

**La Consulta chiede che il primo cittadino, il sindaco Luigi De Magistris, nei limiti della sua funzione, ponga all'attenzione delle autorità preposte, ASL Napoli 1, Aziende Ospedaliere di Rilievo Nazionale e Aziende Ospedaliere Universitarie, Regione Campania una serie di problematiche della Salute rilevate sul territorio cittadino e che tale interlocuzione avvenga in un incontro pubblico, in una sede cittadina con la partecipazione della popolazione e della stampa.**

In particolare la Consulta mette in rilievo la sottrazione cospicua di posti letto nell'area urbana (circa 400 pl nel lasso di tempo di un decennio) e con essi di una serie di importanti funzioni legate all'ospitalità.

In successione sono stati chiusi 4 ospedali del centro Storico, tutti con una tradizione plurisecolare: l'Ospedale Annunziata che rappresentava il polo materno-infantile, l'Ospedale Ascalesi, l'Ospedale San Gennaro e l'Ospedale degli Incurabili, antichissime istituzioni sanitarie che comunque, in continuità con la loro tradizione, avevano coltivato delle specialità di grande valore assistenziale con uno sforzo di aggiornamento e innovazione notevoli. Omettiamo dal computo i presidi ospedalieri già declassati da epoche ancora precedenti a funzioni diverse (Elena D'Aosta, Loreto Crispi, etc...)

Rimangono fortemente ridimensionati ed in condizioni di precario equilibrio i presidi dei Pellegrini nella Pignasecca, del Loreto Mare, nel centro storico, il San Giovanni Bosco e San Paolo, in periferia. Il CTO, dopo la sua chiusura e l'acquisizione nell'Azienda dei Colli, ha riacquisito alcune limitate funzioni relative all'Urgenza ma con una dimensione incerta che è ben lungi dalla richiesta territoriale e dal pregresso ruolo di Centro Traumatologico cittadino.

Si potrà obiettare che la città di Napoli presentava una pleora di posti letto ospedalieri che non era giustificata dalle esigenze della popolazione e che *erano pronti dei piani per sostituire le strutture ospedaliere con una rete territoriale di servizi adeguati*. Tuttavia *il passaggio dalla sovrabbondanza alla penuria ha lasciato il posto al vuoto desolante dei territori e quindi la mancanza totale di alcune funzioni pone dei problemi e richiede delle soluzioni*.

I problemi evidenti a tutti sono l'esplosione delle barelle nei pochi Pronto Soccorso accessibili (Cardarelli, Ospedale del Mare, San Giovanni Bosco, San Paolo), un malessere diffuso della popolazione che è costretta a ricorrere alle cure in presidi spesso difficili da raggiungere, una sostanziale cattiva assistenza verso migliaia di utenti con esigenze diverse, molte delle quali mal direzionate.

Era stato detto a più riprese che il vuoto creato dalla sottrazione di posti letto cittadini sarebbe stato compensato e sostituito in maniera più appropriata da una rete d'assistenza territoriale più efficiente e rispondente ai migliori criteri di

medicina decentrata e diffusa, cioè non ospedale-centrica (Ospedali di Comunità, AFT, UCCP).

Tuttavia l'utenza cittadina, gli ammalati e le famiglie sui territori continuano a trovare un vuoto di risposte adeguate e specialmente una serie di ostacoli che rendono insormontabile la soglia d'accesso alle cure (liste lunghissime, risposte parziali, costi elevati dei ticket, una sostanziale spinta verso l'ospedalizzazione). E' nostro dovere segnalare a tal proposito una diffusa sfiducia della popolazione verso l'assistenza territoriale tale per cui l'ospedale rappresenta spesso l'unico sbocco per le esigenze di salute.

Il risultato concreto di tale situazione è quello che si può osservare nelle statistiche degli istituti di ricerca specializzati nella valutazione dell'Assistenza. In particolare ricordiamo la classifica nazionale MEV\* (MORTALITA' EVITABILE - Nebo pa) del 2019 che vede le province di Napoli e Caserta tra gli ultimi posti sul territorio italiano.

