conto della mia impotenza, non volevo più andarci, "tanto non posso fare nulla', mi dicevo. Eppure lei mi cercava lo stesso, e a distanza di anni ho capito che per quella donna era importante avere qualcuno accanto, indipendentemente da quello che faceva. È una cosa che se non la vivi è difficile da capire. Quando ti trovi davanti una persona che sta male e non hai armi per guarirla ti rendi conto del potere dell'uomo, del suo sguardo, del suo stare accanto: non ti posso guarire, ma ti posso curare, non ti posso salvare, ma sono qui, accanto a te[5].

È un diritto, quello di non sentirsi soli, che solo da pochi anni in Italia ha avuto un riconoscimento normativo: la legge 38 del 15 marzo 2010 ha garantito per la prima volta l'accesso a questo tipo di cure e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza[6].
In questo senso possiamo dire che Crema, grazie all'impegno e alla passione di un pugno di persone illuminate, ha davvero anticipato i tempi: data infatti a inizio 2003 l'inaugurazione del Servizio domiciliare di Cure Palliative. A farsene promotore è il dottor Luciano Orsi, che fino a quel momento aveva svolto la sua attività nel reparto di Rianimazione. La novità assoluta dell'iniziativa non manca di suscitare sorpresa ("qualcuno dei colleghi si è sentito sicuramente confortato dall'avere chi si occupasse di coprire queste fasi finali, altri, molto proiettati nella cura tecnologica, erano disorientati e un po' diffidenti[7]"), ma fin dalla sua prima inter-

5 Testimonianza di Sergio Defendi, attuale direttore dell'Unità di Cure Palliative.

6 Purtroppo, come troppo spesso accade in Italia, da un'inchiesta pubblicata su *La Stampa* il 17 novembre 2017 risulta che nella realtà solo il 30% dei malati terminali oncologici può accedere ai servizi di Cure Palliative a cui avrebbe diritto per legge.

7 Testimonianza di Luciano Orsi.

vista alla stampa[8] il dottor Orsi ci tiene ad essere estremamente chiaro sulla motivazione che presiede al nuovo servizio ("i malati inguaribili non sono incurabili") e sulle caratteristiche che esso possiederà: "per essere efficace l'assistenza palliativa deve strutturarsi come una rete di cure fatta di assistenza domiciliare, ambulatoriale e di consulenza intraospedaliera. Lo scopo di quest'ultima è quello di realizzare una dimissione "protetta" in grado di garantire la continuità terapeutica".
Il servizio raccoglie immediatamente grande favore dalla gente e produce da subito numeri importanti: nei primi due anni sono 434 i malati seguiti a domicilio, 45 quelli visitati in ambulatorio, mentre 287 consulenze vengono effettuate nei reparti[9].
Vista l'estrema positività dei risultati si moltiplicano gli sforzi per attrezzare la nuova realtà del necessario supporto economico (pochi o nulli sono i fondi pubblici): alla fine del 2003 viene costituita l'Associazione Cremasca Cure Palliative (ACCP) "Alfio Privitera" il cui scopo appunto è quello di "compiere un'attività che porti ad un adeguamento qualitativo e quantitativo delle Cure Palliative nel territorio cremasco[10]". L'inaugurazione della sede associativa offre al presidente Guido Torriani[11] l'occasione per un grande annuncio: a breve inizieranno presso il vecchio ospedale i lavori per la realizzazione di un Hospice per malati terminali con otto posti letto che verrà gestito dalla Fondazione Benefattori Cremaschi. In realtà i tempi non saranno brevi come auspicato: fra scarsità di fondi (più volte ci si appellerà alla generosità della popolazione, e sostanziosi contributi in effetti arriveranno da privati ed enti pubblici), permessi in ritardo, burocrazia e non meglio precisate "incomprensioni[12]", l'Hospice sarà attivo solo a partire dal giugno 2006. Alla fine del 2012 la Regione autorizzerà poi il suo ampliamento, e i posti letto passeranno da otto a quattordici[13].
Prima di occuparci di questa struttura, che rappresenta il completamento della rete di Cure Palliative, è bene tuttavia soffermarsi sulle prime maglie di essa che sono state intessute, cioè quelle dell'assistenza domiciliare. Lo facciamo riprendendo il racconto di Lucilla:

> Grazie alle indicazioni di una psico oncologa ho saputo dell'esistenza del Servizio di Cure Palliative, e da dicembre dello scorso anno ne usufruisco. Dal momento in cui ho iniziato la mia vita è cambiata completamente: sono serena, tranquilla, mi sento assistita e non ho più paura di niente. So cosa mi aspetta – l'ho sempre saputo – ma grazie a queste persone – che io chiamo i miei angeli – posso vivere la mia vita appieno. Tutte le mattine ricevo la loro telefonata, due volte alla settimana ho la loro visita, mi assistono con i medicinali, si prendono cura di me. Ho un numero di telefono che posso chiamare 24 ore su 24, di qualsiasi cosa ho bisogno so che loro ci sono, e non è poco. Non mi sono più sentita sola[14].

Questa forma di assistenza rappresenta la vera essenza delle Cure Palliative, il cui obiettivo principale è proprio quello di permettere al malato terminale di ricevere le cure a casa sua, vicino ai suoi affetti, ai suoi ricordi e alle cose che ama. È ovvio però che ciò è possibile solo fornendo al paziente e ai suoi familiari un adeguato supporto a livello terapeutico, ma anche psicologico e relazionale: esso viene garantito attraverso un'équipe che comprende diverse professionalità e che oggi è costituita da quattro medici, quattro infermieri, una psicologa e un fisioterapista. Tutte queste figure insieme prov-

8 Cure Palliative ai malati terminali, assistenza domiciliare per i Cremaschi, in *La Provincia*, 30 luglio 2003, inserto "Sanità e territorio", p. 1. Nell'intervista il dottor Orsi spiega anche il significato del logo delle Cure Palliative che raffigura San Martino nell'atto di cedere metà del suo mantello (in latino pallium) al viandante bisognoso: esso rappresenta l'assistenza che queste cure forniscono al malato per proteggerlo dalle "intemperie" della malattia terminale.

9 Favorire la cultura del sollievo dal dolore: il 29 in ospedale, in *La Provincia*, 25 maggio 2005, inserto "Sanità e territorio", p. 1. Il titolo si riferisce ad un convegno organizzato dal reparto.

10 Cure Palliative, nuova sede, in *La Provincia*, 23 luglio 2004, p. 20. Il nome dell'associazione è non a caso quello dell'illustre medico dell'Ospedale Maggiore che era da poco scomparso e credendo nel progetto aveva lasciato uno spazio da adibire a sede.

11 Il dottor Guido Torriani è stato il fondatore dell'associazione Alfio Privitera e l'ha presieduta fino al 2010, promuovendone i progetti con grande passione e intelligenza.

12 Un articolo de *La Provincia* (Hospice, sarà pronto in ottobre, 21 maggio 2005, p. 21) arriva ad indurre il sospetto che ci possano essere ostacoli all'apertura perché "è una struttura pubblica che potrebbe dare fastidio ad altre private che frullano nella testa di qualcuno".

13 Kennedy in restyling, in *Il Nuovo Torrazzo*, 29 dicembre 2012, p. 6.

14 Testimonianza di Lucilla Garota.

vedono quindi non solo a controllare i sintomi al fine di migliorare la qualità della vita, ma si occupano anche di rafforzare le relazioni più significative del paziente e di rispondere ai suoi bisogni emotivi e ai suoi timori: "quando le persone che mi assistono vengono a casa c'è sempre spazio per una chiacchierata o una confidenza. Si finisce per diventare amici, e questo rapporto fa parte della cura[15]".

Le cure domiciliari diventano quindi un modo per umanizzare la fase terminale della malattia, ma rappresentano anche la via per ridare umanità alla morte. I tempi moderni ci stanno sempre più allontanando da questa dimensione: la morte è diventata un pensiero da cui fuggire, e qualcosa da nascondere. Se per i nostri avi essa costituiva un fenomeno naturale, che fin da bambini si sperimentava nelle case assistendo alla scomparsa dei componenti anziani della famiglia, oggi l'ospedalizzazione l'ha rimossa dal nostro quotidiano. A giudizio del dottor Orsi occorre invece far ridivenire la morte "una parola proferibile, un pensiero pensabile[16]", creando le condizioni perché il luogo di vita possa anche essere per chi lo desidera (e gli studi dicono che per gran parte dei pazienti è così) quello dove avviarsi a concludere il proprio percorso.

Ovviamente perché le Cure Palliative producano gli effetti attesi sui malati e le loro famiglie bisogna che siano fatte partire non appena i sintomi fisici e psicologici iniziano a creare sofferenza. In questo senso è necessario che venga sfatata l'immagine corrente che vede in tale tipo di assistenza un supporto riservato agli ultimi giorni o settimane: l'attivazione precoce del servizio permette un miglior controllo del dolore e favorisce l'instaurarsi di un rapporto di fiducia più intenso fra il malato e i suoi familiari e l'équipe. È il motivo per cui da cinque anni a Crema si sta sperimentando il simultaneous care, una forma di assistenza che prevede l'avvio delle Cure Palliative quando ancora il paziente con malattia inguaribile è sotto trattamento attivo: ciò consente che il passaggio sia più graduale e concede più tempo al malato per poter esprimere le sue preoccupazioni e le sue ansie[17].

Finora si è parlato di cure domiciliari in quanto già nelle intenzioni dei coraggiosi professionisti che nei primi anni Duemila hanno deciso di investire risorse ed energie in questo campo esse dovevano rappresentarne il tassello centrale, e così è tuttora. Purtroppo però non sempre il malato terminale può essere gestito a casa: ad impedirlo possono essere motivi di gravità clinica o di insufficiente assistenza familiare. Per tale ragione fin dalla nascita del servizio a Crema si è iniziato a ragionare su un luogo fisico che potesse assicurare anche la copertura di questi particolari bisogni, completando così la rete delle Cure Palliative. Ecco perché è stato realizzato l'Hospice: un ospedale che non è un ospedale per un ricovero che non è un ricovero. Un posto che nel 2006 aveva ben pochi eguali nelle strutture sanitarie pubbliche.

L'Hospice

Un non ospedale: questa è la visione che ha presieduto alla realizzazione del servizio in via Kennedy, fra le mura della vecchia Domus Dei. E questa è la visione che ne ha determinato l'organizzazione interna, come si desume dalle parole del dottor Orsi:

> Non sempre i malati sono assistibili a casa, quindi occorreva provvedere a una struttura di ricovero, che però doveva essere quanto di più vicino possibile al domicilio. L'hospice deve essere un luogo dove l'ammalato si sente almeno un po' a casa sua, quindi il letto non è ospedaliero, il paziente può personalizzare l'ambiente della camera con i suoi oggetti, non ci sono orari di visita e sono ammessi gli animali (che fanno parte integrante della rete relazionale di una persona). All'hospice possono accedere anche i bambini: sarebbe impensabile che se sono abituati a vedere il nonno dopo la scuola non lo possano fare nella struttura… queste visite servono a ricreare una normalità che fa bene sia ai nonni che ai nipoti[18].

Il dottor Orsi ha insistito molto su quest'ultimo punto: la pratica corrente di "nascondere" la morte ha una ricaduta non da poco sui bambini, che non vivendo il cambiamento fisico della persona cara fanno poi fatica ad elaborare la sua perdita, mentre "se vedo capisco, e se capisco ho meno paura[19]".

15 Ibidem.
16 Testimonianza di Luciano Orsi.
17 Il percorso non è più riservato come all'inizio ai soli pazienti oncologici, ma si sta estendendo ad altre tipologie di malattie inguaribili.
18 Testimonianza di Luciano Orsi.
19 Ibidem. A proposito dei bambini il dottor Orsi ha anche

Nell'hospice operano medici ed infermieri con una formazione particolare, e non potrebbe essere che così. L'incontro quotidiano con la sofferenza e la morte è qualcosa che segna nel profondo:

> Non è un lavoro per tutti, ma può essere per tanti. Certamente per stare qui occorre aver maturato delle consapevolezze personali, perché accostarsi alla morte degli altri significa aver cominciato a pensare alla propria: diversamente scappi! Vuol dire anche sapere dove si è, e non stare né troppo vicino né troppo lontano rispetto al malato: nel primo caso infatti vieni troppo assorbito dalla situazione e perdi il tuo confine, nel secondo non dai una mano. Sono cose che si imparano soprattutto sul campo, per cui la formazione del personale ha una ridotta parte teorica ed una grossa parte relazionale ed emotiva. Gli abbandoni comunque non sono molti: se si lavora davvero in équipe – ed occorre una manutenzione continua della stessa – il peso è ripartito su tante spalle[20].

Sul difficile equilibrio fra empatia e necessità di non farsi sopraffare ha insistito anche il dottor Sergio Defendi, attuale responsabile dell'Unità Operativa:

> Certo, io non posso morire tutte le volte insieme alla persona, quindi ci vuole un minimo di distacco. Tuttavia credo che non si possa aiutare qualcuno osservandolo dall'alto, senza entrare nel suo mondo. Teniamo conto che chi se ne sta andando vive una verità assoluta, che è la morte, e di fronte ad una verità assoluta tu non ti puoi porre senza coinvolgere il tuo vero essere, con tutte le sue insicurezze: se non lo fai il malato lo coglie[21].

Ed ecco allora che il confronto con questo tipo di sofferenza impone al professionista una preparazione continua ed insieme un altrettanto ininterrotto sforzo di crescita interiore: "in caso contrario non ce la fai, perché le risposte che puoi dare non possono essere solo scientifiche…[22]".

Forse proprio anche l'esigenza di porsi verso il malato in un'ottica che vada oltre l'aspetto clinico della malattia (oltre all'ovvia necessità di avere altre braccia su cui contare!) può spiegare perché poco dopo l'avvio dell'hospice si sia cercato di aprire il servizio al mondo del volontariato.

Tutto inizia nel maggio 2008, quando l'associazione Alfio Privitera in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera organizza un convegno dal titolo significativo: "Volontariato nelle Cure Palliative, perché no?". In una sala Alessandrini gremitissima vengono presentate importanti esperienze in materia maturate in giro per l'Italia, mentre nell'intervento finale della giornata un'operatrice sociale, la dottoressa Luciella Campi, invita chi fosse interessato a questa particolare forma di assistenza a darne comunicazione compilando un'apposita scheda[23]. L'adesione è di dimensioni assolutamente inaspettate: una cinquantina di persone forniscono le proprie generalità, e dopo un'apposita riunione informativa, 43 di loro iniziano il corso teorico pratico di formazione[24]. Oggi il gruppo si compone di un'ottantina di volontari (non tutti impegnati in hospice: c'è chi affianca l'associazione con attività di segreteria, organizzazione e promozione di eventi e raccolta fondi e chi collabora all'opera di sensibilizzazione nelle scuole).

Può apparire sorprendente (per lo meno a noi è sembrato tale) il fatto che tante persone decidano di dedicarsi a una forma di volontariato così difficile ed emotivamente impegnativa, perciò ci è venuto spontaneo chiederci i motivi di questa scelta. Certo, per gran parte dei volontari la decisione è dettata dall'esperienza di lutto vissuta con una persona cara e dall'esigenza di "restituire" in qualche modo quanto ricevuto, ma per qualcuno le motivazioni sono anche altre:

> Ho iniziato il corso non pensando di fare la volontaria, ma perché mi sembrava importante come

affrontato un tema estremamente doloroso: in tutta Italia esistono al massimo 3 o 4 strutture di hospice destinate ai piccoli pazienti inguaribili. In questo ambito occorre quindi ancora lavorare molto "perché bisogna evitare che muoiano in ospedale o peggio in terapia intensiva".

20 Ibidem.

21 Testimonianza di Sergio Defendi. Dell'équipe fa parte anche un assistente spirituale.

22 Ibidem.

23 Sul Convegno riferisce *La Provincia* (Volontari cercasi, 18 maggio 2008, p. 20).

24 Il corso era articolato in 15 lezioni teoriche a cui si aggiungevano otto ore di tirocinio in hospice affiancati dagli operatori. È stato completato da 32 volontari. Nel 2010 e 2012 ci sono stati altri due corsi con le stesse modalità (da cui sono usciti complessivamente 35 volontari) e nel 2017 ne è partito un altro con 22 iscritti.

Il direttore Defendi con alcuni collaboratori

> genitore di avere una formazione, una cultura sulla morte. Dagli incontri però ho imparato così tanto (io che ho una vita frenetica mi sono trovata costretta in quei momenti a tornare all'essenziale, a ciò che è veramente importante) che ho capito che non poteva essere solo cultura…[25].

Ma in quali forme si esprime la collaborazione dei volontari in hospice? Chi opta per questa forma di assistenza è tenuto a dare una disponibilità continuativa di tre ore a settimana su tre possibili turni; ogni volta prima di iniziare l'attività viene informato tramite una scheda sulle persone che ci sono, sulle loro caratteristiche e a grandi linee sulla loro patologia, mentre all'uscita deve scrivere sul cosiddetto libro di consegna quello che ha fatto e le difficoltà incontrate. I compiti pratici del volontario si estrinsecano nei modi più diversi, a seconda delle condizioni e dei bisogni del malato: aiutarlo a mangiare o a camminare assistendolo negli spostamenti, svolgere per lui piccole commissioni, collaborare per rendere più accogliente l'ambiente (con un fiore, un quadro, un poster, o semplicemente regolando le condizioni di luce), accompagnare in modo discreto la sua giornata con la lettura di un giornale o di un libro, guardando insieme la tv, ascoltando musica o giocando a carte, manifestare vicinanza ricordando magari una ricorrenza e facendo in modo di renderla "speciale". A volte accompagnare significa rievocare insieme al malato i suoi ricordi: i luoghi visitati, le persone incontrate, le memorie di una vita di lavoro. Anche le feste "comandate" possono essere occasione per offrire momenti diversi: così ad esempio dal 2010 ogni 25 dicembre viene realizzato un concerto di canti natalizi a cui partecipano a turno le diverse corali del territorio, e per chi non se la sente di lasciare la sua camera e lo desidera i coristi portano la musica direttamente al capezzale del paziente. In questo non-ospedale capita pure che i volontari siano testimoni del nascere di amicizie e amori fra gli ospiti: e l'immagine che allora rimane scolpita nella mente è quella di due persone sulla sedia a rotelle che si tengono per mano…
Ma al di là delle attività e delle iniziative il ruolo del volontario assume una dimensione ancora più profonda:

> Occorre accostarsi sempre in punta di piedi, perché non tutti vogliono. Si bussa alla porta, ci si presenta, e poi occorre sensibilità e attenzione per capire se c'è uno spiraglio… Bisogna sempre rispettare il loro tempo, che non è il nostro, rispettare i silenzi senza volerli riempire per forza, e questa forse è la cosa più difficile. Ma la funzione del volontario, che a differenza dell'operatore non ha tempi e ritmi

25 Testimonianza di Sara Mariani, volontaria in hospice.

da rispettare, è proprio questa: stare ad ascoltare[26].

In un'epoca in cui si parla tanto, e poco tempo rimane per ascoltare gli altri, riscoprire questa dimensione dell'ascolto è essenziale non solo per i malati ma anche per le loro famiglie:

> Nell'atrio che abbiamo realizzato recentemente coi ragazzi del Liceo Artistico che ne hanno decorato le pareti abbiamo creato una specie di salotto con un piccolo angolo cucina. Questo perché a volte i parenti hanno bisogno di uscire dalla camera, e così ci si siede sui divani e si fanno due chiacchiere. In quei momenti vengono fuori tutte le sofferenze, e anche le cose non dette, come la moglie che del marito malato dice "non voglio che lui sappia', e quindi tiene dentro tutta l'angoscia… Ma vengono fuori anche le cose belle, i momenti vissuti insieme…[27].

Dalle parole di Sara si comprende l'enorme carico emotivo che questa forma di volontariato porta con sé, e la tentazione che può facilmente presentarsi di rinunciare: "Io quando devo andare tutte le volte penso: no, oggi non ce la faccio… C'è sempre un po' di tensione e anche di paura: di non trovare le persone lasciate la settimana prima, o di trovarle peggiorate…[28]". Ma non è solo questo: incontrare la sofferenza altrui significa spesso rivivere quella di persone che ci sono state vicine, ma anche pensare alla propria morte; significa rischiare di farsi travolgere dalle ansie e dalle paure del malato e dei parenti, significa infine vivere la propria impotenza e la propria limitatezza, quando sembra di non riuscire a trovare le parole adatte o il modo giusto di comportarsi di fronte a situazioni che ci colpiscono nel profondo…
Eppure… Eppure basta superare la soglia di quelle stanze perché tutto cambi: "poi si entra, e non si ha la sensazione di accedere a un mondo di sofferenza. Si cade in una sorta di sospensione temporale, in cui tutte le cose che prima sembravano urgenti spariscono, e si vive l'essenzialità. Si ascoltano le persone e si capisce quante cose possono insegnarci. Io tutte le volte spontaneamente le ringrazio dei loro racconti, del modo in cui si aprono svelandomi i loro sentimenti più intimi[29]".
Ed ecco allora che questa esperienza così difficile diventa un preziosissimo strumento di crescita personale: prima di tutto perché appunto insegna a restituire il giusto valore alle cose, ma anche in quanto, come ci ha detto Luciella Campi, se da un lato l'acquisita consapevolezza dei limiti, difficoltà e paure che ci portiamo dentro ci mette di fronte alla nostra fragilità, dall'altro tale presa di coscienza ci dà modo piano piano di verificarne i motivi e di superarli. Si tratta di un processo dinamico, nel quale si cresce "imparando a valorizzare il silenzio, a rispettare i ritmi degli altri, a camminare a fianco delle persone, a gestire le emozioni, a riflettere su se stessi, e a far tesoro dell'esperienza per cambiare e migliorare[30]".
Il vissuto di chi fa assistenza in hospice è ricolmo di immagini, persone, storie. Ciascuna di esse ha lasciato qualcosa di incancellabile:

> Ci sono persone che mi sono rimaste nel cuore e nei pensieri. Mi è capitato di tenere la mano a qualcuno negli ultimi istanti, ma come volontaria non ricordo questi come i momenti più tragici, anzi li ho vissuti come momenti quasi magici, e quasi come un onore. Mi è costato molto di più affrontare altre esperienze. Mi ricordo di un signore molto lucido e consapevole che quando ha cominciato a stare peggio ha tirato fuori tutto il suo dolore per una sorella molto anziana che avrebbe dovuto lasciare da sola. Io sono pronto, diceva, ma mia sorella cosa farà? In questi momenti non c'è niente che puoi dire, puoi solo stare in silenzio e accogliere questa sofferenza.

> Una collega volontaria andava da una signora ricoverata a cui piacevano molto le sciarpe, così lei ogni volta le portava una sciarpa diversa. Poi la signora è peggiorata e un giorno vedendo la volontaria le ha detto: ho un regalo per te, guarda sotto il letto. Lei guarda aspettandosi magari una sciarpa, invece… non vede niente. Ma come, non hai visto? C'è un cesto di preghiere! Questo per dire che mentre noi siamo distratti dalla quotidianità loro vivono già un'altra dimensione…[31].

26 Ibidem.
27 Ibidem.
28 Ibidem.
29 Ibidem.
30 Testimonianza di Luciella Campi.
31 Testimonianze di Sara Mariani.

Queste esperienze così arricchenti e dense di valore i volontari le portano ai giovani, nei frequenti incontri che l'associazione Privitera organizza con le scuole. È una parte dell'attività che può suscitare un po' di stupore: in una società "edonista" come quella attuale, in cui la morte è un argomento tabù, da tenere lontano persino come parola e ancor più da evitare nelle relazioni reali o virtuali, appare incredibile che si decida di trasformarla in oggetto di trattazione scolastica, e ancora di più che la proposta venga accolta da chi anche per ragioni anagrafiche sembra lontano anni luce dal farne motivo di riflessione.
Invece la collaborazione delle Cure Palliative con gli studenti è attiva e funziona da molto tempo: gli alunni dell'Istituto agrario Stanga ogni anno allestiscono le fioriere del cortile dell'hospice con essenze coltivate nelle serre della scuola, mentre gli studenti del Liceo artistico Bruno Munari partecipano al concorso annuale per la realizzazione di immagini – il cui tema è "La bellezza della vita" – con le quali decorare le porte delle stanze[32]. Ma il momento più significativo è senz'altro quello dell'incontro con i ragazzi degli ultimi due anni delle superiori, il cui titolo esprime già gli obiettivi dell'iniziativa: "Prendersi cura della vita: la conoscenza delle tematiche del dolore e del lutto come opportunità di crescita".
Sara Mariani partecipa a questi momenti, e ce ne ha parlato:

> Il gruppo scuola è nato dall'idea di fare cultura fra i giovani sulle Cure Palliative, cultura che ancora nella società non c'è, a volte neppure fra i medici. Invece le Cure Palliative sono un mondo, e non vanno viste come qualcosa che interviene quando non c'è più nulla da fare. Se esse venissero attivate con largo anticipo si avrebbe il tempo di conoscersi, di capire, di affidarsi, e di fare un percorso sicuramente più utile e più bello di quando si viene contattati due giorni prima della morte. Fare cultura su questo tema vuol dire partire dal fatto che la morte c'è: i ragazzi assolutamente non ci pensano, credono di avere due, tre vite. Noi andiamo a parlare loro della bellezza della vita, diciamo che la vita è una e va vissuta bene, anche quando c'è una diagnosi che non lascia speranze. Io cito sempre il caso di un signore molto anziano che era in hospice e che amava raccontare molto di sè. Un giorno disse: "qui si sta proprio bene, sono tutti gentili, la dottoressa si siede sul letto e chiacchiera. Certo, non mi toglie la malattia, ma mi alleggerisce la fatica". Ecco, è proprio questo: il dolore fisico ormai è quasi sempre controllato, ma la fatica della consapevolezza di dover morire, del dover lasciare quello che si ama, è molto pesante. Le Cure Palliative servono proprio a questo, ad alleggerire questa fatica[33].

La bellezza della vita contrapposta alla fatica del morire: crediamo che non esista modo migliore per portare il messaggio ai giovani, che infatti rispondono dimostrando interesse, a volte tirando fuori (e non crediamo sia facile!) le proprie esperienze di distacco e di perdita. Questo interesse forse rappresenta l'argomento più efficace contro chi si ostina a presentare le nuove generazioni come insensibili ed egoiste…

Il Servizio di Cure Palliative è molto apprezzato dalla popolazione, e continui sono gli attestati di stima ricevuti dai parenti dei malati. L'auspicio è che sia messo sempre più nelle condizioni, con adeguate risorse umane e finanziarie, di affrontare i bisogni del territorio[34]. Sarebbe questo il miglior riconoscimento per la dedizione e la passione che operatori e volontari mettono nella loro attività quotidiana, e la cui migliore espressione troviamo nelle parole del dottor Orsi:

> La Cure Palliative danno delle gratificazioni che nessun'altra specialità regala: io credo di essere stato abbracciato di più in sei mesi di questa attività che in vent'anni di Rianimazione. Ma non è solo questo: dal confronto e dalla vicinanza con la morte impari moltissimo ad apprezzare la vita, soprat-

32 Nel 2010 l'associazione ha anche organizzato un corso rivolto ad insegnanti di scuola materna ed elementare nel quale una psicoterapeuta ha fornito delle indicazioni su come parlare di morte ai bambini.

33 Testimonianza di Sara Mariani.

34 Bisogni che sono in continua crescita, a giudicare dagli ultimi dati a disposizione (che utilmente si possono confrontare con quelli sopra riportati relativi al 2003-2004): nel 2017 l'assistenza domiciliare ha riguardato 281 pazienti oncologici e 88 non oncologici, 762 sono state le consulenze nei reparti, 250 i ricoverati in hospice, mentre 62 sono stati pazienti seguiti ambulatorialmente (S. Defendi, Cure Palliative, aumentano gli assistiti, in *Il Nuovo Torrazzo*, 26 maggio 2018, p. 46).

tutto nelle cose piccole che spesso sfuggono. È la cosa più importante che i malati ci insegnano[35].

Nati per soffrire?

> Qualunque professionista sanitario di fronte ad un paziente in fase avanzata di malattia deve porsi la domanda se ciò che sta facendo o proponendo al paziente o ai parenti (…) non sia un indiscriminato aggiungere giorni alla vita e se non sia piuttosto preferibile aggiungere vita ai giorni, lasciando evolvere le condizioni terminali secondo i principi delle cure palliative[36].

Il dottor Orsi scriveva così nel Duemila, quando le Cure Palliative a Crema non esistevano ancora. Abbiamo scelto di riportare le sue parole perché crediamo che non sia possibile trattare il tema di questa nuova medicina che si prende cura senza affrontarne anche altri, magari solo per offrire qualche spunto ulteriore di riflessione.
Sull'argomento del dolore abbiamo già avuto modo di soffermarci parlando del Centro che all'Ospedale Maggiore si occupa di trattarne le forme croniche benigne[37]: in quell'occasione abbiamo sottolineato il grande passaggio culturale in corso, che finalmente inizia a riconoscere il dolore stesso come un sintomo meritevole di attenzione indipendentemente dalla gravità della patologia da cui è generato, a causa degli effetti che può provocare sul piano fisico, ma anche su quello emotivo e psicologico. Ciò non toglie che alcuni retaggi del passato persistano tuttora, e se oggi non sarebbe più ammissibile quanto veniva detto a Francesca Gipponi all'inizio della sua attività di infermiera allorché segnalava la sofferenza di un paziente ("prima di intervenire aspetta che ne abbia di più[38]"), è altrettanto vero che le resistenze nei confronti soprattutto di determinati farmaci diretti a contrastare il dolore non sono affatto scomparse:

> Noi siamo l'ultimo o il penultimo paese d'Europa per il consumo di morfina e oppiacei: sottovalutiamo il dolore e lo sottotrattiamo. Le ragioni sono da un lato la visione del dolore come di un effetto secondario della malattia, di cui non ci si deve occupare più di tanto, dall'altra la cultura che lo lega al senso di colpa, al senso di espiazione, al modo di raggiungere livelli superiori di consapevolezza (molti sistemi filosofici e religiosi si fondano su questi elementi)[39].

Sono forme di resistenza trasversali, che coinvolgono allo stesso modo sanitari, pazienti e familiari:

> Fra i sanitari spesso c'è assenza di informazione: all'università non ti insegnano a gestire il dolore con la morfina. Fra i famigliari c'è la falsa convinzione che si tratti di farmaci che tolgono la coscienza, che accelerano la morte o inducono tossicodipendenza. Fra i pazienti esiste il timore che si tratti di terapie pericolose. Niente di questo è vero, basta una gestione attenta[40].

Quanto detto dal dottor Orsi è confermato dall'esperienza di Lucilla, le cui parole non lasciano dubbi:

> Benedetta la morfina! La prendo da dicembre e sto bene… Certo tutti i farmaci hanno effetti collaterali, anche la chemio ne ha, ma la morfina mi ha permesso di non avere più dolori, e di proseguire un percorso di vita accettabile. Non capisco perché averne paura[41].

L'accenno di Luciano Orsi al dolore vissuto per secoli come forma di espiazione ci ha fatto sorgere la curiosità di conoscere le attuali posizioni della Chiesa in merito. Crediamo possano bastare le parole scritte dal direttore del quotidiano Avvenire Marco Tarquinio all'inizio del 2018 come risposta alla domanda in merito di una lettrice: "I cattolici hanno chiaro che tutto ciò che doma il dolore insostenibile e accompagna a una buona morte anche se abbrevia la vita ha senso cristiano e moralità profonda[42]".
Risolto questo dubbio, rimane comunque il desiderio di capire in che modo un sacerdote si pone

35 Testimonianza di Luciano Orsi.
36 L. Orsi, La Rianimazione e Terapia Intensiva fra l'impegno assistenziale, le necessità organizzative e le istanze etiche, in L'*Ospedale Maggiore nel 2000*, cit., p. 255.
37 Vedi sopra, cap. 10.2.
38 Testimonianza di Francesca Gipponi.
39 Testimonianza di Luciano Orsi.
40 Ibidem.
41 Testimonianza di Lucilla Garota.
42 M. Tarquinio, *Fine vita, dolore, saggezza della Chiesa: cosa vuol dire "morire in pace"*, in *Avvenire*, 14 gennaio 2018.

di fronte alla sofferenza, soprattutto quando essa non è sostenuta da una speranza seppur minima di guarigione. Per tale motivo abbiamo voluto ascoltare la testimonianza di don Vito Barbaglio e di don Alberto Guerini, che in tempi diversi hanno svolto il loro ufficio di cappellano presso l'ospedale di Crema (don Guerini ricopre tuttora tale ruolo). Dall'incontro è emerso come il dolore vissuto negli incontri quotidiani con i pazienti rappresenta anche per un uomo di fede una grande esperienza di umanità:

> La sofferenza è una bella lezione anche per un sacerdote: tante volte mi sono detto di fronte a certi malati che soffrivano molto: se capitasse a me cosa faccio? Questo per dire che siamo fatti tutti di carne e ossa: è facile parlare di sofferenza, ma quando sei toccato è un'altra cosa…[43].

