6. Sanità e servizi alla persona / Passi avanti, passi indietro

Le dimensioni dell'assistenza sanitaria

Nel corso del 2001, circa il 75 per cento dei Torinesi ha dichiarato di godere di buona salute (fonte: Istat, *Indagine multiscopo*), in linea con la media nazionale, mentre è più basso il dato piemontese (70,5 per cento). Sul versante «oggettivo», in provincia di Torino la speranza di vita alla nascita (pari a 80,1 anni per le donne e 75,9 anni per gli uomini) è maggiore che nelle altre province piemontesi (fonte: *Lo stato di salute nella provincia di Torino*, 2001, dati 1998). Per quanto riguarda la mortalità, emergono differenze interne alla provincia torinese, seppur di entità limitata, con tassi più elevati nelle aree periferiche/pedemontane, ad esempio, nei distretti di Lanzo, Cuorgnè o Torre Pellice.

Principali cause di morte (a Torino come in Italia) rimangono le malattie del sistema circolatorio, seguite da tumori e malattie dell'apparato respiratorio e digerente (tabella 1). Se però si considera solo la popolazione al di sotto dei 65 anni, la composizione percentuale muta sensibilmente e i tumori diventano la principale causa di morte per entrambi i sessi. Livelli più elevati di mortalità per tumori si hanno nelle regioni del Nord: tra le dodici province metropolitane, Catania, Palermo, Napoli e Bari sono le meno colpite (con poco più del 25 per cento dei decessi); in provincia di Torino si registrano valori più alti, benché inferiori a quelli di Venezia o di Milano (32,5 per cento dei decessi; fonte: «Il Sole 24 Ore», su dati Istat 1999).

Tabella 1 – **Principali cause di morte**
(valori percentuali; fonte: Istat)

	Tumori	Ghiandole endocrine, metabol., sist. imm., nutrizione	Psiche, sistema nervoso, organi di senso	Sistema circolatorio	Apparato respiratorio	Apparato digerente	Apparato genito-urinario	Sintomi morbosi mal definiti	Totale (compr. patologie non indicate)
Torino									
1994	29,86	3,20	3,54	42,75	5,44	5,00	0,99	1,59	100,00
1998	28,51	3,08	4,07	42,61	7,49	4,53	1,15	0,82	100,00
Piemonte									
1994	27,92	3,01	3,43	44,26	5,85	4,60	1,11	2,67	100,00
1998	27,31	2,97	4,08	44,29	7,13	4,43	1,27	1,27	100,00
Italia									
1994	28,05	4,03	3,15	43,52	6,07	5,12	1,31	1,92	100,00
1998	27,75	4,18	3,86	44,07	6,50	4,63	1,43	1,20	100,00

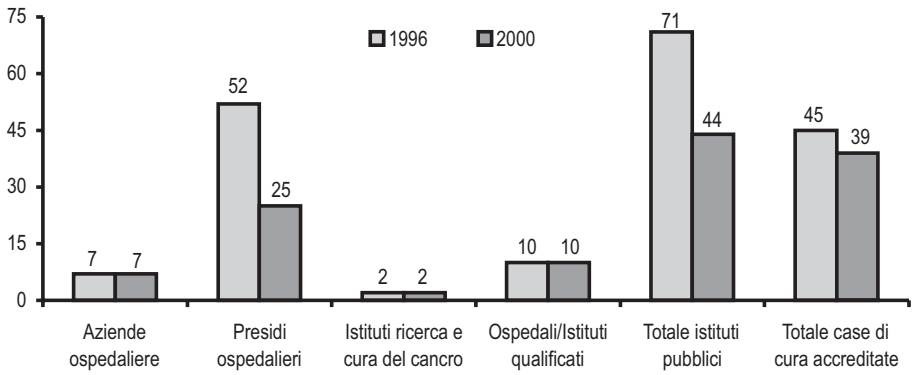
Per quanto riguarda l'offerta sanitaria (tabella 2), negli ultimi anni i vincoli di spesa concordati tra Ministero della Salute, Tesoro e Regioni hanno prodotto una forte

contrazione del numero degli istituti di ricovero: tra il 1996 e il 2000, in Piemonte il totale delle strutture pubbliche e delle case di cura accreditate è sceso del 28,4 per cento, per la chiusura di presidi ospedalieri piccoli e periferici (spesso trasformati in residenze socio-assistenziali) e la riconversione di interi reparti (figura 1).