Il sistema di classificazione delle cause di morte consente di individuare decessi potenzialmente evitabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapie mirate, adeguate condizioni igieniche e corretta assistenza sanitaria.

In questi tre gruppi tra loro non sovrapponibili rientrano in sintesi:

1. prevenzione primaria - morti riconducibili a cause ambientali, stili di vita non corretti e rischiosi per la salute ;
2. diagnosi precoce e terapie - tumori per i quali oggi esistono terapie efficaci e programmi di screening in grado di diagnosticare in tempo la malattia (ad es. tumore della mammella, del colon-retto);
3. igiene e assistenza sanitaria - morti riconducibili a scarse condizioni igieniche o livelli di assistenza sanitaria non ottimali.

La somma dei tre gruppi fornisce l'impatto totale della mortalità evitabile nella popolazione, misurabile sia come tasso di incidenza che come giorni di vita pro capite persi, rispetto all'aspettativa di vita media. Da diversi anni le province di Napoli e Caserta rimangono agli ultimi posti.

In questo quadro entra sicuramente la città di Napoli che è il centro dell'area metropolitana della omonima provincia: c'è quindi da riflettere e da ricercare le cause di questi dati per trovarne le soluzioni.

Altro quadro preoccupante è quello che si desume dal Referto Epidemiologico Comunale, redatto dal gruppo di studio Epidemiologia della Consulta che mette in risalto una differenza sostanziale dei tassi di mortalità per quartiere, con una distribuzione di zone critiche sovrapponibile a quelle del disagio sociale e ambientale: si tratta delle periferie nord orientali ma anche di consistenti tratti del centro storico napoletano , come San Lorenzo Vicaria, Mercato Pendino,

Montecalvario, la Sanità (analizzata come sub unità nel REC rispetto all'intera Municipalità di San Carlo Arena).

Segnalazioni di allarme giungono dal gruppo di Salute Mentale e dal gruppo Azioni Sociali e Diritto Alla Salute Senza Frontiere con il rilievo di decessi numerosi per cause generali e di suicidi tra i sofferenti mentali, i detenuti, gli immigrati, le persone in difficoltà per il lavoro, la condizione abitativa.

Anche in questo caso, a parte le responsabilità della politica nazionale e locale, bisogna chiedere che si apra una discussione su questi eccessi di mortalità, dei quali sicuramente una buona parte vanno considerati evitabili e perciò meritevoli di azioni di contrasto con adeguati interventi sanitari.

Le autorità sanitarie ne hanno consapevolezza?

Hanno in cantiere degli interventi programmatici adeguati?

**Il gruppo Salute Mentale della Consulta reputa prioritari ed irrinunciabili i seguenti punti:**

- 1) **Assicurare la presenza presso le UOSM del personale previsto per legge h. 24/24 e giorni 7/7, con servizio di guardia attivo e non in reperibilità, né con numeri di emergenza affatto funzionali.**
- 2) **I reparti SPDC e le strutture residenziali che non ospitano persone in stato di crisi devono essere a porte aperte. Assicurare il numero di posti letto pubblici previsti per legge, con SPDC con non più di 8 posti, non sono piccoli manicomi e non devono avere un organico specifico ma le stesse figure professionali delle UOSM con psicologi, assistenti sociali, riabilitatori.**

**Il contatto con i familiari deve essere permesso durante il ricovero.**

- 3) **Territorializzare i posti letto e le attività assistenziali delle cliniche universitarie.**
- 4) **In ogni UOSM aprire centri-crisi per il trattamento delle fasi acute e sub-acute e per brevi soggiorni protetti, prevedendo un'unità mobile organica al centro stesso.**
- 5) **Per i pazienti gravi, multiproblematici, oggi abbandonati a loro stessi, creare gruppi appartamento protetti, dotati di non più di 5 posti, con assistenza sulle 24 ore.**
- 6) **Almeno 1 casa-famiglia per ogni UOSM a bassa intensità assistenziale.**
- 7) **Assicurare l'assistenza domiciliare, come previsto per legge, per i pazienti che vivono soli e che non possono o non vogliono essere ospitati in strutture residenziali.**
- 8) **Obbligare alla corretta informazione sulle possibili conseguenze dei trattamenti proposti in ambito psichiatrico (consenso realmente informato, esplicito e profondo sugli psicofarmaci, e non solo).**
- 9) **Istituire percorsi di inclusione lavorativa stabili, non sporadici, con programmazione annuale e con percorsi formativi specifici.**

