

Come siamo messi in Campania



Inserto a cura di **Simona Grassi,**

**Paolo Fierro, Rita Maffei, Andrea Cappetta, Daniele Maffione,
Carla Cirillo, Lorenzo Forte, Claudia Di Ludovico, Martina Musto,
Antonio Sorrentino, Comitato San Gennaro art.32, ABaCo Campania**

Racconti e opinioni

lavoroesalute

Anno 41 n. 1 gennaio 2025 Mensile diretto da Franco Cilenti info@lavoroesalute.org www.lavoroesalute.org

==== Rivista aderente a Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute ====

Salute in Campania: tra diritti negati e partecipazione

Simona Grassi

Medico chirurgo.

Medicina Democratica

Aderente al Coord. per il diritto alla Salute della Campania

La situazione della Sanità in Campania, come è noto, è decisamente problematica. Dopo 12 anni di commissariamento e altri 6 in piano di rientro, quello che si può senza dubbio constatare è che il diritto alla salute per gli abitanti è diventato una chimera.

Dal 2006, ultimo anno senza commissariamento, al 2022, in Campania risultano persi nove ospedali, dieci pronto soccorso, 20.000 posti letto in strutture pubbliche. Le ambulanze di tipo B sono quasi dimezzate (erano 116 venti anni fa, oggi sono 70). Le AASSL sono state accorpate divenendo 7 (da 13), i dipartimenti di salute mentale sono passati da 12 a 7 e così anche i dipartimenti di prevenzione (da 13 a 7), perdendo la capillarità necessaria a registrare i bisogni del territorio e fare fronte ad essi. Ugualmente i distretti sono diventati 73 (da 103 che erano). Negli ospedali si sono persi 13.000 dipendenti, di cui 2.500 medici e quasi 4.000 infermieri. I medici di medicina generale (MMG) si sono ridotti di 600 unità ed oggi il 58% di essi ha in carico più di 1500 pazienti, mentre nel 2006 solo il 25% raggiungeva tale limite: questi dati rendono in parte ragione della crescente difficoltà di ricevere attenzione e cure dal proprio medico di famiglia.

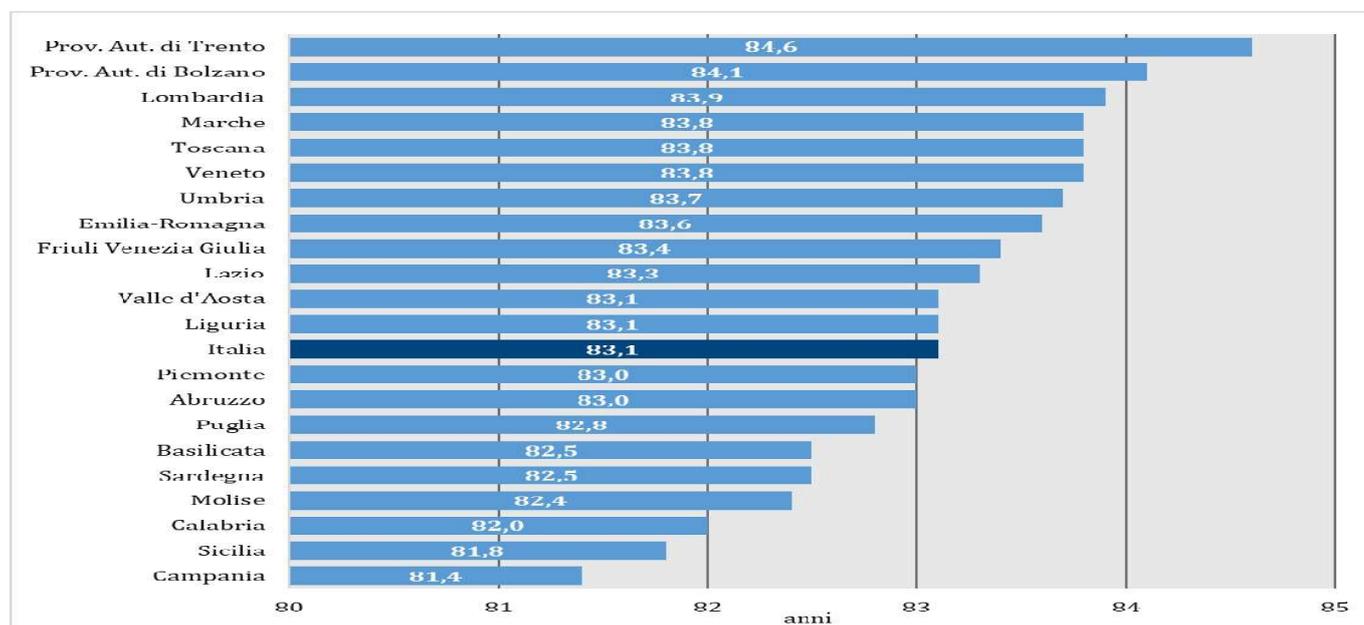
Anche il resto della sanità territoriale risulta assente, la

riorganizzazione prevista dal DM 77 non è stata in alcun modo messa in atto: delle 172 case di comunità (CdC) e di 48 ospedali di comunità (OdC) da aprire entro il 2026, ad oggi in Campania risulta attivo solo un OdC. Intanto, negli anni bui, si sono persi 53 poliambulatori, 23 laboratori pubblici e molti altri (quelli ospedalieri) sono stati chiusi all'utenza esterna. I Consultori sono passati da 176 a 137, ma una parte non garantisce tutti i servizi previsti per questo setting. Tra le persone resta forte l'idea che se si sta male o si prenotano esami e prestazioni a pagamento oppure si corre in pronto soccorso. (1) (2)

Ma se in tutto il Paese cresce la spesa privata in sanità (out of pocket), raggiungendo quest'anno i 40 miliardi (la spesa pubblica sanitaria è 130 miliardi), nel sud cresce soprattutto la fetta di popolazione che rinuncia alle cure. Infatti si registra che l'8,7% della popolazione non può permettersi di affrontare spese ingenti, almeno in alcuni momenti dell'anno, e il 28% delle famiglie ha modificato le proprie abitudini in termini di visite e controlli (3). Circa il 6% delle famiglie Campane dichiara di rinunciare sistematicamente a curarsi (3). Dei due milioni di famiglie in povertà assoluta, la maggior parte risiede nel mezzogiorno e questo, oltre a limitare l'accesso alle cure, ha un impatto molto negativo in termini di salute. Gli indicatori sociali infatti correlano con il benessere della popolazione e in Campania il tasso di abbandono scolastico, di disoccupazione, di povertà sono molto più alti degli standard nazionali (4) e ciò rende la popolazione particolarmente vulnerabile.

L'aspettativa di vita nella nostra regione risulta la più bassa d'Italia con tre anni di distanza rispetto a regioni del centro-nord (81,4 in Campania, 84,6 provincia di Trento, media nazionale 83,1). (3) Viviamo di meno, quindi, ma anche con più anni di malattia rispetto a

CONTINUA A PAG. 3



Aspettativa di vita alla nascita nelle diverse regioni di Italia (dati ISTAT, 2023 - da 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale - 2024)

Salute in Campania: tra diritti negati e partecipazione

CONTINUA DA PAG. 2

chi nasce al nord Italia. La mortalità evitabile è la più alta di Italia, quasi doppia rispetto a quella di Firenze ed in aumento rispetto agli anni scorsi. Questo parametro, secondo l'ISTAT, si riferisce ai decessi "che potrebbero essere evitati o ridotti in quanto riconducibili a cause di morte contrastabili con un'adeguata e accessibile assistenza sanitaria, con la diffusione di stili di vita più salutari e con la riduzione dei fattori di rischio ambientali".

Sempre da dati ufficiali, la popolazione che si sottopone agli screening previsti nell'ambito di un programma organizzato resta largamente insufficiente. Secondo lo studio PASSI (2020) il 69.8% della popolazione campana non ha mai eseguito il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci e l'87% non si è mai sottoposto a colonscopia. Solo il 39% delle donne di 50-69 anni esegue regolarmente la mammografia ma di queste il 24,4% in programmi di screening organizzati, le altre su iniziativa individuale. Un po' meglio l'adesione al Pap-test per le donne tra i 25 e i 64 anni, ma anche qui gli screening organizzati hanno raggiunto il 23% delle donne. Per tutte e tre le voci, la percentuale di persone informate dalla ASL tramite lettera era inferiore al 32%. Complessivamente, non siamo efficaci nel riconoscere e trattare per tempo queste patologie. Infatti negli ospedali arrivano ancora moltissimi casi di tumori di cervice, mammella e colon

in fasi molto avanzate, cosa che non dovrebbe accadere se lo screening fosse capillare. Tuttavia c'è anche da dire che in un territorio come quello campano gli screening usuali non bastano a ridurre l'eccesso di mortalità per tumori che caratterizzano la nostra terra. Bisognerebbe implementare la sorveglianza nelle aree inquinate e avviare tutte le bonifiche necessarie.

Il problema della Salute in Campania va sì inteso come frutto di scelte miopi ma anche conseguenza di politiche nazionali assolutamente antisolidali che hanno determinato una netta riduzione degli standard di cura e un peggioramento dello stato di salute in tutta l'area meridionale.

La Campania è infatti la regione che spende più soldi in mobilità passiva, ossia di rimborsi alle regioni dove i campani vanno a curarsi, principalmente Lombardia ed Emilia Romagna (3). Farsi curare in un'altra regione vuol dire spesso coinvolgere i parenti in una trasferta prolungata o in un continuo viavai, aggravato dal fatto che chi si sposta è malato, si sottoporrà forse a chemioterapie, potrebbe avere complicanze mentre è lontano da casa, potrebbe non avere abbastanza forze per tornare indietro. C'è tutto questo e molto altro in quel dato di mobilità passiva, ci sono le spese da affrontare, i mezzi, i pernottamenti. Perché allora una persona dovrebbe fare questa scelta se non perché qui la prospettiva di cura è fragile e la presa in carico mai completa? Di fronte a questo panorama, risulta drammaticamente chiaro cosa potrà ancora comportare la autonomia differenziata. Ne abbiamo avuto un assaggio all'inizio di quest'anno, quando il ministro Schillaci ha proposto di negare l'accesso al "vaccino" per la bronchiolite (un anticorpo protettivo per il virus

CONTINUA A PAG. 4

PROSPETTO 7. MORTALITÀ EVITABILE. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni % rispetto al triennio 2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	20,0	17,9	17,4	19,8	14,9	17,0	9,4	15,8
Milano	17,0	16,2	17,4	17,0	16,4	9,5	13,7	13,3
Venezia	18,0	17,5	16,5	17,8	5,9	14,4	7,8	11,9
Genova	17,5	19,3	15,6	17,7	3,6	16,3	1,3	5,4
Bologna	17,0	16,2	16,8	17,4	15,6	8,7	3,1	13,7
Firenze	14,9	15,4	16,4	15,9	6,4	8,5	17,1	10,4
Roma	19,3	23,1	23,3	20,4	14,2	18,5	10,4	14,0
Napoli	29,3	24,7	28,0	27,1	26,3	12,8	16,7	21,5
Bari	22,6	20,1	19,7	20,6	37,0	27,2	34,0	32,1
Reggio Calabria	19,9	19,6	23,2	21,0	8,2	-3,0	16,0	12,3
Palermo	23,9	21,8	22,7	22,7	23,2	21,1	18,8	20,1
Messina	23,6	19,6	25,6	22,9	18,0	10,1	36,9	18,7
Catania	25,4	18,0	21,5	21,8	22,7	11,1	15,6	16,0
Cagliari	18,0	17,8	21,5	18,5	3,4	5,3	31,1	8,8
TOTALE	20,3	19,6	20,6	20,4	16,7	15,3	16,4	16,6

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

MORTALITÀ evitabile nelle diverse regioni. Fonte: CONDIZIONI DI SALUTE E OFFERTA SANITARIA NELLE CITTÀ METROPOLITANE - ISTAT 21/05/202.