La prossimità alla sofferenza quindi mette di fronte alla propria fragilità, ma rappresenta anche una fonte di ininterrotto insegnamento:
L'incontro con il dolore ti mette a nudo di fronte alle questioni fondamentali della vita. È lì che tutti ci troviamo a chiederci: perché? Dentro di noi vive un anelito di immortalità: siamo portati a credere che la nostra vita non terminerà mai. Invece attraverso questa esperienza quotidiana vivo la gioia di sentire che ogni attimo va usato bene, ed è una scuola continua di vita e di valori. Imparare ad eliminare tutte le strutture inutili, scegliere un quotidiano fatto di piccole scelte, valorizzando le relazioni, portando avanti progetti non fantasiosi ma realistici, accogliendo gli incidenti di percorso senza l'illusione che sempre si possono superare le situazioni, quindi adattandosi anche ai cambiamenti radicali della propria esistenza[44]."
Ma in questo confronto continuo col dolore non c'è mai spazio per i dubbi? Non capita che le certezze di un uomo di fede vacillino davanti ad esempio a un bambino che soffre? Abbiamo voluto lanciare questa provocazione a don Alberto:

> Dipende dal contenuto della propria fede: se si crede in un Dio miracolistico, certo che si va in crisi; se crediamo in un Dio che "non cade foglia che Dio non voglia", certo che si va in crisi. Io non credo in questo Dio, per me la miracolosità è nel quotidiano, è la vita stessa. Dio secondo me non è da un'altra parte, è dentro ogni bimbo che soffre, è dentro ogni bimbo che gioca e gioisce, è dentro tutti noi. Da quando Dio si è fatto carne in Gesù, è nella nostra carne che palpita, per il dolore e per la gioia. Il luogo per lodare Dio è la vita quotidiana. San Vincenzo di Paola diceva alle sue suore: se tu sei in coro a cantare le lodi e ti ricordi che devi portare la medicina a un ammalato, lascia le lodi e corri da lui, perché lasci Dio per Dio. Oggi l'apostolo san Giacomo direbbe che la differenza non è fra chi dice di credere in Dio e chi dice di non credere, ma fra chi ama e chi non ama, sono le opere del tuo amore a dire se credi o no, e io sento che qui dentro c'è tanta fede perché c'è tanto amore[45].

Certamente ci sono domande a cui anche per un sacerdote è impossibile dare una risposta:

> Di fronte a domande del tipo perché è capitato a me, perché è capitato a mio figlio non si può rispondere. Ci si può solo chiedere insieme come affrontare quello che avviene, e come la malattia ci interpella. Mi ricordo di un uomo in piene forze che ad un certo punto ha scoperto di avere la leucemia. Mi ha detto: credevo di essere io a fare tutto per la mia famiglia, adesso mi rendo conto invece che sono io ad aver bisogno di loro. Questo mi darà più tempo per ascoltarli, tempo che prima non ho mai avuto[46].

Don Alberto concorda sul fatto che la cultura odierna fa di tutto per cancellare la morte, ma fa un passo ulteriore: l'uomo insegue l'illusione di poter eliminare anche ogni tipo di sofferenza. Non solo quella fisica, per la quale fortunatamente esistono oggi rimedi efficaci, ma pure quella dell'anima. Esiste in ciò un'innegabile vicinanza con quanto detto dal dottor Orsi:

> Occorre far rientrare la sofferenza non fisica dell'uomo nei pensieri: c'è una quota della sofferenza umana che non è eliminabile perché fa parte della vita, ed è la sofferenza psicologica, esistenziale. Questa non può essere sradicata, può essere gestita e supportata, ma una vita analgesizzata non

43 Testimonianza di don Vito Barbaglio.
44 Testimonianza di don Alberto Guerini.
45 Ibidem.
46 Ibidem.

è pensabile[47].

Di una vita anestetizzata non è certo stata espressione Lucilla, che al contrario ha fatto proprio della consapevolezza il suo strumento per affrontare la malattia, rifiutando l'atteggiamento di chi cerca di negare la realtà a partire dalle parole:

> Non ci si può nascondere da una realtà come il cancro. Ci sono persone che non riescono nemmeno a chiamarlo per nome, dicono "brutto male", e magari si chiudono in casa, quasi fosse una vergogna. Ma la morte ci appartiene, come la vita, e sono altre le cose di cui avere paura, ad esempio l'essere soli[48].

Anche don Alberto ha sottolineato questo aspetto: "vedo una grossa differenza fra chi soffre e muore da solo e chi invece ha qualcuno vicino. Purtroppo la cultura di oggi non favorisce questo prendersi cura degli altri[49]". In tale senso le Cure Palliative appaiono dal suo punto di vista come un modello da estendere anche alle condizioni non terminali, perché queste forme di accudimento, questo "prendersi cura" diventino il criterio guida per tutta la medicina.
Lucilla ci ha parlato della necessità di essere consapevoli, di "non nascondersi" di fronte alla malattia. Per il dottor Defendi si tratta di un punto centrale: un paziente cosciente delle sue condizioni può essere protagonista delle decisioni che lo riguardano, può partecipare alle scelte ed esprimere le sue preferenze, ma anche manifestare dubbi e timori, favorendo l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con chi lo sta curando. Questo "vivere" la terminalità consentirà anche all'équipe di Cure Palliative di ottenere i migliori risultati, perché al centro della sua azione saranno sempre i veri bisogni del malato. Al contrario

> … quando il paziente non è stato adeguatamente informato della sua malattia sin dall'inizio – e quindi non è consapevole del suo stato – è facile che si possa instaurare una pericolosa e opprimente "congiura del silenzio" che impedirà una naturale e sincera relazione. Questa condizione contribuirà ad isolarlo sempre di più, diminuirà ulteriormente la sua possibilità di autodeterminazione e, di conseguenza, ridurrà la qualità della vita nel tempo che ancora gli rimane[50].

E se il paziente "non vuole" sapere? A giudizio del dottor Orsi ciò accade in casi molto rari: "è difficilissimo trovare una persona che dice di non voler sapere e rimane di questa idea. A un certo punto quasi tutti si rendono conto e chiedono conferma, e paradossalmente l'avere questa conferma genera tranquillità ed elimina l'ansia. Proprio il poter parlare, il poter condividere le emozioni rende percorribile questo cammino[51]".
Lucilla ha scelto questa strada della consapevolezza, vivendola con una lucidità che rappresenta una preziosa lezione per tutti:

> Essere informati della propria malattia è importantissimo: una persona deve essere consapevole di quello che le sta succedendo. Se io mi fossi nascosta, se non avessi affrontato la malattia di petto, non sarebbero passati quattro anni: se ci si nasconde non si combatte, invece il cancro va combattuto, non bisogna dargliela vinta[52].

La stessa consapevolezza che l'ha portata a considerare la malattia come una presenza che le cammina accanto, ma a cui non ha mai permesso di decidere al suo posto. Ancora una volta scegliamo di riportare per intero il suo pensiero:

> Io ho un rapporto diretto con la mia malattia, ci parlo. Ogni tanto sono arrabbiata con lei, ma me la porto a braccetto, come se fosse una collana, o un paio di orecchini. Le dico: tu mi sei dentro, magari vincerai tu, magari mi hai un po' piegato, ma non ti do la soddisfazione di spezzarmi prima del tempo. Ti faccio vedere che la vita è ancora la MIA vita: vado fuori, faccio la spesa e le mie commissioni, vado a trovare mia mamma che abita in un altro paese… Certo, so di avere una vita limitata, non ho grandi energie, ma l'ultimo weekend ad esempio l'ho trascorso fuori con degli amici: è stato bellissimo e stancante! Posso dire che il mio sia

47 Testimonianza di Luciano Orsi.
48 Testimonianza di Lucilla Garota.
49 Testimonianza di don Alberto Guerini.
50 S. Defendi, Rete di aiuto a fine vita, in *Il Nuovo Torrazzo*, inserto "Educazione sanitaria" 2017, p. 61.
51 Testimonianza di Luciano Orsi.
52 Testimonianza di Lucilla Garota.

> un buon rapporto col cancro: non sono mai andata in depressione, ho sempre cercato di divertirmi nel fare quello che mi sentivo di fare. Faccio tutte le mie scelte come le facevo prima, sono ancora io a comandare. Non gli permetterò di decidere per me, non glielo permetterò fino all'ultimo[53].

Un atteggiamento che spiazza, senza dubbio: nella nostra pratica quotidiana del "nascondere", del "non dire" un approccio così diretto al male può persino arrivare a spaventare (forse perché ci immaginiamo nella stessa condizione, e ci rendiamo conto di quanto potrebbero essere diverse le nostre reazioni). È qualcosa che Lucilla ha verificato nelle sue relazioni:

> Molte amicizie se ne sono andate. Sono poche le persone che decidono di restare al tuo fianco, di ascoltarti, di fare di tutto per farti stare bene. Molti si nascondono dietro il non sapere cosa dire o cosa fare, ma non c'è niente da dire o da fare, c'è solo da essere persone come prima, io sono quella che ero, non sono una persona diversa. Le persone che si sono avvicinate spesso sono quelle che saputa della mia malattia hanno confidato di averla anche loro[54].

L'importanza di essere informati coinvolge anche le decisioni inerenti il "come" morire, e quella capacità di autodeterminazione che – almeno questo è il nostro parere – non può riguardare solo le scelte da farsi in vita, ma tanto più deve potersi esprimere nelle fasi finali di essa. È un argomento estremamente delicato, su cui si potrebbero spendere fiumi di riflessioni etiche, spirituali, filosofiche, e non è certo questo il nostro compito. Tuttavia incontrando professionisti che ogni giorno hanno a che fare con queste tematiche non abbiamo potuto fare a meno di porre loro il quesito: dove finisce l'impegno terapeutico e comincia l'accanimento terapeutico? Come si traccia questa linea di confine? Una risposta ce l'aveva già fornita il direttore della Rianimazione dottor Guido Merli:

> Noi cerchiamo sempre di seguire il bene del paziente: farlo vuol dire anche affrontare il fine vita in un modo che sia dignitoso, privo di sofferenze, o cercando di ridurle al minimo sia per il malato che per la famiglia. Poi noi cerchiamo sempre di individualizzare le terapie e la nostra assistenza: cerchiamo sempre di condividere col paziente se questo è possibile o con i famigliari il percorso che ci sembra più corretto da un punto di vista medico e anche da un punto di vista umano. Dare delle definizioni generali non è possibile, è sempre sul singolo caso e sul singolo vissuto che cerchiamo di agire. In effetti ci sono tante patologie croniche che ad un certo punto arrivano ad una acutizzazione che porta alla rianimazione: in quei casi a volte vengono al pettine nodi che non sono stati affrontati precedentemente. Un concetto che noi sosteniamo è che non è nella fase acuta della malattia che si deve ragionare su percorsi di vita e di fine vita, bisognerebbe farlo nella fase di stabilità, quando il paziente può partecipare e può decidere[55].

In un'ottica non dissimile si esprime il dottor Orsi:

> È un confine difficile da definire nella teoria, ma nella pratica assai più facile. Trovare il punto in cui le proposte terapeutiche diventano eccessive per l'obiettivo raggiungibile o per il malato che non se la sente, perché non rientra nel suo concetto di vita fare quel pezzo di percorso, porta ad individuare una fase di transizione in cui quello che prima era eticamente e scientificamente corretto fare poi diventa dubbio ed infine da non fare. È una fascia grigia, che va percorsa con attenzione ma anche con tranquillità. Ci si siede col malato e con la famiglia, si parla, si discute e si prospettano delle soluzioni. Poi si decide, tenendo conto che l'ultima parola dev'essere del malato[56].

Nello stesso senso, d'altra parte, Luciano Orsi si era pronunciato nel Duemila, parlando di "aggiungere vita ai giorni piuttosto che giorni alla vita". Su questo spinosissimo tema abbiamo voluto avere la lettura di don Alberto Guerini, che ha segnalato

53 Ibidem. Questa volontà di essere lei a decidere fino all'ultimo ha indotto Lucilla alla scelta di richiedere per i momenti finali la sedazione palliativa ("non voglio che i miei figli vedano la mia sofferenza"). Su questo atto terapeutico (che non provoca la morte e quindi non va assolutamente confuso con l'eutanasia) vedi Sonia Ambroset, Luciano Orsi, Quando tutto è dolore, Armando Editore, Roma 2017.

54 Ibidem.

55 Testimonianza di Guido Merli.

56 Testimonianza di Luciano Orsi.

Alcune volontarie dell'associazione Cure Palliative Alfio Privitera Onlus di Crema

come la deriva egoistica della società di oggi rischi di creare dei distinguo fra chi "merita" di vivere (magari perché è giovane) e chi no (perché è anziano o disabile). Per l'attuale cappellano dell'ospedale di Crema la domanda quindi da porsi a priori è: "siamo disposti ad amare ogni vita e a prendercene cura fino all'ultimo, anche quando la malattia è inguaribile?[57]". Una provocazione che a nostra volta raccogliamo con rispetto.

Vogliamo concludere questo capitolo dedicando un ultimo pensiero a Lucilla. È quasi impossibile trovare le parole per descrivere quello che ha significato per noi conoscerla. Per questo preferiamo fare nostre quelle di chi vive ogni giorno la realtà dei malati terminali:

> Essere vicino a chi sta lasciando la vita ci consente di vedere, come in uno specchio, la nostra natura umana racchiusa in un tempo finito, ultimo, in cui l'appuntamento con l'ignoto non è più rinviabile e in cui la costruzione della propria singola identità, che ci ha tanto impegnati nel corso dell'esistenza, sembra perdere di significato… È proprio questa la grande occasione per chi lavora con le persone che muoiono: vedere da vicino cosa potrà succederci, saggiare la capacità di lasciare andare, imparare a perdere, affidarsi a ciò che è sconosciuto; cogliere in anticipo la nostra oggettiva transitorietà e decidere se la vita è il viaggio in sé o il percorso per giungere al punto di arrivo; incontrare le proprie paure e le proprie angosce ma anche il bisogno di autenticità e libertà; sperimentare relazioni umane intime e silenziose che prescindono dai legami consueti e conosciuti[58].

57 Testimonianza di don Alberto Guerini.

58 S. Ambroset, L. Orsi, *Quando tutto è dolore*, cit., pp. 10-11.

CAPITOLO XIV

UNA RIVOLUZIONE IN CAMICE BIANCO

La trasformazione delle professioni sanitarie fra riforme e nuovi bisogni

L'Ospedale Maggiore ha cinquant'anni di vita: in questi cinque decenni il mondo della sanità si è trasformato a tal punto che niente appare più assimilabile alla realtà di quell'ormai lontanissimo 1968. Nel corso del nostro viaggio abbiamo percorso le varie tappe che hanno caratterizzato l'evoluzione tecnologica e scientifica della medicina, abbiamo visto quanto siano cambiate le figure che operano in questo settore, e quali mutamenti abbiano subito sia gli interventi terapeutici sia il modo di approcciarsi dei pazienti alle questioni inerenti alla loro salute. Ma altrettanto se non più profondo è stato il cambiamento del contesto sociale, con l'emergere di nuovi problemi e nuovi bisogni che hanno costretto ad un continuo adeguamento delle politiche e delle scelte sanitarie: riforme su cui ogni volta si è discusso anche ferocemente, e su cui di certo non esiste uniformità di valutazioni.

Ovviamente non rientra fra i compiti di questo libro ricostruire nei dettagli i criteri e i principi ispiratori dei modelli che nell'arco di mezzo secolo sono stati di volta in volta proposti: riteniamo tuttavia che non si possa comprendere davvero come si è arrivati all'oggi (e, cosa ancora più importante, quali potranno essere gli sviluppi futuri) senza inquadrare almeno a grandi linee tali processi riformatori, cercando di comprendere come essi siano stati vissuti – e si stiano vivendo: l'evoluzione sembra non conoscere pause – nella realtà cremasca.

In questo senso il 1968 rappresenta l'anno ideale da cui partire: a questa data risale infatti la legge 12 febbraio n. 132 "Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera" (meglio nota come "legge Mariotti") che avvia lo smantellamento del sistema delle Mutue fino ad allora vigente, che prevedeva forme assistenziali profondamente diverse a seconda delle categorie professionali di appartenenza.

La legge 132 istituisce gli enti ospedalieri con soggettività di diritto pubblico, classifica gli ospedali per specialità e per importanza (zonali, provinciali, regionali), avvia la programmazione ospedaliera attribuendone il compito alle regioni e costituisce il Fondo nazionale ospedaliero[1].

A Crema la riforma trova applicazione con il Decreto Governativo del 31 ottobre 1968 che istituisce l'Ente ospedaliero Ospedale di Crema: il nuovo nosocomio è stato appena inaugurato.

A partire dalla legge Mariotti la normativa statale inizia il percorso del trasferimento alle regioni delle competenze in materia sanitaria secondo quanto previsto dal dettato costituzionale, percorso che si completerà con la creazione, nel 1978, del Servizio Sanitario Nazionale[2]. È un periodo di passaggio che l'amministrazione del Maggiore riesce a sfruttare al meglio, come ci ha spiegato il dottor Giuseppe Capoferri, che ha vissuto quella stagione da direttore amministrativo:

1 Le Regioni sono state ufficialmente istituite con legge 17 febbraio 1968 n. 108. Fino all'emanazione della legge Mariotti gli ospedali erano per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza.

2 Con la legge 22 luglio 1975 n. 382 (e il corrispondente decreto attuativo 24 luglio 1977 n. 616) le competenze relative all'assistenza sanitaria vengono completamente devolute alle regioni, mentre la legge 29 giugno 1977 n. 349 sopprime in via definitiva le Mutue.

Walter Donzelli, Grossi, Don Vito Barbaglio, Domenichini

> La regione Lombardia si accingeva a formulare il piano sanitario regionale ed affioravano notizie della prossima emissione di una legge di salvaguardia (in attesa della definizione di detto piano) che avrebbe bloccato ogni intervento straordinario sulle strutture edilizie sanitarie. L'amministrazione dell'Ospedale Maggiore, considerato che le esigenze di funzionamento dell'ospedale avevano fatto emergere la necessità di ulteriori spazi, approfittò provvidamente del breve interregno, prima dell'intervento del blocco di salvaguardia, e riuscì a costruire l'edificio denominato Palazzina[3].

La nuova ala dell'ospedale viene completata mentre si stanno dando gli ultimi ritocchi all'epocale riforma sanitaria che appunto decreta la nascita del Servizio Sanitario Nazionale: la legge 23 dicembre 1978 n. 833 sancisce che esso "è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica o psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio[4]". Ecco dunque che, a trent'anni dalla sua stesura, trova finalmente applicazione l'articolo 32 della Costituzione, che annovera la salute fra i diritti fondamentali del cittadino. La legge 833 stabilisce che alla gestione unitaria della tutela di tale diritto si debba provvedere secondo funzioni distribuite fra Regioni, Province e Comuni: alle prime spettano compiti di legislazione, programmazione, coordinamento e controllo, alle seconde tocca l'approvazione della localizzazione dei Servizi sanitari, mentre i Comuni, in forma singola o associata, saranno gli Enti responsabili dei Servizi stessi (Unità Sanitarie Locali).

In applicazione alla legge 833 il primo maggio 1981 l'Ente ospedaliero Ospedale di Crema si estingue ed il nosocomio confluisce nei presidi sanitari della neo costituita USL 53[5] insieme agli ospedali zonali di Rivolta, Soncino e Castelleone.

La nuova organizzazione della sanità viene accolta dalla popolazione con curiosità e non pochi interrogativi, motivo per cui la stampa dedica alla riforma molto spazio[6]. La Lombardia è oltretutto fra le regioni che decidono di allargare le competenze delle USL ai settori socio assistenziali e socio sanitari, per cui la loro denominazione diventa USSL (Unità Socio Sanitarie Locali) e ad esse vengono at-

3 Testimonianza di Giuseppe Capoferri. Il dottor Capoferri diventerà nel 1991 amministratore straordinario dell'USSL 53.

4 Art. 1 legge 833.

5 In provincia di Cremona vengono attivate tre USL: quella del capoluogo, Crema e Casalmaggiore.

6 Alla scoperta della 'misteriosa' Unità Socio Sanitaria Locale, in *La Provincia*, 14 maggio 1980, p. 17.

tribuite ulteriori importanti competenze nel campo della disabilità, degli anziani e della famiglia. Si guarda con interesse anche agli organi da cui il nuovo ente (che nel caso di Crema riunisce 48 comuni) è diretto: un'assemblea di 50 membri eletta dai Consigli Comunali sceglierà un Comitato di gestione costituito da 11 componenti che a loro volta nomineranno al loro interno un presidente. Nell'USSL 53 a ricoprire quest'ultimo ruolo viene designato Walter Donzelli, che così ci ha raccontato quei giorni:

> Sono diventato presidente del Comitato di gestione dell'USSL nel 1981, nell'ambito dell'attuazione della legge 833. A livello politico non ci sono stati problemi perché allora a Crema c'era un'alleanza di quadripartito (DC, PSI, PSDI, PRI), e secondo la divisione dei poteri siccome il sindaco era socialista l'USSL toccava a un democristiano e fui designato io anche in considerazione del fatto che precedentemente ero stato presidente del Consorzio sanitario di zona (che pur occupandosi per lo più di medicina preventiva preconizzava in un certo modo le USL). Da punto di vista gestionale invece la cosa è stata molto complessa, perché in sostanza si trattava di riunificare tutti gli interventi di natura sociosanitaria che erano sparpagliati. Si dovevano amalgamare tutte queste realtà che fino ad allora erano andate ognuna per conto proprio.[7].

Una gestione complessa che all'inizio non manca di creare qualche problema di relazione con i sindacati, i quali attribuiscono, alla direzione atteggiamenti eccessivamente rigorosi e scarsa disponibilità comunicativa[8]. Altre difficoltà alla nuova gestione si generano, sia per la carenza di risorse umane (a poco più di un anno dal suo insediamento il presidente Donzelli accusa a mezzo stampa la Regione di avere delegato all'USSL un gran numero di competenze senza dotarla di adeguato personale: questo infatti ha per lo più mantenuto la sede di lavoro nel capoluogo Cremona, mentre a Crema mancano 160 figure per completare l'organico[9]), sia sul piano finanziario (con buchi di bilancio causati da errori di calcolo dei contributi regionali).
Proprio il rilievo crescente attribuito all'aspetto economico, a giudizio di Giuseppe Capoferri, rappresenta uno degli elementi caratterizzanti della riforma:

> L'attenzione all'aspetto economico si proponeva di superare la comune, diffusa convinzione che per la salute non si deve lesinare, considerata l'assoluta priorità dell'intervento sanitario; ignorando che, invece, affrontare la gestione sanitaria tenendo ben presente l'aspetto economico significa sostenere la spesa in questo campo secondo criteri di razionalità, diretti proprio a raggiungere l'obiettivo di non far mancare risorse per i casi prioritari. Il tentativo di introdurre tale principio costò notevoli sforzi, una particolare attenzione da parte della Regione e numerose riunioni con gli operatori. Mi ricordo che durante uno di questi incontri venne segnalato dal relatore il caso di due farmaci equivalenti per la cura di una patologia, uno ad un prezzo notevolmente più elevato dell'altro. Il relatore evidenziò che razionalità voleva che, in mancanza di diversa motivazione terapeutica, si dovesse scegliere il farmaco a minor prezzo. A quel punto uno dei medici presenti obiettò: "Ma come, oltre alla diagnosi e alla terapia ora mi chiedete di tener conto anche del prezzo?"[10]

Un racconto significativo, che anticipa le reazioni alla nuova, più grande riforma degli anni Novanta[11], definita dal Decreto Legislativo n. 502/92 poi modificato dal successivo DL n. 517/93.
Tali decreti prevedono che alle Regioni spettino tutte le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria ("determinazione dei principi nell'organizzazione dei servizi, definizione dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie e degli ospedali, attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto agli stessi anche in relazione al

7 Testimonianza di Walter Donzelli. Tutte queste competenze erano prima distribuite fra disparati enti: mutue, consorzi, comuni, ospedali.
8 Testimonianza di Luigi Canidio e Antonia Carlino.
9 Il presidente dell'USSL Donzelli accusa l'assessorato regionale, in *La Provincia*, 23 aprile 1982, p. 11.

10 Testimonianza di Giuseppe Capoferri.
11 La riforma degli anni '92 – '93 è preceduta da un'altra mini riforma (legge 111/1991) con la quale i vengono soppressi i Comitati di Gestione delle USSL e istituiti al loro posto i Comitati dei garanti con funzioni di indirizzo e controllo, mentre per i compiti di gestione viene definita la figura dell'amministratore straordinario nominato dal presidente della Regione (Rivoluzione all'USL, in *La Provincia*, 7 maggio 1991, p. 26). L'amministratore straordinario designato per l'USSL 53 era come già detto Giuseppe Capoferri).

controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate[12]"); a livello locale le USL si costituiscono in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, patrimoniale, amministrativa, gestionale, contabile e tecnica (la nuova definizione è ASL, Aziende Sanitarie Locali), mentre gli ospedali – se dotati di determinati requisiti – si rendono autonomi dalle stesse ASL e si trasformano in Aziende Ospedaliere; i Comuni infine perdono ogni ruolo nella gestione, mantenendo solo una funzione consultiva.
Un elemento essenziale della riforma riguarda il finanziamento delle neo costituite Aziende Ospedaliere, che non avviene più sulla base del numero di abitanti ma su quella delle prestazioni erogate: viene quindi introdotta una logica di competitività che non riguarda solo le strutture pubbliche, ma anche quelle private che abbiano ottenuto l'accreditamento.
Occorrono alcuni anni di rodaggio perché la riforma trovi concreta applicazione: in Lombardia bisogna attendere la Legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997, che sancisce la separazione di funzioni fra ASL (a cui resteranno come competenze l'assistenza sanitaria di base, la Medicina Veterinaria, i consultori, l'assistenza sociale, la Prevenzione Tossicodipendenze, il Servizio di Igiene e la Neuropsichiatria Infantile) e Aziende Ospedaliere e decreta di conseguenza la soppressione delle USSL di Cremona e Crema[13]. Per la nostra città un'altra data fatidica è il 2 dicembre 1997: quel giorno infatti la Regione decreta la costituzione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore di Crema" comprendente anche le strutture di Soresina e Rivolta, nonché i Poliambulatori territoriali. La Giunta regionale nomina direttore generale della nuova Azienda il dottor Franco Conz, a cui spetta di provvedere alla riorganizzazione del nosocomio secondo i criteri stabiliti dalla riforma, in primo luogo con l'affidamento di nuove responsabilità ai dirigenti dei vari dipartimenti ospedalieri (non più primari, ma "Direttori"), che dovranno definire gli obiettivi e prevedere i costi di gestione delle rispettive Unità.
La terminologia asettica dei testi legislativi non rende la portata rivoluzionaria della riforma, che introduce elementi completamente nuovi (azienda, competizione, budget…), trasforma il ruolo dei medici, convertiti a del tutto inedite funzioni di manager, ed impone un modo diverso di "pensare" la progettazione ospedaliera.
Durante la fase preparatoria del processo innovativo la stampa locale torna più volte sul tema, anticipando i cambiamenti in vista. Nell'annunciare l'introduzione dei DRG (Diagnosis Related Groups: si tratta di un sistema per classificare i pazienti dimessi dagli ospedali in gruppi omogenei a seconda dell'assorbimento di risorse impegnate al fine di quantificare economicamente tale assorbimento e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero), si fa presente quello che è lo spirito che anima la riforma: "Si dovranno distribuire meglio le risorse. Si dovrà recuperare competitività nel mercato delle prestazioni sanitarie, e si dovranno fare rientrare almeno in parte i 24 miliardi dati per ricoveri in USL esterne[14]". In linea con questi obiettivi i dirigenti dei reparti dovranno elaborare un piano di lavoro che "presentato, negoziato e approvato dalla direzione generale costituirà la base per definire il budget complessivo assegnato, la temporalizzazione del raggiungimento dei singoli obiettivi, gli incentivi, i bisogni formativi[15]".
Molti la chiamano aziendalizzazione della sanità, il termine non è apprezzato da tutti, ma certamente gli argomenti sembrano dare ragione alla definizione…
Che la si voglia chiamare in un modo o in un altro, la riforma dei primi anni Novanta incontra i giudizi più diversi da parte di quanti per professione si devono confrontare con i suoi effetti. Per chi è abituato ad amministrare secondo i metodi tradizionali il sentimento prevalente all'inizio è la sorpresa:

> Quando sono venuti a dirci che l'ospedale doveva chiamarsi azienda noi vecchi ci siamo messi un po' a ridere: l'ospedale deve svolgere un servizio per la cittadinanza, non può essere un'azienda che cura il budget. L'ospedale non deve fare profitto. Prima quando occorreva qualcosa la direzione ci diceva: acquistate. Mi ricordo quando dalla cardiologia ci chiamarono perché occorreva impiantare un pace-

12 Art. 3 legge 517, che così modifica l'art. 2 legge 502.
13 Le USSL di Cremona e Crema dal 1994 avevano cambiato numerazione: rispettivamente 23 e 24.
14 L'efficienza costa poco, in *La Provincia*, 9 luglio 1995, p. 29.
15 All'USL tamburi di guerra. È in arrivo la rivoluzione, in *La Provincia*, 2 gennaio 1996, p. 22.

Silvio Bettinelli con alcuni collaboratori

maker a un paziente che l'ospedale non aveva. Io ho detto al primario: se non lo acquistiamo lei deve mandare il paziente in un altro ospedale e Crema fa una brutta figura. Quindi procuriamolo. Così venne fatto. La questione è che c'era una certa elasticità, si potevano spostare i soldi da un capitolo all'altro (anche se i ragionieri ogni tanto non erano molto d'accordo!), e anche quella volta feci così: spostai i soldi da altri capitoli fino a costituire il gruzzolo necessario. È così che deve fare un ospedale[16].

Occorre trasformare completamente il modo di pensare, strutturarsi una mentalità da manager che non necessariamente appartiene d'istinto a chi ha scelto la professione medica. Per tale motivo la Regione ha predisposto dei corsi appositi, diretti a quanti sono investiti della responsabilità di gestire un reparto:

Il lavoro che la formazione fa su questo si basa su indicazioni molto vincolanti date dalla Regione. Alle aree formazione delle aziende sono lasciati quindi spazi limitati. Il corso regionale per dirigenti di struttura complessa prevede 21 giornate di formazione. Su questo sono abbastanza critico, perché mi sembra un progetto poco pensato insieme alle aziende: tocca tematiche generali, comuni a tutte le figure che hanno compiti manageriali (gestione di un budget, gestione delle risorse umane), però non c'è un collegamento con l'operatività che hanno in azienda. Per questo quello che abbiamo fatto noi in questi anni è stato sviluppare progetti legati all'operatività: la formazione di direzione aziendale è stata fatta insieme ai primari di allora, che quindi sono stati coinvolti nel processo di trasformazione. Abbiamo dato alla formazione manageriale un taglio più specifico, cioè pensando a come organizzare queste particolari aziende, quali compiti e quali competenze sviluppare. Abbiamo lavorato sia sull'area gestione risorse umane, cioè sulle tematiche attinenti la riorganizzazione, la valutazione del personale, la definizione dei compiti, la ridefinizione delle caratteristiche delle strutture (fino al 2005-2007 le cariche erano un po' nominative, nel senso che al ruolo dirigenziale non corrispondevano responsabilità definite), sia su competenze per così dire più soft, per esempio la comunicazione o la leadership, che nel corso regionale non sono così presenti[17].

La formazione è un elemento importante, ma certamente non è tutto: da un lato perché "non è detto che un primario che è ottimo dal punto di vista clinico dimostri per forza capacità organizza-

16 Testimonianza di Gaetano Tosetti.

17 Testimonianza di Silvio Bettinelli, responsabile dell'Ufficio Formazione.

Gli sportelli del Centro Unico Prenotazioni

tive e manageriali[18]", dall'altro in quanto c'è chi legittimamente può non accettare di calarsi in un ruolo che non ritiene suo: "con l'aziendalizzazione il direttore di Unità Operativa è anche colui che amministra il budget, ed è di fatto un manager. Questo comporta tutta una serie di compiti che non hanno nulla di clinico, ed io mi sono formato come clinico. Quindi mi sono dimesso[19]."
Dai pareri che abbiamo avuto modo di ascoltare emerge comunque un quadro che, se accoglie e fa propri alcuni dei motivi che hanno indotto a questa rivoluzione in materia sanitaria (in primo luogo l'enorme buco che si era creato nelle casse dello Stato in tale capitolo di spesa), non manca neppure di evidenziare le numerose criticità che il nuovo sistema denuncia:

> L'aziendalizzazione ha aspetti negativi e positivi. Quello più positivo è che le cure sono più centrate e mirate: prima per dire un medico poteva prescrivere un antibiotico da 100 euro alla fiala a uno che avesse il mal di gola, adesso ci sono dei limiti. L'aspetto negativo è che adesso il direttore generale all'inizio dell'anno ti convoca e ti impone un budget (tu devi fare questi interventi, devi incassare tanto…) sotto cui non puoi andare. Quindi lavori col pungolo continuo (i miei colleghi mi dicono che adesso il direttore generale ogni tanto ti chiama e ti dice: guarda che sei indietro, devi darti da fare…). Quando sono andato via io ad ogni fine anno economico il direttore generale ci invitava a una cena luculliana per il fatto che avevamo raggiunto l'obiettivo economico. Non ha mai fatto una cena altrettanto sontuosa per il risultato clinico…[20].

> L'aziendalizzazione è stata molto discussa e secondo me ha dei limiti. C'era assoluta necessità di mettere maggiore attenzione all'utilizzo delle risorse e agli sprechi, sia per le persone che per l'uso di materiali e strumentazioni. Quindi una responsabilità in questo senso è senza dubbio un passo in avanti. Il grosso limite del considerare l'ospedale azienda è che si sta spostando troppo l'attenzione sugli aspetti economici, e questo non è vissuto bene da una parte dei medici, anche perché si identifica il manager col burocrate (e questo si capisce, il continuo aumento dell'impegno richiesto dalla parte burocratica, fondato sull'idea che chi lavora nel pubblico non è affidabile e quindi va controllato anche nelle piccole cose, è davvero un peso)[21].

> Credo che non possiamo più nasconderci dietro l'alibi: io sono il dottore, non mi occupo di queste cose. Io devo sapere che le cose che utilizzo hanno dei costi, e che tutto quello che faccio ha un valore in termini di risorse[22].

