

6. SANITÀ E SERVIZI ALLA PERSONA / SI NAVIGA A VISTA



LA SALUTE

I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana; inoltre, l'Organizzazione Mondiale della Sanità rileva come l'Italia sia il paese in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è più intenso e più veloce.

In Piemonte la speranza di vita alla nascita è di 76,4 anni per gli uomini e di 82,6 per le donne¹, di pochissimo al di sotto della media nazionale (rispettivamente 76,7 e 82,9). La differenza di circa sei anni nella speranza di vita tra i due sessi è riconducibile alla minore mortalità femminile alle varie età, specialmente nelle patologie a più alto rischio: cardiovascolari e tumorali. Nella tabella 1 è presentata l'incidenza delle principali cause di morte: l'andamento conferma una diminuzione dei decessi per malattie del sistema circolatorio, benché queste permangano la principale causa di morte per la popolazione complessiva e per gli anziani, e la seconda causa negli adulti dopo i tumori.

Tabella 1 – **Principali cause di morte**

(valori percentuali; fonti: Istat e per il 2003 Ufficio di Statistica del Comune di Torino)

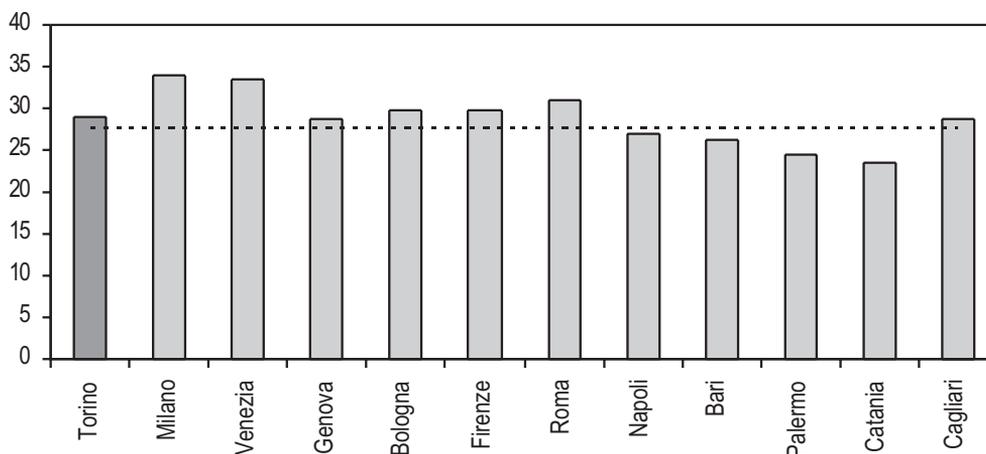
	Tumori	Malattie ghiandole endocrine, metaboliche, immunitarie e della nutrizione	Disturbi psichici, malattie sistema nervoso/ organi di senso	Malattie sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Malattie apparato genito-urinario	Sintomi, segni e stati morbosi definiti	Totale (comprese patologie non indicate)
Torino									
2003	30,92	3,14	4,38	36,87	6,88	4,56	1,34	0,55	100,00
1999	29,02	3,40	4,03	42,21	7,44	4,50	1,12	1,05	100,00
1994	29,86	3,20	3,54	42,75	5,44	5,00	0,99	1,59	100,00
Piemonte									
1999	27,75	3,35	4,14	43,43	7,35	4,21	1,31	1,47	100,00
1994	27,92	3,01	3,43	44,26	5,85	4,60	1,11	2,67	100,00
Italia									
1999	28,00	3,85	3,93	43,38	6,90	4,53	1,36	1,31	100,00
1994	28,05	4,03	3,15	43,52	6,07	5,12	1,31	1,92	100,00

¹ Istat, dati relativi al 2001, Piemonte e Valle d'Aosta insieme.