Salute in Campania: tra diritti negati e partecipazione

CONTINUA DA PAG. 3

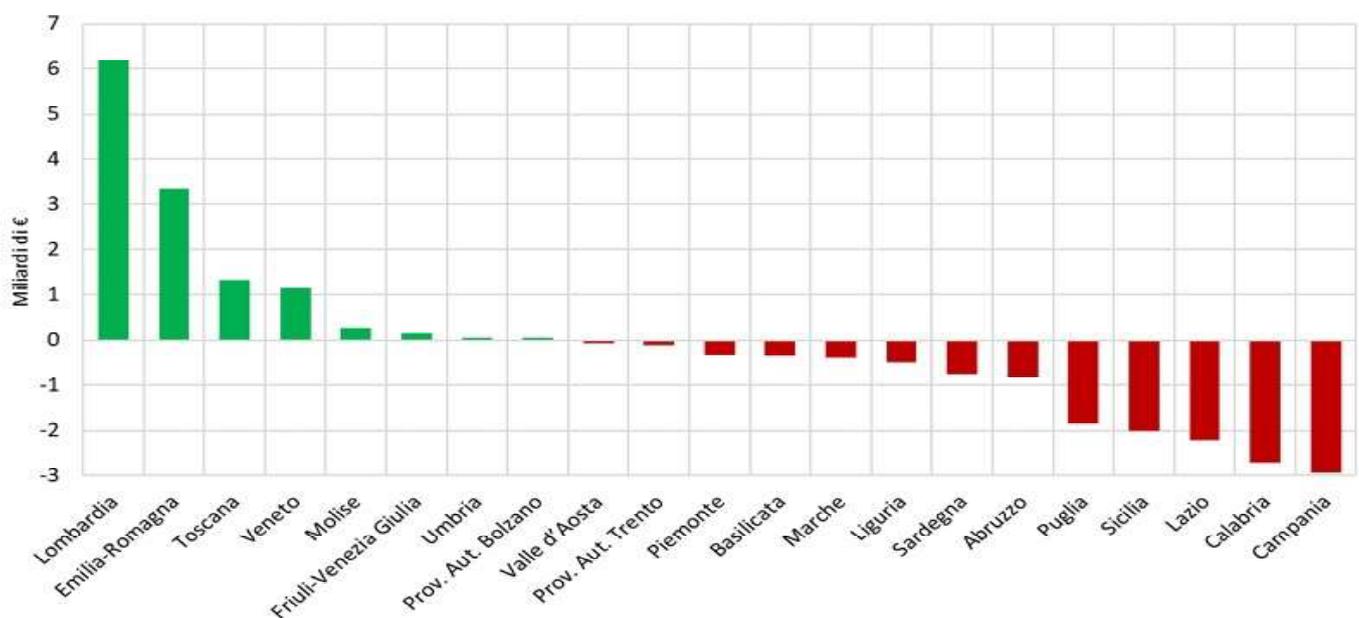
rinoscenziale) per i bimbi nati nelle regioni in piano di rientro, salvo poi ritrattare di fronte alle proteste. Ma l'autonomia differenziata resta una minaccia enorme che, qualora non fosse del tutto scongiurata, pregiudicherebbe in modo definitivo la possibilità di migliorare gli standard di cura.

Il sistema di controllo dei LEA (livelli essenziali di assistenza) è quello che ci dovrebbe tutelare già ora dalla arbitarietà delle diseguaglianze sul territorio nazionale, e ancor più sarebbe la nostra ancora di salvataggio in regime di autonomia differenziata. Tuttavia questo meccanismo è decisamente un'arma a doppio taglio: i LEA sono infatti prestazioni o servizi che andrebbero garantiti in ogni regione in forma gratuita e sovvenzionati con la fiscalità generale (5). Sono individuati dalla legge in numero di circa 5000. Tra questi, poi, sono scelte delle attività sentinella (in numero di 88), di cui si verifica l'adempimento regione per regione (il nuovo sistema di garanzia, NSG) (6). Ma ancora, per snellire le procedure, di queste 88 ne vengono utilizzate solo 22 (indicatori CORE NSG) (6) per stabilire i punteggi da attribuire alle Regioni. Come se non bastasse, alle regioni con punteggi più alti è riservata una premialità (oltre il danno, la beffa!). Il meccanismo, come si vede, è perverso e lontanissimo dai reali bisogni di salute. Esita in una valutazione ostinata dei ventidue indicatori, che sono infatti quelli su cui le direzioni e la Regione chiamano a rispondere i medici e i direttori di unità operative. Pertanto la

tabella che il ministero redige è ben lungi dal fotografare la reale erogazione delle prestazioni essenziali, poiché ne mancano all'appello 4880 o più. Probabilmente non sarebbe fattibile una verifica di tutti gli indicatori. Ma forse proprio su questo la digitalizzazione potrebbe e dovrebbe venirci in aiuto, non essendo più tanto difficile sapere ad esempio quante visite specialistiche e quante indagini radiologiche vengono eseguite e in che tempi. Ad ogni modo, anche nelle condizioni date, la Regione Campania risulta inadempiente nella erogazione dei LEA (3) con un punteggio che si aggira tra il 55% (area distrettuale) e il 69% (prevenzione), il che risulta indicativo di una scarsissima offerta di servizi. Ci chiediamo: che succederebbe se l'osservazione non si fermasse ai parametri sentinella?

Anche i report dell'AGENAS (7) non sono gratificanti, attribuendo un pessimo punteggio a quasi tutti gli ospedali campani, sia come accessibilità sia come processi organizzativi sia come outcome di salute. Tuttavia, sui parametri aziendali (ma in parte anche su quelli clinici) c'è il sospetto che il metro non sia adeguato alle circostanze. Tutto l'impianto degli indicatori di performance ha il forte limite di non valutare il contesto socio-economico e di paragonare situazioni profondamente diverse, come lo possono essere ad esempio Napoli e Reggio Emilia. Infatti, se giudico un ospedale in base ai tempi di degenza medi che presenta dovrò anche avere contezza di quante sono le possibilità di ricollocare la persona degente sul territorio. Se sono carenti i posti letto in RSA, lungodegenze, hospice, se non ci sono ospedali di comunità, se vivo in un posto dove c'è forte disagio sociale (possibilità che il paziente non abbia una casa o un lavoro, che i familiari non abbiano sufficienti

CONTINUA A PAG. 5



Saldi mobilità interregionale 2010-2019 (riparto FSN 2012-2021). Fonte Report Osservatorio GIMBE 1/2023 Il regionalismo differenziato in sanità - NB il grafico non riporta i saldi relativi all'ospedale Bambin Gesù (+ 2 miliardi) e all'Associazione dei Cavalieri del Sovrano Ordine di Malta (+ 0,4 miliardi)

Salute in Campania: tra diritti negati e partecipazione

CONTINUA DA PAG. 4

risorse economiche ecc), a chi attribuisco la responsabilità di una ritardata dimissione? Al momento la maglia nera se la aggiudica l'ospedale (e il reparto) che ha curato la persona, magari con tutte le attenzioni e rimediando anche a problematiche che sarebbero dovute essere di pertinenza territoriale o sociale. Ma siamo sicuri che questi parametri ci servano? E se sì, cosa ci aspettiamo che ci dicano?

Noi sappiamo fin troppo bene che molti di quegli ospedali che l'AGENAS pone in fondo alla classifica sono abitati da persone che riversano ogni loro energia nel tentativo di erogare cure del migliore livello, provando solo con la forza di volontà a sopperire a tutto quello che manca (dal personale ai farmaci ad ogni banale strumento). Come utenti e come lavoratori della salute sappiamo molto bene che in Campania ci sono delle potenzialità enormi, che però non si esprimono appieno per una serie di ragioni, che passano dalla disorganizzazione (voluta?), dal sottofinanziamento, dalla mancata valorizzazione delle professionalità a tutti i livelli. Tuttavia va detto che la salute e il benessere di una collettività non possono e non devono essere garantite dagli ospedali. Serve investire sul territorio e prima ancora sulla prevenzione, senza aspettare il prossimo rapporto AGENAS. I problemi sono sotto gli occhi di tutti, ma questa distanza delle istituzioni, per nulla interessate alle condizioni di vita (e di morte) delle persone, non fa che generare sfiducia, rabbia e frustrazione.

Il taglio dei servizi nel periodo del commissariamento e del piano di rientro ha naturalmente spianato la strada anche in Campania al privato, che adesso anche qui assorbe quasi il 50% del fondo sanitario regionale, come in Lombardia e nel Lazio. (8)

Tuttavia questi processi non si compiono in silenzio. Molte persone si sono riunite in comitati di quartiere per evitare la chiusura dell'ospedale di prossimità o per una specifica vertenza. Alcune associazioni di consumatori offrono assistenza legale a chi non riesce ad accedere alle visite per le infinite liste di attesa. Le comunità dei siti inquinati chiedono a gran voce bonifiche e rifiutano ulteriori opere con impatto negativo sul territorio. Alcuni medici e infermieri provano a dare una risposta ai bisogni di salute più immediati attraverso visite gratuite in ambulatori solidali. Un gruppo di medici di medicina generale di una periferia urbana sta sviluppando una idea diversa di primary healthcare. C'è tutto un mondo in movimento che i social media non sempre raccontano ma che svolge una quotidiana resistenza nei luoghi dove essa è più necessaria.



A loro si aggiungono i lavoratori dei servizi (ospedalieri, territoriali, di prevenzione, veterinari) che provano anche essi ad organizzarsi per recuperare una voce dentro questi processi, lottando contro una chiusura degli spazi di democrazia nei luoghi di lavoro (ma non solo), resistendo alla disorganizzazione, alle direttive non-sense che piovono dall'alto, alle aggressioni, alle sirene (forse ingannatrici) di una vita più comoda fuori dai confini dell'ospedale e dei servizi. Queste forze sono, in ultima analisi, il vero argine al processo di smantellamento e privatizzazione in corso perché costruiscono consapevolezza attorno alla necessità di difendere e rafforzare il servizio sanitario pubblico, unica risposta possibile ai bisogni di salute della collettività.

Per le strade, nelle corsie, nelle sale d'attesa, si percepisce forte e chiara la necessità di un cambio di paradigma, di un servizio sanitario che non punti più al risparmio - o peggio al profitto - come valore supremo ma che rimetta al centro la cura delle persone, delle comunità e dei territori. Serve tornare a ragionare in termini di bisogni da soddisfare e problemi da risolvere, coinvolgendo lavoratori e pazienti nella strutturazione di progetti che portino ad un netto miglioramento delle condizioni di vita e di salute di tutte e tutti.

NOTE

- (1) Annuario statistico SSN, Ministero della Salute. Gli anni di riferimento sono 2006 e 2022 (salvo i dati sul personale per cui si è fatto riferimento all'annuario statistico 2020).
- (2) Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022 (https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/monitoraggio-dm77/Monitoraggio_DM_77_sintesi_fase_2_v2_finale.pdf)
- (3) 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale (2024), rielaborazione da dati ISTAT
- (4) Dati ISTAT indicatori sociali di salute
- (5) DPCM 12 gennaio 2017
- (6) Nuovo sistema di garanzia e CORE NSG: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>
- (7) <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2542-valutazione-della-performance-delle-aziende-sanitarie-pubbliche,-ospedaliere-e-territoriali>
- (8) Considerando tra i fondi erogati al privato anche le voci delle convenzioni e dei servizi esternalizzati.

La Prevenzione in Campania

Paolo Fierro

Medico. Medicina Democratica Napoli

Nelle ultime settimane si è accesa una polemica sui dati Agenas relativi all'ASL Napoli 1, l'azienda sanitaria pubblica divenuta un caso nazionale per inadempienze e ritardi nei programmi di prevenzione (1).

A difesa della ASL dell'area cittadina sono scesi in campo la principale testata giornalistica locale, l'Ordine dei Medici di Napoli e il sindacato CISL medici campano con una levata di scudi tutta improntata al corporativismo campanilistico. Tuttavia, al di là della fondatezza o meno della bocciatura dell'Agenas, che comunque a nostro avviso si basa su dati ufficiali, c'è un problema fondamentale che riguarda il significato della parola prevenzione.

La prevenzione che AGENAS, ASL, sindacati e testate giornalistiche pongono in discussione è la serie di metodiche di indagine che consentono di diagnosticare ai primi stadi una malattia oncologica, esami proposti con campagne d'informazione a una popolazione che per genere, fascia d'età, abitudini di vita sarebbe maggiormente esposta alla stessa malattia. Il messaggio è che un tumore, diagnosticato precocemente, viene curato meglio e la percentuale di esiti terapeutici positivi è nettamente superiore ai casi di diagnosi tardive, quando la neoplasia può presentarsi più estesa o può dar vita a metastasi.

Classicamente questa prevenzione viene definita secondaria. Per noi di MD la definizione giusta è quella di medicina predittiva.

Per noi di MD la definizione giusta è quella di medicina predittiva.

In Campania, dunque, e in particolare nella ASL Napoli 1, la prevenzione secondaria non funziona, presentando percentuali inferiori al 30% dello standard nazionale di persone che si sottopongono a screening in progetti mirati ma addirittura al di sotto dei livelli delle altre AASSLL regionali. Probabilmente questo dipende dal fatto che sul territorio in questione non ci sono strategie di arruolamento adeguate, non essendo definito un ruolo attivo dei medici di medicina generale né dei distretti. Nello stesso report dell'Agenas l'ASL Napoli 1 risulta avere i peggiori dati della Campania per l'assistenza territoriale e questo influenza direttamente i programmi di screening.

C'è la consapevolezza che quando anche le persone ricevano una diagnosi precoce andranno a scontrarsi con una serie insormontabile di ostacoli, fatti di prenotazioni di ulteriori indagini, liste d'attesa, costi per prestazioni non gratuite, disorientamento per la scelta dei migliori centri specialistici affidata più all'istinto che ad una lineare presa in carico oncologica che conduca alla terapia. Di fatto queste considerazioni fungono da deterrente più che da incentivo ad affrontare un percorso di cura ma questa diffidenza e questi timori, peraltro fondati, dovrebbero essere un problema da risolvere da parte dell'ASL ma quanto pare non lo è.

Seppure la prevenzione secondaria in questo quadro risulti deficitaria, quello che si rileva del tutto assente dall'agenda della politica sanitaria è la prevenzione primaria cioè l'individuazione delle cause delle malattie e la rimozione delle stesse in maniera tale che non possano proprio manifestarsi. La prevenzione primaria, per logica conseguenza, sarebbe la soluzione radicale non solo per i tumori ma per tante malattie: degenerative, congenite, croniche, dell'apparato riproduttivo etc... Non c'è bisogno di citare la

CONTINUA A PAG. 7



Discarica via Mastellone a Barra, periferia est: manifiatti in amianto mescolati a rifiuti di tutti i tipi

La Prevenzione in Campania

CONTINUA DAPAG. 6

letteratura, è un concetto che è acquisito da millenni nella coscienza popolare.