> Poi venne l'aziendalizzazione, che io giudico positiva: quando ho avuto l'incarico di primario ho aperto gli armadi, e sono uscite protesi scadute. Era una cosa normale, perché si comprava l'intero lotto, cioè si faceva magazzino in ospedale. Oggi invece l'onere di magazzinaggio è della ditta: esiste il comodato d'uso e mano a mano che consumo compero quel pezzo. L'ulteriore passaggio è stato poi quello delle gare regionali, delle gare multiospedaliere che consentono di abbassare i prezzi ulteriormente. Certo, ci sono stati inconvenienti (le lame da bisturi che non tagliavano…), ma il passaggio era necessario[23].

Non manca chi, come il dottor Paolo Brown, ex primario di Chirurgia, ha vissuto la riforma con grande disagio, e oggi racconta la sua esperienza senza nascondere l'amarezza:

> Ad un certo punto l'ospedale è diventato Azienda con l'obiettivo principale di raggiungere il pareggio di bilancio. Poiché l'ospedale è di per sé una struttura che spende senza guadagnare è ovvio che qualcuno debba fornire le risorse necessarie all'attività. Il contributo elargito all'Azienda deve comunque essere rispettato e mai superato. Il pareggio di bilancio si può raggiungere in svariati modi, vuoi gestendo al meglio le risorse (controllo qualitativo), vuoi riducendo le prestazioni (controllo quantitativo). In ogni caso il raggiungimento del pareggio coinvolge necessariamente i vari addendi aziendali che sono le Unità Operative. Bene, nel mese di

18 Testimonianza di Anna Maria Bona, responsabile SITRA.
19 Testimonianza di Tommaso Riccardi, fino al 2011 primario della Neurologia.
20 Testimonianza di Luigi Gaiti, ex primario di Chirurgia.
21 Testimonianza di Silvio Bettinelli.
22 Testimonianza di Giuseppe Inama, ex primario di Cardiologia.
23 Testimonianza di Adriano Tango, per molti anni primario di Ortopedia.

maggio di un certo anno mi si convoca come dirigente di secondo livello in Direzione per avvisarmi che, avendo lavorato troppo (sic) avevo raggiunto il tetto di spesa assegnatomi. Cado dalle nuvole, perché nessuno mi aveva informato della monocratica decisione di un tetto all'attività. Nell'occasione, e così sarà per sempre, nessuno parla di qualità, ma soltanto di quantità. Che fare? Non lavorare più per 7 mesi leggendo quotidiani durante il servizio? Vengo comunque invitato a trasformare la consueta attività assistenziale gratuita in prestazioni libero- professionali, con reciproco vantaggio per me e per l'Azienda. Allo scopo mi vengono ridotte le sedute operatorie, sicché siamo obbligati a inviare i pazienti già in lista, o futuri, a strutture (certamente valide) private, ma convenzionate con la Regione Lombardia (…).Mi viene fornito un computer simulatore che mi informa sul guadagno aziendale per ogni malattia od intervento: capisco così che 2 ernie sono molto più redditizie economicamente per l'Azienda che non interventi di alto livello, magari su persone anziane e malate. Si, perché il cliente ideale sarebbe stato quello perfettamente sano: buon introito, nessun costo…[24].

L'accenno del dottor Brown al settore privato permette di affrontare anche un altro aspetto della riforma che è stato molto dibattuto: il regime di concorrenza creato fra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. Il dottor Claudio Ceravolo aveva già avuto modo di manifestare in modo netto il suo giudizio in merito nel corso di un'intervista rilasciata a *La Provincia* nel 2004 ("una politica sbagliata che credeva di creare qualità ponendo in concorrenza pubblico e privato ha portato solo ad un incremento esponenziale dei costi con tagli a tutti i livelli[25]") e conferma oggi la sua posizione:

Il mio giudizio sulla riforma sanitaria lombarda non è mai stato positivo: viene tanto vantata l'eccellenza della sanità lombarda, ma questa eccellenza c'era già prima, e sarebbe stata ancora maggiore se si fosse continuato in un forte appoggio alle strutture pubbliche, che invece con la riforma si sono trovate a competere con le strutture private che hanno come primo scopo il profitto. Non è che si migliorano le cose aumentando le possibilità di scelta del paziente, come si fa quando si sceglie un'automobile fra 10 tipi diversi. Il paziente ha bisogno di una struttura che senta sicura e affidabile.

La crescita del ruolo della Regione nelle politiche sanitarie non ha mancato di produrre effetti anche a livello sindacale. La sensazione di non essere più protagonisti, ma meri comprimari di decisioni prese altrove ha indotto molti ad abbandonare l'impegno: "prima il Consiglio di Amministrazione decideva tutto, e il sindacato era coinvolto nelle piccole come nelle grandi scelte (quando venne aperto il nuovo ospedale le sigle sindacali vennero convocate per selezionare il modello delle scarpe delle infermiere!). Oggi la politica dell'ospedale non viene fatta più qui[26]".

E sull'altro fronte, quello della dirigenza ospedaliera, quali sono stati gli effetti della "rivoluzione" degli anni Novanta? E cosa significa oggi essere alla guida di un'azienda con una produzione e clienti così particolari?

Per prima cosa occorre proprio la consapevolezza di gestire una realtà assolutamente speciale, come ci ha confermato Roberto Sfogliarini, direttore medico di Presidio:

Ovviamente occorre sempre aver chiaro che si è manager di una struttura sanitaria, e questo fa la differenza: quindi si ragiona in termini di gestione, ma gestione di processi e di percorsi sul paziente. Facendo così anche le scelte che sembrano apparentemente economiche sono sempre fatte con l'obiettivo di identificare quanti pazienti in più posso trattare se efficientizzo un determinato processo "produttivo". Il fatto poi di essermi occupato quasi da subito di sistema qualità aziendale mi aiuta a far sì che tutte le scelte che sono fatte vengano viste in termini di beneficio rispetto a qualche criterio che è anche di qualità: più pazienti verranno trattati, oppure più pazienti riceveranno cure più appropriate rispetto a prima, questi sono i risultati da portare a casa. L'orientare le risorse verso o un risultato di migliore appropriatezza o di miglioramento di standard qualitativi forniti a più persone è la misura del lavoro che si sta facendo[27].

24 Testimonianza di Paolo Brown.

25 Rossoni racconta bugie, in *La Provincia*, 17 agosto 2004, p. 20. Giovanni Rossoni era consigliere regionale di Forza Italia.

26 Testimonianza di Emanuele Cortesi, sindacalista CISL.

27 Testimonianza di Roberto Sfogliarini.

Guido Avaldi

Ermanna Derelli

A giudizio della dottoressa Ermanna Derelli, direttore sanitario dell'ospedale, è di grande importanza creare coscienza della dimensione etica che deve presiedere alle scelte:

> Secondo me è etico che un medico sia manager, perché al direttore di una struttura complessa vengono affidate risorse e personale che rappresentano dei costi: come utilizza il personale e come utilizza la strumentazione sono fattori che incidono su questi costi. Se non amministro bene quello che mi è dato, se non curo l'organizzazione, se non sto attento a mantenere un livello tecnologico avanzato per essere concorrenziale rispetto ad altre strutture vicine (sono i primari a proporre l'acquisto di nuove strumentazioni o nuovi farmaci: noi su questo non possiamo intervenire se non segnalando il perimetro di risorse entro cui ci si muove e che ci è assegnato dalla Regione) non ho un comportamento etico rispetto al ruolo che sto ricoprendo[28].

Etica delle scelte, ma anche sano realismo: in un quadro di risorse limitate è necessario cercare di trovare un ragionevole bilanciamento fra un'evoluzione tecnologica che richiede continui aggiornamenti nei macchinari e nelle strumentazioni e l'impegno economico che si può mettere in campo. Come fare? La ricetta del direttore amministrativo Guido Avaldi è la seguente:

> Prima di tutto non bisogna porsi nell'ottica di essere sempre al top di tutto: siamo in un sistema di rete, in cui ciascuno ha la propria missione e vocazione. Quindi anche nella ricerca delle tecnologie non dobbiamo muoverci alla rincorsa. Inoltre nel momento in cui escono nuove tecnologie ci sono altre tecnologie di buon livello i cui costi diminuiscono… occorre sempre ragionare su cosa è davvero necessario[29].

È una mediazione a cui si arriva anche rafforzando la cultura di squadra, prendendo atto che "quando uno prende una decisione questa ricade anche sugli altri, e se si concede una cosa a qualcuno ci sarà qualcun altro che dovrà rinunciare[30]": non è un discorso semplice da far passare, ma il confronto dialettico permette prima o poi di trovare il punto d'incontro.
È lo stesso concetto che ha espresso il direttore generale Luigi Ablondi, non nascondendo le difficoltà del compito:

> C'è una bella differenza fra il comandare un'azienda che fornisce prodotti e una che fornisce servizi, dove esiste l'autonomia professionale. Coniugare questa autonomia con la responsabilità e gli obiettivi aziendali non è facile. Io dico sempre che l'interesse dell'Unità Operativa per il primario sta all'interesse aziendale come l'interesse del partito sta all'interesse della coalizione… Per il primario prima c'è il reparto, poi c'è l'azienda, e questo è sbagliato. Per conciliare le due cose noi seguiamo questa tecnica: non diamo ordini a nessuno, ma cerchiamo di creare le condizioni per cui applicandole si realizza anche l'interesse del reparto. L'interesse del reparto è la tecnologia: allora se sono bravi

28 Testimonianza di Ermanna Derelli.

29 Testimonianza di Guido Avaldi.

30 Ibidem.

la compro altrimenti no[31].

La Legge regionale 31/1997, oltre a disciplinare le rispettive funzioni delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, ha anche sancito l'introduzione per le Aziende sanitarie di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni erogate e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie[32]. Queste disposizioni hanno fatto entrare nel mondo della sanità un concetto prima estraneo, quello della "valutazione". Pur non intendendo addentrarci nei dettagli di una materia che è assai complessa e di difficile comprensione per i non addetti ai lavori, riteniamo comunque di doverle dedicare almeno un cenno, appunto per la novità che essa rappresenta. Lo facciamo usando le parole del dottor Sfogliarini, che come direttore medico di Presidio si occupa proprio del Sistema qualità aziendale:

> Oggi le aziende sono valutate secondo molti parametri, che sono o di efficienza gestionale (bilanci) o di efficienza operativa (occupazione di posti letto, esistenza di percorsi diagnostico terapeutici, accessi dei pazienti…) o di performance veri e propri. Pur essendo questo aspetto ancora iniziale si cominciano a delineare degli indicatori della qualità delle cure fornite dai vari ospedali che messe in confronto fra loro danno l'idea del posizionamento di ciascuno. Per fare un esempio: uno degli ambiti più facilmente misurabili è quello della tempestività delle cure. In tutte le patologie tempo dipendenti (infarto, ictus…) misurare entro quanto tempo si garantisce al cittadino la migliore cura è un elemento di qualità fondamentale. Dire che i pazienti che si presentano al Pronto Soccorso di Crema con infarto acuto ricevono entro 90 minuti nell'85-90% dei casi l'angioplastica primaria è uno standard di qualità universalmente riconosciuto che va confrontato col risultato di altri. Questo è solo un esempio di come un'organizzazione risponde in maniera efficiente ed anche efficace a un bisogno del cittadino. Ovviamente alle spalle di un risultato di questo tipo c'è l'aver predisposto un sistema (e questo è il lavoro nascosto) che consente alle ambulanze, al Pronto Soccorso, alla Cardiologia, all'Emodinamica di rispondere in quei termini di tempo[33].

E i risultati in effetti non fanno che confermare le parole del dottor Sfogliarini, a giudicare da quanto documentato da Luigi Ablondi: "abbiamo scalato il ranking nella valutazione che la Regione fa per le aziende. In dieci anni siamo sempre stati nei primi 10, e siamo arrivati primi nel 2012, secondi nel 2014, primi nel 2015 e ci hanno appena detto che siamo primi anche per il 2016[34]."

Le disposizioni normative del 1992/93 e le successive integrazioni[35] non rappresentano gli ultimi rilevanti interventi in materia di sanità: con la legge 23 dell'11 agosto 2015 la Regione Lombardia ha infatti di nuovo rivoluzionato l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema. Sulla base di questa riforma dall'1 gennaio 2016 le ASL e le Aziende Ospedaliere hanno cessato di esistere: le prime sono state sostituite dalle ATS, Aziende per la Tutela della Salute (che rispetto ai vecchi organismi sono state ridotte di numero: l'ATS Val Padana comprende le ASL di Crema, Cremona e Mantova) con competenze di controllo e programmazione, mentre le seconde sono ora diventate ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) e constano di due componenti: il Polo Ospedaliero, per i trattamenti in fase acuta e per l'offerta sanitaria specialistica, e la Rete Territoriale, per prestazioni a media e bassa complessità, cure intermedie, prestazioni medico legali[36]. A prima vista sembrerebbe una riforma più che altro formale, ma non è così. Per prima cosa occorre evidenziare un elemento: dopo molti anni di separazione l'erogazione dei servizi ospedalieri e di quelli socio-sanitari e sociali

31 Testimonianza di Luigi Ablondi.

32 La legge dava in questo modo applicazione alle già citate normative del 1992-1993 che sancivano l'obbligo per le regioni di mettere a punto ed utilizzare sistemi di sorveglianza, strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e per il controllo del bilancio, al fine di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria nei confronti di tutti i cittadini.

33 Testimonianza di Roberto Sfogliarini.

34 Testimonianza di Luigi Ablondi.

35 Occorre ricordare anche la legge 229/1999, che ha definito i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che lo Stato deve garantire al cittadino.

36 Sui contenuti della riforma vedi Con l'ASST nuovo corso all'ospedale, in *Il Nuovo Torrazzo*, 9 gennaio 2016, p. 3. Con funzione di gestione e coordinamento dei servizi territoriali esiste in seno all'ASST l'Unità Operativa Cure territoriali, la cui responsabile è la dottoressa Caterina Mezzanotte.

Stefania Bonaldi

Maria Luise Polig

torna ad essere di competenza di un unico ente, cioè l'ASST. Altrettanto rilevante è lo spirito a cui la legge afferma di ispirarsi: come ha sottolineato la dottoressa Gloria Mencatelli, che ha assunto le funzioni di direttore socio sanitario della Rete Territoriale[37], la volontà è di passare dal "to cure" al "to care", dal curare al prendersi cura, intendendo con questa definizione il farsi carico del paziente a 360 gradi, con una valutazione multidimensionale che comprenda non solo la sua salute fisica, ma la persona nella sua globalità e nel complesso dei suoi bisogni. Una necessità oggi molto sentita, soprattutto a causa di un quadro sociale che vede il costante aumento della popolazione anziana, e che per tale motivo esige una stretta collaborazione fra sistema sanitario, socio-sanitario e sociale. È quanto ci ha confermato il sindaco di Crema, dottoressa Stefania Bonaldi:

> Oggi l'ospedale non è più un mondo a parte, si sono abbattute delle barriere culturali ed esso è ora considerato come parte integrante della vita della comunità. Purtroppo il tema della salute è stato per troppo tempo appannaggio dei medici di base e degli ospedali, mentre l'attenzione alla persona sul versante sociale era ed è di competenza del comune. Siccome però le persone sono un tutt'uno, non ci può essere una divisione in compartimenti stagni, ma occorre incentivare una relazione fra questi due piani. Questo non sempre è avvenuto. Diciamo che in questo senso uno dei vantaggi dell'ultima riforma regionale è quello di puntare a una presa in carico globale e ad un'integrazione fra sanitario, socio sanitario e sociale: l'anziano dimesso dall'ospedale ha bisogno di prestazioni di tipo sanitario, ma può necessitare anche di assistenza di tipo domiciliare. È chiaro che queste componenti, una presidiata dall'ospedale e l'altra dal comune, devono trovare punti di incontro[38].

Ai fini di incentivare tale collaborazione, accrescendo anche il ruolo dei comuni, la riforma prevede l'assemblea dei sindaci del distretto, a cui è riconosciuto un ruolo di concertazione, di formulazione di proposte e anche di decisione insieme al direttore generale dell'ASST.
Quella del lavoro e dell'interazione a livello sovracomunale è per la verità una pratica che il territorio conosce e applica già da diversi anni: nel 2006 è stata infatti fondata l'azienda consortile Comunità Sociale Cremasca che riunisce i 48 comuni del distretto e che prevede l'organizzazione e la gestione collettiva delle politiche sociali. Un'esperienza non facile da declinare nel concreto, come ci ha confermato Maria Polig, sindaco di Pandino, in quanto "legittimamente ogni sindaco vede il suo comune come entità che sta vicino ai cittadini, quindi passare dal piano comunale a quello sovracomunale comporta delle difficoltà[39]", ma resa necessaria da politiche regionali che sono andate sempre di più verso la centralizzazione: "non abbiamo più né risorse né strumenti perché ogni singolo comune

37 La riforma prevede ai vertici un direttore generale dell'ASST (ruolo nel quale per Crema è stato confermato Luigi Ablondi), un direttore sanitario del Polo Ospedaliero (a Crema la dottoressa Ermanna Derelli), un direttore socio sanitario e, a completare la cabina di regia, un direttore amministrativo (che all'approvazione della legge era Roberto Savazza, dal 2017 sostituito da Guido Avaldi).

38 Testimonianza di Stefania Bonaldi.

39 Testimonianza di Maria Polig.

possa fare da solo[40]".
In questo senso se lo scopo della riforma è quello di restituire un po' di potere decisionale agli enti locali esso non può che essere accolto con favore: l'assemblea dei sindaci del distretto può essere uno strumento, così come l'altro organismo previsto dalla legge 23, cioè la conferenza dei sindaci a livello di ATS, alla quale è riconosciuto un ruolo partecipativo nella programmazione socio sanitaria. In merito a tale organo i primi cittadini evidenziano però qualche aspetto critico: "l'ampiezza dell'area ha messo in luce difficoltà di tipo logistico: fare incontrare gli amministratori di un territorio così grande non è facilissimo. Sarebbe forse meglio immaginare delle strutture un po' decentrate in cui possano essere assunte le decisioni[41]". Sempre a causa della grandezza del territorio di competenza a volte risulta complicato conciliare i diversi approcci:

> Si è strutturata la cabina di regia, che dovrebbe essere il luogo dove tecnici e politici si mettono insieme intorno a un tavolo per approfondire i vari argomenti e definire i singoli interventi. Questa cabina di regia è unica su tutta l'ATS Val Padana, e questa è una sfida non da poco, considerato quanto sono diversi gli approcci nei vari territori: ad esempio la gestione cremasca della Neuro Psichiatria Infantile e quella cremonese sono due mondi diversi (a Cremona è tutto concentrato sulla residenzialità e sui ricoveri, nel Cremasco è tutto basato sugli ambulatori e sui servizi erogati anche dal privato sociale). Questo fra l'altro determina la differenza nell'assegnazione delle risorse: qui i finanziamenti gravano per lo più sul capitolo del sociale, a Cremona gravano sulla parte sanitaria, e questo rischia di determinare disparità di trattamento fra i cittadini[42].

Nell'ultima parte della sua testimonianza il sindaco di Pandino ha toccato un tasto dolente, cioè quello della ripartizione delle risorse regionali fra Crema e Cremona. Si tratta di una questione antica, che più volte in passato ha generato proteste e rivendicazioni da parte del territorio, e che si teme la nuova organizzazione non possa portare a soluzione:

> Il poter incidere sulla ripartizione delle risorse nei territori è di grande importanza per il Cremasco, che storicamente ha spesso patito una distribuzione delle risorse inappropriata rispetto al Cremonese (fatto 100 il numero degli abitanti si stima che 45 siano cremaschi e 55 dell'area cremonese, eppure la distribuzione non rispecchia questo schema: abbiamo degli ambiti dove patiamo una differenza molto significativa di risorse, di più di una decina di milioni). È chiaro che in prospettiva si rende necessario esigere delle azioni di compensazione nella distribuzione. Il fatto di aver allargato l'area dell'ATS anche al Mantovano in questo senso porta con sé un rischio: quello di storicizzare la situazione esistente, rendendo meno facile l'azione di riequilibrio[43].

Non sono queste le sole criticità da superare. Anche la riorganizzazione del personale ha generato qualche problema, sia nella distribuzione fra Cremona e Crema (ancora!), sia per ciò che concerne la definizione del contratto. Come infatti ci ha spiegato per il sindacato Arrido Bellotti, le circa sessanta persone passate dall'ASL all'ASST hanno un contratto integrativo aziendale diverso da quello dei dipendenti ospedalieri, e questo porta ad una ricerca di uniformità non facile:

> Per fare un esempio, il personale amministrativo dell'ospedale ha un orario rigido, quello dell'ASL per il tipo di attività no: adesso noi dobbiamo fare un contratto integrativo che uniformi i due sistemi. Altro esempio: la quota di produttività collettiva di queste persone è più alta della nostra, e nel 2018 dovremo fare un contratto unico: ma a me secca tanto come sindacalista andare a dire alla persona dell'ASL tu prima prendevi 1000, adesso prenderai 800… Sicuramente ci saranno problemi, a meno che non si trovino altre risorse[44].

Il vero nodo da superare è tuttavia un altro: vent'anni di separazione fra mondo sanitario, socio sanitario e sociale hanno portato alla elaborazione di linguaggi diversi ("non è sempre facile incontrarsi e capirsi[45]") e anche, a volte, a differenti velocità nel raggiungere gli obiettivi ("nell'ospedale per

40 Ibidem.
41 Testimonianza di Stefania Bonaldi.
42 Testimonianza di Maria Polig.
43 Testimonianza di Stefania Bonaldi.
44 Testimonianza di Arrido Bellotti.
45 Testimonianza di Silvio Bettinelli.

acuti vorremmo correre sempre a 100 all'ora, sul territorio i cento all'ora non sono possibili, quindi bisogna trovare il modo di andare a 75…[46]").
Per superare queste difficoltà si fa affidamento sulle buone relazioni che esistono fra le varie realtà e soprattutto sulla volontà di condividere progetti comuni. In tale senso la partenza sembra positiva, ed un primo importante risultato della collaborazione fra ospedale e territorio ci è stato illustrato nei dettagli dalla dottoressa Mencatelli:

> Ci siamo trovati con Comunità Sociale Cremasca, coi servizi sociali, coi responsabili dei piani di zona e abbiamo detto: siccome non abbiamo la bacchetta magica cerchiamo di capire per partire quali sono le priorità per i nostri cittadini. Così si è evidenziato che ad esempio abbiamo un problema di inserimento nelle RSA delle persone anziane. Anzi, per meglio dire: la difficoltà sta nel concetto da parte del cittadino di considerare l'RSA come una meta finale, senza pensare alle alternative che ci possono essere sul territorio. Questo fa sì che per le RSA ci sia un intasamento di richieste non sempre appropriate. Abbiamo quindi strutturato un nuovo sistema per cui qualunque soggetto cronico in età avanzata o con fragilità anziché fare domanda diretta all'RSA si rivolge ad una équipe di valutazione multidimensionale di volta in volta integrata ad hoc con medici, infermieri, assistenti sociali, specialisti, medico di base, che va ad identificare quali possono essere le prestazioni più appropriate per il soggetto stesso: un servizio sociale a domicilio (badante, consegna dei pasti ecc.), oppure un servizio medico a domicilio (es. fisioterapista), oppure l'accesso a un servizio diurno senza un distacco dalla casa e dalla famiglia, oppure ancora l'RSA. In questo modo si potrebbero ridurre le liste d'attesa. Queste équipe esistono già da alcuni mesi, però ufficialmente la sperimentazione (quindi con annullamento delle precedenti liste d'attesa) è partita il primo di ottobre 2017. La sperimentazione durerà nove mesi, dopo di che se tutto andrà bene il sistema diventerà definitivo[47].

Le politiche sanitarie regionali hanno prodotto nell'ultimissimo periodo un'ulteriore innovazione che riguarda l'attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili (Decreto X/6551 del 4 maggio 2017). Questo provvedimento stabilisce che i cittadini affetti da patologie croniche possano scegliere il gestore (medici di medicina generale appartenenti ad aggregazioni funzionali come le cooperative, strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private convenzionate) che prenderà in carico i loro bisogni di salute sottoscrivendo con esso un "patto di cura" di validità annuale. Al momento della stesura di queste pagine la riforma sta compiendo appena i primi passi, quindi non abbiamo la possibilità di occuparcene: rimandiamo quindi la sua trattazione a chi potrà scriverne dopo di noi.
Prima di chiudere il nostro excursus sulle modifiche normative della sanità, ci preme dedicare ancora due parole al ruolo che la politica ha giocato nelle scelte che hanno interessato la salute dei cittadini. Su tale ruolo esistono opinioni molto diverse: c'è chi lo ha visto come una indebita intrusione e chi invece lo ritiene una necessità indotta dai tempi. Noi ci limitiamo a riportare l'interessante giudizio di due delle persone da noi ascoltate, che con questo tema si confrontano da fronti opposti:

> Credo che la politica debba agire sempre con grande umiltà: il politico non è un tuttologo, ed in special modo in un campo complesso come quello sanitario prima di agire occorre un lavoro approfondito di ricerca, di analisi, e di conoscenza. Purtroppo questo non sempre avviene: la politica spesso insegue il consenso, che si ottiene con lo slogan, mentre i contenuti spesso non sono declinati adeguatamente[48].

> Nell'ambito dell'evoluzione della medicina anche a seguito delle varie riforme il grande assente è stato il medico, che non ha saputo portare avanti le proprie idee e le proprie istanze rispetto a quello che stava succedendo. Se il medico lo fa in maniera onesta e documentata l'amministrativo lo deve ascoltare; se non lo fa l'amministrativo vince, ma allora non ci si può lamentare. Si tratta quindi di riprendere il nostro posto, dicendo quello che serve veramente alle persone[49].

46 Testimonianza di Ciro Canetta, direttore dell'Unità Operativa di Medicina.
47 Testimonianza di Gloria Mencatelli.
48 Testimonianza di Stefania Bonaldi.
49 Testimonianza di Emilio Canidio, direttore di Pediatria.

Obiettivo autonomia

Nel progetto iniziale di riorganizzazione amministrativa previsto dalla legge 23 del 2015 la Regione manifestava la volontà di istituire, nell'ambito di ATS Val Padana, due sole Aziende Socio Sanitarie Territoriali, quella di Cremona e quella di Mantova. Per l'ospedale di Crema ciò avrebbe significato, inevitabilmente, l'accorpamento con Cremona. Contro tale possibilità sono scese in campo politica ed istituzioni locali, che dopo una discussione durata diversi mesi sono riuscite nell'intento di modificare le intenzioni della giunta lombarda e di mantenere l'autonomia.

Di questa azione collettiva a difesa dell'indipendenza del presidio ospedaliero, portata avanti senza distinzione di colore politico, vale la pena di parlare, sia per capire quali motivazioni l'hanno originata, sia per sottolineare come ancora una volta sia stata l'unione delle forze a permetterne l'esito positivo.

Per la verità di accorpamento con il nosocomio di Cremona si era cominciato a ragionare ben prima della legge 23. Già nel 2010 un articolo de *Il Nuovo Torrazzo*[50] dava corpo a voci che da tempo si rincorrevano: quelle di un progetto per un'unica Azienda provinciale, con i due ospedali insieme sotto una sola direzione generale con sede nel capoluogo. Ciò ai fini di un risparmio economico da parte della Regione assai gradito dai vertici[51].

I timori si rifanno vivi nel 2013, quando nell'ambito dell'assemblea della Comunità Sociale Cremasca il sindaco di Crema Bonaldi, riferendosi al nuovo inseguirsi di voci in merito, invita i colleghi del Distretto ad approfondire il tema della sanità e della sua organizzazione sul territorio onde "possedere adeguati strumenti di conoscenza e di scelta[52]" nel caso l'ipotesi si concretizzi. L'incontro si conclude con l'affidamento al comune di Crema e all'Ufficio di Presidenza della Consulta dei sindaci del compito di promuovere momenti di riflessione sia con i responsabili dell'ospedale sia con quelli della sanità regionale.

Fra conferme e smentite si arriva a metà del 2015, quando il progetto di riforma viene presentato e certifica l'intenzione di dare spazio a due sole ASST. Parte in questo momento l'azione collettiva degli enti locali che vede come primo atto la presentazione alla dirigenza regionale di un documento che riporta le ragioni a sostegno della richiesta di comprendere anche Crema fra le costituende ASST. Fra di esse "il riconosciuto alto livello di efficienza gestionale conseguito dall'Azienda Ospedaliera di Crema nel panorama lombardo", la sua "classificazione a livelli medio alti nell'ambito delle Reti sanitarie di patologia sia nell'Emergenza Urgenza che nel trattamento di alcune patologie croniche" e l'eccellenza dell'Ospedale di Rivolta d'Adda, "punto di riferimento nella riabilitazione cardiologica, respiratoria e neuromotoria anche per gli ospedali di Alta Specialità dell'Area Metropolitana", nonché Centro rinomato a livello regionale per l'attività di riabilitazione dalle dipendenze[53]. Dopo essersi soffermato anche sul basso tasso di posti letto presenti nel territorio e sui sacrifici già compiuti per le riconversioni dei presidi periferici, il documento non manca di sottolineare come tutti i positivi risultati siano stati raggiunti "nel pieno rispetto delle regole e dei protocolli con costi di gran lunga più contenuti se confrontati con altre realtà similari o anche più grandi[54]".

Ricevendo il testo gli interlocutori regionali riconoscono che il Cremasco è "l'unico territorio che ha presentato in modo così coeso e appassionato le proprie osservazioni[55]", ma sembra che nulla possa modificare una decisione già presa. Così i sindaci studiano altre forme di lotta: a inizio luglio 2015 viene organizzato un presidio a sostegno dell'autonomia sul piazzale dell'Ospedale Maggiore a cui partecipano i primi cittadini, diversi operatori sanitari, politici e privati cittadini[56], mentre si susseguono incontri nei vari comuni per sensibilizzare la popolazione. Ancora più eclatante è l'azione svolta all'interno del palazzo della Regione, come ricorda Stefania Bonaldi:

> Accanto alla sensibilizzazione del territorio i sinda-

50 Ospedale: il futuro è con Cremona?, in *Il Nuovo Torrazzo*, 18 dicembre 2019, p. 9.

51 L'articolo suggeriva che l'ipotesi fosse apprezzata anche da "coloro che non vedono di buon occhio la presenza nella nostra 'piccola' provincia di ben due Aziende Ospedaliere di natura pubblica".

52 Ospedale, sindaci uniti nella difesa, in *Il Nuovo Torrazzo*, 11 novembre 2013, p. 7.

53 Il testo del documento è riportato in Ospedale: tutto è perduto?, in *Il Nuovo Torrazzo*, 27 giugno 2015, p. 10.

54 Ibidem.

55 Ospedale: tutto è perduto?, cit.

56 L'Ospedale deve restare autonomo!, in *Il Nuovo Torrazzo*, 4 luglio 2015, p. 7.

ci si presero poi l'impegno di presidiare la discussione della riforma al Pirellone per tutto il periodo in cui questa avvenne (un unicum a livello lombardo): ogni volta almeno una decina di sindaci completi di fascia e quindi riconoscibili erano presenti in aula, e devo dire che questo elemento ha reso visibile la nostra protesta e mantenuta viva l'attenzione[57].

Davanti ad un'opposizione così compatta la Regione inizia ad aprire spiragli di trattativa: il Presidente Maroni si dice disposto a rivedere il provvedimento se ci sarà una proposta condivisa anche dagli altri due territori coinvolti, cioè cremonese e mantovano. L'apertura viene accolta con favore dai primi cittadini: come ulteriore motivazione a favore dell'autonomia il sindaco Bonaldi fa notare come sia "un dato socio culturale prima ancora che politico che i cremaschi guardino a Lodi, Treviglio e Milano più che a Cremona: sono queste le aree che convogliano i nostri interessi ed esercitano una forte attrazione ed è in questa direzione che muovono i flussi quotidiani con i quali la nostra gente si sposta per motivi di studio, di lavoro e anche di salute[58]."
Ma oltre a questa importante considerazione quali sono le altre ragioni forti che hanno spinto a lottare per non aggregarsi a Cremona? Ancora una volta ascoltiamo il sindaco di Crema:

L'accorpamento con Cremona avrebbe significato per il nostro ospedale dipendere dal punto di vista della direzione generale, ma anche da quello della programmazione e delle risorse, da Cremona, con ricadute quindi anche sui servizi ai cittadini. Un direttore generale presente in loco è destinatario di budget assegnati a lui e non da negoziare con altri, inoltre ha molte più possibilità di presidiare la situazione e di apportare le dovute modifiche in tempo reale, nonché di richiedere le risorse per potenziare reparti o servizi. Quanto più il luogo delle decisioni è lontano dal territorio tanto più diventa difficile non solo incrementare ma addirittura mantenere i livelli di dotazione di risorse[59].

Assai concreto ed esplicito su questo tema è anche il direttore generale Ablondi:

In virtù anche dei risultati ottenuti possiamo dire che questo ospedale non va accorpato, perché quando si accorpa i soldi, che si sa sono sempre di meno, vanno dove c'è la sede: se ci sono due TAC da cambiare e ci sono i soldi per una, è difficile che la cambi tu che sei in periferia…[60].

Che la battaglia sia stata vinta diventa certo fra agosto e settembre, quando viene approvata la modifica al progetto di riforma che porta da due a tre le ASST di ATS Val Padana, confermando così l'autonomia del nosocomio cremasco. Un risultato che va davvero attribuito a tutte le componenti del territorio.
Tutto finito dunque? Non esattamente, perché l'esperienza insegna che qualsiasi decisione può essere rivista (fra l'altro la legge 23/2015 è sperimentale e sarà sottoposta a verifica al 31 dicembre 2018): non è un caso quindi se a febbraio 2018 Crema ha ospitato un convegno organizzato dall'Associazione Medica Padana ed intitolato proprio "L'autonomia dell'ospedale: analisi dei fattori di rischio e degli scenari evolutivi". Nel corso della giornata è stata ribadita l'importanza dell'autonomia e sono già state formulate delle strategie per creare le condizioni a difesa di essa: misure per mantenere il livello qualitativo in un quadro di risorse sempre più ridotte (sviluppo di progetti interaziendali per ampliare l'offerta riducendo i costi, utilizzo di forme alternative di finanziamento anche attraverso il coinvolgimento del tessuto sociale e produttivo, riequilibrio nell'allocazione dei contributi), gioco di squadra, sensibilizzazione della società civile e della politica…
Insomma, il Cremasco è pronto a riaffilare le armi.