Tra le province italiane, i risultati dell'ultima indagine del «Sole 24 Ore» sulla qualità della vita (figura 1) confermano quelli dell'anno precedente, cioè un livello più elevato di mortalità per tumori nelle province settentrionali, con punte massime a Milano e Venezia (34 e 33,5 morti per tumore ogni cento decessi).

Figura 1 – **Morti per tumori sul totale dei decessi**

(valori percentuali; fonte: elaborazione «Il Sole 24 Ore» su dati Istat 2000)



Torino presenta un andamento della mortalità più elevato rispetto alla cintura²; invece la distribuzione geografica della mortalità per classi di età documenta una posizione sostanzialmente migliore del capoluogo rispetto alle altre province piemontesi. A titolo di esempio nella tabella 2 sono riportati, per le due cause di morte più frequenti, i diversi tassi di mortalità in regione. Da un'analisi approfondita del Servizio di Epidemiologia della ASL 5 di Grugliasco³ appare che i «vantaggi torinesi» siano imputabili in parte alla posizione occupazionale e sociale mediamente più favorita rispetto al resto della regione (con un'attesa quindi di salute migliore), alla maggior presenza di persone di origine meridionale, portatrici di un profilo di salute più favorevole⁴, e forse anche a un migliore accesso ai servizi.

² La distribuzione della mortalità all'interno della città mostra una situazione molto diversificata, con aree sfavorite (a nord di Dora e a Mirafiori sud) e aree in cui invece ha rilevanza la massiccia presenza di anziani (Crocetta, Santa Rita, Cenisia, Nizza-Millefonti, Vanchiglia e Mirafiori nord).

³ Cfr. G. Costa, A. Migliardi e R. Gnani (a cura di), *Torino: risorse e problemi di salute*, Città di Torino, Divisione Servizi socio-assistenziali, giugno 2002.

⁴ I flussi migratori degli anni Cinquanta e Sessanta provenienti dal Sud erano caratterizzati da bassa istruzione, alta natalità e buoni livelli di salute.

Tabella 2 – **Decessi per tumori e malattie del sistema circolatorio nelle province piemontesi, 1999**
(tasso di mortalità per 1.000 abitanti; fonte: HFA Database, dicembre 2003)

	Tumori	Sistema circolatorio
Torino	2,9	4,3
Vercelli	3,4	6,2
Biella	3,5	5,7
Verbano-Cusio-Ossola	3,6	5,2
Novara	3,2	4,8
Cuneo	3,2	5,4
Asti	3,5	6,6
Alessandria	4,0	6,7
Italia	2,7	4,2

Per contro, gli «svantaggi» dei torinesi sono quelli comuni agli ambienti fortemente urbanizzati: maggiore esposizione sia a rischi ambientali (clima e inquinamento, specie atmosferico) sia a situazioni collegate al disagio sociale (dipendenze da droghe, disturbi psichici ecc.) e minor ricchezza di legami familiari (considerati «protettivi» per la salute)⁵.

LO STATO DELL'ARTE

Da una recentissima indagine delle ACLI regionali⁶ risulta che oltre 38 piemontesi su cento si ritengono insoddisfatti per la situazione della sanità nel territorio della propria ASL di residenza – denunciando razionamento e/o inadeguatezza delle prestazioni –, circa 34 sono incerti sulla valutazione da dare e solo il restante 26 per cento dà un giudizio positivo.