Qualcuno non addentro alle nostre vicende si potrà chiedere se veramente c'è tanta necessità di aprire questo altro capitolo della prevenzione primaria in Campania e specialmente, con quali metodiche efficaci attuarla senza scivolare nella vuota retorica e/o delegare tutta la tematica al settore ambiente, separando il problema salute dalla questione bonifiche.

Sul primo quesito la risposta è contenuta nelle mappe dei territori inquinati dello stesso Ministero dell'Ambiente: la Campania presenta due SIN (Siti di interesse Nazionale), Bagnoli Coroglio e Napoli orientale, due SIR (Siti di interesse Regionale), Agro Aversano litorale Domizio e Litorale Vesuviano, tre bacini di fiumi importanti, il Sarno, L'Irno e il Sabato, l'area della "Terra dei fuochi" tra Napoli e Caserta più i numerosi siti "orfani" che continuamente si aggiungono all'elenco delle aree da bonificare (2).

L'esempio più recente è quello della discarica abusiva di amianto e scarti industriali in via Mastellone a Barra, popolosissimo quartiere di Napoli orientale, limitrofa all'area SIN ma sino a poco tempo addietro non censita né segnalata se non per i roghi periodici che la malavita utilizzava per far sparire le tracce dello smaltimento abusivo.

Questi siti, tutti, richiedono una tipizzazione degli inquinanti ed una bonifica, come previsto dalla legge, perché rappresentano una minaccia per la salute.

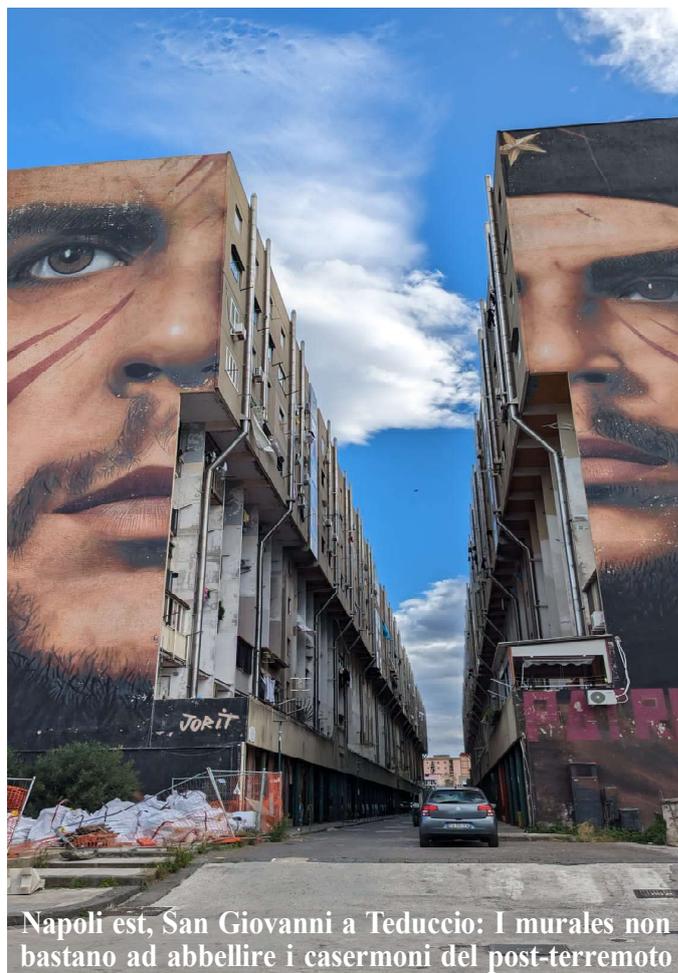
Questa minaccia ha avuto conseguenze negli anni poiché diversi studi epidemiologici indicano che queste stesse aree sono interessate da un eccesso di mortalità evitabile ed una incidenza significativa di malattie oncologiche riconducibili all'inquinamento. Si tratta, tra l'altro, delle aree a maggiore densità abitativa della Campania e quindi il problema Salute in questi territori ha prerogative e presupposti specifici che non sono uguali a quelli delle aree pedemontane o delle isole.

Allora come impostare la Prevenzione Primaria nei nostri territori inquinati?

Prima di tutto c'è bisogno di conoscenza, il che vuol dire acquisizione di dati raccolti con sistematicità e regolarità, e quindi condivisione, pubblicizzazione per diffondere consapevolezza e partecipazione.

Acquisizione dei dati significa anche avere uno strumento strutturale per la programmazione dell'intervento sanitario oltre che per determinare l'urgenza delle bonifiche.

Da questo punto di vista possiamo dire che qualche sprazzo di verità è uscito negli anni dagli archivi delle AASSLL, dalla Regione, dal Ministero e dall'ISTAT e



Napoli est, San Giovanni a Teduccio: I murales non bastano ad abbellire i casermoni del post-terremoto

per dovere di cronaca li citiamo: lo studio S.E.N.T.I.E.R.I. che monitora la mortalità per tumori nei SIN e SIR, l'Atlante della Mortalità in Campania, lo studio Spes sulle terre dei fuochi, i registri tumori di alcune (poche) AASSLL.

Ad essi vanno affiancati altri documenti meno noti ma ugualmente importanti come lo studio ICRAM sulle acque dell'area Bagnoli-Coroglio, il Registro Mesoteliomi, pubblicato a sprazzi per logiche di bilancio, il REC (Referto epidemiologico cittadino), redatto da un gruppo di studiosi all'interno della Consulta popolare ma con dati dell'Anagrafe di Napoli, il RENCAM (Registro Nominativo della Cause di Morte) di alcune realtà, lo studio comparato del rischio di nocività noto come "Accordo di collaborazione scientifica tra istituto superiore di sanità e Procura della Repubblica di Napoli nord" (prot.n.1104 procuratore del 23 giugno 2016)", nel quale veniva tracciata la mappa dei reati ambientali nella "terra dei fuochi" e le ricadute sulla salute in termini di ricoveri ospedalieri, incidenza e mortalità da tumore

Quale è il difetto di tutti questi "contenitori" di dati? In verità si dovrebbe parlare di almeno tre difetti principali: la disomogeneità, la discontinuità e il mancato coordinamento con una regia ed una finalità unitaria. Trattandosi poi di siti inquinati, dovrebbe essere obbligatorio attuare metodiche di georeferenziazione, cosa che al contrario non è avvenuto quasi mai.

CONTINUA A PAG. 8

La Prevenzione in Campania

CONTINUA DA PAG. 7

In sintesi questi strumenti, validissimi sul piano scientifico, sono stati utilizzati più nelle aule giudiziarie o nei contenziosi tra comunità locali e autorità che nelle discussioni programmatiche che hanno coinvolto le giunte che si sono avvicinate a Santa Lucia.

Il primo step dunque deve essere l'acquisizione di dati raccolti e trattati con metodiche omogenee su tutto il territorio interessato dal fenomeno inquinamento, la intellegibilità degli stessi e la regolarità delle loro pubblicazioni. Non è tollerabile che vi siano alcuni RENCAM fermi al 2005, che il registro Mesoteliomi sia fermo al 1018, che alcune AASSLL importanti come la Napoli 1 non producano un Registro Tumori consultabile ma solo un elenco di malattie con dati cumulativi senza riferimento alla distribuzione territoriale e alle curve evolutive (migliorano, peggiorano?), che il Comune di Napoli non completi il REC con i dati di mortalità aggiornati agli ultimi anni dopo il 2017. Non si capisce perché infine lo studio specifico di mortalità per tumori nella Terra dei fuochi, il S.E.N.T.I.E.R.I., escluda dalle sue indagini la città di Napoli che presenta due SIN nel perimetro urbano, che attendono la bonifica da più di 30 anni e così via discorrendo.

La pubblicazione di dati regolare è il presupposto per far crescere la consapevolezza nella gente e con essa la partecipazione. La partecipazione delle comunità locali alla discussione sarebbe auspicabile piuttosto che lo scontro puntuale tra le comunità locali e le autorità politiche ogni volta che queste ultime programmano una nuova discarica, un inceneritore o

un biodigestore in territori in genere già provati da anni di veleni industriali.

Dal mondo anglosassone è stata introdotta questa nuova versione della partecipazione, la "citizen science", cioè il sapere popolare, il cumulo di indicazioni, osservazioni e bisogni che esprimono le comunità locali relativamente ai temi della Salute, dell'ambiente, dell'urbanistica e che hanno dignità scientifica poiché, è dimostrato, danno delle conoscenze più precise di quelle dei tecnici, degli accademici e degli amministratori che non vivono le realtà territoriali.

Nella nostra tradizione si è parlato di sapere operaio per la nocività in fabbrica, per l'ambiente e i territori si deve parlare di sapere popolare.

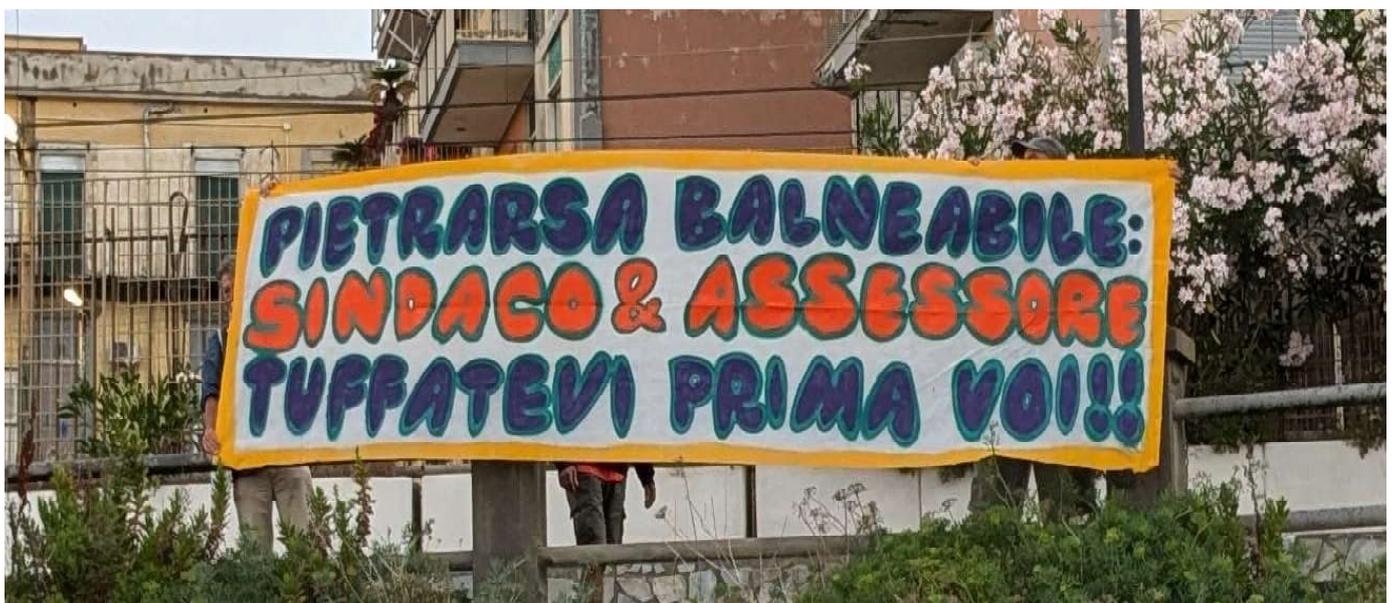
Secondo step è quindi la partecipazione organizzata attorno al sapere popolare che è fondamentale per una ricerca mirata delle cause e per un programma efficace di bonifica e monitoraggio della salute delle popolazioni esposte.

Terzo step è rappresentato dalle metodiche di georeferenziazione.

La nostra esperienza con ricercatori dell'Istituto geografico di Stato e della cattedra di Geografia della Sapienza di Roma, confrontatisi con le indicazioni popolari, i dati raccolti da varie fonti ufficiali (distribuzione di impianti attivi o in disuso, dati ARPAC, vigili del fuoco, ASL etc.) è stata fondamentale a determinare il raggio di diffusione delle polveri e dei fumi a partire dai centri presi in esame nel caso dei roghi nella discarica di Barra.(3)

Analogo processo di partecipazione popolare alla definizione di un programma di monitoraggio della nocività su vivente fu costruito dal Comitato di Fratte (Salerno) in collaborazione con l'Istituto

CONTINUA A PAG. 9



23 scarichi fognari senza depuratore nel tratto tra Napoli centro e San Giovanni a Teduccio, il tutto convogliato verso Pietrarsa per la presenza di due dighe foranee nell'area portuale. Qualche assessore ha promesso la balneabilità del tratto orientale. In foto la risposta dei cittadini.

La Prevenzione in Campania

CONTINUA DA PAG. 8

Zooprofilattico di Portici, con l'Istituto per la cura dei Tumori Senatore Pascale, all'ISS ed all'Università Federico II relativamente alla Valle dell'IRNO investita dai fumi delle fonderie Pisano.(4)

Correlata a questa esperienza dobbiamo introdurre la questione del monitoraggio.