Due risposte moderne ai bisogni: il Day Service ambulatoriale e il Centro Diabetici

Sembra strano farne cenno a questo punto, ma se è vero che le parole cessano di essere tali solo quando si trasformano in fatti, il sistema di Day Service ambulatoriale rappresenta un esempio di traduzione in concreto del concetto di presa in carico globale del paziente e del passaggio dal curare al prendersi cura: sostenere la persona in tutti i suoi

57 Testimonianza di Stefania Bonaldi.
58 Ospedale, spiragli di autonomia, in *Il Nuovo Torrazzo*, 18 luglio 2015, p. 7.
59 Testimonianza di Stefania Bonaldi.
60 Testimonianza di Luigi Ablondi.

La coordinatrice Rosa Legrenzi, Fabrizio Mauri, Nadia Premi infermiera professionale

bisogni infatti significa anche e soprattutto venirle incontro nei momenti di maggiore fragilità. E pochi sono i momenti in cui si è altrettanto fragili quanto quelli in cui ci si trova ad affrontare una serie di accertamenti per la sospetta presenza di una malattia, magari seria, magari grave, e alla preoccupazione per quella che sarà la diagnosi occorre aggiungere la sofferenza, il fastidio, la fatica delle code, delle liste d'attesa, della burocrazia. Lo stesso vale per le persone in età avanzata o disabili che devono eseguire una serie di esami e sono costrette a passare da uno sportello all'altro per le prenotazioni, con tutte le difficoltà che ciò comporta.

Il Day Service, che in Lombardia è attivo presso pochissime strutture pubbliche e che a Crema funziona dal 2010, ha proprio questo scopo: facilitare il cammino a pazienti che si trovano a dover seguire un iter diagnostico complesso che prevede un numero elevato di accertamenti di varia natura. L'inserimento nel servizio avviene su iniziativa di un medico specialista ospedaliero (pneumologo, neurologo, cardiologo, gastroenterologo ecc.: tutti possono indirizzare a questa modalità), che predispone le impegnative necessarie; a quel punto interviene un'infermiera con funzione di case manager che programma e organizza gli accessi per gli esami (esistono delle linee preferenziali concordate con i vari settori diagnostici) e una volta ricevuti gli esiti li trasmette allo specialista.

Il responsabile del Day Service, dottor Fabrizio Mauri, ci ha esemplificato in modo molto chiaro come funziona il sistema:

> Facciamo un esempio tipico: arriva una persona al Pronto Soccorso o in ambulatorio che ha tosse; fa una radiografia del torace e si vede che ha un addensamento al polmone; questo addensamento non va via e il paziente deve essere valutato per escludere che sia qualcos'altro: quindi deve fare esami di laboratorio, TAC, una broncoscopia, prove di funzionalità respiratoria, magari una ecografia, e poi una rivalutazione specialistica… tutta una serie di accertamenti che se va a prenotare al CUP non riesce a fare in tempi congrui. Invece da noi i tempi sono più ristretti (se c'è un sospetto oncologico cerchiamo di completare tutto in un mese, altrimenti non andiamo comunque oltre i 40 giorni, due mesi) e il paziente viene accompagnato in questo percorso dal punto di vista fisico, ma anche e soprattutto dal punto di vista della gestione di esso, attraverso il case manager. Si pensi per fare un altro esempio a pazienti della nefrologia con insufficienza renale avanzata e che diventano candidati al trapianto: per loro ci sono dai venti ai quaranta accertamenti da fare. Questi pazienti vengono agganciati al Day Service e se prima dovevano fare avanti e indietro per le prenotazioni e gli esami adesso il nefrologo gli organizza tutto il percorso. Noi cerchiamo nella programmazione di ridurre al minimo gli accessi: tornando al primo esempio si fa in modo che il paziente un giorno faccia esami di laboratorio, ECG ed ecografia, all'accesso suc-

cessivo TAC e prove di funzionalità respiratoria e al terzo la broncoscopia. Le Unità Operative che ci seguono in questo servizio sono molto soddisfatte, ma soprattutto abbiamo il gradimento dei pazienti[61].

In effetti risulta facile comprendere i vantaggi che questa procedura porta con sé: oltre alla riduzione dei tempi e del numero di accessi in ospedale, il malato è accompagnato in tutto l'iter diagnostico, senza mai avere quella sensazione di solitudine e di abbandono che in momenti di fragilità diventa ancora più pesante da sopportare.
Un aspetto che riteniamo particolarmente importante del servizio è la sua partecipazione al progetto regionale "La rosa dei venti", che prevede speciali percorsi diagnostici e terapeutici facilitati e protetti per persone con disabilità intellettive e relazionali. Per un bambino, ragazzo o adulto con autismo l'approccio con il mondo ospedaliero è particolarmente traumatico: l'affollamento, i rumori, le luci intense possono generare in lui carichi intollerabili di angoscia e di ansia. Per evitare quindi che il necessario momento di cura si trasformi in un'esperienza densa di paure è possibile attraverso un semplice contatto telefonico affidare ad un operatore l'organizzazione dell'intero iter: una volta programmate le visite, gli esami o gli interventi questi ricontatterà il paziente o la famiglia per definire giorno e modalità delle diverse prestazioni, raggruppandole se possibile in un unico accesso. Alla data fissata il paziente verrà accolto, accompagnato e supportato da personale appositamente formato. Inutile dire che anche questo servizio riceve un elevato gradimento degli utenti.
Proprio in virtù dell'accoglienza estremamente positiva che il Day Service riscontra, il dottor Mauri formula un auspicio per il futuro:

In prospettiva il Day Service dovrebbe essere un percorso per tutti i pazienti con fragilità (si pensi solo a cosa significa per un anziano andare al CUP a prenotare sette accertamenti diversi…). Io ritengo che questa sia una delle cose che dà qualità ad un'azienda ospedaliera. Credo quindi che il servizio debba essere implementato. Si pensi al possibile bacino di utilizzatori: pazienti ricoverati che possono completare il percorso diagnostico senza rimanere in ospedale, pazienti ambulatoriali che devono fare diversi accertamenti, pazienti valutati al Pronto Soccorso che vengono mandati a casa, ma a cui viene prescritta una serie di esami…[62].

Ovviamente un'implementazione del servizio richiede di necessità personale più numeroso e dedicato solo ad esso, insomma maggiori risorse umane. Ma forse è inutile ripeterci su questo punto…
Si può ormai definirla a tutti gli effetti una malattia sociale, per la sua crescente diffusione[63], per i costi sanitari che comporta, per le implicazioni che ne derivano a carico dei soggetti colpiti: il diabete è la patologia che forse più di tutte può essere considerata un segno dei tempi, perché è indubbio il suo legame con i cambiamenti degli stili di vita. Mangiamo di più e consumiamo di meno: gran parte della questione, in fondo, sta proprio qui.
A Crema si è cominciato ad occuparsi in modo organizzato di questa problematica moltissimi anni fa: al 1972 risale l'apertura del Centro di Diabetologia[64], che agli esordi puntava essenzialmente a realizzare una "schedatura" dei malati allo scopo di facilitare gli interventi terapeutici. Col trascorrere degli anni e con l'aumento dell'emergenza sociale legata alla patologia, la struttura ha via via esteso i suoi compiti per poter venire incontro in modo adeguato ai bisogni. Oggi anche a giudizio degli utenti il Centro fornisce una risposta efficace alle necessità dei malati, non solo a livello strettamente terapeutico, ma anche nel supporto e nell'affiancamento per tutte le difficoltà di ordine emotivo e relazionale che dal diabete possono scaturire.
Sull'attività svolta dal servizio, che dipende dall'Unità Operativa di Medicina, ci ha riferito la responsabile, dottoressa Silvia Severgnini:

Come Centro Diabetici noi ci occupiamo della prevenzione, diagnosi e cura del diabete di tipo 1, cioè di quel diabete che deve essere assolutamente trattato con insulina perché il paziente non la produce, del diabete di tipo 2, cioè quel diabete che spesso arriva avanti con gli anni ed è in molti casi legato

61 Testimonianza di Fabrizio Mauri.

62 Ibidem.

63 L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha certificato che se nel 1980 i malati erano nel mondo 108 milioni, nel 2014 il loro numero è salito a 422 milioni. In Italia i dati ISTAT del 2015 dicono che soffre di diabete il 5.4% della popolazione, cioè circa 3 milioni di persone.

64 Si potenzia l'ospedale, in *La Provincia*, 15 luglio 1972, p. 8.

al sovrappeso o a disordini alimentari, e del diabete gestazionale, che viene durante la gravidanza e poi generalmente scompare. Abbiamo anche un ambulatorio del piede, per le ulcere e lesioni che i diabetici possono avere, e facciamo moltissima terapia educazionale per quanto concerne l'automonitoraggio (ci sono infermiere dedicate che insegnano ai pazienti come e quando fare il controllo della glicemia a domicilio), educazione alimentare con delle dietiste ed educazione in termini di terapia, soprattutto per quella insulinica. Abbiamo un ambulatorio per le prime visite per i pazienti che non sono mai stati da noi e devono essere inquadrati, esiste uno spazio per le emergenze urgenze, e poi abbiamo l'ambulatorio per i controlli attivo cinque giorni alla settimana (per le visite i pazienti hanno delle scadenze che dipendono dal tipo di diabete e dalla terapia). Ci sono poi i pazienti con diabete di tipo 1 portatori di microinfusore (uno strumento che somministra insulina 24 ore su 24) che hanno un ambulatorio dedicato perché sono quelli più impegnativi: di solito sono giovani, fanno una vita attiva e devono fare la conta dei carboidrati, quindi richiedono un'attenzione particolare[65].

La dottoressa Severgnini ha parlato di "terapia educazionale": si tratta non solo di apprendere le procedure che la patologia richiede (misurazioni della glicemia, iniezioni di insulina ecc.), e che per poter proseguire le normali attività di vita il paziente deve saper gestire in modo autonomo, ma anche di imparare ad affrontare col giusto atteggiamento i cambiamenti che la scoperta della malattia reca con sé. Non è così facile, perché purtroppo in molti esiste ancora timore nel portare la propria condizione agli occhi del mondo:

I pazienti diabetici si possono suddividere in tre gruppi. Ci sono quelli che dopo la diagnosi vanno avanti imperterriti, non cambiano il loro stile di vita, assumono la terapia giusto per non cambiarlo e non si rendono conto del problema; c'è chi invece accetta la malattia, la condivide e cerca di cambiare le sue abitudini per evitare le complicanze; infine c'è chi è costretto ad affrontare una terapia insulinica e –soprattutto se avanti con gli anni, ma accade anche con qualche giovane- vive come un dramma il doversi bucare in pubblico. Purtroppo esiste ancora qualcuno che dice "io mi vergogno, perché gli altri possono pensare che io sia un drogato". E per evitare questo magari rinunciano persino ad andare al ristorante. Io ho in cura una donna sulla quarantina, diabetica da 10 anni, che ancora non ha detto alle sue due bambine che la mamma ha questa malattia e deve fare le punture. L'unica cosa che le bambine sanno è che la mamma potrebbe sentirsi poco bene e in questo caso devono darle lo zucchero…[66].

Proprio per aiutare chi ne ha bisogno a superare queste barriere mentali la responsabile del Centro auspica che diventi ben presto organica al team la figura dello psicologo: è l'integrazione, dice, che servirebbe a completare l'efficacia del servizio. Crediamo che gli 8000 pazienti che si avvalgono del Centro[67] non possano che sostenere questa richiesta.

65 Testimonianza di Silvia Severgnini.

66 Ibidem.

67 Dal Centro di Crema dipendono anche gli ambulatori di Rivolta (con circa 600 pazienti) e di Castelleone (circa 400).

L'ingresso del Pronto Soccorso di Crema

CAPITOLO XV

QUEI PICCOLI OSPEDALI

Erano di dimensioni ridotte, poco sostenibili economicamente, e trovavano sede in edifici vetusti, ormai inadatti alle esigenze della moderna medicina. Ma rappresentavano l'anima delle loro comunità, ne costituivano il punto di riferimento, oltre che una fonte di lavoro, da generazioni e generazioni. I medici che vi operavano non di rado svolgevano anche funzione di medici condotti, e questo rafforzava il legame e il clima da grande famiglia che vi si respirava. Ecco perché l'idea che quelle piccole realtà potessero cessare di far parte del panorama del paese o della cittadina non era nemmeno contemplata: per la gente erano i "loro" ospedali, e questo bastava.
Purtroppo però si sa che le ragioni del cuore non sempre riescono a conciliarsi con quelle della mente (e del portafogli!), ed è così che ad un certo punto l'inimmaginabile accade. Come e perché, ce lo spiega con efficacia chi ha vissuto quel periodo da amministratore dell'ospedale di Crema, da cui questi presidi dipendevano amministrativamente:

> La Regione Lombardia, in attuazione della programmazione sanitaria nazionale, predispose il proprio Piano sanitario, disponendo fra l'altro di ridurre il numero degli ospedali operanti sul territorio, eliminando prima di tutto quelli più piccoli che trovavano sede in zone già servite da altri presidi dotati di strumentazioni, servizi, organizzazione di maggior affidabilità ed efficienza. Ciò non solo per l'aspetto economico, ma anche per garantire un'assistenza ai ricoverati che offrisse più garanzie di tempestività, continuità, approfondimento. La nostra Azienda Sanitaria, che allora si chiamava USSL 53, contava tre di questi presidi: Soncino, Castelleone e Rivolta d'Adda[1].

Come sottolinea Giuseppe Capoferri, la decisione regionale non era dettata unicamente da motivazioni di fredda contabilità: i mezzi di cui le strutture disponevano non erano in grado di assicurare il livello di cure che la nuova medicina metteva a disposizione:

> Mi ricordo che un medico che prestava servizio in uno di questi ospedali mi confidò che se la propria mamma avesse avuto bisogno di un ricovero ospedaliero, sia pure non impegnativo dal punto di vista diagnostico e terapeutico, non l'avrebbe indirizzata nel presidio in cui egli stesso prestava l'attività, per i notevoli limiti di quella struttura[2].

A giudizio del nostro testimone, il mantenimento in attività di questi ospedali non era visto fra l'altro di buon occhio neppure dai medici del presidio di Crema, in quanto sottraeva loro personale proprio in un momento in cui le disposizioni della riforma sanitaria puntavano ad estendere le competenze anche all'ambito socio sanitario (consultori familiari, Centri di igiene mentale, Centri per le tossicodipendenze…).
Tutto quindi (questioni di economicità, di affidabilità dell'assistenza, di distribuzione delle forze) sembrava far propendere per la conferma della decisione di chiusura. Ma dell'ineluttabilità di questa soluzione le popolazioni locali non erano affatto

1 Testimonianza di Giuseppe Capoferri.
2 Ibidem.

convinte, e proprio la fermezza, la tenacia e la passione con cui si è cercato di trovare altre strade ha fatto sì che almeno per i presidi di Rivolta e Soncino la parola fine non sia stata scritta.
Abbiamo deciso che di quei piccoli ospedali, e delle lotte che sono state combattute per mantenerli in vita, fosse giusto raccontare: per ciò che hanno rappresentato per il territorio e per la memoria che se ne conserva fra la gente.
Ecco dunque la loro storia.

L'ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda

Il primo documento che fa cenno alla presenza di un "ospitale" in quel di Rivolta d'Adda risale al 1345[3], anche se è opinione diffusa che Ludovico Antonio Muratori[4] (in quale opera tuttavia non è possibile sapere) ne abbia attestato l'esistenza fin dal Duecento. Anche comunque attenendoci alla datazione certa, essa certifica le origini antichissime del nosocomio rivoltano. Altrettanto certificato, scorrendo la storia successiva del presidio così come viene esposta nel prezioso testo sulla storia del nosocomio di Eugenio Calvi, appare l'attaccamento che la comunità locale manifesta fin dai primi secoli nei confronti di questo luogo di cura e di assistenza per malati ed indigenti: all'inizio del Cinquecento, di fronte al tentativo di un intraprendente personaggio vicino alla Curia romana (tale Falconetto Benagli) di accaparrarsi la gestione del suddetto ospitale, ecco che l'intera popolazione, sindaco in testa, si impegna in una furibonda battaglia legale perché tale amministrazione sia restituita a chi se ne era sempre occupato con devozione e disinteresse, cioè la comunità stessa. La causa viene vinta ed il signor Falconetto è invitato a… non farsi più vedere. Da questa vicenda il Calvi ricava un'annotazione maliziosa: i rivoltani, che pure sono soliti litigare appassionatamente tra loro appena se ne presenta l'occasione, non esitano a ritrovarsi tutti solidali quando si tratta di affrontare un nemico comune!
Ed in effetti la storia si ripete due secoli dopo, quando nel 1782 il Governo austriaco decide di far assorbire l'ospedale di Rivolta da quello di Treviglio: anche in questo caso la solidarietà del paese prende il sopravvento e di fronte alle proteste il primo ministro di Vienna decreta l'intangibilità e l'indipendenza del presidio.
A ulteriore conferma del legame di Rivolta con il suo ospedale è il gran numero di donazioni e lasciti che nei secoli ne rendono via via più cospicuo il patrimonio (proprio in una di queste proprietà, sita in un'area corrispondente a quella occupata attualmente, risulta nel Cinquecento ubicata la sua sede) e che permettono, dopo un primo ampliamento nel 1522, il totale rifacimento della struttura nel 1908. Su tali lavori di ricostruzione esiste copia dell'atto[5] con cui, il 27 marzo del 1903, il consiglio dell'Ospitale Santa Marta delibera in merito, motivando la decisione con la volontà di erigere un fabbricato "che meglio corrisponda alle esigenze moderne dell'igiene, essendo l'attuale riconosciuto insufficiente ed inadatto allo scopo[6]".
Com'è il nuovo ospedale? Ricaviamo qualche notizia da una relazione che l'Ente comunale di Assistenza invia nel novembre del 1937 al prefetto di Cremona[7]: la struttura consta di 38 letti e si articola nei reparti di Medicina, Maternità e Sanatoriale; dispone anche di "studio radiologico, laboratorio chimico, impianto di disinfezione, lavanderia, cucina, dispensa, bagni e sala mortuaria". La relazione è molto dettagliata anche riguardo al personale, che si compone di "un medico residente all'ospedale e di un medico coadiuvante, entrambi medici condotti del Comune, e di due levatrici condotte". Ad essi si aggiungono sette suore – di cui una con diploma di infermiera – un infermiere "patentato", un uomo di fatica, un portinaio scrivano e due donne di servizio alla lavanderia.
Un ospedale "tascabile", dunque, destinato a rimanere tale fino a metà del Novecento, quando si decide di sopraelevare di un piano l'edificio per permettere la realizzazione di un nuovo padiglione di degenza con 100 posti letto[8].
I lavori vengono completati nel 1959. Quattro

3 Il documento è il verbale di un consiglio dei "patrones" (benefattori) dell'ospedale, al tempo intitolato a Santa Maria Vergine e a Santa Marta. Abbiamo tratto la notizia dalla storia del nosocomio redatta da Eugenio Calvi.

4 Ludovico Antonio Muratori (1672-1750), sacerdote, intellettuale e scrittore, è considerato il padre della storiografia italiana.

5 Ringraziamo il signor Giuseppe Strepparola per aver visionato in vece nostra l'archivio del Comune di Rivolta.

6 Verbale di deliberazione del 27 marzo 1903, in Archivio comunale di Rivolta d'Adda.

7 Comunicazione del 12 novembre 1937, in Archivio comunale di Rivolta d'Adda.

8 L'ospedale di Santa Marta di Rivolta, In *La Provincia*, 8 marzo 1957, p. 7.

Il vecchio ospedale di Rivolta d'Adda

Giuseppe Strepparola

Giacomo Gamba

anni prima, nel 1955, era stata assunta prima come addetta al laboratorio analisi e poi in amministrazione Ernesta Facchetti, che ricorda come in quel periodo "si lavorasse tantissimo[9]", perché il personale era ridotto al minimo:

> Di infermiere professionali non ce n'erano, c'erano solo le inservienti. Le prime venivano da fuori, dalla val Brembana o dal Cremonese, quindi dormivano dentro l'ospedale, c'era una camerata per loro. Erano ragazze molto semplici, piene di buona volontà. Come impiegate invece in quegli anni eravamo in due, una all'accettazione e io in amministrazione. Mi occupavo di segreteria, di personale, assunzioni, stipendi, bilanci. Poi dovevo occuparmi degli affittuari dei terreni e delle cascine dell'ospedale[10].

Con così pochi operatori al lavoro era impossibile qualsiasi rigida distinzione di ruolo:

> Essendo una realtà piccola ci si aiutava molto, oltre alla propria parte si dava una mano anche agli altri, e questo consentiva di imparare tante cose. Si faceva davvero un po' di tutto: l'infermiera che faceva la notte oltre a guardare i malati faceva anche la pulizia delle scale e del Pronto Soccorso… Io ero infermiera di sala operatoria, ma finito con quella facevo anche l'infermiera degli ambulatori. In sala operatoria si cominciava alle 7 fino alle 17. Poi c'erano le urgenze. Eravamo due strumentiste e a turno c'era chi stava agli strumenti e chi all'anestesia[11].

> Era un buon ospedale, per la qualità dei servizi che forniva, anche se certo lavorarci non era facile: mi ricordo che quando facevo il portinaio di notte si saliva nei reparti ad aiutare a lavare i pavimenti. Il personale era poco e ci si dava una mano. Era la vera solidarietà, quella che adesso non trovo più…[12].

La situazione non era diversa per ciò che concerne il personale medico: quando il dottor Giacomo Gamba viene assunto, nel 1962, l'ospedale ha due primari – uno per Medicina e uno per Chirurgia – e due assistenti:

> L'assistente chirurgo era anche ginecologo. Quando non c'era l'assistente chirurgo io dovevo andare in sala operatoria e l'altro assistente faceva lo stesso durante la mia assenza settimanale. Naturalmente le guardie ci spettavano un giorno sì e uno no e d'estate quando c'erano le ferie tutti i giorni[13].

A sovrintendere all'attività del personale c'erano sette suore, nei tempi più lontani appartenenti alle Ancelle della Carità, poi sostituite dalle Suore Adoratrici, la cui casa madre ha sede in paese: di loro Fabio Calvi, medico e attuale sindaco di Rivolta, ricorda che "erano l'anima dell'ospedale" e che dalla Madre superiora dipendeva tutto, al punto che

9 Testimonianza di Ernesta Facchetti.
10 Ibidem.
11 Testimonianza di Silvana Colturani che ha lavorato come infermiera al Santa Marta.
12 Testimonianza di Giuseppe Strepparola, assunto come portinaio e lettighiere e poi divenuto responsabile dell'Ufficio Accettazione.
13 Testimonianza di Giacomo Gamba, che negli anni Settanta ha sostituito il dottor Boselli come primario della Medicina.

Incontro con il Vescovo di Cremona, Giuseppe Amari. presenti il personale laico e religioso, tra i quali si notano Carlo Mor ed Elia Cremascoli

"anche i primari dovevano sentire il suo parere[14]". In un ambiente fatto di poche persone, in cui tutti inevitabilmente si conoscono, il clima è un po' quello della grande famiglia, e l'ospedale può persino diventare un posto dove passare il tempo fra amici. Il dottor Pier Franco Campari, che per un periodo ha svolto la sua attività al Santa Marta, così descrive l'abitudine diffusa fra gli anziani del paese:

> Quando dirigevo il servizio di Fisioterapia mi sono accorto che nella sala d'attesa del reparto stazionavano sempre le stesse persone per parecchie ore, mattino e pomeriggio. Ho saputo poi dai miei assistenti che erano anziani che non sapevano come trascorrere la giornata, così si facevano prescrivere una terapia fisica della durata di pochi minuti, arrivavano qualche ora prima e se ne andavano qualche ora dopo. In questo modo, al caldo d'inverno e al fresco d'estate, passavano la giornata chiacchierando[15].

Queste peculiarità non andavano a scapito della qualità scientifica dell'attività svolta al Santa Marta, che, pur nei limiti indotti dalle dimensioni e dalle risorse, di certo non mancava, anzi in alcuni campi ne faceva un polo di riferimento anche per pazienti che venivano da fuori. Il principale di questi settori era quello delle malattie epatiche, nelle quali il dottor Boselli, primario della Medicina fino all'inizio degli anni Settanta, era un riconosciuto specialista. Le patologie del fegato legate all'abuso di alcol rappresentavano nel Rivoltano un fenomeno diffuso. Boselli, consulente di un'importante industria farmaceutica, aveva messo a punto un farmaco molto efficace per questi malati ed aveva appreso, fra i primi in Italia, la tecnica per l'esecuzione delle biopsie epatiche, che consentivano diagnosi molto precise e precoci, dando modo di anticipare l'inizio della terapia. Coniugando i due fattori – diagnosi precoci e uso del farmaco – con l'interruzione dell'assunzione di alcol la Medicina di Rivolta otteneva risultati molto positivi, che portavano al Santa Marta anche diversi pazienti dal Milanese. Il dottor Gamba ricorda i rapporti che si stabilivano con loro:

> I malati di fegato venivano catalogati e seguiti regolarmente nel tempo. La Bracco ci forniva i farmaci e noi valutavamo l'efficacia della terapia cercando anche di aiutare i pazienti a smettere di bere. In questo senso abbiamo avuto anche delle soddisfazioni: mi ricordo di un medico di Pizzighettone che ci ha mandato una lettera ringraziandoci perché una sua paziente alla quale in un grande e qualificato ospedale non avevano dato alcuna speranza qui invece aveva avuto brillanti risultati. Per

14 Testimonianza di Fabio Calvi.
15 Testimonianza di Pier Franco Campari.

Il vecchio ospedale di Rivolta d'Adda

anni poi quella paziente continuò a mandarci gli auguri…[16].

Un ospedale, il Santa Marta, non privo quindi di eccellenze, che però non impediscono, a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta, il diffondersi delle prime notizie preoccupanti in relazione al suo futuro. Comincia tutto con accenni vaghi all'ipotesi di edificare un nuovo ospedale a metà strada fra Cassano d'Adda e Rivolta che metta insieme l'utenza dei due nosocomi; poi il progetto decade, e si spargono voci su una possibile chiusura, motivata dal fatto che il presidio rivoltano non disporrebbe del numero di letti minimo (130) richiesto dalla nuove disposizioni in materia di programmazione ospedaliera. In breve tali voci vengono raccolte dalla stampa e dall'opinione pubblica, e non ci vuole molto prima che la tradizionale solidarietà che la comunità ha già dimostrato nei secoli precedenti torni a farsi viva, inducendo ad unire le forze in difesa dell'ospedale. L'argomento diventa oggetto di accesa discussione, si comincia a pensare a quali azioni intraprendere, si ipotizzano raccolte di firme e si organizzano dibattiti. Nel corso di uno di questi[17] alcuni medici evidenziano i problemi denunciati dalla struttura, che sono essenzialmente legati allo spazio e alla carenza di personale: nel reparto di Medicina ci sono 40 letti, ma i degenti spesso oscillano tra 60 e 70, per cui è necessario ricorrere a brandine; in laboratorio c'è sovraccarico di lavoro (una sola analista quando ne occorrerebbero almeno tre); il Pronto Soccorso è piccolo ed inadeguato, ed il personale infermieristico troppo scarso…
Nonostante le innegabili difficoltà rimane comunque ferma la volontà di impedire la chiusura del Santa Marta: a questo scopo il 26 novembre 1970 si costituisce il Comitato per la difesa dell'Ospedale di cui entrano a far parte tutti i partiti politici, gli amministratori locali, i sindacati e le associazioni. Come primo atto il nuovo organismo incarica una commissione creata al suo interno di redigere uno "Studio analitico sull'attività e le funzioni presenti dell'ospedale e sulle sue prospettive future". Il documento viene presentato nell'aprile del 1971, e sicuramente evidenzia un lavoro molto accurato e attento. Dopo aver relazionato sull'andamento dei ricoveri nel decennio 1961-1970 (in costante e considerevole crescita[18]: l'ospedale, si dice, lavora "ai limiti della ricettività[19]") lo studio va ad illustrare l'attività dei singoli reparti (che sono rimasti

16 Testimonianza di Giacomo Gamba. Proprio da questa specifica competenza maturata a Rivolta nascerà, negli anni Ottanta, l'interesse per la Riabilitazione Alcologica con l'apertura del reparto diretto dal dottor Cerizza.

17 Non difficile ma gravissima la situazione all'ospedale di Rivolta, in *La Provincia*, 5 aprile 1970, p. 10.

18 Studio analitico sulla funzione presente e le prospettive future dell'ospedale, Aprile 1971. I ricoveri sono passati dai 1347 del 1961 ai 2011 del 1970 (tabella 1).

19 Ibidem, p. 3.

tre: Medicina, Chirurgia e Ostetricia, ma con sezioni dedicate alle altre specialità) e la consistenza del personale, con quello medico che è passato dai 4 sanitari del 1961 ai dieci del 1970, mentre quello infermieristico è cresciuto da 17 unità a 40[20]. Il capitolo successivo del documento è dedicato alla provenienza dei pazienti del Santa Marta, da cui si evince che non si tratta certo di un ospedale "di paese", se è vero che attira molti malati dal Milanese, dal Bergamasco e dal circondario di Crema. Fra i motivi di questo interesse sono certamente da individuare la facilità dei collegamenti con Rivolta e l'elevata competenza dei professionisti che operano nel nosocomio, ma non solo:

> Per le sue caratteristiche peculiarmente agricole, Rivolta offre un ambiente dalle caratteristiche ecologiche più che soddisfacenti, non essendo ancora le sue acque inquinate da scarichi e rifiuti industriali ed essendo l'aria libera da scorie tossiche[21].

Proprio in considerazione del crescente apprezzamento (anche ambientale!) che la struttura può vantare, prosegue lo studio, la Direzione ospedaliera aveva elaborato in passato un progetto per la realizzazione di un nuovo padiglione e la ristrutturazione del fabbricato esistente, ma tale piano è stato bocciato dagli organi regionali, per i quali il Santa Marta "non avrebbe più ragione di esistere[22]".
Il Comitato contesta radicalmente questo punto di vista e, sulla base di ricerche documentate che indicano la zona di competenza dell'ospedale come destinata ad accogliere "un boom di insediamenti residenziali[23]", arriva a formulare l'ipotesi che esso, una volta opportunamente potenziato, possa diventare il centro di riferimento di una nuova Unità Sanitaria Locale (a questo proposito vengono fornite diverse alternative di aggregazione dei comuni).
La solidità degli argomenti forniti, ma anche la fermezza che sembra animare la comunità rivoltana nella difesa del "suo" ospedale non sembrano lasciare indifferente la Regione, che dopo un po' di "tira e molla[24]" alla fine non solo accantona il progetto di chiusura, ma autorizza finalmente il sospirato ampliamento.
Per far fronte alla spesa necessaria (450 milioni di lire) la Direzione provvede alla vendita di alcuni appezzamenti appartenenti al patrimonio dell'ospedale e frutto di lasciti e donazioni effettuati da membri della comunità nel corso dei secoli[25]: per tale motivo anche oggi sono in molti a rivendicare con orgoglio che "la realtà che c'è adesso è frutto di risorse dei rivoltani[26]".
Il progetto prevede la realizzazione di un nuovo padiglione di tre piani fuori terra – per una recettività di 150 posti letto – che verrà collegato col vecchio fabbricato ristrutturato dove saranno collocati i servizi, il blocco operatorio e i poliambulatori. I lavori iniziano nel 1972, ma procedono con lentezza, ed arriveranno a totale compimento solo all'inizio degli anni Ottanta[27].
Sembrerebbe tutto risolto, ma non è così. A inizio del decennio Novanta la gente di Rivolta è costretta a registrare nuove voci d'allarme: fra i presidi dei quali il Piano di ristrutturazione della Rete ospedaliera lombarda prevede la cancellazione ci sarebbe anche il Santa Marta. Ecco allora che la popolazione è di nuovo chiamata a raccolta. Alla fine del 1992 viene convocato un Consiglio comunale aperto a cui i cittadini partecipano in modo massiccio trovandosi d'accordo con la linea indicata dagli amministratori: battersi per tenere in vita la struttura "anche ammettendo la possibilità di una trasformazione più o meno radicale dei suoi compiti[28]". Quest'ultimo inciso segna un evidente mutamento rispetto all'atteggiamento tenuto negli anni Settanta, e i motivi sono quelli indicati dal dottor Gamba:

20 A proposito del personale, la relazione aggiunge un'annotazione importante: ci sono effettivamente delle carenze, ma queste sono dovute proprio alla "situazione di incertezza sulle prospettive future dell'Ente, per cui medici ed infermieri interpellati hanno declinato l'incarico non sentendo garantita la propria occupazione nel tempo" (p. 16).
21 Studio analitico, cit., p. 20.
22 Ibidem, p. 24.
23 Ibidem, p. 28.
24 Bloccato l'ampliamento dell'ospedale?, in *La Provincia*, 4 novembre 1970, p. 10; Rivolta: si farà all'ospedale il nuovo Padiglione, in *La Provincia*, 20 agosto 1972, p. 8.
25 Lo studio analitico elaborato dal Comitato per la difesa dell'ospedale documentava (p. 17) che tale patrimonio immobiliare consisteva in otto appezzamenti per un valore di oltre 400 milioni di lire.
26 Testimonianza di Angelo Cirtoli, che negli anni che stiamo esaminando faceva parte del CdA dell'ospedale.
27 La radicale trasformazione dell'ospedale di Rivolta, in *La Provincia*, 23 maggio 1980, p. 12.
28 Al capezzale del Santa Marta, in *La Provincia*, 28 ottobre 1992, p. 28.