Come si vede nella figura 2, i residenti nella provincia di Torino sono più critici rispetto alla media e rispetto al capoluogo regionale; le province dove c'è più insoddisfazione sono il Vercellese e l'Astigiano. I torinesi sono anche i meno pessimisti sul prossimo futuro: sono d'accordo con l'affermazione che «la situazione dei servi-

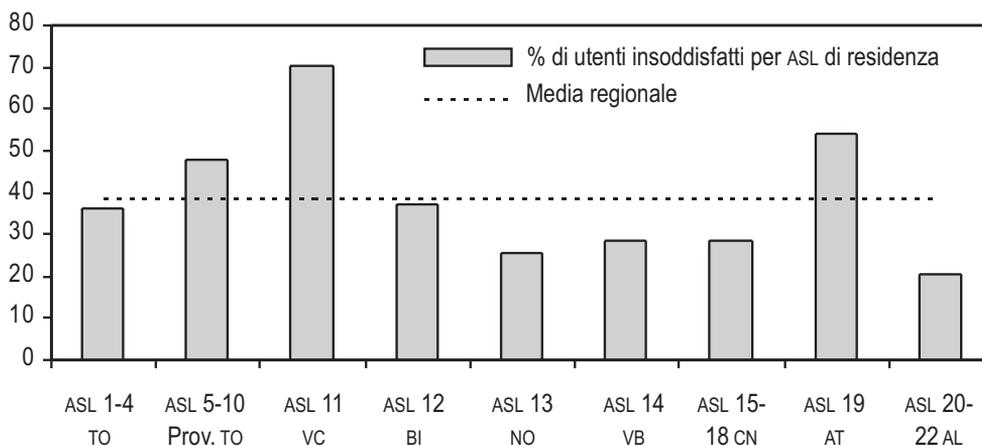
⁵ Il che significa un'incidenza più elevata di persone sole, famiglie monogenitoriali e coppie senza figli. È noto agli studiosi come la disponibilità di una struttura familiare stabile e completa sia fortemente correlata a tutti gli indicatori di salute positivi.

⁶ ACLI regionali, *La sanità in Piemonte tra immagine sociale, utilizzo dei servizi e costi per le famiglie*, Torino, gennaio 2004.

zi sanitari del territorio non migliorerà oppure peggiorerà ancora» 29 torinesi su cento, contro 34 residenti in provincia di Torino e 33 nel resto del Piemonte.

Figura 2 – **L'immagine della sanità in Piemonte**

(valori percentuali; fonte: ACLI regionali, 2004)



I costi sanitari sostenuti dalle famiglie piemontesi hanno pesato sul bilancio familiare «poco o per nulla» per un quarto degli intervistati, «in una certa misura» per il 50 per cento e «in maniera preoccupante» per il rimanente 25 per cento: tra questi, più della metà sono lavoratori dipendenti di cetto medio o medio-basso.

Dalle percezioni delle famiglie ai costi del SSN: la spesa sanitaria è cresciuta in Piemonte del 63 per cento nel periodo 1995-2001, contro un incremento nazionale del 57,5 per cento. Peraltro, i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) indicano una generale tendenza alla crescita dell'onere per la spesa sanitaria (espressa in percentuale del PIL) in tutti i paesi considerati, con una dinamica superiore al costo della vita⁷. Tuttavia, la spesa per le diverse funzioni presenta incrementi significativamente differenti: la voce che più è cresciuta in questi anni è stata quella farmaceutica, con un'incidenza a livello nazionale passata dal 10,6 del 1995 al 15,9 per cento del totale (2002). In Piemonte l'incidenza è del 13,4 per cento, risultando così tra le regioni con il valore più basso (assieme a Friuli, Liguria, Veneto e Trentino). Nella tabella 3 è riportata la spesa farmaceutica per abitante delle ASL dell'area metropolitana di Torino, che a parte i casi di Torino III e Collegno ha valori superiori alla media regionale. Per Torino I, l'ASL più centrale,

⁷ Per dare un ordine di grandezza, la spesa sanitaria italiana è stimata all'8,4 per cento del PIL nel 2001 (8,6 nel 2002), per la Francia 9,5, Germania 10,7, Regno Unito 7,6, Grecia 9,4 e Spagna 7,5. Il dato relativo agli Stati Uniti è 13,9 (OECD Health Data 2003).

probabilmente pesano sulla spesa anche gli acquisti di non residenti effettuati nelle farmacie di zona (effetto simile in altre ASL localizzate in zona centro, ad esempio Roma A). A livello nazionale (202,38 euro pro capite di spesa annuale per farmaci), le prime 56 province in ordine decrescente di spesa sono tutte del Centro-Sud, con primato per quelle siciliane, così come le ultime sono tutte del Nord⁸.