Cosa vuol dire monitorare gli effetti della nocività in un territorio ?

Tenendo presente che i fenomeni della penetrazione di elementi nocivi sono soggetti ad una serie di evoluzioni relative a fenomeni di accumulo, penetrazione e dispersione nel suolo, nelle falde acquifere, negli alimenti, nell'aria e nel vivente, possiamo nel tempo e in tutti questi stadi di ricezione attuare varie forme di rilievi temporali che definiremo monitoraggio che rappresenteranno il fulcro principale della prevenzione primaria perché daranno indicazioni specifiche per evitare le malattie.

In concreto se, come nel caso di Salerno, si rilevano diossine, metalli pesanti (in quel caso Mercurio, Cadmio, Cromo e diversi altri derivati della fusione di scarti metallici), nel suolo, nelle acque del fiume, nell'aria e nel sangue dei volontari sani, è chiaro che questi volontari, come gli altri residenti dell'area, sono candidati a varie forme di leucemie, malattie respiratorie, tumori del sistema nervoso, della pelle, malattie degli apparati riproduttivi, tutte patologie rilevate nella consulenza dei professori Biggeri e Forastiere effettuata presso il tribunale di Salerno nella causa intentata contro le Fonderie di Salerno.

Uscendo dagli studi sporadici finanziati in maniera discontinua e spesso sull'ondata emotiva di casi eclatanti e dalle perizie di tribunale, noi possiamo affermare che, oltre le indagini epidemiologiche, è possibile monitorare la nocività nei corpi viventi di coloro che non risultano portatori di malattia.

Se una metodica è possibile, nel caso di grave esposizione alla nocività, essa è necessaria e dovrebbe entrare nei protocolli di sorveglianza di questi territori.

Così come esistono leggi che impongono la sorveglianza sugli esposti all'amianto, nel settore lavorativo, si deve imporre una serie di protocolli di sorveglianza sulle popolazioni esposte alle nocività ambientali che dovranno essere calibrati in base ai rilievi ambientali, alle indagini della magistratura, ai dati epidemiologici e di georeferenziazione e non potranno essere sostituiti dai normali screening utilizzati per la medicina predittiva.

La medicina predittiva ti dirà se hai un inizio di cancro, la sorveglianza che proponiamo nella prevenzione primaria ci dirà se le persone, tutte, che vivono certe realtà territoriali rischiano una serie di patologie,



Da qui evidentemente le autorità sanitarie non potranno semplicemente dire agli ammalati di entrare nel tunnel della cura ma dovranno adoperarsi a rimuovere la nocività in maniera solerte pena una epidemia di patologie di difficile controllo e specialmente dai costi esorbitanti.

Il problema non sarà più individuale ma diverrà sociale. C'è una bella differenza come si vede tra le due impostazioni.

La sorveglianza dunque è il quarto fondamentale stadio della prevenzione.

A chi dice che costerebbe troppo, noi rispondiamo che esistono varie tecniche di rilievo con costi molto vari e sicuramente accessibili

A chi dice che comunque il problema delle bonifiche rimane, noi rispondiamo che ancor di più le autorità sanitarie e la popolazione dovranno far valere la loro soggettività di fronte alle gestioni politiche dei territori. La lentezza e il pressapochismo di certi governanti diventerà in maniera più chiara che mai un attentato alla salute.

Note

1) Valutazioni delle performances delle aziende sanitarie pubbliche, "Management risk" AGENAS Arezzo 28 novembre 2024;

2) *siti d'interesse nazionale, ai fini della bonifica, sono individuabili in relazione alle caratteristiche del sito, alle quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, al rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini di rischio sanitario ed ecologico, nonché di pregiudizio per i beni culturali ed ambientali. (Art. 252, comma 1 del D.Lgs. 152/06 e s.m.i. comunemente indicato come Testo Unico Ambientale, TUA).*

I siti d'interesse nazionale sono stati individuati con norme di varia natura e di regola sono stati perimetrati mediante decreto del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare (ora MASE - Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica), d'intesa con le regioni interessate. Tra il 1999 e il 2012 il numero dei SIN è progressivamente aumentato fino ad un massimo di 57.;

3) Convegno; "GIUSTIZIA AMBIENTALE E DIRITTO ALLA SALUTE A BARRA e NAPOLI ORIENTALE", Paolo Fierro - Medicina Democratica Napoli; dott.ssa Giorgia Scognamiglio, Sapienza Università di Roma 3/2/24 Salone della Parrocchia della Beata Vergine di Lourdes e Santa Bernadetta, Ponticelli - Napoli;

4) Nel 2017 il Comitato di Fratte di Salerno "Salute e vita" stipula un protocollo di indagini con Istituto Zooprofilattico di Portici per valutare nelle acque, nel suolo, nell'aria e nel sangue di volontari del territorio raccolti in tre cerchi concentrici a partite dal camino principale dell'azienda siderurgica incriminata per danni alla salute ed all'ambiente.

Il Comitato San Gennaro art. 32

Una lotta per la salute e per la democrazia diretta

L'Associazione "Comitato San Gennaro art. 32" nasce come comitato territoriale nel settembre 2016 sull'onda delle proteste per la chiusura/dismissione dell'Ospedale San Gennaro al Rione Sanità, un antico quartiere di Napoli, territorio ricchissimo di bellezze artistiche e paesaggistiche, ma anche segnato da importanti condizioni di povertà assoluta (soprattutto tra le nutrite comunità di stranieri), di disoccupazione, di dispersione scolastica, di mancanza di servizi essenziali e di spazi per la socializzazione, nonché dalla presenza storica della camorra. Uno dei rioni "difficili" di Napoli, ma proprio per questo capace di coniugare le miserie umane più sconvolgenti con un attivismo sociale e solidale molto vivo, promosso tanto dalla Chiesa quanto da gruppi di individui desiderosi di creare condizioni di vita migliori nel territorio in cui abitano.

Dicevamo dell'Ospedale. L'Ospedale San Gennaro sorge a ridosso delle Catacombe di San Gennaro e, da monastero benedettino fondato nel IX sec., diventa ospedale per i "poveri" nel 1468 su donativo del Cardinale Oliviero Carafa. Ulteriormente ampliato per far fronte alla terribile peste del 1648, viene ancora rimaneggiato nel corso del '700 e dell' '800. La sua storia è secolare, quindi. E dato il contesto territoriale, in cui la presenza dello Stato si manifesta per lo più nelle vesti dell'ordine pubblico, era per il Rione ben più che un presidio sanitario: un centro culturale, che, grazie anche a diverse eccellenze sanitarie, apriva all'intera città - e oltre - un quartiere altrimenti affossato tra le colline di Capodimonte e Materdei e da un soverchiante ponte di epoca napoleonica.

Ritorniamo al 2016. Sono gli anni conclusivi del commissariamento e della spinta per l'apertura dell'Ospedale del Mare a Ponticelli, periferia di Napoli, con le contestuali chiusure dei nosocomi cittadini *senza proporre alcuna alternativa* per gli abitanti.

O, meglio, un'alternativa è stata indirettamente "offerta", se non imposta: la sanità privata.

La nostra esperienza reca scritto nel suo nome, invece, la nostra alternativa: l'applicazione senza compromessi del diritto alla salute sancito dalla Costituzione contro la sua spudorata violazione dovuta alla mercificazione della salute.

In questo contesto, ci preme fare una sorta di "fenomenologia" delle nostre forme di lotta che si sono susseguite e intrecciate in questi 8 anni, perché sono rivelative di una maturazione teorica e pratica da cui dover partire per individuare limiti e possibilità future di questa concreta esperienza di partecipazione democratica alla salute.

La prima, la più forte, forma di azione è stata quella in diretta risposta alla dismissione del nosocomio: grazie



ad una poderosa partecipazione del territorio, si è riusciti a bloccare il trasferimento dei macchinari e ad occupare dei locali inutilizzati, così da poter dare una stabilità al movimento. Possiamo dire che questa pratica si è rivelata quella più efficace per contrastare la pressione ad una privatizzazione diretta, perseguita cioè attraverso l'immediata chiusura degli ospedali. Il suo risultato è stato duplice:

- bloccare il progetto di dismissione totale e orientare la dirigenza ad una più compromettente dequalificazione dell'Ospedale in Presidio Poliambulatoriale con un PSAUT, un centro HOSPICE e SUAP e inserito nel piano dell'ASL per potenziare la medicina territoriale con l'apertura di un Ospedale di Comunità e di una Casa della Salute;
- la solidificazione dell'impeto iniziale in un gruppo sempre più organizzato, ma via via sempre più ristretto, di abitanti del territorio di età diversa, che rappresentano ormai l'attuale composizione del comitato.

Il Comitato ha dovuto, finita la spinta iniziale, esprimere da sé anche altre pratiche di lotta, e quindi trovare altri alleati:

- i lavoratori: l'organizzazione del blocco della cassa ticket congiunto con uno sciopero alla rovescia, ha visto l'adesione degli operatori e delle persone. Più in generale, è servita a fare emergere il problema del costo del ticket, di lì a poco ridotto dalla Regione Campania. Soprattutto ha contribuito a creare un collegamento con gli operatori anche attraverso l'organizzazione di assemblee congiunte di lavoratori e cittadini. Queste ultime sono state decisive a dare ai lavoratori la consapevolezza di essere *loro* i detentori del *sapere* sul funzionamento e sulle necessità del servizio, e quindi, eventualmente, di essere loro i diretti e legittimi detentori del potere per un funzionamento della struttura che sia al *servizio della comunità*. Da questa esperienza sono nate le proposte dal *basso* di piani per la riqualificazione dell'ospedale, presentati all'ASL e alla Regione in seguito a picchetti, banchetti, tavoli congiunti. L'attuale trasformazione in una struttura ambulatoriale e territoriale è il prodotto di questo rapporto di forza.

Il Comitato San Gennaro art.32 Una lotta per la salute e per la democrazia diretta

CONTINUA DA PAG. 10

- Subito è stato chiaro, poi, che la lotta del San Gennaro non era isolata. Mentre venivano chiusi anche altri ospedali cittadini, ci siamo impegnati a creare una rete di comitati dei vari presidi. Un lavoro faticoso, che però ha avuto due importantissimi risultati: la costituzione, a Napoli, della Consulta Salute e Sanità - poi addirittura riconosciuta come strumento del sindaco per assolvere alla sua funzione di garante della salute della cittadinanza; la nascita della Campagna Dico32 a livello nazionale, ancora attiva e impegnata, annualmente, ad organizzare la giornata internazionale della salute, il 7 aprile.

I banchetti nel quartiere, le reti di solidarietà per la distribuzione di mascherine durante la pandemia di Covid con la costituzione delle "Brigate Francesco Ruotolo", le manifestazioni in piazza per denunciare i rallentamenti nell'attuazione del piano sanitario per l'apertura di tutti i servizi previsti al San Gennaro, le interrogazioni regionali, le conferenze stampa per denunciare lo stato fatiscente della struttura, il "grigio lavoro quotidiano" di colloqui privati, informali, con i lavoratori per conoscere lo stato della struttura, le intenzioni della dirigenza, le spese dell'amministrazione nella ristrutturazione del tetto o nella riparazione degli ascensori e, oggi, di interi piani e locali della struttura: tutte queste pratiche di controllo popolare rappresentano la risposta ad un'altra via perseguita dalla privatizzazione, più indiretta.

Si tratta della perversa penetrazione del dogma del pareggio di bilancio, quindi del criterio aziendale, nella gestione dei servizi sanitari e più in generale pubblici. Non che sia in sé sbagliato tenere un occhio alla spesa e al bilancio, ma quando opera in un contesto di risorse sempre più limitate genera disservizi continui, liste di attesa infinite, temporanee chiusure di reparti per assenza di personale o pensionamento, che,



nell'immediato, comportano la trasformazione del paziente in utente privato, e, nel lungo periodo, comportano una totale sfiducia nel pubblico e quindi un indiretto consenso alla soluzione privata. Una non-soluzione per chi, come gli abitanti del Rione Sanità, non dispongono della ricchezza necessaria a fruirne.

Questo ci ha portato ad assumere un punto fermo nel nostro pensiero: che esistono due forme di 'razionalità'. Una che si presenta come precisa, efficiente, calcolistica, ma che applicata freddamente al solo fine del pareggio, produce inefficienza, sprechi, lentezze. Secondo questa logica è razionale se si è raggiunto lo 0 tra spese e entrate. Un'altra, che considera la prima non un fine, ma un mezzo per perseguire un bisogno più ampio, che è quello della salute della comunità e, al suo interno, dell'individuo. Per questa logica è razionale ciò che mira, senza compromessi, alla salute collettiva. E questo richiede più investimenti senza escludere un'oculata gestione delle risorse, la quale, però, dipende da chi le gestisce: una cosa è che le gestiscano i lavoratori e i beneficiari del servizio, un'altra è che le gestisca un'amministrazione compromessa con il privato e, anzi, i cui malfunzionamenti sono causati dal privato e voluti per beneficiare il privato.

Così, abbiamo imparato a distinguere *sanità* da *salute* e ad avere domestichezza con il concetto di *determinanti della salute*, che permette di approcciare alla cura in maniera molto più ampia della prestazione sanitaria, includendo la prevenzione e la *medicina territoriale*, ma non solo.