- 10) **Attivare in ogni UOSM gruppi multifamiliari** per il sostegno e la cura dell'intero nucleo familiare.
- 11) **Progetti personalizzati** di seguimiento complessivo: le UOSM devono costituire punto di riferimento e strutturare gli interventi nei vari ambiti di vita (familiari, sociali, culturali, etc.).
- 12) **Interventi mirati e specifici per le persone affette da disturbi dello spettro autistico**, considerando l'allarmante aumento attuale delle diagnosi, in stretto collegamento con le associazioni di familiari onde coordinare le attività scolastiche, tra le altre, e programmare strategie per i tempi futuri.
- 13) Istituire **comunità** rivolte a soggetti con problematiche di **comorbidità tossico/psichiatrica**.
- 14) **Attivare in tutti i servizi territoriali assemblee aperte a familiari, utenti, cittadini per l'organizzazione dei servizi stessi** evitando di prendere decisioni in merito all'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, senza la loro partecipazione.
- 15) **Convocazione annuale dell'assemblea cittadina** sulla salute mentale **con potere di indirizzo** sulle azioni da sviluppare negli ambiti territoriali.

Naturalmente la Consulta non si illude sull'esistenza di scorciatoie per attuare i punti elencati; ma chiede con forza ed urgenza la convocazione di un'assemblea cittadina aperta a tutti, e la convocazione immediata di un incontro con i vertici dell'ASL NA 1.

Le proposte che la Consulta ritiene legittime sono quindi:

Una discussione pubblica, aperta e chiara sugli elementi sovra indicati e specialmente sui dati allarmanti che provengono da fonti accreditate non per cercare i colpevoli ma per trovare soluzioni.

Un riassetto radicale dell'attuale medicina territoriale che, a partire dai medici di base sino ai distretti, si faccia carico della Salute della popolazione spostando la centralità del sistema dall'ospedale ai territori.

La razionalizzazione dell'ospedalità cittadina con il potenziamento della rete dell'emergenza, abbattendo i privilegi di casta e riducendo al minimo il fenomeno delle barelle che è indegno di un paese civile: la rete del 118 deve acquisire l'efficienza necessaria per una città capoluogo come la nostra: garantire i percorsi, le dotazioni, il personale; il Soccorso per le patologie Tempo dipendenti va garantito secondo gli standard qualitativi nazionali per quanto attiene la Cardiologia, la chirurgia vascolare, la traumatologia, la neurochirurgia che sono a nostro avviso le aree più critiche. Vanno garantite per la città di Napoli: La rete IMA; La rete Stroke; La rete Traumatologica; La rete delle Emergenze Pediatriche; La rete dell'Emergenze Digestive; La rete Neonatologica con i punti nascita. Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli ma nella nostra regione, e quindi nella città capoluogo, sono ben lungi dalla definizione e dal raggiungimento dei livelli di efficienza necessari.

Il centro Storico Napoletano necessita di un PRONTO SOCCORSO adeguato alle esigenze di una popolazione che per motivi urbanistici e logistici non ha la possibilità pratica di raggiungere i poli d'emergenza della periferia. A Nostro Avviso va potenziato l'attuale punto di riferimento rappresentato dall'ospedale dei Pellegrini nella Pignasecca che ha già una consolidata tradizione nel campo dell'urgenza.

Allo stesso tempo bisogna garantire un punto nascite per l'area cittadina dove di fatto si è creato un vuoto dopo la chiusura dell'Annunziata delegando l'assistenza alle strutture convenzionate che comunque non garantiscono il tipo di assistenza di un polo materno-infantile ospedaliero.