Tabella 3 – **Spesa farmaceutica nell'area metropolitana di Torino, 2003**

(fonti: OSMED del Ministero della Salute, Federfarma)

ASL	Spesa annuale pro capite* (euro)
Torino I	204,93
Ciriè	195,45
Torino IV	193,77
Chivasso	190,98
Torino II	189,49
Chieri	179,30
Torino III	171,83
Collegno	162,31
Piemonte	177,29
Italia	202,38

* Popolazione «pesata».

Per quanto riguarda la spesa sanitaria nel complesso, l'analisi svolta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) mostra che il Piemonte nel 2001 ha speso 2.722.598 lire pro capite per i propri cittadini, contro una media nazionale di 2.664.024 lire. Di quanto speso in Piemonte, il 46,2 per cento è stato attribuito all'assistenza ospedaliera; è il 48 per cento in Italia, dove per l'offerta sanitaria ospedaliera il SSN si avvale di 778 istituti di ricovero e cura pubblici⁹. Di questi, 98 sono Aziende Sanitarie Ospedaliere: 7 si trovano in Piemonte, quarta regione dopo le 27 ASO lombarde, le 17 della Sicilia e le 8 campane.

Nella tabella 4 sono presentati alcuni dati di attività, struttura e costo tratti dallo studio dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Le ASO del Piemonte presentano generalmente valori superiori alla media nazionale per il tipo di servizio

⁸ Le regioni settentrionali sono anche quelle dove è più basso il numero medio di ricette pro capite e dove è maggiore la spesa privata sostenuta dai cittadini. Dati OSMED, Osservatorio nazionale sull'uso dei medicinali del Ministero della Salute, 2002.

⁹ Il 55 per cento del totale; i restanti 632 sono istituti privati accreditati (Ministero della Salute, 2001).

erogato. Questo significa, ad esempio, che la maggiore complessità dei casi trattati¹⁰ incide fortemente sia sugli indicatori di efficienza (come degenza media¹¹ e turn-over dei letti), sia naturalmente sui costi. A titolo esemplificativo, in Lombardia, regione verso la quale si dirigono per cure molti piemontesi, l'indicatore di complessità ha un valore medio di 1,14, contro l'1,33 del Piemonte e una media nazionale dell'1,19.

Tabella 4 – **Aziende Sanitarie Ospedaliere piemontesi**
(fonte: ASSR, 2001)

	Totale posti letto	Difficoltà casistica trattata	% utilizzo posti letto	Degenza media (giorni)	Medici per posto letto*	Infermieri per posto letto*	Costo (euro) per giorni di degenza
Molinette	1.545	1,76	92,29	11,57	0,62	1,38	766
CTO CRF M. Adelaide	542	1,57	72,27	12,33	0,48	1,24	816
OIRM-Sant'Anna	976	0,78	64,38	4,62	0,45	1,03	732
San Luigi (Orbassano)	418	1,41	82,71	10,65	0,53	1,11	611
Maggiore della Carità (Novara)	849	1,37	69,62	7,90	0,41	0,98	657
Santa Croce e Carle (Cuneo)	834	1,29	70,46	7,44	0,41	1,12	602
SS. Antonio, Biagio e C.A. (Alessandria)	720	1,41	79,80	8,43	0,44	1,07	617
Media regionale	–	1,33	77,28	8,40	0,49	1,16	699
Media nazionale	–	1,19	76,28	7,27	0,44	1,08	555

* Mancano i dati relativi al personale amministrativo, il che non consente una corretta valutazione.