Lo racconta il nostro impegno a legare il tema della salute al tema del lavoro, con assemblee congiunte insieme ai disoccupati 7 Novembre; il tema della salute al tema dell'immigrazione, che ci ha visti impegnati nella lotta per la riapertura dell'ambulatorio STP-ENI coinvolgendo la nutrita comunità di srilankesi del Rione attraverso il mediatore culturale che opera nella struttura; il tema della salute al tema dell'ambiente, nella lotta per la riapertura del Parco San Gennaro, di Salita Scudillo e di Via del Serbatoio, aree immerse nel verde,

CONTINUA A PAG. 12

Il Comitato San Gennaro art.32 Una lotta per la salute e per la democrazia diretta

CONTINUA DA PAG. 11

che tanti benefici darebbero in un contesto soffocante quale è quello dei quartieri popolari di Napoli; e, ora, in epoca di inflazione galoppante e di incremento di spese militari, a collegare il tema della salute al tema del caro vita e della guerra sotto lo slogan: meno arsenali più ospedali; a collegare il tema della salute al problema della violenza minorile in città.

La salute è per noi sempre più diventata un problema complesso, che richiede un impegno sociale più ampio e che ha al suo centro la partecipazione democratica, diretta, personale di ciascuno entro un'organizzazione che ne raccolga le istanze e ne promuova la realizzazione, anche nella forma del conflitto. Anche questo ha un ritorno in termini di salute: l'individuo può superare la sferzante solitudine e l'atomismo delle società neo-liberali e il senso conseguente di impotenza rispetto a forze che, per l'individuo solo, acquistano i tratti di entità immodificabili, metafisiche, di fronte alle quale rassegnarsi. Essere parte di una comunità, invece, dà a ciascuno la consapevolezza di *potere* fare e quindi il desiderio di fare, combattendo uno stato di inerzia di cui si beneficia solamente chi ha *già* più potere e non si fa scrupoli ad esercitarlo, nelle forme più brutali, per i propri interessi privati.

Un'ultima riflessione sui limiti e le prospettive. Cominciamo dai limiti:

- è difficile mobilitare la popolazione in una fase di assenza di attacco *diretto* per contrastare la penetrazione *indiretta* e quotidiana della sanità privata. Abbiamo qui presentato delle possibili forme di lotta, come le continue campagne, i volantini, etc. Ma è indubbio che queste sono pratiche che si restringono ad una minoranza.

- è difficile spingere alcuni sindacati ad un punto di rottura. Abbiamo partecipato a numerose proteste

anche al di fuori del San Gennaro presso altri Ospedali, ma proprio nei momenti che sembravano più decisivi, pare che non si spinga la lotta fino in fondo, ad un punto critico. Forse, in questo, si tratta di passare su un piano politico che va oltre quello di un Comitato in fondo territoriale.

- è difficile progettare il lavoro costretti come si è a inseguire di giorno in giorno le emergenze quotidiane, divenute strutturali. Questo intervento vuole anche essere un modo per indicare delle possibili linee precise, su cui combattere nei mesi a venire, insieme e in maniera continua.

Passiamo allora alle prospettive.

Quella che ci appare all'orizzonte è soprattutto la lotta contro l'ulteriore taglio delle spese sanitarie per incrementare le spese militari e contro il caro vita e l'emergenza abitativa in città dovuta alla turisticizzazione imperante.

Inutile spendere parole su quanto inciderà l'incremento delle spese militari sulla salute delle persone. Chi frequenta i quartieri popolari sa bene che affrontare percorsi di cura che spesso comportano molte visite specialistiche o riabilitazioni di lungo periodo (settori dove maggiore è il tasso di privatizzazione), numerosi spostamenti, diversi medicinali, sono spese insostenibili per le famiglie a basso reddito, che sempre più rinunciano o riducono le cure. Bisogna costruire e partecipare, con criterio e portando i propri temi, a campagne di rifiuto della guerra e della spesa militare e contro la speculazione immobiliare, con pratiche di resistenza come l'opposizione agli sfratti senza alternativa e l'impegno a campagne di boicottaggio nella fornitura di armi a paesi stranieri per genocidi di massa. Insieme, una decisa lotta per aumentare il fondo sanitario per la sanità pubblica, da non perdere in mille rivoli che finiscono per finanziare quella privata, ma da indirizzare chiaramente ad un massiccio incremento del personale sanitario pubblico e all'internalizzazione dei servizi esternalizzati, mostrando l'evidente contraddizione con le spinte ad incrementare il personale e i mezzi militari.

Ass. "Comitato San Gennaro art. 32"



Medicina di famiglia e primary health care: quali prospettive?

Rita Maffei, Andrea Cappetta

Medici di medicina generale per il presidio sperimentale C-PHC di Ponticelli

● *La salute è influenzata da molteplici aspetti della vita: il contesto e l'ambiente in cui le persone nascono, vivono, crescono, lavorano e invecchiano determinano lo stato di benessere psicofisico e questi fattori si influenzano reciprocamente. Ambienti di lavoro sicuri, condizioni di lavoro dignitose e adeguatamente retribuite, l'accesso a un'istruzione ben organizzata e inclusiva, la possibilità di vivere in abitazioni adeguate e in un ecosistema sostenibile, per fare alcuni esempi, determinano lo stato di benessere e quindi la qualità di vita del singolo e della comunità in cui vive .*

Dico 32 Salute - Bene comune

Desideriamo aprire questo breve articolo prendendo in prestito le parole utilizzate in quella campagna, che in fondo riflettono quel concetto di salute teorizzato sin dalla Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria del 12 settembre 1978. Già in quest'ultima si denunciava la necessità di un sistema sanitario non limitato al solo trattamento delle patologie, ma orientato alla salute delle persone e delle comunità, con un occhio teso anche alle cause sociali, economiche e politiche della malattia. Fu in quell'occasione che venne proposto il modello di Primary Health Care (PHC), successivamente ampliato in Comprehensive Primary Health Care (C-PHC) definito (non a caso) anche dall'OMS come l'unico modello sostenibile e efficace per rispondere a bisogni di salute sempre più complessi e per contrastare le disuguaglianze che condizionano la salute delle comunità.

Quando parliamo di C-PHC, intendiamo la trasformazione dei modelli assistenziali in una prospettiva integrata, multidisciplinare, multisettoriale e attuata a livello territoriale con il coinvolgimento attivo delle comunità e in cui il servizio viene reso alla persona dopo averne riconosciuto la sua individualità, le sue reti e i suoi legami e in prospettiva orientata alla comunità.

I principi su cui questo modello si fonda sono molti e si proverà a proporli qui di seguito solo una sintesi:

- un facile accesso ai servizi
- la partecipazione delle comunità alle decisioni riguardanti la propria salute e alle attività sanitarie
- l'enfasi su prevenzione e promozione della salute
- la multidisciplinarietà, integrazione dei servizi sanitari con altri settori, come ad esempio la scuola, i trasporti, i lavori pubblici



MAPPA DEI LUOGHI CHE CREANO SALUTE

- la sostenibilità degli interventi nel medio e lungo termine

Attualmente in Italia, non esiste una reale riforma delle cure primarie in un'ottica di C-PHC.

Si assiste anzi ad una profonda disomogeneità normativa e organizzativa di queste cure sul territorio, da regione a regione e finanche da ASL ad ASL. Anche le case di comunità che si apriranno grazie ai fondi del PNRR per il momento non prendono in considerazione tutti i principi della PHC, soprattutto quelli inerenti alla partecipazione delle comunità.

Esistono solo alcune esperienze, seppur per ora frammentate, che ci stanno provando (alcune elencate al seguente link: [2018: PHC now or ever - Campagna italiana per un nuovo modello di Cure Primarie](#)).

Una di queste esperienze, ancora embrionale, è nata nel dicembre 2023, nel quartiere Ponticelli di Napoli grazie alla collaborazione tra noi medici di medicina generale e l'ambulatorio a bassa soglia dell'ONG Emergency, approvata sia dal Comune di Napoli che dall'ASL NAICENTRO.

Da questa collaborazione è nato il progetto sperimentale di cure primarie *Comprehensive Primary Health Care (C-PHC)* di Ponticelli che si basa sull'idea comune di creare un presidio sociale e sanitario unico capace di rispondere in maniera più completa ai bisogni della popolazione. All'interno della struttura attualmente lavorano: due medici di medicina generale, con i rispettivi collaboratori di studio, due specializzande di medicina di comunità, lo staff Emergency che a sua volta è composto da medici (volontari e non), tre pediatri/e volontari/e, due psicologhe volontarie, due infermieri/e, quattro mediatori culturali e di orientamento ai servizi e un'operatrice sociale dedicata all'assistenza e supporto per i pazienti più vulnerabili.

Ad un anno dall'inizio della collaborazione, la multidisciplinarietà delle figure professionali coinvolte ci ha permesso di sperimentare cosa significhi lavorare insieme, potersi confrontare e avviare differenti percorsi di presa in carico per gli utenti, sempre garantendo la gratuità dei servizi. Nella struttura è

Medicina di famiglia e primary health care: quali prospettive?

CONTINUA DA PAG. 13

presente, ad esempio, un ambulatorio infermieristico, uno sportello di ascolto psicologico oltre ad un servizio di orientamento ai servizi socio-sanitari, di mediazione linguistico/culturale disponibile per i pazienti con difficoltà di accesso al SSN. Si accompagnano inoltre gli utenti in molte attività, dal recarsi allo sportello sociale per orientamento ai servizi presenti nel territorio, al supporto nel disbrigo delle pratiche amministrative, all'accesso alle prestazioni economiche (sussidi), all'accesso all'istruzione, alla ricerca di lavoro, ai servizi del territorio (mense, dormitori etc.).

Sono stati inoltre avviati dei percorsi che guardano al territorio e a tutte le sue comunità: è stata "disegnata", ad esempio, una Mappa dei "Luoghi che fanno salute" da cui risultano anche gli spazi verdi, le scuole, le associazioni ludico-ricreative ed è stato avviato un laboratorio di partecipazione "Ponticelli di cura" con alcuni utenti degli ambulatori di medicina generale, guidato da una specializzanda in cure primarie, e finalizzato a rilevare i bisogni di salute e co-progettare le relative risposte.

L'idea all'origine era provare a costruire, a partire dalla medicina generale, un presidio che consentisse di "praticare" nella quotidianità i principi della C-PHC.

Riteniamo infatti che la medicina di famiglia non riesca - da sola - a rispondere ai bisogni di salute, sempre più complessi, che si incontrano nella popolazione, ma debba inserirsi in un percorso multidisciplinare e intersettoriale, collaborando con altre figure professionali e attivando percorsi di partecipazione del territorio e dell'utenza. Tale approccio ha già dimostrato essere più sostenibile nel lungo termine oltre che ridurre anche il carico di lavoro sulle strutture di II livello.

Si tratta di un cambio di paradigma culturale che riteniamo ormai necessario e non più rinviabile e di cui gli attori istituzionali dovrebbero cominciare ad occuparsene attivamente, giovandosi degli studi, dei dati e delle esperienze già implementate in questa direzione. Sicuramente esistono una serie di fattori - oltre quelli culturali - che rendono più complessa la convergenza verso questo modello di salute. Ne menzioniamo qui di seguito solo due, pur nella consapevolezza che non esauriscono gli aspetti che andrebbero ripensati in questa professione. Il primo è la profonda disomogeneità lavorativa che oggi attraversa la medicina generale, sotto il profilo della struttura (logistica e organizzativa) degli studi. Non esistono protocolli "unici" o condivisi per l'erogazione di questo servizio: alcuni medici (invero la maggior parte) lavorano in studi autonomi e solitari, altri hanno scelto invece di aggregarsi con altri medici o di lavorare



LA PERIFERIA IN METAMORFOSI: IL RUOLO DELLE COMUNITA' E DEL TERRITORIO - evento della campagna phc a ponticelli -

in case della salute. Senza dimenticare che mentre alcuni collaborano strutturalmente con altri professionisti sanitari (ad esempio gli infermieri) altri medici invece non offrono alcun servizio aggiuntivo. La disomogeneità è il riflesso dell'anomalo rapporto libero professionale che caratterizza la convenzione tra il medico di famiglia e il sistema sanitario nazionale. I medici di famiglia sono lavoratori autonomi (seppur soggetti ad una convenzione con il SSN) e non dipendenti, il che ha reso possibile il proliferare di strutture organizzative e di servizi, profondamente diverse, non solo sul territorio nazionale ma anche a livello del singolo distretto.

Il secondo elemento che richiederebbe un immediato intervento attiene all'aspetto della formazione. Il corso di formazione in medicina generale è attualmente una specializzazione "non universitaria", con percorsi meno finanziati e meno attenzionati rispetto alle altre. Anche all'interno del corso di laurea in medicina non viene quasi mai posta attenzione sull'importanza della medicina del territorio quindi ciò comporta spesso che i neo-laureati si ritrovino a viverla come una scelta "secondaria". Guardando a questo aspetto della formazione, che costituisce pur sempre il pilastro su cui si poggia tutto il resto dell'organizzazione delle cure primarie (senza una formazione che si ponga l'obiettivo del "miglioramento", continueranno a riproporsi modelli identici e che hanno già mostrato la loro inadeguatezza a rispondere ai bisogni di salute) sembra quasi che vi sia stato l'intento di declassare questa professione ad un livello di serie B rispetto alle altre professioni mediche. Si tratta di un pregiudizio non più tollerabile: la medicina di famiglia deve essere valorizzata per la funzione sociale che svolge, a partire proprio dai suoi percorsi formativi.