Tabella 2 – **Offerta sanitaria**
(fonti: Istat e *Piemonte in cifre*, 2002)

	1995	1998
Torino		
Istituti pubblici e privati	62	54
Posti letto per 1.000 ab.	5,6	5,3
Ricoveri per 1.000 ab.	116,9	149,1
Piemonte		
Istituti pubblici e privati	127	104
Posti letto per 1.000 ab.	5,9	5,3
Ricoveri per 1.000 ab.	129,6	153,0
Italia		
Istituti pubblici e privati	1.848	1.489
Posti letto per 1.000 ab.	6,2	5,5
Ricoveri per 1.000 ab.	139,2	180,3

Figura 1 – **Variazione del numero di strutture sanitarie in Piemonte**
(fonte: Ministero della Salute)



I posti letto sono diminuiti in Piemonte fino a 5,3 ogni 1.000 abitanti nel 2000, valore che rimane comunque superiore alla media nazionale (5,1); le direttive ministeriali hanno come obiettivo un'ulteriore riduzione, fino a circa 4 posti letto ogni 1.000 abitanti. È quindi necessario potenziare e creare strutture adeguate per l'assistenza ai malati cosiddetti «non acuti», incrementando *day hospital* e *day surgery*

(che consentono al paziente accertamenti e piccoli interventi nell'arco di una giornata, senza necessità di ricovero), servizi domiciliari, residenze assistenziali per lungodegenti e servizi di riabilitazione. Proprio in questi ultimi due settori il Piemonte è dotato di un numero di posti letto ben superiore alla media nazionale: 84,9 ogni 100.000 abitanti (contro 58,2; fonte: Prometeo, su dati Istat, 1998). Torino città, invece, risulta grosso modo in linea con il dato nazionale.

Per quanto riguarda Torino e Piemonte, la forte riduzione di posti letto in regime ordinario non è stata finora bilanciata da un potenziamento dei posti in *day hospital* (tabella 3): la dotazione di letti in questo tipo di servizi mantiene a Torino un'incidenza (sul totale di posti letto) simile a quella media nazionale (11,7 per cento; fonti: Censis e Ministero della Salute, su dati 2000), circa a metà strada tra il valore massimo di Ferrara (20 per cento) e quello minimo di Vibo Valentia (0,69).

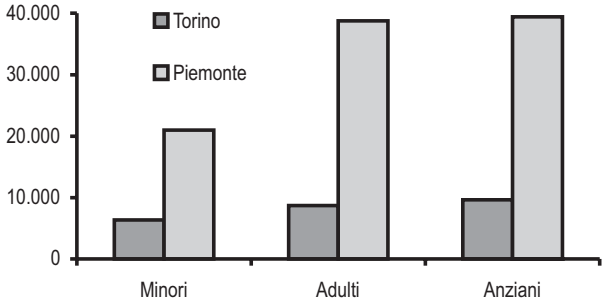
Tabella 3 – **Variazione dimensionale dell'offerta sanitaria, 1997-2001**
(fonti: Regione Piemonte, Agenzia per i servizi sanitari regionali)

	Presidi	Letti in degenza ordinaria	Letti in *day hospital*	Costo medio di 1 giorno di degenza (anno 2000, in euro)
ASL 1-4 (Torino)	7	–463	–3	n.d.
ASL 5-8 (area metropolitana)	11	–12	52	n.d.
Molinette	3	–445	–4	648
CTO	2	–239	–177	766
Regina Margherita / Sant'Anna	3	249	150	661
San Luigi	1	–3	3	577
Totale Piemonte	**67**	**–3.597**	**89**	**631**