Per abbattere il fenomeno dei barellati o dei parcheggi in OBI, vanno aperti all'Urgenza i POLICLINICI, il Monaldi e l'Istituto Pascale (per la sua specificità) così come avviene in tutte le città italiane: non sono più tollerabili torri d'avorio inespugnabili per gli ammalati comuni e privilegi inspiegabili.

Bisogna infine definire la funzione-destinazione d'uso dei vecchi ospedali del centro storico svuotati di posti letto e personale, di cui si era promessa una ridefinizione: San Gennaro, Ascalesi, Annunziata.

La città di Napoli ha bisogno di un ospedale di Comunità, di Hospice, di un polo Oncologico legato al centro storico, di un polo di riabilitazione polispecialistico e di tante *altre funzioni non connesse all'urgenza* ma che in maniera inappropriata finiscono per appesantire inutilmente gli ospedali o per foraggiare la speculazione sulla salute.

C'è bisogno inoltre di un piano d'intervento governativo con finanziamenti certi per migliorare l'assistenza territoriale ai sofferenti psichici, le condizioni di vita e di assistenza alle periferie, alla popolazione carceraria, agli immigrati, alle persone in condizioni abitative difficili, alle popolazioni che subiscono nel perimetro cittadino le conseguenze dell'inquinamento indotto **sia dalla circolazione degli autoveicoli e dalle navi ormeggiate nel porto che** da attività industriali dismesse (Bagnoli, San Giovanni a Teduccio-area orientale) e dalle discariche (Chiaiano-Pianura).

Queste sono solo alcune delle problematiche più urgenti da risolvere per la Salute dei Napoletani ed è quindi necessario che il primo cittadino apra un confronto con le autorità sanitarie per segnalarle e per far sentire l'opinione della cittadinanza.

Auspichiamo con questa iniziativa si inauguri una nuova fase di partecipazione attiva sui temi della Salute e di un **dialogo efficace** tra la cittadinanza di cui il sindaco è il principale interprete e i centri di potere che gestiscono l'assistenza sanitaria.

Napoli, 30 settembre 2019

La Consulta Popolare Salute e Sanità

## NOTE

\*Il Progetto MEV(i) è integralmente autofinanziato da Nebo Ricerche PA, che ne è unico titolare e autorizza diffusione e riproduzione dei contenuti del sito per scopi non commerciali e a condizione che sia citata la fonte (CC BY ND NC).

Il MEV viene calcolato a partire dai seguenti indici

1. Giorni perduti pro-capite per tipo di causa evitabile
2. Tassi std di mortalità 0-74 anni per tipo di causa evitabile
3. Tassi std di mortalità 0-74 anni per cause evitabili
4. Tassi std di mortalità 0-74 anni per altre cause
5. Tassi std di mortalità 75 anni e più per causa
6. Anni perduti per deceduto per tipo di causa evitabile

\*\*Questa misura risente dei limiti che in generale hanno gli indicatori basati esclusivamente su dato amministrativo e non su un'osservazione clinica: non è possibile avere evidenza che il singolo decesso sia effettivamente dovuto ad una carenza del sistema sanitario o del sistema di prevenzione, ma fornisce una misura standardizzata per poter confrontare i territori e valutare l'evoluzione temporale del fenomeno.

Articolazione della rete dell'emergenza-urgenza 8.1 - Premessa All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza. Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono: • La rete IMA; • La rete Stroke; • La rete Traumatologica; • La rete delle Emergenze Pediatriche • La rete dell'Emergenze Digestive; • La rete Neonatologica con i punti nascita. Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli.

*La speranza di vita alla nascita ed a 65 anni:* entrambi gli indicatori sono desumibili dalle tavole di mortalità di un paese. In entrambi i generi la Campania risulta avere il primato di Regione con più bassa speranza di vita alla nascita. Tale indicatore non si presenta in maniera differente tra le province campane: il valore più basso si osserva nella provincia di Napoli che presenta anche un'attesa di vita a 65 anni inferiore al valore nazionale e a tutti i valori delle altre province campane.