La campagna di ABaCo contro le liste d'attesa

L'Associazione di Base dei Consumatori (A.Ba.Co.) ha voluto lanciare come prima iniziativa a difesa dei diritti dei consumatori una campagna sul diritto alla salute che tra i tanti è il più disatteso dallo Stato.

In particolare sulla complessità delle problematiche che presenta il settore della salute, elemento fondamentale dello Stato Sociale, si è voluto affrontare la questione delle "lunghe liste di attesa" a cui il cittadino deve ingiustamente sottostare per usufruire di visite specialistiche ed esami diagnostici. Questa difficoltà coinvolge praticamente tutta quella parte di popolazione maggioritaria che è certamente lontana dagli strati sociali che godono di agiatezze economiche.

E' diffusa la consapevolezza che il SSN non regga la domanda di salute dei cittadini come dovrebbe e che si sia giunti ad un punto critico oltre il quale c'è il crollo; che i principi di universalismo del servizio sanitario, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, sia stato ormai calpestato e a soffrirne di più siano le fasce sociali più deboli, gli anziani i disabili, chi vive al sud e nelle aree interne e disagiate. Le disfunzioni del SSN rappresentano dunque l'amara realtà che tutti i giorni milioni di cittadini di questo paese costatano sulla propria pelle.

I continui tagli alla spesa sanitaria pubblica, attuati ormai da decenni dalle varie compagini governative che si sono alternate - e l'attuale governo Meloni non si distingue affatto da questi-, sono per conseguenza ricaduti inevitabilmente sui bilanci delle famiglie, su cui incide una spesa per le prestazioni sanitarie passata dall'1,6% al 10,3% solo in questo ultimo anno. Questo di fatto rappresenta, senza che ci venga detto dalle classi politiche istituzionali, che siano esse al governo o all'opposizione, una tassazione indiretta ulteriore sui salari e le pensioni, che mediamente sono già falciate da percentuali di IRPEF più alte della media europea.

Per quanto riguarda le pensioni erogate dall'INPS il gettito fiscale è di quasi 60 miliardi di euro, che teoricamente dovrebbero ritornare dallo Stato ai cittadini sotto forma di servizi vari per migliorarne le condizioni di vita. Ma come è noto per la stragrande maggioranza della popolazione italiana tutto questo nella realtà non avviene. Succede invece, in questi ultimi anni caratterizzati dalle guerre vicine, che buona parte delle risorse finanziarie invece di essere impiegate per lo Stato Sociale vengono dirottate per il riarmo. Sempre dai dati circolanti viene fuori che lo scorso anno almeno 4,48 milioni di persone hanno rinunciato alle visite specialistiche e agli esami diagnostici. Le ragioni sono varie: lunghi tempi di attesa, strutture sanitarie lontane, mancanza di trasporti, orari scomodi, impossibilità di pagare le prestazioni per costi eccessivi. Nel 2023, anche per il dilagare delle nuove povertà, 2,5 milioni di persone, quasi 600.000 in più rispetto all'anno precedente, hanno rinunciato alle cure mediche.

La tendenza alla privatizzazione della sanità sempre più marcata, è il fattore determinante del disastro a cui assistiamo: il finanziamento pubblico della spesa sanitaria è 130,3 miliardi di euro, ma aumenta la spesa privata + 45.8 miliardi di euro. Si intravede in questo una sorta di americanizzazione della sanità, dove si vorrebbe fare prevalere il sistema delle assicurazioni che ovviamente può andar bene solo alla più ristretta cerchia sociale che dispone di mezzi finanziari.

Stante questo quadro generale, A.Ba.Co. si è concentrata su questo grave aspetto della salute negata, un dato veramente indegno di un paese che si dice civile.

La Campania, come le altre regioni del sud, è il fanalino di coda del SSN. Per questa ragione A.Ba.Co. si è attivata da alcuni mesi col suo sportello di orientamento per sostenere i cittadini incappati nel girone infernale delle liste d'attesa. Questa Regione governata da dieci anni da Vincenzo De Luca, si è data

CONTINUA A PAG. 16



La campagna di ABaCo contro le liste d'attesa

CONTINUA DA PAG. 15

non poco da fare per rientrare dal debito ripristinando il pareggio di bilancio secondo la regola europea. Ovviamente però, questo "risanamento economico regionale", è stato possibile facendo un vero e proprio massacro a partire dalla spesa sanitaria. I tagli sono stati drastici: ospedali chiusi, meno pronti soccorsi, meno ambulatori sui territori, meno posti letto, meno personale medico, infermieristico, tecnico, ausiliario e infine per vari anni l'aumento del ticket sulle prestazioni. In tutto questo l'inflazione galoppante scatenata dalla crisi energetica dovuta alla guerra Russia/Ucraina ha fatto lievitare i costi anche dei farmaci.

Con la campagna contro le liste di attesa ABaCo sta agendo inviando diffide ai distretti delle ASL della Campania che non rispettano i tempi di accesso alle visite specialistiche e agli esami diagnostici. I tempi sono stati stabiliti a suo tempo dalla riforma Bindi, legge 124/1998, ma di recente anche dal Piano per la riduzione delle liste d'attesa varato dal governo lo scorso 7 giugno.

Sono frequenti le prenotazioni di visite specialistiche che rimandano a oltre un anno di attesa. ABaCO cerca di fare rispettare la regola stabilita dalle 4 fasce (U, B, D, P) di prescrizione che vanno da un minimo di 72 ore di attesa per le prestazioni urgenti, alle prestazioni di massimo 120 giorni d'attesa. Nella misura in cui la struttura sanitaria non è in grado di rispettare questi e tempi indicati dal medico di base, è tenuta ad erogare a sue spese il servizio richiesto ricorrendo alla

intramoenia, oppure alle prestazioni in regime convenzionato/privato. C'è da dire che i ricorsi di A.Ba.Co. hanno avuto riscontri positivi non solo nel ripristino dei tempi giusti per le prestazioni, ma anche quando si è trattato della riprogrammazione della prestazione da erogare presso un distretto sanitario più prossimo all'assistito: infatti, il caso specifico trattato, prevedeva una sede posta a 60 km di distanza e con l'aggravante di un sistema di trasporti pubblici decisamente carente. Insomma una condizione tutt'altro che favorevole alla cura.

La campagna di A.Ba.Co. inoltre si sta sviluppando con azioni di informazione tramite volantini rivolti ai cittadini per aumentare la consapevolezza dei propri diritti e indicare in che modo fare fronte alle difficoltà. Contestualmente A.Ba.Co. è impegnata a livello regionale nella promozione di un coordinamento di comitati, associazioni, sindacati di base e individualità che sono attivi per l'affermazione del diritto alla salute. Da circa un anno questo coordinamento per il diritto alla salute, è stato protagonista di azioni unitarie di critica alla gestione della sanità pubblica, ma anche portatore di proposte che sono state espresse tramite una piattaforma presso l'assessorato della sanità della Campania.

In tutto questo ci è abbastanza chiaro che l'impegno fin qui profuso di per sé non può bastare al ripristino integrale del diritto alla salute dei cittadini. Occorre andare alla radice della politica per potere invertire una marcia distruttiva dei diritti intrapresa dalle attuali classi dirigenti al potere: esse vedono, anche sulla questione della salute, lo Stato piegato al profitto di pochi come unico modello. Quello che invece è necessario è l'opposto, uno Stato equo e al servizio di tutta società.

ABaCo Campania



Presidio al distretto 32, ASL Napoli 1

Dall'accalappiacani all'Operatore tecnico veterinario nel SSN. *Breve storia di una professione di soccorso poco conosciuta e raccontata male*

Daniele Maffione

Delegato sindacale Funzione Pubblica C.G.I.L.,
Area Veterinaria - Asl Napoli 1 Centro

L'Enciclopedia Treccani, al termine "accalappiacani", fa corrispondere il significato che conserva l'antico retaggio secondo cui questa professione è svolta da un "agente del servizio municipale antirabbico, incaricato di togliere dalla circolazione, accalappiandoli, i cani randagi; detto anche *acchiappacani*". Nelle righe che seguiranno, tenterò brevemente di dimostrare come, tuttavia, all'etimologia classica non corrisponda una visione moderna e dinamica di questa professione, che si è andata notevolmente ampliando e modernizzando.

Il 1954, in Italia, rappresenta un anno di svolta: veniva infatti promulgato il D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320, altresì detto Regolamento di Polizia Veterinaria, che tra i suoi 165 articoli includeva al Capo I - Malattie infettive e diffuse degli animali soggette a provvedimenti sanitari, la rabbia (articolo 1. punto 5), quale malattia degli animali a carattere infettivo e diffusivo per la quale si applicavano le disposizioni del regolamento; ed in particolare all'Articolo 84 si definiva che "*I comuni devono provvedere al servizio di cattura dei cani e tenere in esercizio un canile per la custodia dei cani catturati e per l'osservazione di quelli sospetti. Il prefetto, quando ne riconosca la necessità, stabilisce l'obbligo di un servizio di accalappiamento intercomunale o provinciale determinando le norme per il funzionamento ed il contributo che deve essere dato dai comuni e dalla provincia*". La ratio di tali norme era dettata dall'esigenza di prevenire la trasmissione di questa malattia infettiva e dunque tutelare la salute pubblica. Secondo questa disposizione, si specificava chiaramente che, per tale finalità, il servizio cosiddetto di "accalappiamento" era in carico ai comuni ed al prefetto. Si parla infatti di "*agenti adibiti alla cattura dei cani*" ordinati dal prefetto (Articolo 91).

Un cambio di paradigma avviene con la pubblicazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" che all'Art. 1 specifica che "*L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali*



Napoli. Dicembre 2024.
L'ingresso del Presidio
Ospedaliero Veterinario Asl
Napoli 1 Centro.

territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività" e nello specifico, all'Art. 14 lettere o) "all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande"; p) "alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario".

Inoltre, in ambito veterinario viene promulgata a livello nazionale la Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo (Legge 14 agosto 1991, n.281) che oltre ad essere innovativa a livello europeo, occupandosi della tutela degli animali d'affezione, introducendo ad esempio il divieto di soppressione degli animali randagi, affida ai "*servizi veterinari delle unità sanitarie locali*" il controllo della popolazione dei cani e dei gatti mediante la limitazione delle nascite (Art. 2 comma 1), la gestione delle colonie di gatti che vivono in libertà, assicurandone la cura della salute e le condizioni di sopravvivenza (Art. 2 comma 10), il controllo sanitario dei canili (art. 1 comma 11 e Art. 3 comma 2), l'istituzione dell'anagrafe canina (Art. 3 comma 1). A recepimento di questa normativa, in Campania, nel 2001, viene promulgata la Legge Regionale 24 novembre 2001, n. 16 "Tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo" che, in ottemperanza alla normativa nazionale, definiva all'Articolo 5 i compiti delle Aziende Sanitarie Locali e tra questi, quello di attivare "*il servizio di accalappiamento dei cani vaganti ed il loro trasferimento presso i canili pubblici*".

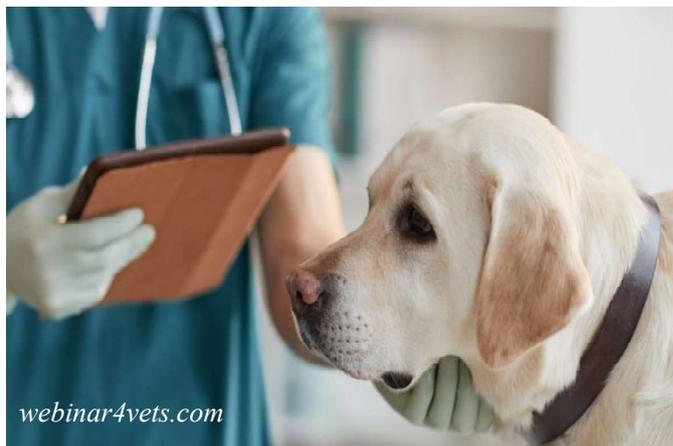
Dall'accalappiacani all'Operatore tecnico veterinario nel SSN.