Il 54,7 per cento delle giornate di degenza erogate su base regionale vanno a favore di persone anziane (IRES, 2001) e gli anziani sono anche i principali utenti del sistema socio-assistenziale, sia in provincia di Torino sia in Piemonte (figura 2). Non è un caso, tenendo conto che l'indice di vecchiaia (popolazione oltre i 65 anni per 100 abitanti di 0-14 anni) a Torino (con un valore 158 nel 2001) e in Piemonte (172) è superiore rispetto alla media sia del Nord (155) sia italiana (127) (fonti: BDDE Regione Piemonte, Istat). Gli scenari per il prossimo futuro indicano un progressivo aumento dei grandi anziani (ultrasettantacinquenni) e quindi della domanda di cura e servizi alla persona, essendo l'incidenza della disabilità correlata all'invecchiamento.

A livello nazionale, su 95.011 assistiti, gli anziani rappresentano il 24 per cento del totale degli utenti e assorbono il 42 per cento delle risorse: gli interventi a favore di infanzia e maternità sono più numerosi (37 per cento) ma con un peso finanziario pari ad appena un quarto del totale.

Figura 2 – **Utenti dei servizi sociali piemontesi**
(dati al 31 dicembre 2000; fonte: Regione Piemonte)



Dal punto di vista della spesa sostenuta dalle amministrazioni provinciali per l'assistenza, Torino a confronto con le altre città metropolitane si conferma nelle primissime posizioni (tabella 4).

Tabella 4 – **Assistenza diretta e indiretta erogata dalle amministrazioni provinciali, 2000**
(fonte: Istat, *Indagine multiscopo*, 2001)

	Spesa		Assistiti*	
	milioni di euro	%	numero	%
Torino**	7,6	2,3	1.004	1,1
Milano	7,6	2,3	4.676	4,9
Venezia	1,0	0,3	329	0,3
Genova	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bologna	1,7	0,5	474	0,5
Firenze	0,7	0,2	177	0,2
Roma	12,8	3,9	3.712	3,9
Napoli	7,5	2,3	2.625	2,8
Bari	3,2	1,0	2.566	2,7
Palermo	2,3	0,7	491	0,5
Catania	2,1	0,7	523	0,6
Cagliari	1,2	0,4	712	0,7
Italia	**331,0**	**100,0**	**95.011**	**100,0**

* Gli assistiti sono conteggiati una sola volta anche se hanno usufruito di più interventi nell'anno.
** Dati sottostimati per l'assenza di alcune voci.

Vanno a curarsi fuori dalla regione di residenza 7 italiani su cento (tabella 5). In generale, il saldo tra ricoveri fuori regione di residenti e ricoveri in regione di non residenti presenta valori negativi nelle regioni meridionali e in quelle più piccole, mentre i valori sono positivi nelle regioni settentrionali; il Piemonte, però, è l'unica

grande regione settentrionale a non attrarre più pazienti di quanti ne «esporti». Invece, risulta positivo per il Piemonte il saldo calcolato sulle giornate di degenza erogate (a livello sia regionale sia metropolitano[1]); il che significa che i ricoveri, a pari complessità del caso clinico, hanno una durata mediamente maggiore[2].

Tabella 5 – **Mobilità per motivi sanitari nelle regioni settentrionali, 2000**
(fonte: Ministero della Salute)

	Saldo ricoveri	% pazienti trattati	
		in regione	fuori regione
Piemonte	**–8.660**	**92,1**	**7,9**
Valle d'Aosta	–2.242	80,1	19,9
Lombardia	67.525	95,8	4,2
Liguria	4.462	90,1	9,9
Trentino-Alto Adige	2.141	91,1	8,9
Veneto	24.037	95,5	4,5
Friuli Venezia Giulia	4.381	93,9	6,1
Italia	**0**	**93,0**	**7,0**