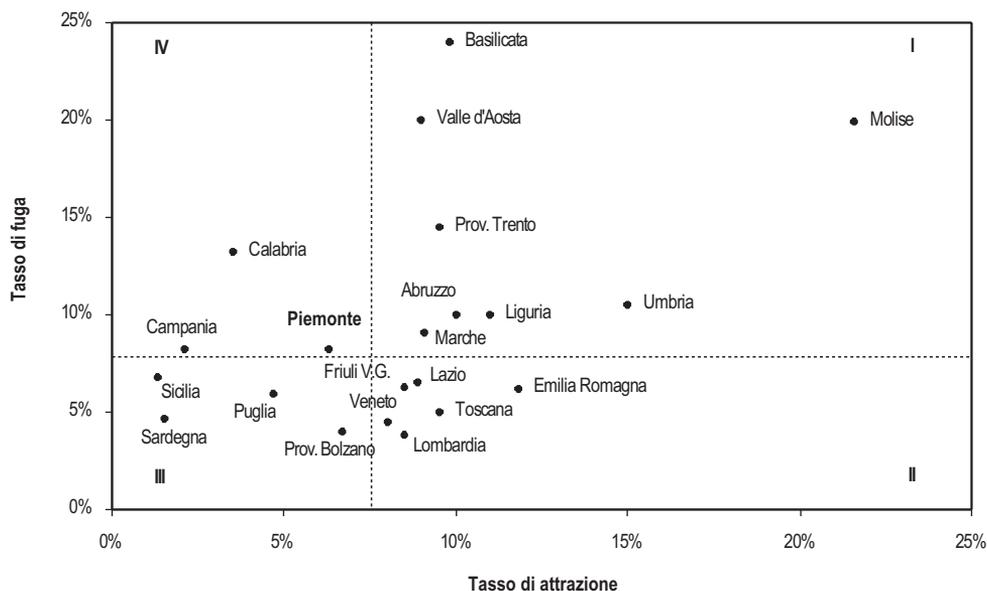
Nella figura 3 risulta evidente la collocazione diversa delle due regioni: la Lombardia si situa nel quadrante delle regioni «attrattive» (con Friuli, Veneto e le grandi regioni dell'Italia centrale), mentre il Piemonte è tra quelle «in deficit» (per un problema di bassa percezione o di basso livello di offerta?), insieme a Calabria e Campania; anche se si avvicina alle cosiddette regioni «autosufficienti»¹².

¹⁰ Gli indicatori di complessità, ad esempio (oltre a quello in tabella, chiamato dagli addetti ai lavori «peso medio DRG», esiste l'indice di case-mix e la percentuale di casi complicati), sono inferiori alla media nazionale in tutte le regioni meridionali e in alcune del Centro.

¹¹ A questo proposito si tenga presente che una degenza media bassa non è a priori un indicatore positivo, in quanto potrebbe essere ottenuto con dimissioni precoci od omissioni diagnostiche/terapiche.

¹² È interessante notare che tra le regioni «attrattive» ci sono quelle che dispongono dei piani sanitari regionali considerati più innovativi: Toscana, Emilia e Lombardia. CERGAS-Università Bocconi, *L'azionalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, EGEA, Milano, 2002.

Figura 3 – L'attrattività dei sistemi sanitari regionali
(valori percentuali; fonte: ACLI regionali, 2004)



Legenda. **Tasso di fuga:** ricoveri di residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione. **Tasso di attrazione:** ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione. **Regioni «specializzate» (quadrante I):** con forte mobilità in entrata e in uscita e dove si collocano prevalentemente le regioni di piccola dimensione, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica delle regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori regione le specialità che le strutture regionali non offrono. Nello stesso tempo queste regioni riescono ad attrarre pazienti dalle regioni confinanti per alcune specialità. **Regioni «attraenti» (quadrante II):** con elevata mobilità in entrata e più limitata in uscita. **Regioni «autosufficienti» (quadrante III):** con bassa mobilità in entrata e in uscita. **Regioni «in deficit» (quadrante IV):** con una pesante mobilità in uscita e ridotta in entrata.