> Quando si è cominciato a parlare di chiusura da medico non l'ho presa bene. Ho pensato che fosse impensabile. Obiettivamente però erano cambiate molte cose, si cercava di concentrare in nuclei ospedalieri più adeguati e più importanti tutte le specialità, quindi anche se i rivoltani ci tenevano al mantenimento dell'ospedale, l'evoluzione della medicina andava in quel senso. Occorreva però tenere conto dell'importanza che questo ospedale aveva per il nostro territorio e anche per il Milanese, quindi si pensò alla riabilitazione[29].

Anche il sindaco Calvi ha voluto spiegare questo nuovo modo di considerare la questione:

> Col passare degli anni però la situazione è diventata critica (vista da medico è logico, vista da cittadino, meno) perché l'ospedale non riusciva più a garantire quell'assistenza qualificata che solo una grande struttura può assicurare. Questo ospedale serviva un bacino d'utenza che per Rivolta era perfetto, ma che non sarebbe riuscito col tempo e con l'evoluzione della sanità che c'è stata a dare un servizio adeguato. Si trattava quindi di decidere se chiuderlo o riconvertirlo. Anche con la costruzione della parte nuova ci si è resi conto che non si riusciva ad essere competitivi. La criticità è stata da parte dei cittadini che dicevano: abbiamo speso un patrimonio eppure abbiamo perso lo stesso l'ospedale[30].

Già, perché i cittadini, comunque, non la prendono bene. Si attribuisce all'USL di Crema la responsabilità di non fare abbastanza per il Santa Marta: "ci si sentiva depredati, e siccome non c'è mai stato un grande feeling fra noi e Crema questa impressione era ancora più viva[31]." Per questo il paese decide di continuare a battersi. Nel febbraio del 1993 si ricostituisce il Comitato di difesa dell'ospedale con partiti ed organizzazioni sindacali, che, rivendicando il diritto a "pari dignità ed autonomia organizzativa[32]", elabora una serie di proposte dirette a potenziare la struttura: adeguamento e riqualificazione dell'organico, estensione delle specialità (Cardiologia, Ortopedia), istituzione di una sezione di lungodegenza, apertura di nuovi poliambulatori.

È tutto inutile, i piani regionali hanno ormai deciso: il Santa Marta cesserà di essere un ospedale per acuti per diventare un centro riabilitativo. La trasformazione è lenta: prima chiudono Ostetricia e Pediatria, nel 1997 è la volta di Chirurgia[33], all'inizio degli anni Duemila smette di funzionare anche Medicina. Nel 2004, infine, serra i battenti il Pronto Soccorso. È quest'ultima, forse, la decisione che fa più male ai rivoltani:

> Bisogna dire che in reparti come la Maternità e la Chirurgia mancavano i numeri: i ricoveri erano quelli che erano, si preferiva andare negli ospedali più attrezzati. Quindi la chiusura era inevitabile, e la gente se ne rendeva conto. Più difficile fare accettare la chiusura del Pronto Soccorso: qui uno o va a Treviglio o va a Crema, e per la popolazione abituata ad averlo sotto casa i disagi si sono sentiti[34].

La storia di Rivolta diventa a questo punto la storia dei reparti di Riabilitazione. Ma di questo abbiamo già raccontato.

Il Polo ospedaliero Castelleone – Soresina

Anche l'origine dell'ospedale SS. Latino e Giacomo (questa è la denominazione del nosocomio di Castelleone) si perde nella notte dei tempi. Tradizione vuole che esso sia stato creato in occasione della battaglia delle Bodesine (una località appartenente al territorio del comune), combattuta fra cremonesi e milanesi nel 1213, allo scopo di dare assistenza ai feriti: pare sorgesse in contrada Mastalenga (attuale via Arata). I documenti informano che poi l'Istituto venne più volte trasferito di sede (al 1525 risale la sua costituzione in Ente morale), fino a trovare la collocazione attuale nel 1849. Al 1928 risale invece la prima importante ristrutturazione del presidio.

Le nostre prime testimonianze dirette fanno riferimento agli anni Sessanta, quando l'ospedale ha già una propria organizzazione consolidata che prevede tre reparti – Medicina, Chirurgia e Ostetricia – e un'ottantina di posti letto. Una piccola realtà con un personale ridotto al minimo, qualche inserviente e poche ausiliarie, a cui spettano carichi

29 Testimonianza di Giacomo Gamba.
30 Testimonianza di Fabio Calvi.
31 Testimonianza di Angelo Cirtoli.
32 Atto costitutivo del Comitato, 17 febbraio 1993.
33 Nel 1986 era stato rifatto a nuovo il blocco operatorio: verrà poi utilizzato dalla struttura riabilitativa.
34 Testimonianza di Giuseppe Strepparola.

Il vecchio ospedale di Castelleone

Un gruppo di dipendenti del vecchio ospedale di Castelleone, 1968

Il vecchio ospedale di Soresina

di lavoro inimmaginabili:

> Quando gli interventi chirurgici erano di notte uno degli infermieri doveva curare tutti i reparti, e l'altro andava in sala operatoria. Quando finivi il turno eri così stanco che quando arrivavi a casa non riconoscevi neanche la mamma![35].

> Si faceva di tutto: io come ausiliaria andavo in sala parto, in Chirurgia, dovunque servisse. E andavo anche in lavanderia (senza le macchine e senza guanti). All'inizio di notte facevamo il turno in due, e dovevamo assistere anche gli anziani della Casa di Riposo con 60 posti letto che era collegata all'ospedale (poi con gli anni è stata separata). Sempre di notte se una camera si era liberata dovevamo fare pulizia di fino e sterilizzare. Quando le suore si alzavano al mattino guardavano i vetri, e se c'era un'ombrettina non ti facevano andare a casa. Quando poi c'era il dott. Chiappa arrivavano pazienti da Milano, così capitava di avere 120 ricoverati, e si mettevano letti dappertutto (lui era di Paullo e ogni tanto portava qui i malati che doveva operare[36]).

Il racconto della signora Teresina Bissa contiene alcuni importanti riferimenti. Prima di tutto quello alle suore: anche qui come negli altri ospedali erano le religiose (in questo caso appartenenti all'ordine di Maria Bambina) a dettare legge. Presso l'Archivio comunale di Castelleone abbiamo trovato un prezioso documento che le riguarda, e che ci permette di capire quanto importante fosse il loro contributo: in una lettera inviata alla Casa Madre di Milano il presidente dell'Ospedale chiede che un'altra suora sia aggiunta alle cinque che già vi prestano la loro opera come addette alla cucina, alla Casa di Riposo, alla lavanderia, al guardaroba, al laboratorio e al reparto degenza. In particolare, il dirigente fa presente che la religiosa incaricata dell'assistenza ai pazienti "non può assolutamente attendere alla sorveglianza e al disbrigo di tutte le mansioni connesse con un così gravoso e delicato servizio, tenuto conto che umanamente non si può pretendere che la predetta suora sia a disposizione giorno e notte di circa settanta degenti[37]".
In realtà a detta delle testimonianze era proprio ciò che accadeva:

> L'ospedale ai tempi era un gioiellino, perché c'erano le suore che stavano 24 ore su 24 in ospedale e quindi tutto era in ordine e pulito, i reparti, il giardino, la fontana… Massacravano il personale, però era tutto perfetto! Erano rigorose, controllavano tutto, sapevano tutto di tutti, però facevano funzionare e tenevano la disciplina. E poi erano sempre disponibili: alla suora della Radiologia potevi chiedere una lastra alle nove di sera e lei scendeva, magari brontolava un po' ma la faceva. Quando sono andate via c'è stato il primo crollo dell'ospedale. Le suore vivevano l'ospedale come casa loro, 365 giorni all'anno, e quindi lo tenevano

35 Testimonianza di Angelo Mazza, infermiere presso l'ospedale dal 1965.

36 Testimonianza di Teresina Bissa, ausiliaria dal 1966 al 1975.

37 Lettera del 2 gennaio 1965, in Archivio comunale di Castelleone, fondo Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, serie 3.3.1.3.

al meglio[38].

Certo, a volte la fissazione delle religiose per la pulizia produceva effetti piuttosto divertenti:

> Mi ricordo quando con il dottor Conti e con suor Romualda facevamo il giro dei pazienti. La suora teneva in mano la paletta delle mosche: appena lui appoggiava il fonendoscopio al corpo del paziente, immancabilmente lei.. tac ammazzava una mosca. "Ma suora…", diceva lui…[39].

Teresina Bissa accenna anche ai medici. Per loro vale lo stesso discorso degli infermieri: l'organico era quasi inesistente. I chirurghi addirittura non erano nemmeno in forza all'ospedale, ma venivano chiamati da Milano quando c'era necessità. Una situazione che al giovane dottor Bertazzoni, in arrivo fresco di laurea dal capoluogo ("non sapevo nemmeno dove fosse Castelleone…"), appare piuttosto scioccante:

> Sono arrivato come assistente di Medicina e ho scoperto che qui l'assistente di Medicina faceva tutto, assistente di Chirurgia, Medicina, notti. Nel 1974 io ero l'assistente, poi c'era il dott. Conti, aiuto di Medicina e Pediatra (4 letti dell'ospedale erano per i bambini) e il dott. Saracino, aiuto di Chirurgia. Dopo di che avevamo un medico condotto, il dott. Medagliani, che seguiva l'ambulatorio e i letti di Ginecologia, e quando le partorienti necessitavano di un intervento chirurgico si chiamava a Cremona il dott. Lupi. Due giorni alla settimana venivano poi due aiuti da Niguarda, uno per Medicina e uno per Chirurgia. Dal giugno '74 all'ottobre '75 (quando sono partito militare) ho fatto nascere due bambini, le cui madri hanno pensato bene di partorire la domenica pomeriggio, quando il dott. Medagliani non c'era e il ginecologo che ho chiamato mi ha chiesto: "è un cesareo?" "Penso di no…" "Allora cosa vengo a fare?" Così con quella santa donna che era l'ostetrica e l'aiuto del Padreterno li ho fatti nascere[40].

La prima impressione viene però presto superata, e oggi il dottor Bertazzoni ricorda quel periodo come la scuola ideale per un medico alle prime armi: "potevo entrare in sala operatoria, e al Pronto Soccorso dovevo confrontarmi con tutti i tipi di patologia…[41]".

In un ambiente così piccolo le relazioni trovano terreno ideale. La signora Angela Bissa, che per oltre vent'anni ha lavorato nella cucina come aiuto cuoca, lo ha definito "ospedale famiglia". Un termine che calza per tutti gli aspetti, compreso proprio quello del vitto:

> Posso assicurare che i malati mangiavano bene. Allevavamo anche le galline, avevamo il pollaio in cui andavano a finire gli avanzi di cucina. E quando ammazzavamo i polli si faceva una minestrina coi fegatini che piaceva a tutti! Avevamo anche l'orto, e gli uomini dell'ospizio lo gestivano. Per la carne poi ci portavano le mezzene, e dovevamo spolparle noi (in cucina eravamo in tre). Era tutta roba genuina. Invece quando siamo passati sotto Soresina portavano la carne sottovuoto…[42].

Il passaggio con Soresina. Già, perché anche su questo piccolo mondo fatto di brodini di pollo a un certo punto (come per Rivolta siamo negli anni Settanta) si abbattono le conseguenze della nuova programmazione ospedaliera, che non dà spazio agli ospedali con un numero di letti troppo ridotto. Per evitare la chiusura gli uffici regionali elaborano una soluzione che pare essere la meno dolorosa possibile: dato che a poca distanza da Castelleone un altro nosocomio, il soresinese Robbiani, non risponde ai requisiti minimi richiesti, si decide per la fusione delle strutture.

L'ospedale di Soresina aveva anch'esso origini molto antiche: la sua nascita andava fatta risalire al 1582, quando il possidente Giovanni Antonio Valcarenghi aveva stabilito con atto legale che una sua proprietà, vicina al piccolo oratorio di Santa Croce (da qui il nome originario dell'istituzione), fosse adibita ad ospedale per gli infermi[43]. La struttura avrebbe poi subito nei secoli diversi rimaneggiamenti, fino ad arrivare nel secondo dopoguerra alla

38 Testimonianza di Mario Bertazzoni, approdato a Castelleone da assistente medico nel 1974. Le suore sono rimaste a Castelleone fino all'inizio degli anni Ottanta.
39 Testimonianza di Teresina Bissa.
40 Testimonianza di Mario Bertazzoni.
41 Ibidem.
42 Testimonianza di Angela Bissa.
43 Per una storia dettagliata dell'ospedale di Soresina si veda: Roberto Cabrini, Adele Emila Cominetti, Rinaldo Vezzini, *Dall'Ospedale Santa Croce all'ospedale Robbiani*, Edizioni Il Galleggiante, Cremona 2009.

completa ristrutturazione realizzata grazie all'eredità immobiliare e finanziaria lasciata dall'ingegner Amilcare Robbiani.
La Regione dà quindi incarico agli enti che governano i due storici presidi sanitari di studiare un piano per ripartire in modo equo le loro funzioni.
Sembrerebbe un percorso ragionevole, ma si rivela tutt'altro che tale. Le soluzioni assunte a tavolino spesso non tengono conto della realtà sul campo, ed in questo caso la realtà parla di una storica rivalità che divide Castelleone e Soresina, e di una dose non certo indifferente di campanilismo. Così quando ancora l'Ente Ospedaliero è di là da venire le due amministrazioni hanno già cominciato a litigare.
Qual è il motivo del contendere? È proprio la decisione su come distribuire le funzioni fra i due ospedali: il piano originale prevede infatti di assegnare a Soresina i reparti di degenza (Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Maternità) e di lasciare a Castelleone i servizi di Psichiatria, Lungodegenza, Fisioterapia, Radiologia e Laboratorio. Una ripartizione che sembra squilibrata a favore del Robbiani, ma che si fonda anche su ragioni reali, come ci ha confermato Ezio Bruni, che ha vissuto quegli anni da dirigente dell'amministrazione:

> Ci sono queste due realtà, Soresina e Castelleone, che hanno tutte e due ospedali vecchi con necessità di essere ristrutturati: le due strutture sono nate come opera pia, e hanno tutti i limiti delle opere pie in quegli anni, ad esempio non hanno un organico ben definito (mi ricordo che a Soresina c'erano 4 infermieri in ruolo, mentre a Castelleone se non ricordo male ce n'erano uno o due. Il resto dell'organico era costituito da inservienti che accudivano gli ammalati). Soresina aveva fatto un passo in più rispetto a Castelleone, nel senso che aveva costituito dei reparti organizzati e con dei primari (Medicina, Chirurgia, Ostetricia Ginecologia, quest'ultimo anche rinomato. Era stata riconosciuta all'ospedale anche la Pediatria, ma non era mai entrata in funzione) e aveva un'organizzazione amministrativa più strutturata: c'era un responsabile del personale, un responsabile dell'economato e il sottoscritto come ragioniere capo. Una cosa importante è poi che nell'organico di Soresina c'era anche l'anestesista, che consentiva di avere attivo un Pronto Soccorso valido a tutti gli effetti. Castelleone invece si avvaleva di personale con rapporto libero professionale, quindi venivano dei chirurghi da fuori a operare. Però Castelleone non voleva rinunciare per nessun motivo alla sua Medicina, un reparto che in realtà piccole come questa ospitava una casistica molto ampia di malati[44].

Sono gli stessi argomenti su cui fa leva un articolo de *La Provincia*[45] nel tentativo di aiutare a superare i contrasti. Partendo dalla premessa che "se è stata programmata una divisione di Medicina, una di Chirurgia ecc. queste devono essere portate avanti da una sede e non da due", la scelta non può che cadere sul Robbiani, in quanto "si è in presenza di organici, medici e paramedici, pressoché completi, con strutture e attrezzature da perfezionare, ma che nel complesso sono funzionanti", mentre a Castelleone si constata "una situazione drammatica, con un organico medico formato da tre sole unità".
L'analisi però non convince affatto i castelleonesi, che possono portare a sostegno l'elevato numero di ricoveri che da sempre caratterizza la loro struttura, e a cui quest'ultima riesce a far fronte nonostante il personale ridotto…
Insomma, la discussione non fa passi avanti, e le riunioni del Consiglio di Amministrazione unico[46] che è stato messo in piedi per tentare di definire il piano organizzativo diventano teatro di scontri non da poco:

> Le riunioni del CdA, a cui io partecipavo come funzionario, erano per così dire molto "vivaci": si pensi che il consiglio era composto dalle componenti politiche, ma lo scontro non era fra i consiglieri per dire della DC con quelli del PCI, ma fra i consiglieri di Castelleone e quelli di Soresina. Così tutte le scelte, anche quelle più banali, erano complicate. Era ovvio che il primario del Laboratorio volesse concentrare tutta l'attività a Soresina, perché non aveva senso avere due laboratori in realtà così piccole: ma nel momento in cui si decide di non fare il laboratorio a Castelleone questa si sente penalizzata… I due ambulatori di Radiologia avevano entrambi un medico, e funzionavano abbastanza bene, però avevano attrezzature vecchie, che andavano rinnovate: e nel momento che si decideva di fare un investimento bisognava scegliere

44 Testimonianza di Ezio Bruni.
45 Soresina e Castelleone: l'Ospedale di zona al di là del campanilismo, in *La Provincia*, 14 marzo 1976, p. 9.
46 Il nuovo CdA si insedia ufficialmente il 28 aprile 1976.

se buttare la Radiologia di Castelleone o quella di Soresina[47].

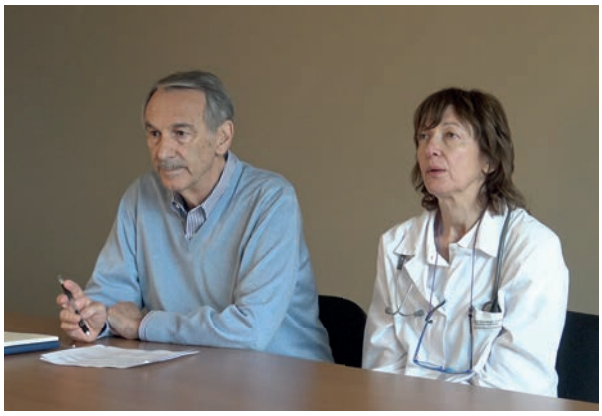
La posizione è ancora più complicata per chi, in seno al Consiglio, ha grossi problemi a schierarsi, come nel caso di Sergio Trabattoni, presidente del neo costituito Ente Ospedaliero: "Io sono originario di Castelleone, ma ho vissuto anni a Soresina, per cui mi trovavo fra l'incudine e il martello…[48]". Nella diatriba intervengono un po' tutti: i sindacati[49], che giudicano "improponibile" la soluzione di mantenere reparti doppione nei due ospedali, e i medici, con il primario chirurgo di Soresina dottor Riboldi che definisce la struttura "rivale" di Castelleone come "inesistente e inadeguata al trattamento di malati traumatizzati in fase di emergenza[50].
Per cercare di trovare uno sbocco alla situazione di stallo creatasi qualcuno ipotizza che forse è il caso… di ricominciare da capo, e di studiare l'ipotesi di realizzare un ospedale del tutto nuovo che soddisfi entrambi i contendenti. Ovviamente anche questa soluzione va accuratamente studiata, perché "si voleva che la struttura fosse in posizione baricentrica fra i due paesi – che distano circa sette chilometri -, quindi si è proceduto col centimetro fino ad individuare la località Pellegra[51]". La scelta del luogo non è casuale:

> L'ospedale di Soresina possedeva un terreno, il cosiddetto podere Retorto, che si trovava parte in comune di Cappella Cantone e parte in quello di Soresina. C'erano stati anche degli incontri con l'assessore alla Sanità, che aveva assicurato un finanziamento come quello previsto per Casalmaggiore…[52].

In realtà tali finanziamenti non arriveranno mai, le discussioni andranno avanti e nel 1981, quando vengono costituite le USL, gli organi regionali, forse anche per porre finalmente la parola fine agli estenuanti contrasti, dividono di nuovo i due ospedali, assegnando Castelleone all'Unità Sanitaria di Crema e Soresina a quella di Cremona.
Da questo momento quindi le vicende dei due presidi si separano. Per ciò che riguarda il Robbiani Santa Croce, negli anni Ottanta e Novanta esso va incontro ad una progressiva decadenza, fra progetti non realizzati, ipotesi contraddittorie sul futuro e graduale chiusura dei reparti. La situazione non cambierà neppure col suo ritorno, nel 1997, all'Azienda Sanitaria di Crema, ed occorrerà attendere il 2010 perché vengano trovati i finanziamenti per la costruzione di un nuovo ospedale, la cui gestione sarà affidata ad una società privata. Il Polo sanitario soresinese è stato inaugurato il 30 novembre 2013[53].
Al momento della separazione da Soresina, l'ospedale di Castelleone può ancora contare su una trentina di posti letto ripartiti fra il reparto di Medicina e un altro destinato alla lungodegenza (Chirurgia e Ostetricia sono state cancellate negli anni precedenti), oltre ai servizi di Radiologia e Laboratorio e ai Poliambulatori. Da Crema arrivano anche dei medici a supportare l'attività dei colleghi, ma si capisce che i destini della struttura sono quanto mai incerti. Iniziano a girare voci di chiusura, e la stampa parla di "smantellamento lento, ma inesorabile[54]".
I vertici dell'USL di Crema stanno in effetti ragionando su quale destinazione dare al presidio. Si pensa ad una soluzione che vada ad integrare i servizi non forniti dagli altri ospedali e alla fine la scelta cade sulla lungodegenza riabilitativa. Negli anni la Medicina interrompe i ricoveri per acuti e nel 1995 la struttura diventa ufficialmente Istituto geriatrico di Riabilitazione. L'USL decide di affidare alla Fondazione Giuseppina Brunenghi la gestione del reparto con trenta posti letto, ma lo stabile appare da subito troppo in cattivo stato per soddisfare le moderne esigenze assistenziali e sanitarie, per cui gli amministratori della Brunenghi decidono di presentare in Regione il progetto per un nuovo fabbricato in zona Beccadello, accanto alla Casa per Anziani e Centro Diurno Integrato che la Fondazione aveva inaugurato nel 1982. Nel 2002 la costruzione viene completata, e gli ultimi pazienti

47 Testimonianza di Ezio Bruni.
48 Testimonianza di Sergio Trabattoni.
49 I sindacati sull'ospedale Soresina Castelleone, in *La Provincia*, 26 novembre 1976, p. 8.
50 *Il problema della funzione dell'Ente Ospedaliero Soresina Castelleone*, in *La Provincia*, 12 ottobre 1976, p. 9.
51 Testimonianza di Sergio Trabattoni.
52 Testimonianza di Ezio Bruni.
53 Soresina, Polo sanitario, gran realtà, in *Il Nuovo Torrazzo*, 7 dicembre 2013, p. 3. A seguito della riorganizzazione ospedaliera prevista dalla legge 23/2015, l'ospedale di Soresina dipende ora dall'ASST di Cremona.
54 Allarme a Castelleone: stanno smantellando l'ospedale, in *La Provincia*, 16 gennaio 1982, p. 7.

L'ingresso della Fondazione Brunenghi a Castelleone



Bruno Melzi e Cristina Sacchelli

lasciano il vecchio ospedale, dove per qualche tempo ancora restano i Poliambulatori (anch'essi poi trasferiti in via Beccadello) e gli uffici.
Con lo svuotamento dello stabile si pone il problema del suo utilizzo futuro. Nel 2002 viene elaborato dall'amministrazione comunale di Castelleone un progetto denominato "Welfare della Comunità" diretto appunto a destinare l'ex ospedale a fini sociali. Di esso ci ha parlato l'attuale sindaco Pietro Fiori, che lo seguì in qualità di assessore ai Servizi sociali:

> Nel 2002 si è costituito un gruppo di lavoro con associazioni di volontariato, ASL e Azienda Ospedaliera, e Fondazione Brunenghi per studiare l'ipotesi di realizzare nel vecchio ospedale una "Casa dei Servizi" che avrebbe dovuto ospitare alloggi protetti per anziani, la guardia medica, uffici comunali, un Centro diurno di aggregazione per anziani, gli uffici della Libera Associazione Terza Età (LATE), che animava e anima tuttora le iniziative per anziani, e tutte le Opere Pie di Castelleone (oggi riunite nella fondazione Bellani Bertolotti). Nel maggio 2004 è stato quindi firmato un protocollo d'intesa con ASL e Azienda Ospedaliera per l'acquisto dell'ospedale da parte del comune attraverso i soldi delle Opere Pie: questo protocollo entro la fine del 2004 sarebbe dovuto diventare accordo di programma. Poi però abbiamo perso le elezioni e il progetto è tramontato[55].

Nel 2009 la vecchia struttura è stata messa all'asta e venduta a un privato. Oggi solo i resti della costruzione, ormai fatiscenti, ricordano alla comunità locale i bei giorni dell'"ospedale famiglia".
Anche dopo la chiusura dell'ospedale SS. Latino e Giacomo il comune di Castelleone ha potuto comunque mantenere in città i Poliambulatori, che come detto sono stati trasferiti presso le strutture della Fondazione Brunenghi. Dopo una parentesi quinquennale durante la quale la loro gestione è stata affidata a una società privata (Sanitas Diagnostica), dal 2018 a seguito di bando tale gestione è tornata in capo alla Fondazione per la durata di nove anni. Il presidente della Brunenghi Bruno Melzi e il direttore medico Cristina Sacchelli hanno voluto spiegarci il senso di questa operazione:

> Essendosi rese disponibili delle risorse finanziarie importanti – da sempre la Fondazione è l'organizzazione sociale della Provincia che ha il contributo più alto di 5x1000: non saremo mai abbastanza grati ai castelleonesi per questa grande generosità nei nostri confronti, che si esprime anche attraverso donazioni ed eredità – il Consiglio di Amministrazione ha deciso di partecipare al bando, che abbiamo vinto. Abbiamo quindi provveduto a ristrutturare il Centro Prenotazioni dotandolo di un'ampia e comoda sala d'attesa con 50 nuove poltroncine, screen smalticode e cassa automatica, ed abbiamo anche proceduto all'acquisto di nuove attrezzature mediche più sofisticate[56].
>
> Sono stati acquistati apparecchi ecografici di ultima generazione e tutta l'attrezzatura dell'ambulatorio oculistico. Queste novità rappresentano un vantaggio per tutti i cittadini, ma sono una cosa importante anche per gli ospiti della RSA, che es-

55 Testimonianza di Pietro Fiori.

56 Testimonianza di Bruno Melzi.

Teresina Bissa, Angela Bissa, Angelo Mazza

Poliambulatori di Castelleone

> sendo anziani non gradiscono molto essere spostati, quindi se possono fare qui degli esami di ottimo livello sicuramente sono più contenti[57].

Il dottor Melzi non ha mancato di illustrarci lo spirito che guiderà la nuova gestione:

> Dal 2012 al 2017 i poliambulatori hanno funzionato bene, ma sono stati gestiti da un imprenditore il quale naturalmente e legittimamente dava priorità ai propri interessi, pur non sottovalutando quelli del paziente. In questo senso la gestione cambierà radicalmente: noi non vogliamo fare profitti (siamo una Onlus, i nostri conti economici si chiudono sempre al pareggio o vicino al pareggio), il nostro unico obiettivo è il servizio ai nostri concittadini[58].

Grazie a questa attività sanitaria ed assistenziale, molto apprezzata dai cittadini del comune, l' "anima" del vecchio ospedale non si è del tutto spenta. Anche se, forse, guardando quell'edificio cadente, non sono pochi coloro che provano un filo di rimpianto.

L'ospedale Santo Spirito di Soncino

Sembra di ripetere una storia già raccontata, ma è proprio così: anche l'ospedale Santo Spirito di Soncino trova le sue origini in un lontanissimo passato, quando a metà del 1200 viene realizzato nel paese un ricovero che oltre agli ammalati accoglie pellegrini, viandanti, orfani, emarginati ed invalidi[59]. Sei secoli dopo (1804), una volta acquisita l'esclusiva funzione sanitaria, l'Istituto è trasferito nella sede definitiva, all'interno del plesso sud dell'ex convento di San Giovanni. Seguono ripetuti interventi di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento che accompagnano nel nuovo secolo una struttura già organizzata e ben dotata di attrezzature.

Questa continua opera di potenziamento non rende tuttavia il Santo Spirito esente dal rischio di cadere sotto la scure dei primi tagli alla sanità, motivo per cui, ancora prima che la riforma Mariotti (legge 132/1968) sia approvata, i suoi organi dirigenti cominciano a ragionare su come fare a rafforzarne il profilo. L'idea che nasce è piuttosto ambiziosa: realizzare una fusione fra l'ospedale soncinese ed il suo equivalente di Orzinuovi (denominato Tribandi Pavoni) "per dare vita ad un unico e moderno centro ospedaliero a mezza via tra le due borgate dell'Oglio[60]". Costo dell'operazione, che riceve subito l'adesione delle amministrazioni dei due comuni, un miliardo e mezzo per 250 posti letto. Il progetto sembra partire velocissimo: nel giro di pochi mesi (siamo alla fine del 1967) i due enti ospedalieri varano un consorzio governato da un unico Consiglio di Amministrazione che dovrà seguire tutta la procedura per realizzare il nuovo nosocomio e provvedono anche a "interessare le autorità competenti a livello provinciale, regionale e ministeriale con l'intenzione di assicurare all'iniziativa gli appoggi idonei[61]".

Appoggi che però purtroppo non sembrano arrivare, se è vero che cinque anni dopo si è ancora al nulla di fatto: il consorzio continua ad esistere (i due ospedali condividono i primari dei reparti di Medicina e Chirurgia, oltre che l'anestesista, l'analista e il radiologo[62]), il sogno (forse ormai è meglio definirlo così) di una nuova costruzione è ancora in piedi, ma per il resto tutto rimane fermo.

A porre fine ad ogni residua illusione è la nuova riforma sanitaria: l'istituzione delle USL sancita dalla legge 833/1978 e posta in essere nel 1981 assegna l'ospedale S. Spirito all'Azienda di Crema, mettendo la parola fine ad ogni forma di collaborazione con la bresciana Orzinuovi.

Quella che segue è un'agonia che abbiamo imparato a conoscere: l'USL cremasca sarebbe anche favorevole ad attribuire un qualche ruolo al presidio soncinese (che nel 1981 dispone ancora dei reparti di Medicina, Chirurgia, Pediatria e Lungodegenza, oltre che dei Poliambulatori), ma la scure della Regione si abbatte inesorabile e nel dicembre del 1984 viene decretata la chiusura.

Il Santo Spirito in realtà continua a funzionare ancora qualche anno perdendo via via la propria connotazione di struttura per acuti e trasformandosi in un cronicario. Nel 1993 un articolo de *La*

57 Testimonianza di Cristina Sacchelli.

58 Testimonianza di Bruno Melzi.

59 Abbiamo tratto queste informazioni da Ermete Rossi, Un giorno a Soncino nella storia e nell'arte, p. 15.

60 Costerà un miliardo e mezzo l'ospedale Soncino Orzinuovi, in *La Provincia*, 21 marzo 1967, p. 6.

61 Un miliardo e trecento milioni per l'ospedale Soncino Orzinuovi, in *La Provincia*, 26 ottobre 1967, p. 7.

62 L'ospedale di Soncino in via di potenziamento, in *La Provincia*, 15 dicembre 1972, p. 8.

Annalisa Zanini

Eugenio Mariani

Provincia[63] ne certifica con toni assai amari la triste sorte, parlando apertamente di "promesse disattese" e di "speculazioni elettorali" e accusando gli organi preposti di "un'azione di difesa scarsamente determinata".
Una speranza si profila nei primi anni Novanta, quando la Regione stanzia 500 milioni per l'insediamento nel vecchio edificio di una comunità per disabili psichici. Nel 1995, al termine di una sommaria ristrutturazione, il reparto viene aperto e l'USL di Crema ne affida la gestione alla Fondazione Soncino (allora ancora "Opera Pia Casa Industria Ricovero e Cronicità"), che già curava quella della RSA sita nella palazzina di sua proprietà attigua all'ospedale[64].
Con l'avvento del nuovo millennio per l'ex ospedale soncinese si profilano nuovi problemi: la costruzione non è più conforme alle normative sanitarie e deve essere necessariamente ristrutturata. È la questione che si trova ad affrontare l'allora sindaco Francesco Pedretti, che così spiega oggi la decisione che venne presa:

> Quando siamo arrivati nel 2005 la situazione stava per precipitare, nel senso che c'era l'urgenza di rendere la struttura idonea ai servizi che erogava, perché non era più a norma. La cosa impegnava non poco sia le strategie dell'amministrazione sia le casse comunali. Il Consiglio comunale decise di acquistare l'immobile (che peraltro negli anni 70 era già di proprietà del comune di Soncino insieme ad un'azienda agricola di mille pertiche, poi la riforma sanitaria ci aveva espropriato della struttura). Si presero in considerazione varie possibilità, compresa quella di costruire un nuovo immobile in periferia vendendo questo, ma poi preferimmo considerare l'interesse di chi avrebbe usufruito della struttura, che era quello di restare al centro della comunità. Qui l'anziano dalla finestra vede il suo campanile, e se deve uscire trova tutti i servizi[65].

Una lettura che viene condivisa anche dall'attuale sindaco Gabriele Gallina:

> La scelta di rimanere dentro le mura è anche legata al fatto che qui c'è anche una struttura per disabili, che quasi tutte le mattine escono, vanno in piazza e al bar a fare colazione. L'essere in centro rappresenta quindi un valore aggiunto importante, sia per chi sta dentro la struttura, sia per chi va in visita, sia per i volontari, che sono sempre meno giovani[66].

Il comune di Soncino acquista quindi dall'USL di Crema lo stabile del Santo Spirito al prezzo di un milione e mezzo di euro: siamo nel luglio del 2006. Subito vengono avviati i lavori di ristrutturazione, il cui primo lotto permette nel 2009 di trasferire

63 Santo Spirito, un ospedale che è quasi morto, in *La Provincia*, 3 novembre 1993, p. 17. In difesa del Santo Spirito vengono raccolte migliaia di firme, ma l'azione non ha effetto.