Dalle schede di dimissione ospedaliera si deduce che i Torinesi tendono a spostarsi di meno per ricevere cure e che, anzi, l'area di Torino rivela una certa capacità attrattiva dal punto di vista sanitario. In altre province piemontesi, come Novara o Alessandria, invece, si registrano consistenti migrazioni per cure, quasi sempre verso la Liguria e, soprattutto, la Lombardia. Ci si sposta di più per i ricoveri programmati (che non per le urgenze) e per gli interventi chirurgici (rispetto ai ricoveri medici). Oltre l'80 per cento degli spostamenti all'interno del Piemonte è comunque di breve distanza: in 2 casi su 3 verso ospedali della stessa ASL di residenza, in 1 caso su 3 verso ASL limitrofe.

[1] Le ASL dell'area metropolitana qui considerate sono: 1-4 (Torino), 105 (Collegno), 106 (Ciriè), 107 (Chivasso), 108 (Chieri).

[2] La provenienza di una parte consistente di pazienti dall'Italia meridionale nonché un'età media più elevata sono probabilmente due cause della maggior durata dei ricoveri; d'altra parte questa tendenza potrebbe essere indice di un certo grado di inefficienza. Studi svolti sulla dimensione ottimale della rete ospedaliera, che valutano il numero di ricoveri effettuato utilizzando la minima quantità di posti letto e personale (ma senza considerare altri fattori, come i livelli di costo), collocano il Piemonte in linea con il dato nazionale (1996); purtroppo mancano dati più recenti e sufficientemente analitici per disaggregare i dati regionali e stimare l'efficienza dei singoli ospedali o addirittura di reparti o ambulatori. Cfr. G. Pignataro, *Specializzazione ed efficienza delle strutture ospedaliere*, intervento al convegno annuale del Comitato Giorgio Rota, 30 novembre 2002.

Tra criticità e ristrutturazioni

Gli ultimi dodici mesi sono stati particolarmente critici per la sanità torinese: numerose indagini giudiziarie hanno coinvolto, fra l'altro, la direzione generale e il reparto di cardiochirurgia dell'Ospedale Molinette, nonché alcuni servizi di base e centri di alta specializzazione; è stato inoltre commissariato l'Ospedale Mauriziano Umberto I. A ottobre 2002 gli atti della Commissione d'inchiesta regionale sulla sanità confermano molte criticità, specie relative al sistema degli appalti di beni e servizi, alle consulenze e ai bilanci di ASL e Aziende ospedaliere.

Un recente studio[3] dimostra, inoltre, che molti degli ospedali pubblici piemontesi sono sotto- (o sovra-) dimensionati, producendo diseconomie di scala in termini di efficienza: ad esempio, obbligando a «razionare» le prestazioni erogate, con limitazioni all'accesso ospedaliero (o ai farmaci), dimissioni forzate, lunghe liste d'attesa.

Sulla questione dei tempi di attesa, in particolare, l'assessorato piemontese ha intrapreso alcune azioni (aumento degli interventi ambulatoriali e abolizione in molte ASL delle prenotazioni per esami ematologici) e contestualmente ha assicurato miglioramenti grazie al progetto (piuttosto discusso nei tempi e nei costi) di informatizzazione del sistema. Ciò nonostante, un recente monitoraggio del Tribunale per i diritti del malato (TDM-Cittadinanza attiva, 2002) rivela – proprio in Piemonte – un peggioramento dei tempi: ad esempio, per alcuni esami di diagnostica strumentale, in ben 7 strutture torinesi (tra ospedali e ASL) occorre aspettare fino a sei mesi (o addirittura le liste d'attesa risultano chiuse per nuovi pazienti). Non a caso, il 72 per cento dei Torinesi ritiene i tempi di attesa lunghi o troppo lunghi (fonte: Directa 2001).

Dall'indagine Monitor Biomedico, realizzata nel 2002 dal Censis in collaborazione con il Forum per la ricerca biomedica, risulta come la maggioranza degli Italiani (56 per cento) si dica favorevole ad attribuire alle Regioni la responsabilità totale in materia di sanità, sia per creare un sistema più vicino alle esigenze locali, sia per responsabilizzare maggiormente i soggetti coinvolti. Diverse Regioni (Lombardia in testa, ma anche Toscana, che sta sviluppando una partnership pubblico-privato) hanno iniziato a lavorare per la realizzazione del federalismo sanitario.