Breve storia di una professione di soccorso poco conosciuta e raccontata male

CONTINUA DA PAG. 17

Analoghe responsabilità e competenze vengono riconfermate ed implementate con la successiva Legge regionale 11 aprile 2019, n. 3. "Disposizioni volte a promuovere e a tutelare il rispetto ed il benessere degli animali d'affezione e a prevenire il randagismo" attualmente in vigore in Campania, dove sempre nel paragrafo "Competenze delle Aziende Sanitarie Locali" si definiscono i seguenti ambiti di attività: b) *"promuovere e attuare interventi mirati al controllo demografico dei cani randagi e delle colonie feline registrate (...); c) "attivare il servizio di accalappiamento dei cani randagi per il successivo trasferimento presso le strutture comunali (...), previo trattamento sanitario (...). La cattura del cane randagio è effettuata da personale appositamente formato (...), ed avviene con metodi non lesivi per l'incolumità dell'animale stesso", d) "assicurare la sterilizzazione, (...) la degenza post-operatoria dei cani randagi prima dell'inoltro ai canili o della loro reimmissione sul territorio di provenienza e dei gatti liberi delle colonie prima della loro reimmissione nelle stesse nonché dei gatti liberi non appartenenti a colonie prima della loro reimmissione sul luogo di ritrovamento"; f) "attivare un pronto soccorso veterinario per le prestazioni di primo e secondo livello sanitario per i cani vaganti feriti e per i gatti liberi feriti, su chiamata diretta del cittadino (...) e provvedere, inoltre, alla registrazione dell'attività nello specifico sistema informativo regionale anche al fine dell'implementazione del Registro tumori (...); i) "provvedere al ritiro dai luoghi pubblici delle spoglie di animali d'affezione, alla verifica di eventuale tatuaggio o microchip, all'accertamento delle relative cause di morte, anche mediante l'ausilio di esami necroscopici, prima dell'invio agli impianti riconosciuti per il trattamento delle spoglie animali; provvedere, inoltre, alla registrazione delle attività nello specifico sistema informativo regionale anche al fine dell'implementazione del Registro tumori (...); l) "eseguire esami necroscopici su spoglie di animali d'affezione provenienti dai canili ove siano necessari per la valutazione delle cause di morte".*

Al comma 2, l'Articolo definisce inoltre che *"Per la corretta attuazione delle attività di cui (sopra), le ASL attivano apposite strutture sanitarie. Le prestazioni sanitarie di secondo livello, se necessario, possono essere erogate attraverso il ricorso al CRIUV"* ovvero il Centro di Riferimento istituito in regione Campania nel 2009, che ha la missione di



analizzare e studiare soluzioni operative in materia di igiene urbana veterinaria, prevenzione del randagismo, benessere animale ed epidemiologia per tutta la regione Campania. Tale normativa fissando, inoltre, gli obblighi di Formazione e aggiornamento professionale in materia di igiene urbana veterinaria da svolgersi sul territorio regionale per il personale addetto alla cattura, al soccorso ed alla custodia dei cani e dei gatti (Art. 19, comma 1, lettera f) riconosce il ruolo di questi lavoratori, che, per esercitare in tale ambito, devono possedere specifici requisiti formativi professionalizzanti.

Sulla scorta di queste premesse, si è venuta a creare la figura dell'Operatore Tecnico Veterinario nel SSN addetto al soccorso, cattura, ricovero e gestione degli animali d'affezione e dei sinantropi. Dopo anni di *outsourcing*, fatti di reclutamento del personale tramite agenzie di collocamento, prima, e con appalto a ditte esterne, poi, si è finalmente giunti al superamento del precariato lavorativo. Gli Operatori Tecnici sono stati debitamente formati con un corso di addestramento e, successivamente, selezionati tramite un apposito concorso pubblico nell'A.S.L. Napoli 1 Centro, prima Azienda Sanitaria in Italia ad internalizzare e riqualificare questa tipologia di professione. Grazie a questa intuizione, il Personale tecnico è divenuto elemento di supporto indispensabile alla Medicina Veterinaria Pubblica sia all'interno del Presidio Ospedaliero Veterinario del Frullone, a Napoli, sia nei reparti esterni (fattoria zooantropodidattica, canile municipale, C.R.A.S.) co-gestiti in sinergia con altri Enti pubblici. Il Personale Tecnico, inoltre, viene impiegato in azioni peculiari afferenti la prevenzione veterinaria in ambito regionale, come la cattura di cinghiali e suini selvatici nell'ottica del contenimento della diffusione della peste suina africana (P.S.A.), vera e propria minaccia per gli allevamenti e la fauna delle aree boschive.

La figura professionale dell'Operatore tecnico, naturalmente, è in stato evolutivo. Anzitutto, perché la dicitura di "accalappiacani", oltre ad essere desueta, risulta essere negativa nella percezione dell'opinione pubblica. In secondo luogo, questa professione, come abbiamo visto, si è andata notevolmente arricchendo

CONTINUA A PAG.

Dall'accalappiacani all'Operatore tecnico veterinario nel SSN.

Breve storia di una professione di soccorso poco conosciuta e raccontata male

CONTINUA DA PAG. 18

e ha modificato al fondo i parametri della propria funzione di base, specializzandosi in relazione alla crescente domanda di soccorso degli animali randagi e sinantropi. Va, infine, tenuta in considerazione l'attività crescente riguardo gli interventi assistiti con gli animali (IAA) -meglio nota come *pet therapy*- che riscontra, anche in ambito del SSN, un "crescendo di condizioni applicative importanti fra umani e animali, in cui la figura dell'Operatore tecnico, appositamente formata, può divenire essenziale nel ruolo di coadiuvazione fra componente clinica e componente terapeutica.

La battaglia sindacale che si sta sviluppando con la Funzione Pubblica CGIL, al di là dell'introduzione di apposite indennità destinate al personale di soccorso di un qualsiasi presidio ospedaliero, ha come obiettivo strategico lo specifico inquadramento nonché riconoscimento giuridico nel SSN dell'Operatore Tecnico Veterinario. L'auspicio, inoltre, è che attraverso la mobilitazione sindacale, scientifica e culturale, in futuro, l'Università attivi percorsi formativi volti ad istituire una laurea in scienze infermieristiche veterinarie.

La stessa società civile, in tal senso, può essere ricettrice di queste istanze, in quanto collabora in forma volontaristica alle segnalazioni di pronto intervento per il tramite del Numero Verde Regionale dedicato a questo servizio. L'opinione pubblica è importante nel promuovere in modo progressivo una professione di

soccorso specializzata- attiva H 24, 365 giorni all'anno- che, al pari dei professionisti del 118 in umana, svolge un servizio essenziale, pubblico, gratuito e di qualità in favore di specie animali che altrimenti non avrebbero possibilità di sopravvivenza in caso di pericolo. Contribuendo, in ultima analisi, alla prevenzione di zoonosi ed altri pericoli derivanti dall'inquinamento ambientale, come dimostrano i preziosi dati acquisiti nel Registro Tumori Animali Campania che, dal 2011, si pone come strumento utile alla sorveglianza epidemiologica dei casi neoplastici negli animali domestici, riconoscendo il ruolo dei medici veterinari nelle azioni di sanità pubblica e degli animali quali sentinella di eventi che possono compromettere anche la salute dell'uomo, con particolare riguardo ai contaminanti ambientali.

[Si ringrazia per la consulenza scientifica la dott.ssa Marina Pompameo, Direttore dell'Area di Coordinamento di Sanità Pubblica Veterinaria e Polo Didattico Integrato e dell'U.O.C. Sanità Animale e Presidio Ospedaliero Veterinario]

FONTIANALITICHE

- D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320, "Regolamento di Polizia Veterinaria";
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- Legge 14 agosto 1991, n.281, "Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo";
- Legge Regionale 24 novembre 2001, n. 16 "Tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo";
- Legge regionale 11 aprile 2019, n. 3. "Disposizioni volte a promuovere e a tutelare il rispetto ed il benessere degli animali d'affezione e a prevenire il randagismo";
- Protocollo d'intesa per l'effettuazione in forma coordinata degli interventi per l'attivazione e il funzionamento del Centro di Riferimento regionale per l'Igiene Urbana Veterinaria (C.R.I.U.V.), 26/6/2020;
- <https://www.dipsa.it/default.php?mcat=azi&cod=registro&scod=campania>



Napoli, 29 novembre 2024. Spezzione degli Operatori tecnici del Presidio Ospedaliero Veterinario Asl Napoli 1 Centro.

Il lungo percorso verso la giustizia a tutela della salute e dell'ambiente a Salerno

Carla Cirillo, Lorenzo Forte

Associazione "Salute e Vita"

L'Associazione "Salute e Vita" si batte da anni contro l'inquinamento e a favore della salute pubblica, dell'ambiente e della legalità, con particolare attenzione al caso delle Fonderie Pisano. La proprietà dell'impianto è stata coinvolta in numerosi procedimenti penali per gravi violazioni ambientali, inclusi scarichi non autorizzati di agenti cancerogeni e metalli pesanti nell'ambiente. Nonostante i tentativi di adattamento alle normative, i proclami sull'imminente delocalizzazione e i vari provvedimenti di chiusura, la fonderia continua a operare nel tessuto urbano della città, spesso contravvenendo alle leggi e, com'è ormai comprovato, provocando danni ambientali e sanitari considerevoli.

L'Associazione chiede da più di un decennio alle autorità competenti di monitorare regolarmente le emissioni e di adottare misure più rigorose per garantire il rispetto delle normative ambientali, incoraggiando l'uso di tecnologie più sostenibili dal momento che nell'area di Fratte, dove insiste l'impianto, e in quelle limitrofe sono stati riscontrati tassi anomali di tumori e malattie respiratorie. In questo

senso, lo Studio SPES (Studio di Esposizione nella Popolazione Suscettibile) è stato uno strumento significativo per valutare l'impatto delle Fonderie Pisano sulla salute.

Lo SPES, inizialmente dedicato alla Terra dei Fuochi e poi esteso nel 2016 alla Valle dell'Irno con un focus sull'impianto Pisano, ha esaminato l'impatto sulla salute dei residenti in aree suddivise in cerchi concentrici attorno all'impianto, con un raggio di 3 km. Dallo studio è emerso che nel sangue dei soggetti esaminati le concentrazioni di metalli tossici, tra cui mercurio e cadmio, sono fino a cinque volte superiori alla media. È peraltro dimostrabile che l'alta concentrazione di mercurio e cadmio è correlata alle attività della fonderia, che utilizza forni a cubilotto, unici nella Valle dell'Irno. Anche la diossina, prodotta dalla combustione di rifiuti, è stata trovata a livelli allarmanti. Tale dato, in principio inatteso se l'impianto avesse funzionato nel rispetto della normativa, trova riscontro nel sequestro del 2017 da parte della Procura di Salerno di centinaia di tonnellate di metalli pesanti, contaminati da olio e plastica.

D'altra parte, in quell'anno l'ARPAC nella relazione finale della sua attività ispettiva disegnò per l'ennesima volta un quadro allarmante dell'impatto ambientale dell'impianto sulla salute pubblica e sull'ambiente. Tra le gravi difformità evidenziate nella relazione si citano: la mancata applicazione della normativa riguardante la prevenzione della formazione di diossina, stoccaggio dei rottami e dei rifiuti prodotti, nonché la parziale applicazione delle norme relative alla captazione delle emissioni prodotte in varie fasi del processo produttivo

CONTINUA A PAG. 21



Fumi2021: "Una foto recente (maggio 2021) da cui si evince che i fumi emessi durante i processi di lavorazione non siano adeguatamente captati, ma fuoriescano in maniera incontrollata dai capannoni della Pisano"

Il lungo percorso verso la giustizia a tutela della salute e dell'ambiente a Salerno

CONTINUA DA PAG. 20

e alla separazione delle acque reflue. Tutte queste evidenze scientifiche sono state portate alla conoscenza dell'opinione pubblica sono tramite le iniziative dell'Associazione e, nel caso specifico dello SPES, solo dopo diversi mesi dalla conclusione dello studio, e solo dopo un'ordinanza del TAR su sollecitazione dell'Associazione. Tuttavia, tutte le evidenze prodotte non sono bastate per determinare la chiusura o delocalizzazione dell'impianto Pisano.

È importante ricordare che si attende la sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo sulla vicenda, a seguito del ricorso presentato dall'Associazione. L'accusa alle autorità italiane è di non aver preso le misure adeguate per prevenire i danni ambientali e sanitari causati dalle emissioni delle Fonderie Pisano, né per affrontare l'emergenza sanitaria legata all'inquinamento industriale. I ricorrenti denunciano anche la mancata informazione della popolazione locale sui rischi derivanti dalle emissioni. Si spera in una sentenza che imponga allo Stato italiano l'adozione di misure concrete per garantire che le attività della Fonderia Pisano siano conformi alle leggi ambientali nazionali e europee.

È fondamentale ricordare che durante tutti questi anni

di lotte, l'Associazione ha beneficiato del sostegno imprescindibile di professionisti, come avvocati e medici, il cui apporto è stato cruciale nei procedimenti civili e penali, nonché nella comprensione delle numerose perizie tecnico-scientifiche che hanno rappresentato il fulcro di questa battaglia. In particolare, i medici di Medicina Democratica, che affianca l'Associazione da circa 10 anni, hanno ricoperto un ruolo determinante nel processo penale riguardante la possibile correlazione tra patologie e decessi nelle aree limitrofe alla Fonderia per il quale i Pisano erano accusati di disastro ambientale. I dottori Paolo Fierro, Marco Caldiroli e Luigi Esposito hanno ricoperto infatti il ruolo di consulenti di parte a titolo gratuito in tale processo, consentendo che non fosse archiviato.

La questione Fonderie Pisano purtroppo non è ancora risolta e la maggiore frustrazione della comunità è di aver registrato in tanti anni il disinteresse, se non una mal celata complicità, delle istituzioni nei confronti del caso. Tanti enti quali ASL, Comune di Salerno, Regione Campania e Sindacati, non hanno dato a tutt'oggi risposte concrete. Tuttavia alcuni importanti traguardi sono stati raggiunti, primo tra tutti portare la questione all'attenzione dell'opinione pubblica. La proprietà è stata messa di fronte alle proprie responsabilità ed è stata costretta a difendersi in diversi processi. L'impianto ha subito numerose chiusure, seppur temporanee.