64 Sono gli stessi giorni in cui l'USL assegna ad un'altra IPAB (Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza), la Giuseppina Brunenghi, la gestione del reparto di Riabilitazione geriatrica nell'ex ospedale di Castelleone. Nel 2002 verrà affidata alla Fondazione Soncino anche la gestione dei Poliambulatori. Sempre di competenza della Fondazione è oggi la gestione del Centro diurno e del Reparto subacuti.

65 Testimonianza di Francesco Pedretti, sindaco di Soncino fino al 2015.

66 Testimonianza di Gabriele Gallina, attuale sindaco del comune.

l'RSA all'interno del plesso, insieme al reparto per i disabili psichici. Segue, tre anni dopo, un secondo lotto di lavori, che consente l'ampliamento della Casa di Riposo, che oggi dispone di 64 posti letto. La ristrutturazione dell'ultima ala dell'ex ospedale è invece in fase di partenza. Del nuovo volto del Santo Spirito ci ha parlato Annalisa Zanini, direttore amministrativo della Fondazione Soncino:

> Gli interventi di ristrutturazione sono stati resi necessari dal fatto che l'edificio non era più a norma: adesso i reparti sono molto belli e curati. Sta per partire la ristrutturazione del terzo lotto, che andrà a completare la "T" del vecchio ospedale, con fondi in parte pubblici (dalla Regione per il recupero di beni di interesse storico) e in parte privati (Fondazione Cariplo). L'idea è quella di usare questo terzo lotto per sistemare su un solo piano RSA ed Residenza per disabili, che adesso sono strutturati su due piani, e trasferire lì il Centro diurno. Ci sarà più spazio, quindi decideremo insieme agli altri soggetti interessati se aggiungere posti all'RSA o pensare ad altre cose, tipo creare posti per ricoveri di sollievo. Per lo spazio che si libererà nella palazzina di proprietà della Fondazione stiamo ragionando se creare minialloggi protetti[67].

Il dottor Eugenio Mariani, che da venticinque anni presta la sua opera sia nella residenza per anziani che in quella per disabili, ha vissuto in prima persona tutti questi cambiamenti, che non sono stati solo strutturali, ma anche nella tipologia delle persone assistite:

> Quando sono arrivato nel 1993 nell'RSA c'erano una cinquantina di degenti, molti disagiati sociali anche giovani con alle spalle storie difficili ed emarginanti. Di loro ho infiniti ricordi: mi viene in mente ad esempio Luigi, che diceva a tutti di preferire la Gazzetta dello Sport al Corriere, e il motivo non era certo sportivo: il fatto è che se la fumava (arrotolandola, senza tabacco dentro), e la carta della Gazzetta gli bruciava meno la gola… Negli anni poi la tipologia dei degenti è molto cambiata, nel senso che ora gli ospiti sono tutti anziani molto compromessi da punto di vista della funzionalità e con grossi problemi a livello intellettivo. Se quindi prima il bisogno era per lo più quello di casa, di accudimento e di soddisfacimento delle necessità primarie, oggi l'assistenza è prettamente di tipo sanitario, nonché di supporto psicologico non solo della persona ricoverata, ma anche spesso della famiglia[68].

Il mutamento dei bisogni impone anche una trasformazione delle risposte da fornire, sia nell'assistenza ambulatoriale, sia in quella a domicilio. Maria Luisa Oprandi, che come responsabile di alcuni servizi della Fondazione ha modo di avere una veduta d'insieme di questi aspetti, ha evidenziato quello che si potrebbe migliorare:

> In ambito ambulatoriale ci sono tutte le specialità principali. C'è anche un ecografista che viene una volta alla settimana, ma che non riesce secondo me a soddisfare tutte le esigenze. La popolazione è anziana, e sarebbe bello che l'anziano diabetico di Soncino non dovesse andare a Crema per i controlli e i monitoraggi… Ancora più bello sarebbe per gli anziani poter soddisfare i bisogni a domicilio. Il servizio a domicilio sta facendo grossi sforzi per potersi mantenere. Ci sono dei progetti, tipo quello della RSA aperta, un servizio di supporto a domicilio fornito a chi ha problemi di demenza e ai grandi anziani, però spesso capita che ti dicano "abbiamo finito il budget" e tutto si ferma. Noi facciamo il possibile per mantenere comunque le persone coperte, ma non è facile. Non dimentichiamo che spesso gli ospedali dimettono pazienti in fase avanzata di malattia, e quindi la figura dell'infermiere domiciliare va acquistando sempre maggiore importanza. Fra l'altro la realtà di paese è secondo me diversa da quella di città: qui l'anziano vuole tornare a casa sua anche quando magari non sta in piedi, ma se manca una rete di servizi territoriali…[69].

Proprio per venire incontro ad un bisogno estremamente sentito, l'amministrazione dell'Ospedale di Crema ha deliberato di realizzare a Soncino, presso una struttura messa a disposizione dalla Fondazione Soncino, un reparto di cure sub acute, destinato a quei malati che pur avendo raggiun-

67 Testimonianza di Annalisa Zanini.

68 Testimonianza di Eugenio Mariani.

69 Testimonianza di Maria Luisa Oprandi, caposala del reparto Subacuti e Assistenza domiciliare e responsabile Risorse Umane.

Annalisa Zanini

Lorenzo Locatelli e Luciano Savoldi

to una stabilizzazione clinica non sono ancora in grado di rientrare a domicilio, in quanto occorre consolidare i risultati delle terapie. Il servizio dispone di 20 posti letto e consente una permanenza massima di 21 giorni.

Nell'ambito della Residenza per anziani e di quella per disabili, fra le mura del Santo Spirito, prestano la loro opera anche una decina di volontari, che affiancano il personale nell'assistenza agli ospiti o con lo svolgimento di lavori di riparazione. È stato molto bello ascoltare che cosa l'esperienza insegna loro tutti i giorni:

> Ho cominciato a fare il volontario quando ho smesso di lavorare, convinto da mia moglie. Pensavo di resistere pochi giorni, invece sono qui da più di quattro anni. Ormai è un'attività che fa parte della mia vita: mi sembra che quello che do sia poca roba, e invece quello che ricevo è tantissimo[70].

> Quando ti vedono questi anziani vogliono raccontarti la loro vita e anche se sono ripetitivi è bello ascoltarli. Credo sia più bello ascoltare che parlare, peccato che oggi ce ne dimentichiamo spesso. Qui dentro non ci sono i telefonini, ci sono le storie, storie spesso di sofferenza, che forse oggi non vogliamo sentire più. Mi piacerebbe che venisse qualche giovane ogni tanto, ma non succede. A noi basta il sorriso di un nonno come ringraziamento, invece si vede che per loro non è abbastanza[71].

Le ultime parole del signor Lorenzo vanno a toccare i motivi che inducono a fare la scelta di regalare un po' del proprio tempo agli altri. È una realtà, quella del volontariato, che a Crema ha una radicata tradizione e che abbraccia i campi più diversi, fra i quali certamente non secondario è quello che si rivolge al mondo ospedaliero.
Per questo riteniamo che il nostro viaggio non sarebbe completo senza un incontro con chi ogni giorno decide di star vicino alla sofferenza delle persone. In cambio di un sorriso.

70 Testimonianza di Luciano Savoldi.
71 Testimonianza di Lorenzo Locatelli.

Il presidio di Soncino

CAPITOLO XVI

LAVORARE PER UN SORRISO: L'ESPERIENZA DEL VOLONTARIATO OSPEDALIERO CREMASCO

ABIO, AIDO e le altre

Sono tanti, tantissimi. Del loro lavoro si parla poco, eppure se non ci fosse la macchina ospedale con ogni probabilità si incepperebbe fino a fermarsi. Parliamo delle donne e degli uomini che hanno scelto di donare una fetta del proprio tempo alle persone che devono affrontare cure presso il nosocomio di Crema, affiancandole e sostenendole nei modi e nelle forme più varie.

In questo lungo viaggio abbiamo già avuto modo di incontrare qualcuna di queste preziosissime realtà di volontariato e di raccontarne il contributo.

Abbiamo dedicato ampi cenni all'attività di ABIO, L'Associazione per il Bambino In Ospedale, che – per usare le parole della sua presidente Ortensia Marazzi – si impegna con i bimbi della Pediatria "per rendere bella e gradevole la parte della giornata non dedicata alla salute e alle cure" e per offrire anche un supporto ai genitori sia dal punto di vista pratico che da quello psicologico. L'esperienza di ABIO a Crema sta ormai per compiere vent'anni:

> ABIO Crema è nata nel 1999 all'interno di un progetto di umanizzazione dell'ospedale che è stato voluto dall'allora primario, il dott. Colombo, il quale aveva saputo del progetto ABIO nazionale, nato circa 25 anni prima con lo scopo di inserire volontari nei reparti di Pediatria per creare col bambino degente un rapporto diverso da quello che ha con gli operatori sanitari, valorizzandone la parte sana. Siamo partiti in pochi e anche in modo un po' improvvisato: non c'erano corsi di formazione, si andava lì e si imparava sul posto…[1].

Oggi ovviamente le cose sono molto cambiate: esiste un percorso formativo che prevede fra l'altro un incontro cosiddetto di idoneità (affrontare la sofferenza, soprattutto quando a viverla è un bambino, non è una prova alla portata di tutti), dei colloqui con i medici che forniscono nozioni sulle patologie più frequenti e sulle procedure di igiene da seguire ed un approfondimento sul gioco e sulla sua importanza. Una volta esaurita la fase formativa i volontari possono accedere al reparto: a Crema sono una cinquantina, e anche se con qualche difficoltà nel reperire nuove leve (è un dato, questo, di cui purtroppo sentiremo parlare assai spesso!), riescono a coprire il bisogno e ad adempiere al loro compito: far sorridere dei bambini malati. Di certo, non una cosa da poco.

In un'altra tappa del nostro cammino abbiamo incontrato anche AIDO (Associazione Italiana Donatori di Organi) Crema[2] affrontando le tematiche relative all'accertamento della morte cerebrale e alla valenza della donazione. La sezione è stata costituita in città nel 1979. Fra i principali artefici di quella nascita c'è una persona di cui ci siamo già occupati, Franco Sinagoga:

> La sera della fondazione dell'AIDO di Crema è stata una serata indimenticabile e memorabile. Don Angelo Madeo ci ha informato che era stato dele-

1 Testimonianza di Ortensia Marazzi.
2 Vedi cap. 10.2.

Alcune volontarie Abio di Crema in pediatria

Stand con alcune volontarie Aido di Crema

> gato dall'AIDO nazionale a Bergamo, nella persona del fondatore Giorgio Brumat, di costituire il gruppo di Crema. Io ero presente grazie all'invito del dottor Giorgio Fusar Imperatore ed ero stato sollecitato a non mancare dallo stesso don Angelo: rammento ancora oggi l'entusiasmo e la commozione per aver aderito e firmato l'Atto di Fondazione[3].

Nei quasi quarant'anni della sua esistenza, l'associazione ha promosso moltissimi momenti di formazione e informazione sulla donazione di organi: secondo i dati fornitici dall'attuale presidente, il dottor Carmine Troiano, solo dal 2013 ad oggi sono stati più di mille gli studenti delle scuole superiori incontrati per far conoscere l'attività trapiantologica in Italia (all'avanguardia in Europa), ma soprattutto per sensibilizzare sull'importanza della registrazione della volontà di donazione. Certo, non mancano i problemi, soprattutto legati alla difficoltà di reperire volontari da impegnare nelle varie attività di divulgazione: come ha evidenziato l'amministratrice della sezione Adina Pellegrini "le persone si iscrivono, ma poi non le vediamo più…[4]". Anche la scelta stessa di donare non è ancora del tutto esente da paure ingiustificate:

> Permangono ancora delle resistenze legate a paure tipo quella di non essere morti, o che ci siano traffici di organi… quando invece la legge italiana è iper tutelante sia per il donatore che per il ricevente. Anche nei giovani c'è molta diffidenza e anche molta noncuranza, quasi pensino che comunque non possa toccare a loro né di donare né di ricevere…[5].

Non possiamo che augurarci che tali resistenze vengano superate: la vita di tante persone dipende da questo.

Nel corso del nostro viaggio ci siamo confrontati con varie esperienze: abbiamo raccontato dell'attività prestata dai volontari dell'associazione Alfio Privitera nell'ambito dell'Hospice per i malati terminali[6], e ci siamo accostati all'associazione Ex dipendenti per descriverne il prezioso supporto offerto per il trasporto all'ospedale di Cremona dei pazienti che devono sottoporsi a radioterapia[7]. Di alcune realtà abbiamo invece accennato senza soffermarci: ora crediamo sia arrivato il momento di dedicare un po' più di spazio ad esse e alle tantissime altre che operano in ambito ospedaliero. Lo facciamo chiedendo scusa in anticipo per eventuali e non volute omissioni.

Associazione Italiana Malati di Alzheimer – AIMA

AIMA Crema è nata nel 1995 per iniziativa di alcuni familiari di malati di Alzheimer e sulla scorta di un bisogno che già allora cominciava a farsi evidente: trovare un punto di riferimento per quanti, direttamente o attraverso un congiunto, si trovas-

3 F. Sinagoga, Quella sera, nello studio a casa di don Madeo, in *Il Nuovo Torrazzo*, 11 dicembre 1999, inserto "Zoom", p. 4.

4 Testimonianza di Adina Pellegrini.

5 Testimonianza di Carmine Troiano.

6 Vedi cap. 13.2.

7 Vedi cap. 6.2. L'attività dell'associazione Ex dipendenti consiste anche nel fare compagnia ai malati dei vari reparti e nell'assisterli in caso di necessità o al momento dei pasti.

Strumentazione donata alla MAU dall'Associazione ex dipendenti

Alcuni volontari Aima di Crema

sero ad affrontare gli innumerevoli problemi che questa malattia comporta. Col trascorrere degli anni l'associazione ha via via arricchito le proprie offerte: come ci ha raccontato l'attuale presidente Maria Dragoni oggi i circa venti volontari si adoperano per proporre momenti a sostegno dei malati (l'iniziativa "Pomeriggi insieme", che due volte alla settimana accoglie i pazienti presso l'associazione[8] concedendo ai familiari un sollievo dalla cura, l'attività del gioco delle bocce e il progetto "Attivo corpo e mente", con mattinate di terapia di stimolazione cognitiva e ginnastica dolce) e anche dei parenti (sostegno psicologico sia di gruppo che individuale). Oltre a questi interventi specifici AIMA promuove occasioni di informazione e sensibilizzazione, organizza corsi formativi per familiari e operatori e fornisce assistenza legale e burocratica. Nel corso di queste attività emerge quello che forse è l'elemento più critico: per chi non è direttamente coinvolto l'Alzheimer rappresenta ancora troppo spesso uno stigma nei confronti del quale prevale la paura, il "non volere sapere" (anche i volontari sono per lo più persone che hanno vissuto un'esperienza personale di confronto con la malattia). Per fortuna le giovani generazioni sembrano intenzionate ad invertire la tendenza: "nelle scuole (a partire dalla quinta elementare) troviamo accoglienza e interesse, e siamo tempestati di domande, perché molti ragazzi vivono il problema in famiglia. Alla fine degli incontri chiediamo di scrivere o disegnare le impressioni e le emozioni scaturite: ci arrivano delle cose meravigliose…[9]".

Il supporto fornito dalle istituzioni alle famiglie che vivono la pesante realtà dell'Alzheimer è, a detta di chi se ne occupa quotidianamente, ancora largamente insufficiente. AIMA ha alcune proposte in merito, per cui lasciamo la parola alla presidente:

> C'è un gran lavoro da fare di pressione sulle istituzioni e sulla politica, perché siano riconosciuti ai malati maggiore dignità e maggiori diritti: diritto alla cura, all'assistenza, al sostegno economico. Abbiamo riscontrato che nell'ultimo periodo viene spesso negata a questi pazienti l'indennità di accompagnamento: così i parenti devono fare ricorso… un iter che non finisce più, e ogni tanto l'indennità arriva quando il malato non c'è più. L'altra cosa che chiediamo è che sia dato un aiuto anche al famigliare che cura: spesso, soprattutto quando la malattia colpisce persone non molto anziane, il figlio o la figlia devono lasciare il lavoro, quindi occorrerebbe un sostegno, o almeno la possibilità di poter rientrare[10].

La signora Dragoni non ha mancato di illustrarci quello che è a tutt'oggi il "sogno" della sezione cremasca:

> La nostra speranza è quella di realizzare l'Alzheimer Café, un'attività che coinvolge sia i malati che i parenti: appuntamenti fissi più volte la settimana, in cui i primi possano trovare occasione di socializzazione e i secondi possano incontrare la psicologa o confrontarsi con altri familiari[11].

8 L'AIMA ha sede presso la Fondazione Benefattori Cremaschi e dispone di un Info point all'interno dell'ospedale.
9 Testimonianza di Maria Dragoni.
10 Ibidem
11 Ibidem.

Alcuni membri dell'Aism di Crema

Alcuni membri dell'Anffas Crema

Associazione Italiana Sclerosi Multipla – AISM

Nel panorama del volontariato cremasco AISM è una delle realtà più recenti: come sezione locale si è infatti costituita nel 2014. Nonostante la "giovane età" l'associazione ha già al suo attivo numerose iniziative pratiche incentrate su attività di benessere per i portatori di sclerosi multipla, da "Allena la mente", un corso tenuto da una psicologa e finalizzato al mantenimento e al potenziamento delle attività mentali di cognizione e concentrazione, al corso di Mindfulness, che cura l'aspetto dell'equilibrio psicofisico ottenuto attraverso la respirazione, la meditazione e il rilassamento, agli incontri con lo psicologo aperti anche alle famiglie, per arrivare al nordic walking[12] e ai trattamenti di shiatsu[13]. Al fine di far conoscere queste iniziative la sezione di Crema si avvale di un appuntamento annuale denominato "Mente, corpo, spirito, laboratori esperienziali per il benessere" che è indirizzato non solo a chi deve affrontare la malattia, ma a chiunque voglia saperne di più su di essa: perché, come ci ha detto in rappresentanza dell'associazione Laura Patelli, "attraverso la conoscenza si abbattono i muri e si annullano le differenze[14]". Non meno importante è l'opera svolta da AISM Crema tramite l'Info point collocato presso il reparto di Neurologia dell'ospedale. Sul significato di questa presenza ecco ancora le parole di Laura Patelli:

> L'Info point ci permette di fornire informazioni a quanti le richiedono e a coloro che si presentano all'ambulatorio per la sclerosi multipla. In questo modo abbiamo la possibilità di entrare in contatto diretto coi pazienti e di interagire con loro. Si cerca di creare un rapporto di fiducia, in modo poi da raccogliere quelle che sono le esigenze dei malati e delle famiglie e fornire un supporto. Le richieste che ci vengono rivolte abbracciano sia l'aspetto informativo sulla malattia (che disorienta, in quanto abbraccia tutti gli aspetti di un individuo) sia la possibilità di confrontarsi con altri che vivono la stessa realtà. Inoltre forniamo un supporto burocratico per orientarsi fra le tante carte e i tanti uffici…[15].

AISM Crema dispone per la propria attività di una piccola sede[16], che però non soddisfa tutti i requisiti di accessibilità, motivo per cui la necessità principale al momento è quella di poter usufruire di uno spazio più grande e comodo. Un altro bisogno riguarda il servizio di trasporto, indispensabile per pazienti che sono distribuiti su tutto il territorio del Cremasco e che hanno difficoltà a muoversi. Tale servizio consente loro di accedere alle varie iniziative, ma anche più semplicemente fornisce un supporto per le attività quotidiane: l'associazione ha un pulmino, ma troppo pochi sono i volontari che possono alternarsi alla guida.

Associazione Nazionale Famiglie di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale – ANFFAS

ANFFAS Crema ha una storia vecchissima, che ri-

12 Il nordic walking è la camminata nordica che si effettua avvalendosi dell'uso di bastoni simili a quelli utilizzati per lo sci.

13 Lo shiatsu è un trattamento a base di massaggi finalizzato al rilassamento muscolare.

14 Testimonianza di Laura Patelli.

15 Ibidem.

16 La sede di AISM è in via Forte 2.

sale addirittura al 1971: in quell'anno un gruppo di famiglie diede vita ad un laboratorio per impegnare i loro ragazzi disabili che avevano finito la scuola e non sapevano come riempire le giornate. Da questo primissimo nucleo è derivata tutta l'attività successiva dell'associazione, che oggi segue disabili di ogni fascia di età. Dell'ultimo servizio nato abbiamo già avuto occasione di parlare[17]: si tratta della collaborazione avviata con la Neuropsichiatria Infantile per percorsi di cura rivolti a bambini autistici. Oltre a tale servizio ANFFAS Crema gestisce due Centri Socio Educativi per adulti aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30, una comunità alloggio dove vivono 11 persone disabili senza più una famiglia in grado di occuparsi di loro, e una piscina idroterapica studiata per soggetti con difficoltà, ma le cui caratteristiche (acqua calda, accesso facilitato, assistenza di personale qualificato, particolare attenzione all'igiene) la rendono gradita a ogni tipo di utente.
L'opera della sezione locale di ANFFAS però non si esaurisce qui. Sulla natura degli altri impegni assunti dall'associazione ci riferisce non senza una vena di critica la presidente Daniela Martinenghi:

> Abbiamo poi dei servizi per bisogni per i quali le persone non trovano risposta in chi gliele dovrebbe dare. L'associazione quindi dove può costruisce progetti per così dire alternativi (si tenga conto che la Regione Lombardia da anni ha bloccato gli accreditamenti e perciò non sostiene più questi centri per persone con disabilità, che quindi sono del tutto a carico delle famiglie, e questa è una grave ingiustizia). Per rispondere sia alla necessità dei genitori, che hanno il problema di come impegnare il proprio figlio, sia a quelle dei ragazzi, che vogliono avere una loro vita oltre alla famiglia, abbiamo creato un centro diurno alternativo dove 11 persone vengono alcuni giorni alla settimana impegnandosi in attività che a loro piacciono e che le fanno sentire importanti: vanno in piscina e a fare la spesa, si cucinano i pasti, chiacchierano… Tutto questo rende più ricca la loro giornata e nello stesso tempo costituisce un sollievo per i loro cari[18].

Le prime parole della signora Martinenghi pongono all'attenzione una questione centrale: fino a che punto è lecito e giusto che il volontariato si faccia carico di quelle forme di assistenza che le istituzioni non possono – o non vogliono – fornire? La risposta dei responsabili di ANFFAS è netta:

> Sono del parere che il volontariato non dovrebbe mai sostituirsi al pubblico, ma fare da stimolo perché questo si adoperi per tutelare i diritti delle persone. La disabilità non è un problema privato delle famiglie, è un problema pubblico (…). Spesso colgo la paura delle istituzioni rispetto alla presa in carico delle persone con disabilità perché è un costo per tutta la vita, non è un problema che si risolve, e questo spaventa moltissimo in un quadro che vede sempre meno risorse a disposizione. Così la gran parte del costo, della fatica, del peso della gestione delle persone con disabilità ritorna sulle famiglie…[19].

> Finché pubblico e privato mettono in comune competenze e disponibilità allora c'è una sinergia positiva, ma nel momento in cui c'è un passo indietro dell'ente pubblico, che non riesce, non può o non vuole farsi carico di alcune questioni, allora si crea una frattura e non si riescono più a dare risposte efficaci. Dopo di che è chiaro che il Terzo settore ha una prossimità e una velocità che raramente il pubblico riesce ad avere, ma questo dovrebbe essere una risorsa in più per quest'ultimo…[20].

In attesa che il pubblico metta a disposizione risorse adeguate ai bisogni ci si sforza di rispondere a questi ultimi con fantasia e generosità:

> Fra i bambini autistici con cui lavoriamo ce n'è un gruppetto a bassissimo funzionamento su cui occorre fare un trattamento intensivo più pomeriggi la settimana, che vada ad agire sulle loro autonomie, oltre alla normale ora di psicomotricità o di logopedia: così grazie ai contributi ottenuti con un bando e con l'aiuto delle famiglie e dell'associazione abbiamo preso in affitto un appartamento in cui delle psicomotriciste lavorano più su un piano educativo che sanitario: impariamo a mangiare la merenda insieme, a rilassarci, a comunicare fra di

17 Vedi capitolo 9.2.
18 Testimonianza di Daniela Martinenghi.
19 Ibidem.
20 Testimonianza di Andrea Venturini, direttore di ANFFAS Crema.

> noi… e i risultati sono incredibili. Ma il progetto si basa tutto su fondi privati…[21].

A volte non si tratta nemmeno di mancanza di risorse, quanto piuttosto dell'assenza di una visione "globale" della disabilità. A questo proposito ci sembrano importanti ed emblematiche le parole del direttore di ANFFAS Andrea Venturini: "troppo spesso si tende a cercare la risposta parcellizzata e sul singolo bisogno, mentre occorrerebbe considerare la vita di queste persone come quella di ciascuno di noi, in tutte le sue espressioni, dal diritto ad avere un lavoro, a quello di avere una casa, di poter godere del tempo libero, di poter esprimere la propria cittadinanza. Se le istituzioni, il terzo settore, le famiglie fanno propria questa visione le scelte poi vengono di conseguenza[22]." Sembrerebbe semplice, invece non lo è. Ma vorremmo con tutto il cuore che lo diventasse.

Associazione Diabetici

In un altro momento del nostro viaggio[23] ci siamo occupati dell'attività svolta dal Centro Diabetici dell'Ospedale Maggiore. Un'attività in costante crescita, viste le dimensioni ormai sociali della malattia diabete, e che già nella cura degli aspetti sanitari richiede grandissimo impegno da parte degli operatori. Abbiamo però visto anche come questa patologia presenti consistenti risvolti di natura psicologica: nell'accettare la propria condizione, nell'uniformarsi ai cambiamenti che la stessa condizione impone, nel farla conoscere agli altri. Per tale motivo appare ancora più importante che il lavoro dei professionisti medici sia affiancato da quello di un'associazione che ponga attenzione agli altri aspetti, aiutando chi incontra questa patologia a riavviare sotto una nuova prospettiva le relazioni, le attività quotidiane, la vita, insomma.

A tale fine nel 1989 si è costituita l'associazione Diabetici, che opera sia all'interno dell'ospedale (con una postazione che vede la presenza di un volontario) sia presso la sede esterna[24].

Abbiamo chiesto al suo presidente Francesco Maestri di descriverci le iniziative messe in campo. Naturalmente alla base del lavoro ci sono la comunicazione, la formazione e la prevenzione: in collaborazione con l'azienda ospedaliera l'associazione organizza momenti di incontro su tematiche connesse con il diabete, effettua (il mercoledì pomeriggio in sede) misurazioni della glicemia, ed in occasione della giornata mondiale dedicata a questa patologia (14 novembre) cura l'esecuzione di controlli del sangue in 15 paesi del Cremasco. I volontari si recano nelle scuole per informare i giovani sull'importanza ai fini della prevenzione di un sano stile di vita e di corrette abitudini alimentari, ma anche per educare gli studenti su quello che occorre sapere della malattia, perché "a volte purtroppo capita ancora che quando un ragazzo si inietta l'insulina salti fuori da parte dei compagni la battuta 'quello si sta facendo'[25]". L'intervento informativo coinvolge anche i datori di lavoro, che non di rado tendono a considerare il dipendente diabetico come un invalido anziché come una persona con le stesse capacità e potenzialità di tutti.

L'associazione investe molte energie sull'aspetto culturale, sia per ciò che concerne la percezione che la società ha della malattia, sia per quanto riguarda l'accettazione di essa da parte di chi ne è colpito:

> Abbiamo avviato un discorso comunicativo per far considerare il diabete non come una malattia, ma come uno stato (diventa malattia quando subentrano le complicanze). Se questo tuo stato ti consente, facendo la terapia e adottando corretti stili di vita, di andare avanti con tranquillità… è come una macchina che invece di usare la benzina usa il diesel… Però notiamo che c'è una ritrosia ad affrontare tale discorso[26].

È una ritrosia, questa, che proprio la partecipazione alla vita dell'associazione può aiutare a superare: l'incontro con altre persone che hanno lo stesso problema fa sentire meno soli, contribuisce al superamento delle difficoltà pratiche, evita quella chiusura in se stessi che troppo spesso caratterizza la fase successiva alla scoperta del diabete.

Purtroppo, sottolinea Francesco Maestri, sono oggi troppo pochi coloro che percepiscono l'utilità dello stare insieme (utilità che si estrinseca anche a livello più generale, in quanto l'associazione permette di tenersi aggiornati sugli sviluppi della

21 Testimonianza di Daniela Martinenghi.
22 Testimonianza di Andrea Venturini.
23 Vedi cap. 14.3.
24 L'associazione Diabetici ha sede in via Bartolino Terni 9.
25 Testimonianza di Francesco Maestri.
26 Ibidem.

Alcuni volontari dell'Associazione Diabetici di Crema

Durante un'iniziativa dell'Associazione Donna Sempre

ricerca scientifica e consente pure di fare "massa critica" a fronte di scelte politiche non sempre adeguate): così gli iscritti oggi sono solo 350, rispetto agli 800 del passato.
Certo, a spiegare questa fuga ci può essere ancora l'atteggiamento psicologico che induce a nascondere la propria condizione, ma ancora più determinante appare il fattore indicato dalla dottoressa Severgnini, responsabile del Centro Diabetici:

> Credo che il calo dei soci dipenda anche dal fatto che quella diabetica è oggi una popolazione più giovane e indipendente rispetto a un tempo, quindi con meno necessità di avere un riferimento fuori dalla struttura sanitaria. Anche a livello informativo ormai tutti hanno la possibilità di accedere a qualunque nozione[27].

È un elemento con cui oggi ci si confronta di continuo: la possibilità pressoché infinita di acquisire informazioni ci illude di poter essere autosufficienti, salvo poi trovarci a fare i conti con la nostra solitudine. Speriamo davvero che la tendenza si inverta.

Associazione Donna Sempre

Ne abbiamo parlato a lungo affrontando il tema della malattia oncologica: il cancro al seno comporta per la donna pesanti conseguenze a livello emotivo, perché la colpisce nell'intimo della sua femminilità, ne mina l'immagine, genera fragilità e infiniti dubbi sul futuro. Da questa considerazione è nata l'idea di creare una realtà di volontariato che si impegnasse proprio nel sostegno alle pazienti che devono affrontare tale difficilissimo percorso.
Sulle tappe che hanno portato alla nascita di Donna Sempre abbiamo ascoltato Paola Brambini, che ha vissuto in prima persona quella fase:

> La nostra associazione è nata nel 1996, ma già un anno prima su richiesta del Centro Oncologico l'ospedale ha convocato tre donne operate (Sandra Ferrari, Annalisa Radici e io) perché si era evidenziato che dopo l'intervento di tumore al seno le donne si trovavano spesso ad affrontare la malattia e il lungo periodo di cure in solitudine o comunque col solo appoggio della famiglia che però, essendo coinvolta emotivamente, a volte non riusciva ad aiutarle. Così ci hanno chiesto se volevamo costituire questa associazione, e noi abbiamo accettato. Abbiamo fatto una formazione della durata di un anno presso l'associazione Attive come prima di Milano e poi siamo partite. In quell'anno, grazie al Centro Oncologico che ci ha messo a disposizione una sala e l'ufficio del medico, abbiamo iniziato degli incontri con le donne operate e con la partecipazione dei vari professionisti coinvolti, psicologa, fisiatra, chirurgo plastico ecc. In questi incontri è emerso il desiderio di confrontarsi e di conoscere gli aspetti che ruotano intorno alla malattia[28].

Col tempo l'attività dell'associazione si è articolata su due fronti, uno interno all'azienda ospedaliera e uno esterno. La prima forma prevede un Punto di ascolto nel Centro Oncologico e l'incontro con le utenti del Day Hospital: volontarie appositamente formate ("non puoi affrontare donne che stanno vivendo questo momento se non sei preparata ad

27 Testimonianza di Silvia Severgnini.

28 Testimonianza di Paola Brambini.

Alcune volontarie dell'associazione Donne contro la violenza

Alcuni volontari dell'associazione Elo

accogliere e ad ascoltare[29]") e con alle spalle la stessa esperienza di malattia si accostano con cautela e sensibilità alle pazienti ponendo grande attenzione a rispettare il loro stato d'animo:

> Se hanno voglia di parlare restiamo, altrimenti no. Di solito però le donne vogliono parlare: della loro storia, delle loro paure, delle insicurezze sul futuro, di come affrontare le terapie. Oggi per fortuna gli interventi non sono demolitivi come un tempo, e anche chi fa la mastectomia può avere la ricostruzione, per cui l'impatto è meno forte. Anche negli uomini si sta sviluppando una sensibilità diversa. Comunque i momenti difficili ci sono sempre: io a volte dico che è come camminare su una strada: non è sempre piatta, ci possono essere le salite…[30].

I momenti di salita riguardano spesso anche il "dopo", quando una volta concluse le cure occorre riprendere la vita di tutti i giorni, che comunque non sarà più quella di prima: nel ricostruire questa nuova quotidianità il supporto di chi "ci è già passato" può essere fondamentale.
Come ulteriore forma di sostegno in tutte le fasi della malattia Donna sempre organizza una serie di attività esterne: dai corsi di acqua soft nella piscina idroterapica dell'ANFFAS, a quelli di yoga, al gruppo di lavoro a maglia per rilassarsi.
Un impegno a tutto tondo che richiede il dispiego di grandi energie, purtroppo però concentrate in un numero ridotto di volontarie: perché se è vero che l'associazione conta un centinaio di iscritti sono solo una decina le donne operate che si stanno prestando dopo la guarigione a sostenere chi vive la stessa drammatica esperienza. Forse tutto dipende dalla naturale voglia di rimuovere quanto accaduto, dal desiderio di considerare al più presto la malattia come un capitolo chiuso: è un atteggiamento che secondo Paola Brambini presenta tuttavia elementi di pericolosità, perché la mancata elaborazione di ciò che si è vissuto può avere nel tempo pesanti ricadute psicologiche.
Di certo chi dà la disponibilità a questa forma di volontariato ha chiara coscienza del proprio compito: trasmettere fiducia e speranza nel futuro. Un compito che procura benessere prima di tutto a chi se ne fa carico, in quanto "vedere un sorriso dopo uno sfogo di pianto è una cosa bellissima[31]".