Il Piemonte, in pratica, sta ancora facendo riferimento al Piano sanitario regionale 1997-1999; la bozza del nuovo Piano (presentata a fine 1999, ma molto contrastata) ha appena ripreso il suo cammino istituzionale dopo un periodo di stallo e la recente formulazione di vari emendamenti. Il Piano sanitario 2003-2005 si preannuncia, comunque, «di transizione», anche per la limitatezza delle risorse, i costi

[3] Cfr. G. Pignataro, *Specializzazione ed efficienza delle strutture ospedaliere*, cit.

elevati del sistema (peraltro caratteristiche comuni a tutta la sanità europea)[4] e le prossime scadenze elettorali locali.

Intanto, sempre più spesso si susseguono le ipotesi e le voci di possibili ulteriori smantellamenti di presidi sanitari esistenti, di nuove (drastiche) riduzioni e riconversioni di ospedali minori o singoli reparti; in un alternarsi di notizie, rettifiche e smentite (talvolta addirittura segnalando, invece, progetti di nuovi ospedali[5]).

Progettualità: reti, poli, eccellenze

Tra i progetti futuribili, il principale emerso nel corso del 2002 è senz'altro quello del Parco (o «Cittadella») della salute[6], il cui insediamento si ipotizza a Torino nell'area degli ex Mercati generali ed ex Dogane (via Giordano Bruno). Oltre ai problemi di compatibilità con i tempi di realizzazione del Villaggio olimpico (si veda in proposito il capitolo 8), occorre anche verificare la praticabilità del progetto rispetto al Piano sanitario regionale, la copertura finanziaria, il ruolo dei privati, il tipo di insediamento necessario (trasferimento di reparti di eccellenza da vari ospedali cittadini, trasferimento globale delle Molinette, creazione *a latere* di un centro di ricerca scientifica e tecnologica).

Da uno studio recente dell'Unione Industriale di Torino[7] risulta come il contributo del settore sanitario allo sviluppo sia ancora poco indagato, pur trattandosi di una componente importante dell'economia regionale, con il 4,5 per cento di quota sul PIL (nel 2000), un valore aggiunto di 4.233 milioni di euro, 102.000 occupati.

Dello sviluppo del settore sanitario si trova traccia anche nel Piano strategico Torino Internazionale, che ipotizza una linea di interventi basata sull'idea di «reti» sanitarie. La promozione delle reti e dei centri di eccellenza dovrebbe agire da volano per attrarre ricercatori, fondi, per incrementare la capacità innovativa e di formazione, per sviluppare *know-how* (analogamente all'esperienza dei distretti industriali) e, dunque, per attirare pazienti e promuovere iniziative d'impresa (ovviando

[4] Cfr. in proposito due interventi di Maurizio Ferrera – *Sanità, l'Italia riparte dall'Europa* e *C'è un rischio fai-da-te per la sanità* – su «Il Sole 24 Ore», rispettivamente del 3 luglio 2002 e 17 gennaio 2003.

[5] Cfr. ad esempio *Otto nuovi presidi entro il 2007*, «Il Sole 24 Ore Nord Ovest», 17 febbraio 2003.

[6] L'idea era sorta originariamente anche per sostenere, con una sede idonea, la candidatura di Torino per ospitare lo European Brain Research Institute (guidato da Rita Levi Montalcini), poi assegnato invece a Roma nel maggio 2002.

[7] M. Zangola, *Il peso del settore sanitario nell'economia piemontese*, intervento al convegno annuale del Comitato Giorgio Rota, 30 novembre 2002.

all'attuale bassa specializzazione piemontese nei settori produttivi direttamente collegati alla sanità).