Un aspetto altrettanto significativo è che una parte degli operai ha acquisito una maggiore consapevolezza riguardo ai rischi legati al lavoro in condizioni di totale assenza di tutele.



Qui si muore: "Toccante murales apparso sulla facciata di uno dei palazzi nei pressi del centro abitato di Fratte, dove insiste la Fonderia Pisano"

Perché è così difficile restare? Un'analisi sulla crisi dei servizi sanitari in Irpinia

Ing. **Martina Musto**

Dott. **Antonio Sorrentino**

Rimanere nel Sud Italia, in particolare nelle piccole province, è una scelta che richiede coraggio e determinazione. Questa difficoltà si amplifica in territori come l'Irpinia, dove il senso di abbandono e la mancanza di una voce politica forte sono palpabili. Alle difficoltà occupazionali si aggiungono gravi carenze nei servizi essenziali, tra cui quelli sanitari, che rappresentano un nodo cruciale per la qualità della vita dei cittadini.

Negli ultimi vent'anni, l'Irpinia ha subito una progressiva erosione del servizio sanitario pubblico. La chiusura dell'ospedale di Bisaccia, il forte ridimensionamento di quello di Sant'Angelo dei Lombardi e la riduzione degli ambulatori specialistici hanno creato un vuoto difficile da colmare. Secondo i dati del Ministero della Salute, i posti letto in Irpinia per acuti sono diminuiti drasticamente: da 4 per 1.000 abitanti nel 2010 a meno di 2,5 nel 2023.

Questa riduzione non è avvenuta per caso: le politiche di austerità e i tagli alla spesa sanitaria compromettono il servizio pubblico nazionale, aggravando una situazione già precaria. Le strutture rimaste operative si trovano a dover affrontare un aumento esponenziale

della domanda di servizi, senza un proporzionale incremento delle risorse. Sono emblematici i dati del principale ospedale dell'Irpinia, dove a fronte di un cospicuo aumento delle richieste di accesso ai servizi, dato ricavabile dal netto incremento degli accessi al pronto soccorso (più 12000 negli ultimi due anni), i posti letto disponibili non solo non aumentano, ma hanno registrato anche un leggero calo, passando da 594 durante il periodo Covid nel 2020 a 560 nel 2024. Per quanto riguarda il servizio ambulatoriale, i dati forniti dall'ASL di Avellino a gennaio 2024 dicono che l'attesa media per un ecocardiogramma è di 160 giorni, mentre per una colonscopia si arriva fino a 336 giorni. È evidente che i tempi d'attesa sono sempre più lunghi e l'accesso alle cure è sempre più difficile.

Queste difficoltà si ripercuotono in particolare sulle fasce più vulnerabili della popolazione e su chi vive nelle aree rurali o di montagna. La mancanza di servizi sul territorio spinge molti cittadini verso l'esodo sanitario, costringendoli a percorrere centinaia di chilometri o a rivolgersi a strutture fuori regione per ricevere cure adeguate. Questa disparità di accesso alle cure aggrava ulteriormente il divario già esistente tra aree urbane e periferiche, rendendo insostenibile la vita in provincia per molte famiglie.

Di fronte a questa crisi, le istituzioni hanno proposto alcune soluzioni, come l'introduzione delle Case della Salute e la digitalizzazione della sanità attraverso la telemedicina. Tuttavia, al momento, queste iniziative restano per lo più sulla carta e non riescono a rispondere in maniera adeguata alle carenze strutturali del sistema sanitario. Colmare il gap tra le necessità della popolazione e i servizi disponibili richiede

interventi ben più incisivi e una visione politica chiara e orientata al lungo termine.

La situazione sanitaria dell'Irpinia è uno specchio delle difficoltà più ampie che affliggono le aree interne del Sud Italia. L'abbandono progressivo di queste zone non è soltanto una questione di opportunità economiche, ma anche di diritti fondamentali, come quello alla salute, che vengono negati e che spingono all'abbandono. Se non si interverrà con decisione, il rischio è di accelerare ulteriormente lo spopolamento, lasciando queste comunità sempre più isolate e vulnerabili. Rimanere in Irpinia - e nel Sud in generale - è una scelta coraggiosa, ma è anche una sfida che le istituzioni devono accogliere, garantendo a tutti i cittadini il diritto a una vita dignitosa e a cure adeguate.

Tab. 7. *Popolazione delle aree interne della Campania nel 2021 e tassi cumulati di variazione % della popolazione nel periodo 2002-2021*

Aree interne e Regione	Popolazione al 31.12.2021		2002-2011		2011-2021		2002-2021	
	Valori assoluti	In % provincia di appartenenza	Area interna	Provincia di appartenenza	Area interna	Provincia di appartenenza	Area interna	Provincia di appartenenza
Alta Irpinia	57.359	14,4	-4,3	1,4	-11,9	-8,3	-15,7	-7,0
Vallo di Diano	56.161	5,3	-1,0	3,0	-7,8	-4,2	-8,7	-1,3
Cilento interno	45.264	4,3	-4,3	3,0	-11,0	-4,2	-14,9	-1,3
Tammaro-Titerno	70.896	26,9	-0,9	0,1	-9,3	-8,0	-10,2	-8,0
Alto Matese	36.801	4,1	-0,3	7,4	-10,0	-1,9	-10,3	5,4
Totale Aree Interne	266.481	10,2	-2,2	3,8	-10,0	-4,5	-12,0	-0,8
Campania	5.590.681	4,8	2,2	4,1	-4,1	-2,0	-2,0	-2,0

Fonte: Elaborazioni SVIMEZ su dati ISTAT.

Lo spopolamento delle aree interne, da studio Svimez. Promozione di iniziative di studio e ricerca socioeconomica a supporto della programmazione e valutazione delle Politiche di Coesione della Regione Campania. Dinamiche demografiche e percorsi di sviluppo territoriale.

Gli ambulatori popolari come strumento di solidarietà

Claudia Di Ludovico

Medico Chirurgo, Napoli

Nella città di Napoli il diritto alla cura sta diventando sempre più un miraggio. Come sa chiunque abbia provato a districarsi tra i mille dedali della burocrazia sanitaria, riuscire a prenotare un esame in tempi congrui (ossia quelli previsti dal codice di prenotazione) è possibile solo dietro pagamento per quasi tutti i tipi di visite e esami. Ma non basta. Solo in Campania mancano 440 medici di medicina generale di cui 74 nella sola città di Napoli: questo rende ragione del sovraccarico del pronto soccorso degli ospedali cittadini, inondati da accessi impropri. A registrare le carenti prestazioni dei nostri territori sono gli stessi rapporti multidimensionali del Ministero (AGENAS) o 7° rapporto GIMBE. Tuttavia, oltre a queste ben note difficoltà c'è anche un mondo sommerso, difficilmente quantificabile, relativo ai cittadini extracomunitari che possono contare su pochissimi ambulatori STP e spesso risultano del tutto tagliati fuori dall'accesso alle cure.

Queste necessità, che a vario titolo riguardano ampie fette della popolazione se non tutta, hanno spinto alcuni volontari (medici, infermieri, studenti, psicologi eccetera) a dare vita anche qui alla esperienza degli ambulatori popolari. Questi sono luoghi in cui si prova a dare una prima risposta ai bisogni di salute delle persone, iniziando dall'ascolto, cercando poi quando possibile di indirizzare nel servizio più idoneo, o in caso di impossibilità, di offrire servizi gratuiti alla popolazione. A Napoli esistono diverse esperienze di questo genere, autonome l'una dall'altra anche se tutte si inscrivono in un contesto specifico di attivismo e militanza e condividono pertanto la stessa matrice: l'insofferenza rispetto all'ingiustizia dell'accesso alle cure negato e il desiderio di abbattere gli ostacoli con uno slancio solidaristico.

Una panoramica della presenza degli ambulatori sul nostro territorio restituisce alcune delle carenze del sistema di salute pubblico e la loro legittimità si evidenzia nel fatto che ogni anno centinaia di persone accedono a questi sportelli. Questi tuttavia, nonostante offrano dei servizi di concreta utilità, non si propongono come possibili appendici o sostituti delle Aziende Sanitarie Locali ma come radar da cui partire per una riflessione più ampia sul declino della sanità pubblica e su come tradurla in una pressione istituzionale.

L'ambulatorio popolare dell'Ex-Opg "Je' so pazzo" nel quartiere popolare Materdei, nasce quasi simultaneamente all'occupazione della struttura nel



Sala di attesa dell'ambulatorio popolare ex OPG Je so' Pazzo

2015. Da quel momento ha subito notevoli trasformazioni, anche assecondando le richieste degli utenti. Pazienti migranti con difficoltà di accesso alla documentazione sanitaria (tessera sanitaria/STP/ENI) sono i maggiori fruitori degli sportelli medici. Questo avviene per due ragioni: intanto per l'effettiva incapacità della medicina migratoria di assorbirne la richiesta ma anche perché sempre all'ex OPG ha luogo l'attività del Movimento Migranti e rifugiati Napoli che da anni lotta al fianco degli stessi.

Tra le peculiarità dell'ambulatorio la capacità di offrire sportelli specialistici: ginecologico, nutrizionale, ecografico, nefrologico. Se inizialmente l'ambulatorio è stato materialmente costruito a partire dalle donazioni da studi medici dismessi e sulla solidarietà dei cittadini, qualche anno fa si è deciso di effettuare un crowdfunding per l'acquisto di un ecografo portatile per offrire una strumentazione di ultima generazione. Da qui la possibilità di avere uno strumento mobile che allo stesso tempo permetta di intersecare le lotte per un sistema sanitario pubblico e capillare, spostandosi in periferia e in particolare alla Casa del Popolo di Marano.

Lo Sportello Medico popolare qui svolge un lavoro di inchiesta somministrando un questionario a ciascun utente, da cui si evidenziano varie difficoltà: dalla mancanza di un presidio ospedaliero di zona a quello di ottenere in tempi brevi una visita specialistica. Nel corso dell'anno anche qui si forniscono servizi gratuiti tra quelli che generalmente sono percepiti come proibitivi per costi e tempi di attesa: esame della vista, consulenza posturale, sportello psicologico e visite nutrizionali per pazienti affetti da malattie metaboliche.

Gli ambulatori popolari come strumento di solidarietà

CONTINUA DA PAG. 23

Novità in città è lo sportello di ascolto e orientamento ai servizi "Impazient3!" promosso dal collettivo 'Cca nisciun' è fessa - SOS aborto Napoli' presso lo spazio Zeo81. Il collettivo è nato nel 2020, in piena pandemia, con l'intento di aiutare e accompagnare le persone che avevano necessità di avviare il percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). La necessità nasce dal fatto che spesso alla decisione di intraprendere una IVG fanno seguito una serie di difficoltà sia burocratiche che organizzative per portare a termine il percorso entro i tempi previsti dalla legge.

La Campania, e Napoli in particolare, hanno un numero di consultori non sufficienti (1/60,000 invece che 1/20,000 che sarebbe quanto prescritto per legge). Pertanto il gruppo di 'Cca nisciun' è fessa si è occupato per prima cosa di mappare i consultori e i centri IVG attivi sul territorio della città di Napoli e successivamente di orientare e accompagnare nel percorso le persone che ne facevano richiesta. Oltre a ciò, si è occupato di produrre materiale informativo e opuscoli cartacei su temi quali aborto, infezioni sessualmente trasmissibili, contraccezione ed educazione sessuale.

Ha di recente celebrato un anno di apertura lo sportello

medico di Villa Medusa a Bagnoli che da Novembre 2023 ha erogato servizi quali visite di medicina generale, specialistiche e consulenze dello sportello psicologico. L'indirizzamento presso i servizi pubblici territoriali è uno degli obiettivi principali dello sportello così come intrecciare le esigenze di salute pubblica con le lotte del territorio. Infatti, una delle battaglie portata avanti dallo sportello medico è stata quella per la riapertura del consultorio di Bagnoli, vero punto di riferimento per le donne dell'area. Tra gli intenti più ambiziosi del prossimo anno c'è l'apertura di uno sportello odontoiatrico, proposito che coglie la drammatica esclusività dell'attività privata sulle cure dentistiche.

Pioniera della salvaguardia della salute a cura degli spazi sociali è stato il Presidio di salute solidale nato nel 2011 dapprima presente presso la sede dello Zero81 Occupato e successivamente trasferitosi presso la sede di Santa Fede Liberata, in pieno centro storico della città. Le attività sono sempre state diversificate, da quelle di promozione della salute a quella di erogazione di corsi gratuiti per BLSD, unitamente alla richiesta di defibrillatori in città. Attualmente presente lo sportello di medicina generale così come gli ambulatori specialistici: ecografico e cardiologico.

L'operato silenzioso di questi ambulatori andrebbe ora più che mai evidenziato, non solo per risaltare che esiste uno spirito di solidarietà tra gli specialisti della salute ma affinché si rilevino effettivamente le carenze del servizio sanitario e si adoperino seri provvedimenti di riformulazione dello stesso secondo i principi di universalità e gratuità per i quali venne istituito.



Flash mob del collettivo Cca nisciun è fessa davanti al Primo policlinico di Napoli - Luigi Vanvitelli - in difesa del diritto all'aborto e contro l'obiezione di coscienza