Associazione Donne contro la violenza

L'idea è nata quasi per caso nel 1990, a seguito di un fatto di cronaca: la violenza perpetrata ai danni di una ragazza minorenne che ha indotto un gruppo di donne ad attivarsi per sostenerla durante il processo ai responsabili. Quell'esperienza ha permesso di entrare nel problema -accostando anche quello, altrettanto grave e sommerso, della violenza domestica – e ha dato luogo alla costituzione di un comitato che poi si è trasformato in associazione. Mission della nuova realtà: offrire ascolto, solidarietà, sostegno ed aiuto concreto alle donne vittime di violenza, molestie, maltrattamenti o stalking. Presso la sede dell'associazione[32] funziona uno sportello di ascolto con un numero telefonico dove è possibile lasciare messaggi e possono essere richiesti colloqui individuali, con rispetto

29 Ibidem.
30 Ibidem.
31 Ibidem.
32 Dal 2017 l'associazione ha sede in via Mercato 27.

dell'anonimato. Oltre a questa attività (svolta da volontarie che hanno seguito uno specifico percorso di formazione) Donne contro la violenza svolge una consistente opera di prevenzione nelle scuole medie e superiori con programmi strutturati che si incentrano sul concetto di rispetto come base di ogni relazione affettiva.
Ci sono poi i progetti che coinvolgono vari soggetti del territorio, fra cui l'azienda ospedaliera. Da alcuni anni esiste la rete "Con-tatto", che riunisce operatori che agiscono in differenti ambiti (Ospedale, Forze dell'Ordine, Comunità Sociale Cremasca, Consultori, privato sociale) e che mira ad intercettare gli episodi di violenza sulle donne e ad intervenire in modo più efficace utilizzando le diverse professionalità. A detta della presidente dell'associazione Gianna Bianchetti questa rete ha senza dubbio permesso di conoscere meglio la realtà del territorio e di condividere le metodologie, ma dal punto di vista pratico "occorrerebbe fare qualche passo in più[33]".
Anche a questo fine nel novembre 2017 è partito il progetto "FORMA", che vede l'interazione fra l'associazione, l'ASST di Crema, il Comune e la Cooperativa Sociale Hope di Capergnanica. Ce ne ha parlato una giovane volontaria, Paola Uberti, che da psicologa ha deciso di spendere parte del suo tempo e della sua professionalità a sostegno delle donne:

> Il progetto punta a formare operatori in grado di individuare e far emergere le situazioni a rischio e gli episodi di maltrattamento per mettere in campo un'accoglienza più puntuale ed efficace delle vittime. L'idea è quella di dedicare una particolare attenzione anche ai medici di base, il cui ruolo nell'intercettazione dei casi di violenza può essere fondamentale. Si cercherà anche di lavorare su uno strumento di monitoraggio di quanto il fenomeno viene effettivamente rilevato nei vari servizi[34].

Verrà dedicato anche uno spazio particolare alle donne di altre culture:

> Il progetto avrà anche un focus sulle donne migranti, delle quali si occupa la cooperativa Hope, con uno scambio di formazione fra questa cooperativa e noi. Nel nostro centro incontriamo spesso donne straniere, in molti casi anche con il marito italiano. Entrare nelle altre culture è molto difficile, anche perché sovente si tratta di gruppi chiusi. Abbiamo esperienze anche di ragazze straniere di seconda generazione che hanno il problema, magari perché vanno a scuola qui, o iniziano rapporti con non connazionali[35].

Come ha detto Paola Uberti il percorso avviato dovrebbe servire a fare maggiore luce sull'effettiva consistenza del fenomeno nel Cremasco: la sensazione dei volontari dell'associazione è che quella che emerge sia solo la punta dell'iceberg, e che il sommerso sia tuttora molto consistente. Di certo a rafforzare tale impressione sono degli atteggiamenti culturali che potremmo credere figli di un'altra epoca, e che invece sorprendentemente si ritrovano nelle giovani generazioni:

> Quando sento una ragazza di 16 – 17 anni dire "Lui non vuole che esca con le mie amiche, e se esco devo mettermi i pantaloni… ma fa così perché mi vuole benÈ mi chiedo a cosa siano serviti tutti gli anni di lotta…[36].

È una domanda che in effetti ci poniamo anche noi.

Associazione Epilessia Lombardia Onlus – ELO

Ci sono patologie che segnano chi ne è vittima non solo dal punto di vista sanitario, a causa delle ripercussioni che determinano sull'esistenza quotidiana, ma anche e soprattutto per la percezione sociale che si ha di esse e che comporta pesanti ricadute nel modo di vivere la condizione di malato. È il caso dell'epilessia, ancora da troppi vista con una sorta di timore ancestrale, come qualcosa di cui è meglio non parlare e non sapere, quasi che la non conoscenza sollevasse dalle responsabilità. Chi ne soffre non può che essere condizionato da questi atteggiamenti, e per risposta spesso tende a sua volta a nascondere il suo stato, con conseguenze sull'autostima e sulle relazioni. La consapevolezza di quanto frequentemente la malattia venga vissuta in solitudine sia da chi ne è colpito che dalla sua fa-

33 Testimonianza di Gianna Bianchetti.
34 Testimonianza di Paola Uberti.
35 Testimonianza di Gianna Bianchetti.
36 Ibidem.

Luciano Cremascoli presidente Ailar Crema

Partenza della Run For Parkinson's organizzata da Tartaruga Onlus

miglia ha indotto nel 2014 la Neurologia di Crema a promuovere l'apertura anche in città di una sezione di Epilessia Lombardia Onlus, che facesse da punto di riferimento per i malati e i loro congiunti. Ad occuparsene è stata chiamata un'operatrice dell'ospedale, la signora Anna Caputo, che così ci ha spiegato gli scopi pratici dell'associazione:

> Si è deciso di aprire una piccola sede dentro l'ospedale dove chi soffre di epilessia potesse trovare supporto morale, informativo (per tutte quelle che possono essere le problematiche a scuola, per il conseguimento della patente o in ambito lavorativo) e sociale[37].

Forse ancora più importanti sono però gli obiettivi educativi che ELO Crema si propone, sia nei confronti dell'ambiente esterno ("quello che noi vogliamo far capire prima di tutto è che non si tratta di un problema psichiatrico, ma neurologico, e che quindi la persona epilettica non è diversa dalle altre[38]"), sia nei riguardi dei malati stessi ("È una malattia con cui, se la si prende dal verso giusto, si può convivere, ma non è facile. Fra l'altro molti giovani sono farmaco resistenti, e questo comporta un continuo interrogarsi: quante crisi avrò, quando accadrà…[39]"). Ciò che più fa da ostacolo a questa crescita culturale è da un lato la tendenza già accennata a non volere sapere, ma anche a non far sapere (dai dati a disposizione risulta che a Crema ci siano circa 500 bambini affetti da epilessia, ma pochissime delle loro famiglie escono allo scoperto), dall'altro la mancanza di informazione e un'apparente riluttanza a fornirla:

> Abbiamo mai visto in TV una pubblicità che parli di epilessia? Si parla tranquillamente di tumori, ma della parola epilessia si ha ancora paura… Eppure Cesare, Dante, Napoleone, Salvator Dalì erano epilettici… Ci sono molte forme di questa malattia, ma la gente conosce solo quella convulsiva. È questo che l'associazione cerca di far capire: non abbiate paura, cercate invece di imparare come aiutare una persona che ha una crisi[40].

Per tale motivo l'associazione concentra molta attenzione sulle scuole, perché insegnanti e alunni siano istruiti su cosa fare nel caso il problema si presentasse: piccoli accorgimenti (il posto in classe non vicino ad un calorifero, perché durante l'episodio convulsivo il bambino potrebbe urtarlo, la presenza nel suo armadietto di un cuscino e di una coperta…), ma di vitale importanza.

Associazione Italiana Laringectomizzati – AILAR

Andando a consultare il sito nazionale dell'AILAR troviamo indicato in pochissime parole lo spirito per cui l'associazione è nata: aiutare le persone che hanno subito un intervento di laringectomia (asportazione della laringe) a tornare a parlare, sorridere, vivere. A Crema l'attività dell'AILAR si estrinseca nella presenza presso l'ospedale di una Scuola di Riabilitazione alla parola che insegna la voce esofagea. A dirigerla è un maestro riabilitatore, Luciano Cremascoli, che ha voluto per prima

37 Testimonianza di Anna Caputo.
38 Ibidem.
39 Ibidem.
40 Ibidem.

cosa spiegarci come ha assunto questo ruolo:

> Per diventare maestri riabilitatori occorre prima di tutto essere degli operati (per poter spiegare, ma anche perché siamo da stimolo per chi deve imparare: segui i miei consigli, fai gli esercizi che ti dico e vedrai che prima dirai le vocali, poi delle sillabe, poi singole parole e alla fine parlerai come me. E magari ti arrabbierai se trovandoti con gli amici non ti daranno spazio!). Inoltre bisogna frequentare dei corsi specifici[41].

Il compito del riabilitatore inizia ancora prima dell'intervento chirurgico: il malato viene informato su quello che gli succederà, sul fatto che dovrà respirare attraverso uno stoma praticato alla base del collo e che non potrà più parlare se non imparando a farlo attraverso l'esofago o ricorrendo a una protesi[42], ma è anche rassicurato sulla possibilità di tornare a una vita piena e soddisfacente.
La scuola fa terapia di gruppo: i tempi necessari per riacquistare l'uso della parola sono lunghi e comunque variano molto da persona a persona. A giudizio del signor Cremascoli conta molto anche lo stimolo a voler imparare:

> Certo che se uno si trova con i famigliari che gli dicono ma no, non ti preoccupare, noi ti capiamo lo stesso, è poco incentivato… Lo stesso succede se la moglie comincia a dire: siamo contenti, il tumore non c'è più, lui beve e mangia, sta tranquillo davanti alla TV e anche se non parla va bene lo stesso… Poi però capita che un giorno la persona si trova a casa da sola quando suona il telefono… e allora arrivano gli attacchi di panico. Occorre che l'operato trovi degli stimoli nell'ambiente in cui vive: è statisticamente dimostrato che quando un laringectomizzato ha in casa dei bambini impara più in fretta, perché la loro presenza lo sollecita, lo spinge a farsi capire[43].

La frequentazione della scuola non è finalizzata solo al recupero della parola: il maestro insegna anche come gestire lo stoma, addestra a far fronte alle frequenti bronchiti e ad usare un filtro che protegge e umidifica, fornisce insomma tutte quelle informazioni che servono a migliorare la qualità della vita.
Il tempo trascorso alla scuola diventa inoltre per le persone operate anche un'occasione per superare solitudine e scoraggiamento attraverso il confronto con gli altri ammalati. Non di rado nascono delle amicizie fra le famiglie, favorite e stimolate dai momenti di svago organizzati dall'AILAR.
Da quanto detto si capisce in che misura il ruolo svolto dal servizio sia importante. Per questo motivo la principale preoccupazione del signor Cremascoli riguarda la sua… successione, poiché al compimento dei 75 anni dovrà lasciare ad altri l'incarico, ma i maestri riabilitatori sono pochissimi: "gli operati se sono giovani cercano di rientrare nel mondo del lavoro, e se hanno una certa età non hanno più voglia di svolgere questo compito[44]". Un segnale davvero poco incoraggiante.

Associazione Tartaruga

Il nome può apparire strano, ma è stato scelto per un motivo preciso: i movimenti lenti della tartaruga assomigliano a quelli a cui sono costretti i malati di Parkinson. Perché di questo l'associazione si occupa: aiutare i portatori di questa malattia e le loro famiglie.
A parlarci di questa Tartaruga speciale è il suo nuovo presidente, Roberto Zagheni: lui stesso parkinsoniano, ha deciso di assumere l'incarico "per lanciare un guanto di sfida alla malattia, e per invogliare gli altri malati a tenere duro e a non lasciarsi andare[45]".
In effetti l'impegno dell'associazione sembra proprio concentrarsi sullo sforzo di "tenere duro" nonostante tutto: fra i suoi scopi[46] troviamo quelli di sostenere l'informazione e la formazione sulle attività di cura e riabilitazione dei malati, aiutare ed affiancare il programma dell'ambulatorio Parkinson presente in ospedale, realizzare direttamente o favorire la realizzazione di attività psicologiche, riabilitative e ricreative, promuovere e organizza-

41 Testimonianza di Luciano Cremascoli.
42 A detta del signor Cremascoli la scelta fra le due opzioni dipende da molti fattori: dall'età, dal tipo di intervento, dalla risposta alla riabilitazione e anche da questioni economiche, visto che non tutte le ASL rimborsano i costi considerevoli che l'acquisto e la gestione della protesi comportano.
43 Testimonianza di Luciano Cremascoli.
44 Ibidem.
45 Testimonianza di Roberto Zagheni.
46 Ricaviamo queste informazioni dalla pagina Facebook dell'associazione. La Tartaruga dispone di una sede in via Pesadori e di una postazione interna all'ospedale.

Alcuni volontari dell'Auser di Romanengo

Partenza della cicloescursione annuale Avis di Crema

re studi, dibattiti e convegni sulla patologia, contribuire alla formazione, alla sensibilizzazione e all'aggiornamento di operatori e volontari, fornire a malati e famiglie informazioni e supporto pratico.

Uno spazio importante, data la natura delle problematiche legate alla malattia, è dedicato alla ginnastica: presso il vecchio ospedale Tartaruga Onlus organizza cicli di 30 sedute che durano sei settimane e che sono coperti dal servizio sanitario. A questo proposito emerge il primo punto dolente: per essere davvero efficace la ginnastica non si può limitare ad un periodo così ristretto, ma andrebbe distribuita lungo tutto l'arco dell'anno. Purtroppo però ogni seduta aggiuntiva deve essere fatta a pagamento… Un altro problema riguarda il trasporto dei malati: molti di loro non sono autonomi negli spostamenti, e occorrerebbe supportarli in tal senso. Fra l'altro ciò consentirebbe anche una più agevole partecipazione alle iniziative che l'associazione mette in piedi per aiutare a superare l'isolamento spesso indotto dal Parkinson: come ci ha detto il presidente la solitudine è la "prima bestia" da sconfiggere, e un'uscita al ristorante, delle ore passate insieme confrontandosi e scambiando opinioni possono essere di grande aiuto[47].

Auser

Lo confessiamo: incontrando i rappresentanti di Auser Crema siamo rimasti un po' stupiti. Davamo infatti per scontato di trovarci di fronte a persone "in età" ed invece fra di loro abbiamo conosciuto Sabrina, una ragazza giovanissima che ha scelto di svolgere il servizio civile proprio in questa associazione, il cui scopo (riportiamo dal suo sito nazionale[48]) è "favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e valorizzare il loro ruolo nella società". Una sorpresa resa ancora più piacevole dalla semplicità con cui Sabrina ci ha indicato i motivi alla base della sua decisione:

> Ho scelto di fare il servizio civile nell'Auser perché è un volontariato che serve prima di tutto a me, che spendo il mio tempo aiutando delle persone in difficoltà, e questo mi fa maturare esperienza e mi arricchisce dal punto di vista personale. Vedere le persone felici delle cose che fai ti dà serenità anche quando torni a casa. Due giorni fa abbiamo portato un bambino in ospedale. Era la prima volta che lo vedevo. Ieri nel prescuola l'ho rivisto, e lui mi è corso incontro e ha detto ai suoi compagni che ero una sua amica… è stato bello! Anche quando andiamo a portare i pasti gli anziani sono contenti di vederci, perché trovano qualcuno con cui parlare. Così capisci che donare anche 5 minuti del tuo tempo può essere importante. Per convincere un giovane a fare questo volontariato quindi userei per prima la parola ricchezza. La seconda è dare, perché tu dai, ma anche le persone che aiuti ti danno tanto[49].

Dalle parole di Sabrina si raccolgono già alcune informazioni sulle molteplici attività svolte da Auser nel territorio del Cremasco, dove può contare su 27 sedi. Esse vanno dalla organizzazione di mo-

47 Per aiutare a superare i disagi di ordine psicologico ed emotivo l'associazione organizza anche incontri con lo psicologo destinati sia ai malati che alle famiglie.

48 www.auser.it

49 Testimonianza di Sabrina Badaoui.

menti di aggregazione, alla distribuzione dei pasti e al supporto per la spesa e l'acquisto di farmaci per le persone anziane e sole, all'accompagnamento a scuola o al lavoro dei disabili, alla presenza sugli scuolabus e davanti agli edifici scolastici dei nonni vigili, al servizio di prescuola dalle 7.30 alle 8.30. Per quanto concerne più specificamente la collaborazione con l'ASST di Crema, Auser gestisce lo sportello sociale presso gli uffici di via Gramsci (dove si forniscono indicazioni agli utenti sul disbrigo delle varie pratiche) e svolge opera di accompagnamento protetto per anziani e disabili che devono recarsi all'ospedale o nei centri di riabilitazione: il servizio non si limita al mero trasporto, ma prevede anche l'affiancamento all'interno della struttura. Di esso ci ha parlato il presidente della sezione di Romanengo Gianfranco Guercilena:

> Per il servizio di trasporto abbiamo delle convenzioni con i comuni, che mettono a disposizione proprie macchine. In più alcune sezioni hanno un mezzo proprio. Questi viaggi non sono certo silenziosi: nel tragitto gli anziani raccontano di tutto, a volte ci fanno confidenze che forse non hanno fatto nemmeno ai loro figli… C'è un gran bisogno di queste persone di raccontare la loro vita. Per questo servizio l'ospedale di Crema potrebbe aiutarci riservandoci dei parcheggi gratuiti: noi portiamo le persone, ma non sappiamo dove mettere la macchina, e i posti sono a pagamento… Servirebbero anche più mezzi di trasporto: le macchine dei comuni a volte non sono adeguate[50].

Il signor Guercilena ha accennato nella sua testimonianza al rapporto con le amministrazioni locali. A tale proposito anch'egli ritiene che il ruolo del volontariato debba essere quello di affiancare il pubblico, non di sostituirlo. Purtroppo non sempre accade così: "ogni tanto capita che i comuni ci attribuiscano responsabilità che noi non dobbiamo avere… perché è comodo!".
Al di là di questi occasionali "fraintendimenti", il volontariato rimane un'esperienza che dà un senso speciale alla vita:

> Uno arriva a sera e pensa di aver fatto qualcosa di buono. Io credo che la vita vada vissuta bene, e per vivere bene occorre avere un'idea di comunità[51].

> Io non potrei non fare questa attività. Secondo me alla gente dovrebbe sembrare logico e normale che se ha del tempo libero lo metta a disposizione degli altri…[52].

"Logico e normale": queste parole di Marina Mirelli, volontaria Auser, rappresentano una bella lezione per tutti noi.

Associazione Volontari Italiani del Sangue – AVIS

La storia dell'AVIS di Crema ha radici molto lontane: la sua nascita risale infatti al 1937 ed è dovuta all'iniziativa di un vigile del fuoco, Umberto Mineri, già attivo come donatore presso la sezione di Cremona costituita quattro anni prima. Da quel pionieristico avvio sembra passata un'era geologica. Mario Tacca, che in passato ha rivestito la carica di presidente della sezione cremasca, ricorda come ai suoi esordi da avisino, negli anni Sessanta, fosse tutto diverso: il numero dei donatori (molto più ridotto), le conoscenze tecnico scientifiche su cui si fondavano le donazioni, nonché le regole che le disciplinavano:

> Solo per fare degli esempi, noi facevamo la donazione e solo in un secondo tempo venivamo chiamati per la prova della Wassermann[53]; oggi contestualmente al prelievo si fanno tutti gli esami del sangue. Io ero stato inserito come A negativo, e solo dopo qualche donazione mi hanno avvisato che ero A positivo…[54].

Forse ancora più sorprendenti erano le pratiche in uso per il post donazione:

> Come ristoro ci davano delle fette biscottate, una scatoletta di carne e… marsala o cognac! Quando il direttore dell'ospedale l'ha scoperto ha detto che erano pazzi, che bisognava assumere liquidi, non superalcolici! Così hanno cambiato…[55].

50 Testimonianza di Gianfranco Guercilena.

51 Ibidem.

52 Testimonianza di Marina Mirelli.

53 Si tratta del test diagnostico per l'accertamento della sifilide.

54 Testimonianza di Mario Tacca.

55 Ibidem.

Alcune volontarie del Centro di Aiuto alla vita di Crema

Alcuni volontari della Croce Rossa di Crema

Accompagnato da questi originali spuntini il passaggio in sezione diventava un momento di ritrovo per i donatori, che si conoscevano tra loro ed erano legati da rapporti di grande familiarità anche con i medici trasfusionisti.
Ovviamente col tempo ogni cosa è cambiata: le relazioni magari più "asettiche" sono controbilanciate da rigide disposizioni e da rigorosi controlli sul sangue e sui donatori, a garanzia della sicurezza e della salute di chi dà e di chi riceve il prezioso liquido. Anche i rapporti con il Centro Trasfusionale si sono evoluti negli anni, passando da un periodo piuttosto burrascoso[56] a dinamiche più positive.
Abbiamo chiesto a Chiara Baggi, giovane donatrice che cura anche gli aspetti organizzativi della sezione, di farci un quadro della situazione attuale: nel territorio che fa capo alla sezione di Crema i donatori attivi sono oltre 1300, con un numero che tende a salire e un buon ricambio generazionale. Per promuovere l'adesione a questa forma di volontariato sono organizzati incontri nelle scuole superiori, iniziative di svago (castagnate, ciclopasseggiate), banchetti informativi e tornei sportivi: l'unico neo è costituito dalla scarsità dei soci disponibili per queste attività e per la gestione della segreteria. Abbiamo anche domandato a Chiara cosa l'ha spinta a scegliere di diventare avisina. La sua risposta suona come un invito ai coetanei:

> Io non mi sono mai posta il problema di non iscrivermi, nel senso che sono sana e non mi costa niente: perché non dovrei farlo? Così a 18 anni mi sono iscritta. Il sangue è una risorsa che non si può ancora fabbricare sinteticamente, quindi ci vogliono i volontari: a me sembrava un ottimo modo per dare una mano. A un ragazzo della mia età direi che si tratta di una cosa di un valore indescrivibile, perché doniamo una parte di noi per persone che ne hanno bisogno. Gli direi di non avere paura a provare, e di chiedere pure tutte le informazioni che desidera[57].

Centro di Aiuto alla Vita

Il Centro di Aiuto alla Vita esiste a Crema dal 1979 e fa parte di una rete nazionale di circa 350 altri centri dello stesso tipo. Lo scopo che si propone è "difendere il primo e fondamentale diritto, cioè quello di nascere, quindi la difesa della vita fin dal grembo materno[58]". A tale fine l'associazione offre sostegno morale e aiuti concreti alle donne che si trovano ad affrontare una gravidanza difficile o inattesa. I primi contatti con chi si trova in situazione di bisogno avvengono attraverso un numero telefonico attivo 24 ore: dopo questo ascolto iniziale la donna viene invitata ad un colloquio presso la sede del Centro in via Civerchi 7 o in ospedale, nel locale messo a disposizione dall'azienda dove le volontarie sono presenti ogni venerdì mattina. Sulle finalità di questo incontro ecco le parole della presidente Silvia Tagliaferri:

> Nel corso del colloquio – che di solito avviene alla presenza di due operatrici – cerchiamo di focalizzare quali sono i problemi e come risolverli. Quan-

56 Come ci ha riferito l'ex presidente Tacca, in passato ci sono stati scambi di accuse fra l'AVIS e il Centro in merito all'utilizzo del sangue.

57 Testimonianza di Chiara Baggi.

58 Testimonianza di Silvia Tagliaferri.

do occorre, siccome siamo in rete con i consultori privati e pubblici, con i centri di ascolto, con altre associazioni che operano nel sociale e coi servizi sociali, attiviamo un intervento di sostegno in collaborazione con questi soggetti. A questo punto l'accoglienza della mamma prevede la preparazione e la consegna del corredino, nonché l'assistenza medico-legale[59].

Alla nascita del bambino il Centro fornisce alimenti, pannolini, prodotti igienici e abbigliamento fino a un massimo di 12 mesi. Il momento della distribuzione è considerato molto importante, perché "non si vuole che sia una semplice consegna di prodotti materiali, ma un'occasione di vicinanza, conforto e verifica delle situazioni familiari: per tale motivo sono sempre le stesse operatrici che seguono le stesse mamme, così che da creare un rapporto che cresca nel tempo[60]".
In quarant'anni l'associazione ha aiutato circa 1300 bambini. Oggi l'utenza è per lo più straniera, e questo consente alle volontarie anche un prezioso scambio culturale, con il confronto dei reciproci usi e costumi.
Per venire incontro alle situazioni più drammatiche il Centro di Crema si è anche fatto promotore con il Movimento per la vita della realizzazione di una "Culla per la vita", definibile come la versione odierna della ruota degli esposti. Si trova presso le suore del Buon Pastore ed è una struttura moderna in cui si può lasciare il bambino in totale anonimato, ma anche in perfetta sicurezza: quando il bimbo viene deposto suona subito un allarme e l'intervento è immediato. Crediamo si tratti di un'iniziativa utile e importante.

Croce Rossa Italiana
È un'istituzione che siamo portati a considerare immutabile, perché i suoi mezzi di soccorso sono una presenza che accompagna tutti noi da sempre. Invece anche per la Croce Rossa nel tempo tante cose sono cambiate. La "memoria storica" della sezione di Crema è Vittorio Volgaretti, che ne è stato uno dei fondatori nel 1980, ed è stato lui a raccontarci dettagli di quei tempi "eroici":

Mi ricordo quando andavamo a fare il servizio durante le corse podistiche: prendevo la mia macchina, una 127 bianca, mettevo sul cofano la bandiera della Croce Rossa, e via con la cassetta di legno… Dopo abbiamo preso un furgone della FIAT che veniva adibito ad ambulanza. Sull'ambulanza caricavamo fino a 3 persone e noi eravamo in due, quindi uno solo dietro. Adesso ci sono tre persone dietro e un solo paziente![61].

Molti sono gli ambiti nei quali si articola oggi l'opera della Croce Rossa e che si collegano con l'Ospedale.
Del servizio 118 abbiamo già avuto occasione di parlare[62]. Rispetto al passato colpisce come adesso ogni fase del soccorso sia codificata e rigidamente regolamentata:

Ormai non si può più improvvisare niente. Una volta si arrivava, si metteva la persona infortunata sulla barella e la si portava in ospedale. Adesso una cosa del genere non può più esistere: quando si arriva sul luogo dell'evento ci sono delle procedure e delle manovre da fare, prima per immobilizzare la persona e poi per caricarla, e non si può avere più di un infortunato sull'ambulanza. Tutto questo viene fatto da un lato seguendo un protocollo che impariamo nei corsi e dall'altro in stretto contatto con una centrale operativa che ci guida nelle manovre[63].

Oltre all'Emergenza Urgenza le ambulanze della CRI curano l'attività di trasporto (per trasferimento da un ospedale all'altro, per ricovero o accesso alla struttura ospedaliera, per lo svolgimento di visite o terapie…). In tali casi cambia la composizione dell'equipaggio: non più quattro persone (autista, capo equipaggio e due volontari soccorritori), ma due. Permane inoltre l'assistenza agli eventi sportivi (non più con una bandiera sul cofano, ma con l'ambulanza!) e si è aggiunto il servizio di telesoccorso comunale, per il quale la risposta alle chiamate è delegata all'operatrice telefonica presente nella sede dell'associazione.
Una mole di lavoro che impegna molto i volontari (circa 140), fra i quali però ultimamente il ricambio generazionale sembra presentare delle diffi-

59 Ibidem
60 Testimonianza di Marisa Donatiello.
61 Testimonianza di Vittorio Volgaretti.
62 Vedi cap. 10.1.
63 Testimonianza di Luca Guerini.

Due volontari della Croce Verde di Crema

Lilt Crema organizza un concerto insieme alla Banda di Ombriano

coltà. Luca Guerini, che volontario lo è da molto tempo, ha cercato di dare una spiegazione al fenomeno:

> Al nostro volontariato i giovani rispondono sì e no: ce n'è qualcuno, ma oggi hanno molti altri interessi. Magari sono incuriositi, ma durano poco. Certo, oggi la preparazione è lunga: si pensi che il nostro corso è diviso in tre step, il primo insegna le cure di primo soccorso, il secondo è per il servizio trasporti e il terzo e più difficile riguarda l'emergenza. Arrivare a quest'ultimo vuol dire impegnarsi per un anno per parecchie sere alla settimana, e se i giovani fanno fatica, anche per chi giovane non lo è più e magari ha lasciato la scuola da un pezzo non è facile rimettersi a studiare…[64].

Non è facile, certo, ma una volta superata la fase del necessario apprendimento l'esperienza è di quelle "che ti restano dentro per sempre[65]". Sicuramente non fatichiamo a crederlo.

Croce Verde

La sezione cremasca della Croce Verde è nata nel 1986 dall'entusiasmo di un gruppo di volontari, e sullo stesso entusiasmo ha costruito il lavoro di questi trent'anni. Oggi i volontari sono un centinaio e prestano la loro opera nei medesimi ambiti in cui sono attivi i colleghi della Croce Rossa (ma entrambe le associazioni hanno tenuto a sottolineare che non esiste nessuna concorrenza o rivalità fra loro!): servizio di Emergenza Urgenza (118), trasporti ordinari da e verso le strutture ospedaliere, assistenza a gare e manifestazioni (per quest'ultima attività la sezione dispone anche di due biciclette attrezzate con borsa di soccorso che affiancano il lavoro delle ambulanze). Presso la sede della Croce Verde di Crema si trova inoltre la Guardia Medica, per lo svolgimento dei servizi di continuità assistenziale, che è attiva di notte e nei giorni festivi[66]. Assai simili fra le due Croci sono anche i problemi segnalati. Il direttore sanitario dottor Omar Alquati ha evidenziato quello della carenza di… giovani braccia:

> Mentre fino al 1998-2000 avevamo corsi che potevano arrivare a 80 – 100 persone iscritte, negli ultimi anni se arriviamo a 30 è tanto. Il cambiamento non è stato solo quantitativo, ma anche qualitativo, nel senso che i ragazzi di una volta rimanevano nell'associazione tanti anni, mentre oggi i giovani partecipano, ma forse non sono così motivati, per cui magari restano poco tempo. Anche l'affiatamento era diverso: un tempo si usciva insieme, si andava a cena, si facevano i gruppi… oggi è più difficile[67].

La fatica di reperire nuovi volontari accompagna un'attività che risulta essere sempre più gravosa soprattutto sul fronte degli adempimenti burocratici: il dottor Alquati ha osservato come spesso proprio il tempo sottratto dalle troppe scartoffie da riempire finisca per ostacolare la possibilità di fare gruppo e di "vivere" l'associazione come accadeva

64 Ibidem.
65 Ibidem,
66 La Croce Verde di Crema possiede anche un nucleo "storico" di volontari che si occupa di protezione civile e cura corsi di formazione esterna.
67 Testimonianza di Omar Alquati.

in passato.
Per ciò che concerne il servizio di 118 le difficoltà rilevate riguardano ancora le chiamate inutili, quelle cioè di quanti chiedono l'intervento dell'ambulanza per problemi tranquillamente risolvibili dal medico di base, quando non addirittura dalla farmacia, rischiando così di rendere i mezzi indisponibili per le vere emergenze. Secondo la volontaria Donatella Beccari potrebbe essere d'aiuto un'operazione culturale sulla cittadinanza:

> Secondo me bisognerebbe insegnare alla cittadinanza il valore della chiamata al 118, primo perché si impari a spiegare bene qual è il problema, così che quando arriviamo sappiamo cosa ci aspetta, secondo perché si apprenda quando è necessario chiamare un'ambulanza e quando invece sarebbe utile far ricorso al medico di base o alla guardia medica (è capitato che siamo stati chiamati per un ascesso, e d'inverno succede che chiedano il nostro intervento per una tosse o un raffreddore…)[68].

In forza della sua giovane età abbiamo chiesto a Donatella cosa direbbe ad un coetaneo per spingerlo ad accostarsi a questa forma di volontariato. La sua risposta è semplice e forte allo stesso tempo: "gli direi che non c'è niente di più bello del sentirsi dire grazie da una persona che hai aiutato[69]".

Lega Italiana per la Lotta ai Tumori
Sezioni di Crema e Rivolta d'Adda

Presso l'Ospedale Maggiore di Crema e il Santa Marta di Rivolta sono attive le sezioni locali della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, che svolgono per i cittadini un'importantissima e meritoria opera di prevenzione.
Per ciò che concerne la sezione di Crema (nata nei primi anni del 2000) il lavoro svolto ci è stato illustrato dal presidente dottor Andrea Cortesini:

> Abbiamo ambulatori che si trovano presso il Centro Oncologico e che sono di 4 tipi: uno senologico per la prevenzione del tumore alla mammella, uno dermatologico per la prevenzione del melanoma, uno urologico per la prevenzione del tumore alla prostata, e uno per i pap test per la prevenzione dei tumori della cervice uterina. Le visite senologiche hanno cadenza settimanale e sono intorno a 500 l'anno, ma credo che quest'anno sforeremo. Molte donne vengono ogni anno a farsi controllare. Il pap test è anch'esso settimanale, mentre l'ambulatorio dermatologico è aperto una volta al mese e quello urologico ogni quindici giorni (con un numero di visite più ridotto: gli uomini curano meno la prevenzione!). Lavoriamo moltissimo, con prenotazioni in costante crescita, quindi per la senologia e la dermatologia ci sono liste di attesa di qualche mese[70].