Per ora, tuttavia, non si è ancora riusciti a valorizzare Torino nella ricerca e nelle cure mediche per perseguire un'eccellenza *di sistema* dell'intero complesso urbano e non soltanto della singola scuola medica. Inoltre, rimangono da affrontare le debolezze strutturali di Torino e del Piemonte, messe in luce anche da questo progetto di sviluppo: ricettività, infrastrutture, trasporti, attenzione imprenditoriale, comunicazione e, per certi versi, politica universitaria (ritenuta non sufficientemente innovativa)[8].

Per la rete oncologica regionale, dopo alcuni ritardi (doveva partire nel corso del 2000), nel novembre 2002 è stato presentato un complesso progetto – in cui sono coinvolti presidenti delle Province e sindaci piemontesi – per cercare di ottimizzare strutture, ricerca e cure al paziente oncologico. Dei 9 poli oncologici individuati a livello regionale (a ciascuno dei quali afferiscono ASL e, talvolta, altri ospedali), 4 sorgono nell'area torinese (San Giovanni sede storica, Molinette, San Luigi, IRCC di Candiolo) e 1 in provincia (l'Ospedale di Ivrea).

L'IRCC di Candiolo è sede dal gennaio 2002 del nuovo dipartimento universitario in Scienze oncologiche ed è previsto entro il 2004 l'aumento dei posti letto e la costituzione del Centro europeo di Oncogenomica funzionale (detto Euro-FOG-Center). All'interno della struttura oncologica delle Molinette, dall'ottobre 2002 opera la Fondazione internazionale di ricerca in Medicina sperimentale. Per l'Ospedale San Giovanni antica sede si sono avuti alcuni incontri tra enti locali, Università, mondo clinico e mondo finanziario locale per vagliare l'ipotesi, in accordo con gli altri tecnoparchi piemontesi, di realizzare un parco biotecnologico in cui sperimentare idee e prodotti per migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici. Attualmente Finpiemonte ne sta valutando le possibili fonti di finanziamento.

Ognuno di questi poli specialistici dichiara l'intento di *tendere la mano* e di *non contrapporsi* agli altri; certamente, però, il territorio e il bacino di utenza su cui insistono è lo stesso, senza dimenticare la probabile concorrenza con gli Istituti tumori di Milano e Genova o con l'Istituto europeo di oncologia del capoluogo lombardo.

Accanto al rinnovato Centro trapianti di midollo osseo dell'Ospedale infantile Regina Margherita (inaugurato all'inizio del 2002), si registrano invece alcune difficoltà per il settore legate a una riduzione sia degli espianti sia del numero di donatori piemontesi[9] (23,1 per milione di abitanti contro i 25,8 del 2001), che pure rimane sopra la media nazionale (in lieve crescita: da 17,1 a 17,6 donatori). Responsabili e coordinatori del Centro trapianti regionale attribuiscono questo primo calo,

[8] G. Donna, *Le reti sanitarie nell'esperienza piemontese*, intervento al convegno annuale del Comitato Giorgio Rota, 30 novembre 2002.

[9] Sono qui compresi anche i valdostani (fonte: Centro nazionale trapianti e Convegno diocesano per l'XI Giornata mondiale del malato, Ospedale Molinette, febbraio 2003).

in quasi quattro anni, all'immagine negativa della sanità in Piemonte, diffusasi a seguito delle recenti inchieste giudiziarie; la disponibilità ad autorizzare l'espianto di organi dipende infatti fortemente anche dal clima di fiducia/sfiducia verso le strutture sanitarie.

Nell'ambito dei progetti di salute mentale, sono partiti a Collegno (su una parte del Campo volo) i lavori per la costruzione della «Clinica della memoria» (traduzione dell'anglosassone *Memory Clinic*). A questo proposito, è stata costituita la Fondazione San Secondo per la ricerca sull'Alzheimer (malattia destinata presumibilmente a crescere quantitativamente nei prossimi anni per l'aumento della popolazione anziana), cui hanno aderito enti locali, Università, fondazioni bancarie e benefattori privati.