La Lega Tumori di Rivolta si è costituita nel 1985 e comprende nella sua attività ambulatori di senologia, dermatologia, ginecologia e pap test. Secondo i numeri fornitici dalle due responsabili Paola De Bernardi e Maria Luisa Giavardi solo per la prevenzione del tumore al seno in questi trent'anni le donne visitate sono state 13.200!
In entrambe le sedi quando i medici della LILT rilevano dei casi dubbi prescrivono direttamente alle donne la mammografia o l'ecografia, che vengono effettuate presso le rispettive Radiologie. Allo stesso modo tutte e due le sezioni sono "ospiti" dall'Azienda Ospedaliera, a cui devono corrispondere somme per il noleggio degli ambulatori ed i ticket per esami strumentali e visite. Il notevole impegno finanziario che ciò comporta rappresenta un problema non da poco, sottolineato nel corso delle interviste:

> Nonostante il grande contributo del lavoro volontario, essendo ospiti paganti dell'ASL le spese da sostenere sono consistenti. Certo, abbiamo chi ci aiuta (comuni, banche, aziende, privati cittadini), ma non è facile. Forse l'azienda ospedaliera dovrebbe chiederci meno soldi…[71].

> L'anno scorso abbiamo pagato 18.000 euro di fatture all'ospedale. Per fortuna ne abbiamo raccolti di più, ma quest'anno le cose vanno meno bene. In passato non pagavamo i ticket: come ringraziamento per l'ospitalità compravamo delle attrezzature per l'ospedale. Prima avevamo anche tanti sponsor, e le persone facevano molte offerte, ma adesso le cose sono un po' cambiate… È vero che in caso di

68 Testimonianza di Donatella Beccari.
69 Ibidem.
70 Testimonianza di Andrea Cortesini.
71 Testimonianza di Paola De Bernardi.

necessità interviene la sede di Cremona[72], ma noi preferiamo saldare i nostri debiti da soli…[73].

Che dire, noi proviamo a lanciare il sasso, vediamo se qualcuno risponde…

Grazie a tutte le associazioni per la loro preziosa collaborazione

72 Sia la sezione di Crema che quella di Rivolta sono una struttura territoriale della sezione provinciale di Cremona.

73 Testimonianza di Francesca Bonati, vicepresidente della sezione di Crema.

CONCLUSIONE… CON I PAZIENTI

L'approssimarsi della fine di questo viaggio ci fa sorgere un timore: quello di avere troppo trascurato una componente importantissima dei suoi protagonisti, cioè LORO, i pazienti. Certo, l'ideale sarebbe stato estendere il campo delle testimonianze a quanti ogni giorno, da cinquant'anni, usufruiscono delle strutture, dei servizi e delle professionalità presenti all'ospedale di Crema. Purtroppo però fornire un quadro esauriente e sufficientemente completo di questo aspetto sarebbe stato un compito superiore alle nostre forze. Per tale motivo, e a malincuore, dobbiamo limitarci a raccogliere qualche opinione qua e là, senza alcuna pretesa di completezza.
Le prime persone a cui ci è abbiamo voluto chiedere un giudizio sono… i medici, per le volte in cui è capitato loro di stare dall'altra parte della barricata, nell'inedito ruolo di pazienti. Un'esperienza che per qualcuno ha significato comprendere molte cose:

> Mi è successo di stare dall'altra parte come paziente. È stata una brutta esperienza. Una mattina di quest'anno sento il cuore sfarfallare, avevo un'aritmia cardiaca. Siccome ho anche una formazione cardiologica ho capito che avevo una fibrillazione atriale, una malattia che un tempo non si teneva tanto in considerazione, ma che oggi si cerca se possibile di eliminare, perché può portare dei problemi. Così vado in ospedale. Lì ero piuttosto conosciuto anche se molte persone sono cambiate, e devo dire che sono stato trattato bene, sia dal punto di vista umano che da quello professionale. Però andare in Pronto Soccorso è una brutta cosa: forse chi ci lavora non lo capisce, perché la persona che arriva viene considerata più un problema medico che una persona. Ma star lì sapendo di essere malato, chissà come andrà a finire, perché non arrivano mai, perché quel medico parla con l'altro paziente e non con me… L'ansia fa stare male…[1].

> Mi è capitato in più di un'occasione, e la cosa mi ha insegnato moltissimo soprattutto dal punto di vista umano. Prima di tutto sul rapporto fra il paziente e il famigliare, che molto spesso l'ospedale non capisce e che invece deve essere mantenuto e coltivato, perché rappresenta un fattore importante per il sollievo psicologico del malato. Seconda cosa, ho capito quanto è buona la sanità italiana rispetto a quella di altri paesi. Negli USA ho registrato una grandissima capacità dei medici di Pronto Soccorso, mentre il reparto non è gestito da medici altrettanto competenti. Il fattore economico è poi predominante: prima di tutto ti chiedono l'assicurazione o la carta di credito… cosa che per me è incivile[2].

E gli altri pazienti? Come giudicano la loro esperienza con l'ospedale? Nell'archivio del Maggiore sono disponibili molte lettere e mail di malati che ringraziano per le cure ricevute:

> Ho solo 30 anni e da 15 convivo con il mio cheratocono bilaterale. Conosco tutto di questa malattia degenerativa del tessuto corneale, mi sono documentata ovunque rispetto a come conviverci, ma

1 Testimonianza di Sergio Maddeo.
2 Testimonianza di Alessandro Zambelli.

consapevole che presto mi sarei dovuta sottoporre al famoso trapianto di cornea (…). Dopo un esaustivo colloquio col dottor Bazzigaluppi decido che Crema sarà il mio centro di riferimento. Non sbagliavo: professionalità, fermezza, carisma, disponibilità, pazienza e cortesia sono gli elementi fondamentali che hanno caratterizzato la mia esperienza presso il reparto di Oculistica dell'Ospedale Maggiore di Crema. Il mio trapianto è perfettamente riuscito! (R. L.)

Carissimi, papà se ne è andato lunedì circondato da tutto l'amore che ci è stato possibile infondergli. Per questo grazie per aver contribuito con il vostro affetto, la vostra professionalità, la vostra capacità encomiabile di assistere coloro che se ne vanno. Grazie per le vostre parole di conforto, di speranza, grazie per il sostegno quando il dolore esonda, per la partecipazione, l'interessamento e l'ascolto. (C. P.)

Mi permetto di scrivere questa breve lettera di ringraziamento. Ho vissuto più di 30 anni col problema della tachicardia (…). Quando mi sono sposato ed è nata mia figlia ho capito che era arrivato il momento di affrontare la vita e smettere di scappare… Caro dottor Landolina, un semplice grazie per quello che ha fatto per me non è sufficiente, perché è come se mi avesse donato una seconda vita… (T. G.)

Simpaticissima e spontanea come solo i bambini sanno essere è la cronaca del ricovero fatta da una piccola paziente:

Sono stata operata alla pendice. Il dottore mi ha detto che dovevo stare a dieta e che per togliermi la pendice mi gonfiava la pancia. Quando mi sono svegliata piangevo dal male; il dottore che mi ha operato mi ha detto di fare tante scoregge. Io mi vergognavo un po'. Quando la mia pancia ha iniziato a brontolare me ne è scappata una, dopo me ne sono scappate tante. Alcune sono ninja che ti attaccano senza neanche accorgerti; poi quelle soft che sono quelle che sembrano uno sbuffo e poi ci sono quelle mitragliatrici che fanno drdrdrrrrrr puf !!!!!!!! Dopo che ho fatto tante scoregge stavo bene e non ho mai fatto odore perché il nonno mi dice che mangio saponette.
Non pensavo che le scoregge erano così importanti.
P.S. Intanto che scrivevo il tema ho fatto una scoreggia !

La brevissima indagine che abbiamo condotto direttamente ci ha poi portato a incontrare altre storie. Così abbiamo conosciuto la signora Simona Cisarri, al suo terzo parto all'Ostetricia di Crema, che ha dato un giudizio molto positivo sulla qualità del servizio (riscontrando un ulteriore miglioramento con la recente ristrutturazione) e si è soffermata sul ruolo che l'ospedale riconosce alla figura dell'ostetrica:

Le ostetriche sono le figure più importanti: ti stanno a fianco per tutto il parto (da quando sono entrata in sala travaglio a quando ho partorito lei non si è mai spostata) e il rapporto che si crea con loro è fondamentale: devono sopportarti e supportarti e devo dire che con tutte tre quelle che ho incontrato nei miei parti si è creato un ottimo feeling…[3].

Molto arricchente per noi è stato l'incontro con alcuni pazienti del Centro Psico Sociale, che hanno sottolineato vari aspetti del loro vissuto:

Nel 1997 sono stata ricoverata qui. Poi sono stata inserita nelle case popolari e ho cominciato a fare le cose da sola. All'inizio quando sono arrivata ero spaesata… Adesso il rapporto con gli operatori è bellissimo. Anche quello con lo psichiatra va molto bene, mi capisce e mi ascolta. Sono stata inserita nel gruppo teatro: all'inizio avevo una paura tremenda a recitare sul palco, poi ho acquistato una certa dimestichezza[4].

Sono qui dal 2016 e sono stato accolto bene sia al centro diurno che durante la degenza che è durata 4 mesi. Sono stato inserito dai miei referenti in tante attività strutturate, alcune delle quali stanno procedendo molto bene, come il baskin (un'attività sportiva simile al basket a cui partecipano sia persone normodotate che persone con disabilità). Grazie ai miei referenti ho ripreso gli studi (frequento la facoltà di Storia alla Statale di Milano) e ho intrapreso un percorso di miglioramento psicofisico. Per me è bello anche il fatto che qui ci si può confrontare fra persone di età diverse: al centro

3 Testimonianza di Simona Cisarri.
4 Testimonianza di Monica G.

diurno all'inizio ero un po' spaesato perché non ho trovato coetanei, ma poi sono riuscito a stabilire un legame di amicizia e di affetto[5].

La mia referente, Monica, è un persona molto gentile e comprensiva, che se hai bisogno ti aiuta. Nei momenti difficili parlo con lei e lei riesce a tranquillizzarmi. Faccio anch'io delle attività, sono inserita nel gruppo donne con cui facciamo dei lavoretti (adesso ad esempio stiamo preparando dei vasetti) che poi vendiamo in una bancarella che facciamo all'ospedale. Sono inserita anche nell'attività del cinema (ci vado tutti i mercoledì) e dal lunedì al giovedì frequento il centro diurno. Spero di continuare così e di ritornare la persona che ero[6].

Sono stata inserita dalla mia dottoressa perché stavo attraversando un periodo un po' brutto in cui stavo chiudendomi in me stessa. Qui trovo persone molto gentili che mi capiscono e soprattutto mi sanno ascoltare. Sento di avere trovato un equilibrio personale. Al venerdì abbiamo la bottega della creatività, un percorso di arte terapia in cui impariamo ad usare le varie tecniche di colore e facciamo delle creazioni a cui diamo un nome che dobbiamo spiegare. È un'attività che a me serve molto per tirare fuori l'ansia[7].

I miei volevano mandarmi dai privati, ma loro non avevano le strutture adatte ad aiutarmi. Qui invece ho tante attività, come il gruppo teatro e il baskin. All'inizio il teatro era solo terapia, poi l'esperienza si è evoluta, sono entrate nuove persone e adesso è necessario uno sforzo di memoria e anche di regolarità nella presenza, perché se devi preparare uno spettacolo ci devi essere sempre. La struttura pubblica ti dà tutte queste possibilità. Sento che mi stanno aiutando soprattutto ad imparare ad appoggiarmi su me stessa e non sugli altri, ad essere più autonoma, e questo è importante[8].

Antonia Bertolotti e Giovanna Vailati ci hanno invece parlato della loro esperienza al Centro Diabetici, evidenziando come il servizio sia molto migliorato con la nuova organizzazione:

Prima era una giornata campale, bisognava arrivare al mattino prestissimo e si stava in coda fino all'una o le due. Adesso è tutto molto più veloce e c'è più efficienza: non bisogna più aspettare, perché si ha l'ora fissata dell'appuntamento. Quando si arriva per la visita si fa una prima tappa nell'ambulatorio infermieristico dove controllano peso e pressione e preparano tutto il materiale che serve quando si entra dalla dottoressa (qualche giorno prima abbiamo fatto gli esami) che valuta la situazione e decide se va corretta la terapia. Dopo di che si va dall'impiegata che ci fa l'impegnativa per l'appuntamento successivo e anche per gli esami, così quando si esce si ha tutto pronto[9].

Ci è parso giusto e importante incontrare anche qualche utente che deve confrontarsi con patologie croniche, per avere riscontro rispetto alle criticità che nell'assistenza a questi malati il nostro viaggio ha non di rado fatto emergere. Il signor Alfonso Nichetti, che è seguito dal Centro Sclerosi Multipla, ha dato un giudizio positivo dell'offerta, ponendo l'accento anche sulla bontà del ruolo di coordinamento che il Centro svolge fra i vari professionisti chiamati a curare le problematiche connesse alla malattia, ma non ha mancato di evidenziare l'insufficienza di alcune prestazioni garantite dal Servizio Sanitario:

Il problema più grosso riguarda la fisiatria. Mi vengono infatti fornite solo 20 sedute all'anno di ginnastica (solo se si peggiora si riesce ad averne di più), le altre bisogna farle a pagamento. E per quelli come me che riescono ancora a fare qualche passo la fisioterapia è importante, perché permette di attivare dei muscoli che da soli non riusciamo a muovere. Con l'AISM riusciamo a fare dei corsi di ginnastica, ma non sono dei corsi specifici, e i pazienti più gravi come me o peggio di me faticano a seguirli[10].

Un discorso non dissimile è quello fatto da Rosa Nichetti in qualità di parente di due malati di Alzheimer. Scarsità di risorse e ostacoli burocratici impediscono a questi pazienti di avere assicurati servizi domiciliari adeguati e continuativi:

5 Testimonianza di Simone.
6 Testimonianza di Monica S.
7 Testimonianza di Valentina.
8 Testimonianza di Giuseppina.
9 Testimonianza di Giovanna Vailati.
10 Testimonianza di Alfonso Nichetti.

> È come se avendo fatto tot terapie non ci fosse più bisogno fino a che la persona peggiora. Invece investire sulla disabilità vuol dire agire per prevenire il peggioramento… E chi non può permettersi i servizi a pagamento? E per fortuna ancora che ci sono le associazioni di volontariato… Queste persone avrebbero bisogno di più supporti: i coniugi dei malati quasi sempre sono anziani anche loro, e anche se ci sono dei figli questi non possono essere onnipresenti, bisognerebbe che le istituzioni lo capissero… Fra l'altro se una famiglia sceglie di tenersi il malato a casa questa è una decisione che andrebbe supportata![11].

Le parole della signora Nichetti aprono a molte riflessioni importanti sui nuovi bisogni di salute e sulle risposte che la sanità del futuro dovrà essere in grado di garantire per svolgere degnamente il suo ruolo.
Purtroppo però il nostro viaggio deve concludersi: lasciamo a chi dopo di noi vorrà intraprenderne un altro ugualmente appassionante indagare in modo approfondito su questi aspetti. Noi ci fermiamo qui.

11 Testimonianza di Rosa Nichetti.

INDICE DEI NOMI

A

Ablondi Luigi 7-10, 8-10, 41-74, 143-152, 146-152, 147-152, 245-256, 246-256, 247-256, 252-256
Acerbi Enzo 23
Agarossi Mauro 99, 100
Agello Francesco 37, 190
Agosti Alberto 85, 86, 87, 88
Agricola Pietro Maria 51
Aiolfi Stefano 72, 209, 210, 211, 213
Alicante Saverio 110
Alquati Omar 292
Amari Giuseppe 261
Ambroset Sonia 235, 236
Ancorotti Giuseppe 33
Arpini Maria Teresa 54
Arsola L. 206
Arzini Aldo 55, 56, 57
Avaldi Guido 144, 245, 247

B

Bacchi Massimo 65
Badaoui Sabrina 288
Badocchi Silvia 167, 168, 169, 170
Baggi Chiara 290
Barbaglio Vito 233, 238
Barbieri Antonella 199
Barbieri Lina 47
Barbieri Paola 151
Barboni Luca Moreno 181
Baresi Alessandro 90, 91, 92, 122
Basaglia Franco 58, 153, 157, 159
Bassi Roberto 80
Baudino Gianni 130
Bazzigaluppi 296
Beccari Donatella 293
Beghi G. 213
Bellavita Ziliolo 13
Bellotti Arrido 143, 248
Benelli Celestina 35, 124
Benelli Francesco 23
Benelli Rosa 218, 221
Bergamaschi Leonardo 54, 56
Bertazzoni Mario 267
Berticelli Pierangelo 54
Bertolotti Antonia 297
Bettinelli Silvio 144, 241, 243, 248
Bettini Mario 92
Bianchetti Gianna 285
Bianchi Fulgenzia 98, 99, 100
Bissa Angela 267
Bissa Teresina 266, 267
Blotta Pasquale 95, 97, 100, 115
Bobbio Pallavicini Enrico 40, 118
Bombelli Donata 110
Bona Anna Maria 44, 69, 143, 144, 243
Bonaldi Stefania 9, 247, 248, 249, 251, 252
Bonardi R. 195
Bonati Francesca 294
Bonelli A. 94
Bonetti Cristina 204
Bongioli Rossana 198
Bonizzoni Bianca 33
Bonizzoni Giovanni 33
Boriani Augusto 18, 94, 97
Bosco Gabriella 47
Boselli 260, 261
Bozzetti Elio 69, 127, 196
Braga Arturo 28
Brambilla Gian Franco 110
Brambini Paola 123, 283, 284
Branio Rina 207
Brown Paolo 76, 81, 84, 180, 243, 244
Brumat Giorgio 278
Brunenghi Giuseppina 9, 269, 270, 273
Bruni Ezio 268, 269
Brusaferri Alessandra 153, 154
Buscarini Elisabetta 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112

C

Cabrini Giacomo 22, 25
Cacucci Michele 51
Cagnana A. 58
Calvi Eugenio 10, 258, 260, 261, 264
Cambiaghi Placido Maria 30, 31
Campari Pier Franco 34, 195, 196, 197, 200, 201, 261
Campi Luciella 228, 230
Cancelleri Emilia 204
Candela 79
Canetta Ciro 41, 43, 249
Canger Giulio 9, 14, 15, 16, 18, 22, 31, 32, 34, 75, 76, 79, 102, 103, 113, 141, 166, 167
Canidio Emilio 135, 136, 137, 138, 139, 140, 249
Canidio Luigi 239
Cannatelli Giuseppe 202, 204
Cantoni Federico 170
Capisi Gaetano 181
Capoferri Giuseppe 54, 196, 237, 238, 239, 257
Caputo Anna 286
Carbi Silvia 207
Carbone Marilena 124
Cardisperi Massimo 181
Carioni Monica 162, 164
Carlino Antonia 125, 126, 129, 239
Carniti Daniela 165
Casareale Ferdinando 143, 207
Castagna Marco 163
Catelli Pietro 36, 45, 46
Cattaneo Archimede 30, 31
Cattaneo Franco 14, 18, 22
Cederna Camilla 167
Celli Leopoldo 101, 102
Ceravolo Claduio 75, 76, 77, 79, 81, 113, 114, 115, 116, 244
Ceriolo Carnevale 13
Cerizza Giorgio 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 262
Cheli Rodolfo 105, 106
Chiaro Andrea 110
Chiodo Maria Elena 172, 174, 175
Ciaramella Gianni 85, 86
Cirillo Emilio 183, 184, 191, 193
Cirtoli Angelo 263, 264
Cisarri Simona 296
Ciulla Mario 18, 152
Cogrossi Secondo 162, 164
Colavecchio Antonino 202, 204
Collins Eirene 165
Colombo Franco 76, 77, 78, 79, 102,

115, 135, 180, 277
Colombo Pier Sandro 210, 211
Comassi Paolo 190
Cominetti Adele Emilia 267
Conti 267
Conz Franco 46, 49, 240
Corradi B. 68
Corradi Teresita 163
Cortesi Emanuele 244
Cortesini Andrea 76, 293
Cosentino Felice 101
Cremascoli Elia 261
Cremascoli Luciano 286, 287
Crivelli Antonio 33
Cruini Olimpo 127

D

da Vairano Giovanni 13
da Vimercati Pietro 13
De Angeli A. 206
De Angeli Patrizia 163
De Bernardi Paola 293
De Bernardis Marcello 204
de Brexana Pasino 13
De Cenzo S. 90
Dedé Daniela 163
Defendi Sergio 83, 225, 228, 229, 231, 234
De Grazia Federico 110
De Oxio Giacomo 13
De Pergamo Righino 13
Depetri Giorgio Carlo 65-67, 68
Derelli Ermanna 245, 247
De Robate Lantelmo 13
De Roberga Guglielmo 13
De Vairano Rainaldo 13
Devoto Fuleh 33
Diacco Tommaso 215
Doldi Francesca 47
Domenichini Ermanno 187, 238
Donarini Luigi 196
Donatiello Marisa 291
Donzelli Walter 36, 64, 152, 196, 238, 239
Dossena Agostino 184, 187, 188, 193
Dossena Ugo 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 76
Draco Lantelmo Gio. 13
Dragoni Maria 279
Duse Silvio 20

E

Eichhorst Hermann Ludwig 204, 206

F

Facchetti Ernesta 260
Farina Augusto 54
Fayer Filiberto 122
Febo Oreste Carlo 214, 215, 217
Feltrinelli Giacomo 33
Ferrari Giacomina 188
Ferrari Gianfranco 181
Ferrari Sandra 283
Fiori Pietro 9, 270
Firetto Silvia 87
Firmi Giuseppe 23
Foglia Pietro 23
Foppa Pedretti Alessandra 168, 169, 170
Formigoni Roberto 48, 49
Fornaroli Loretta 47
Freri Claudio 92, 93
Frignani Luciana 187
Fusar Bassini Donatella 214, 217
Fusar Imperatore Giorgio 180, 181, 183, 184, 278

G

Gaiti Luigi 44, 77, 243
Gallina Gabriele 10, 273
Gallini Raffaella 165, 166
Gamba Giacomo 172, 260, 261, 262, 263, 264
Gambini Maria Luisa 176, 178
Gandola Luciano 18, 69, 70, 71, 73, 114, 115, 116
Gandolfi Silvia 107, 199
Garota Lucilla 223, 224, 226, 232, 234, 235, 236
Gatti Anna 110
Gelera Michelangelo 28
Ghilardi Riccardo 151, 196
Giavardi Maria Luisa 293
Gioia Roberta 72
Gipponi Francesca 44, 137, 142, 144, 232
Giroletti Alfredo 188
Giussani Ermete 15
Giusti Bruna 65
Grassi Maurizio 116, 117, 118, 119, 120, 121, 124
Grassini Angelo 204, 206, 207, 208
Griffanti Paola 110
Griffini Sara 148, 150
Groppelli Caterina 212, 218, 219, 220
Guadagnini Tiziana 35, 108, 109, 110, 134, 135, 137
Guarneri Daniele 142, 184, 185, 186
Guercilena Gianfranco 289
Guerini Alberto 233, 234, 235, 236
Guerini Luca 187, 291, 292
Guerini Mario 62, 63, 64
Guerini Roberto 100
Guerrini Rocco Grazia Eugenia 93, 94

H

Hirschowitz Basil 101, 102
Huibregtse 106

I

Iacchetti Davide 156, 157, 159, 160, 161, 163, 164
Inama Giuseppe 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 243
Iori Mario 54, 114, 195, 196

L

Lacchini Maria Cristina 170
La Mantia Laura 110
Landolina Maurizio 49, 50, 51, 53, 296
La Piana Giuseppe 211, 213, 214
Lazzari Fausto 175
Legrenzi Rosa 253
Le Grottaglie Bruno 92
Leidi Gian Lorenzo 90
Lesca Mario 18, 202
Lini Sergio 13, 14, 153
Locatelli Lorenzo 275
Locatelli Maria 72
Londoni Claudio 110
Lorenzetti Alba 77, 113, 114, 122
Lucchi Maria Grazia 204
Lupi 267
Lupinacci Guido 110

M

Maccagni Michela 85, 144
Madaro Maurizio 207
Maddeo Sergio 19, 35, 39, 40, 41, 295
Madeo Angelo 277, 278
Maestri Francesco 282
Maffini Claudio 162, 163, 164, 165
Magnani TIto 19, 21, 22, 83, 84, 125
Maltagliati Diego 204, 207
Mametti Giuseppe 143
Mancastroppa Anna Maria 121, 196, 197, 200
Manclossi Cecilia 15
Mandulo Marchino 13
Manenti Bruno 33, 36, 37, 45, 92, 190, 199
Manfredi Guido 110
Mantoan Claudia 181
Marazzi Ortensia 139, 277
Marcarini Luigi 94
Mariani Eugenio 273, 274
Mariani Sara 229, 230, 231
Marino Carolina 213
Maroni Roberto 252
Martinelli Pietro 207
Martinenghi Daniela 167, 168, 281, 282
Martinenghi Giulia 148, 150
Martinotti Alberto 18, 32, 54, 55, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 103, 105, 106, 114, 126, 180, 197
Marziani Marziano 15, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 37
Mascheroni Loredana 130, 131
Masotti Fiorella 151
Mauri Fabrizio 253, 254
Mazza Angelo 266
Medagliani 267
Meleri Abramo 154
Melzi Bruno 270
Mencatelli Gloria 247, 249
Menozzi Fernanda 110
Merli Guido 190, 191, 193, 235
Merlini Claudio 156, 161, 162, 164, 165
Mezzanotte Caterina 246
Milani Laura 147, 148, 150

Mileti Maurizio 18, 65
Mineri Umberto 289
Mirelli Enrico 101
Mirelli Marina 289
Mirò Armengol 106
Monastra Valentina 162
Mondonico Emiliano 170, 171, 175, 176
Montanelli Alessandro 204
Monti Marco 82, 146
Mor Carlo 261
Morentano Giacomo 13

N

Nichetti Alfonso 297
Nichetti Rosa 297, 298

O

Oprandi Maria Luisa 274
Orsi Luciano 191, 192, 225, 226, 227, 231, 232, 233, 234, 235, 236

P

Pagliari Virgilio 25
Paltrinieri Stramezzi Elisa 33
Papa Bruno 98, 99, 103
Parati Nestore 69
Parati Rita Maria 15, 17, 34, 36, 38, 141, 145
Paravisi Angelo 49
Passeri Francesco 60
Passeri Maria Grazia 60, 139
Passerini S. 94
Patelli Laura 280
Patrini Gabriele 71
Patruno V. 213
Pavaro Pavarolo 13
Pedretti Francesco 273
Pedrini Attilia 185, 200
Pedrini Giovanni 163
Pellegrini Adina 278
Pellegrini Maddalena 47
Pellegrini Zefferino 47
Perego Sergio 88, 90
Pergola Loreta 202, 203, 204
Perotti Franco 18, 195
Perotti Vittorio 186, 187
Piazzi Giuseppe 15
Piccioni P. 180
Piloni Susanna 120
Pisano Graziano 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 103, 105, 106
Polenghi Michele 37
Polig Maria Luise 247, 248
Pozzoli Pietro 13
Prelle Alessandro 60, 61, 62
Premi Nadia 253
Prete Antonio 169, 171
Privitera Alfio 39, 226, 228, 231, 236, 278

R

Radici Annalisa 283
Reduzzi Luigi 195, 197
Restelli Eligio 33
Riboldi 269
Riccardi Tommaso 58, 59, 60, 61, 243
Riva Antonio 54, 145
Robbiani Amilcare 10, 65, 267, 268, 269
Romualda suor 267
Ronzani Alberto 28
Rosani Erica 163
Rossetti Emilio 78, 79, 195, 196, 201, 202
Rossi Ermete 272
Rossi Monica E. 69
Rossini Gianluigi 204
Roveda Carolina 162, 164

S

Sacchelli Cristina 270, 272
Sangalli Agostina 47
Saracino 267
Savazza Roberto 247
Savoldelli Manuela 115
Savoldi Luciano 275
Sbernini Rosolino 114, 126, 127, 129, 196
Scaravaggi Vincenzo 54, 81
Scartabellati Alessandro 72, 73, 74
Schiavini Emanuela 212, 220
Secondo Concetta 47, 110
Serra Ugo 17, 18, 19, 134, 135
Severgnini Silvia 4, 138, 254, 255, 283
Sfogliarini Roberto 244, 246
Siliprandi Vincenzo 130, 131, 132
Sinagoga Franco 151, 152, 277, 278
Soccini Fulvio 44, 46, 69, 70, 126, 196
Soldati Eugenio 23, 27
Soldati Fredo 152
Sonzogni Francesca 18
Spinazzola Angelo 57, 58, 59
Spinelli Pasquale 103
Staudacher Vittorio 76, 77, 115
Strepparola Flora 212, 219, 258, 260, 264

T

Tacca Mario 289, 290
Tagliaferri Silvia 290
Tango Adriano 85, 86, 87, 88, 243
Tansini Giancarlo 69, 70
Tarquinio Marco 232
Taverna Francesco 76
Terni De Gregorj Francesco 31
Terni de Gregorj Ginevra 165
Terni Marinella 167
Torresani Giuseppe 36
Torriani Guido 37, 38, 226
Tosetti Gaetano 17, 199, 241
Trabattoni Sergio 269
Tresoldi Libero 196
Trogu Paola Maria 169
Troiano Carmine 192, 278
Turta Alberto Codeluccio 13

U

Uberti Paola 285

V

Vaghi Massimo 55
Vailati Giovanna 297
Vailati Maria Luisa 47
Valcarenghi Giovanni Antonio 267
Vei Luisa 207
Venturini Andrea 281, 282
Venturini Rossella 198
Vercesi Giorgio 58
Vernaschi Vincenzo 23
Vezzini Rinaldo 267
Viganò Giovanni 184, 186
Visentini Egidio 88
Viti Massimiliano 208
Volgaretti Vittorio 291
Volpi R. 206

W

Williamson Robert 208

Z

Zagheni Roberto 287
Zambelli Alessandro 18, 78, 79, 80, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 295
Zanini Annalisa 273, 274, 275
Zavatteri Gianna 18, 35, 45, 46, 50, 78, 215
Zelioli Lanzini Ennio 31, 32, 34

RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza la partecipazione, l'aiuto e l'affiancamento di tante persone che con passione e generosità hanno creduto in questa difficile ed entusiasmante avventura.
Senz'altro niente avremmo potuto fare senza Felice Lopopolo del Centro Galmozzi, grazie alla cui organizzazione paziente, meticolosa e puntuale abbiamo potuto compiere l'impresa di ascoltare oltre centosettanta testimoni. Altrettanto grande per professionalità ed entusiasmo è stato il contributo dei due giovani operatori dello stesso Centro Galmozzi che hanno filmato i racconti degli intervistati, Davide Severgnini e Francesco Bianchessi oltre a Daniele Grosso, Ottavio Bolzoni, Lorenzo Basso Ricci, Carlo Alberto Madoglio. Vogliamo ricordare Luciano Gandola, Paolo Valdameri, Anna Maria Bona, Vittorio Dornetti e Laura Milani che a vario titolo hanno contribuito a programmare e realizzare le interviste.
Ringraziamo il direttore generale Luigi Ablondi, il direttore sanitario Ermanna Derelli e tutta la Direzione dell'ASST di Crema per la pazienza con cui hanno supportato (e sopportato!) le nostre frequenti incursioni nella vita quotidiana dell'ospedale, e quanti ci hanno aiutato nell'individuare e contattare i testimoni da intervistare, in particolare Simona Gotti, Gaetano Tosetti, Franco Sinagoga, Anna Maria Piantelli e Celestina Benelli.
La nostra riconoscenza va anche a chi ci ha fornito contatti e documenti utili per la ricostruzione della storia dei presidi di Rivolta d'Adda, Castelleone e Soncino: grazie quindi a Giuseppe Strepparola, Andrea Pasquini, Maria Teresa Bandirali, Ezio Bruni, Annalisa Zanini, al personale degli archivi comunali di Crema e Castelleone e a Anna Manai responsabile dell'archivio aziendale. Per la ricchissima dotazione fotografica vogliamo invece ringraziare Fiorella Masotti, Paola Barbieri, Riccardo Ghilardi, Eugenio Vailati che hanno "spulciato" per noi i vecchi album dell'ospedale e la famiglia Canger.
Hanno splendidamente raccontato con le loro immagini la realtà ospedaliera di oggi: Luigi Aloisi, Renato Barbàra, Marino Canova, Marco Castagna, Gianluca Degli Innocenti, Annalisa Ferrari, Marco Mariani, Mario Marzi, Pietro Mognetti, Franco Raffin, Fabiano Venturelli del Fotoclub Ombriano-Crema.
La narrazione della storia del presidio ospedaliero si è avvalsa anche dell'indispensabile contributo degli articoli di stampa: per questo siamo grati a Paolo Gualandris e alla proprietà de La Provincia per averci messo a totale disposizione l'archivio storico del loro giornale. Prezioso in questa occasione il contributo di supervisione del testo a cura di Chico Coti Zelati e Piero Carelli.
Il nostro grazie più grande va però ai tantissimi che con un racconto orale, o fornendoci testimonianze scritte, hanno condiviso con noi i loro ricordi e le loro emozioni.

Con il patrocinio di

Con il patrocinio e il contributo di

Comune di Crema

Comune di Castelleone

Comune di Rivolta d'Adda

Comune di Soncino

e dei Comuni di Agnadello, Bagnolo Cremasco, Capergnanica, Capralba, Casaletto Ceredano, Cremosano, Dovera, Fiesco, Izano, Madignano, Montodine, Moscazzano, Offanengo, Pandino, Pianengo, Ripalta Arpina, Ripalta Cremasca, Romanengo, Salvirola, Sergnano, Spino d'Adda, Vaiano Cremasco

Con il sostegno di

Provana Angelo S.A.S di Provana Luciano E C. **Famiglia Canger**