Gli ultimi tre anni di dati disponibili indicano per il Piemonte¹³ un calo complessivo dei ricoveri del 5,3 per cento (tabella 5). Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera hanno inciso sulla diminuzione dei posti letto e quindi sui ricoveri ordinari (-75.325)¹⁴, solo in parte riconvertiti in modalità di degenza diurna (ricoveri in day hospital e day surgery: +34.335). Peraltro la riduzione dei ricoveri ordinari, imputabile al solo settore pubblico, sarebbe stata ancora maggiore se non si fosse avuto contestualmente un incremento dei ricoveri nel settore privato accredi-

¹³ Analogo andamento a livello nazionale. Cfr. Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*.

¹⁴ Osservando l'andamento su base mensile è interessante notare come a fine anno (novembre-dicembre), tanto nel 2002 quanto nel 2003, si sia verificata una drastica riduzione dei ricoveri programmati di acuti nelle strutture pubbliche a causa dei tetti di spesa imposti (e ormai raggiunti), con conseguente aumento dei ricoveri nelle case di cura private convenzionate – quindi con costi sempre a carico del SSN!

tato e non. A livello nazionale, l'intensità del privato accreditato rispetto al pubblico è particolarmente evidente in alcune regioni, tra cui Calabria, Sardegna, Campania, Lazio, Marche ed Emilia Romagna (Ministero della Salute, 2002).

Tabella 5 – Ricoveri in Piemonte

(valori percentuali, salvo diversa indicazione; fonte: Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino)

	Ricoveri ordinari				Day hospital e day surgery*			Totale prestazioni
	totale (n.)	di cui in percentuale			totale (n.)	di cui in percentuale		
		pubblico	priv. accred.	privato		pubblico	priv. accred.	
2000	588.024	89,9	9,5	0,6	190.348	100,0	0,0	778.372
2002	512.699	86,9	11,8	1,3	224.683	97,8	2,2	737.382
Var. 2000/2002	-12,8	-15,7	7,9	87,0	18,0	15,5	**	-5,3

* I dati del settore privato equivalgono a zero.

**Il privato accreditato è passato da zero a 4.907 prestazioni.

La dotazione di posti letto per le attività di day hospital e day surgery è ancora estremamente variabile a livello regionale; il Piemonte è tra le regioni che dispongono di un numero di letti maggiore (10,6 per cento del totale dei posti letto); il valore medio nazionale è di 8,9 nel 2001. A parte l'assistenza primaria (medicina di base e pediatri di libera scelta), la continuità assistenziale e le emergenze sono attualmente gestite dal servizio di guardia medica e dal pronto soccorso. La tabella 6 confronta i dati del Piemonte con quelli nazionali.

Tabella 6 – La gestione dell'emergenza in alcune regioni italiane

(fonte: Ministero della Salute, 2001)

	Guardia medica			Accessi al pronto soccorso*		
	punti di guardia medica	medici titolari x 1.000 ab.	ore totali	numero di pazienti	% di ricoveri	accessi x 1.000 ab.
Piemonte	134	0,1	945.220	1.824.508	12,0	425
Lombardia	220	0,1	1.657.893	3.615.072	17,3	396
Emilia Romagna	158	0,2	1.048.515	1.742.345	19,1	435
Veneto	116	0,2	1.036.347	2.049.325	17,0	451
Lazio	121	0,1	911.836	2.136.465	21,2	403
Puglia	236	0,2	1.518.974	1.559.852	38,4	382
Sicilia	509	0,4	2.992.763	2.280.586	28,0	449
Italia	2.975	0,2	21.070.011	23.638.300	21,4	409

* Strutture pubbliche e accreditate.

Per la guardia medica, in Piemonte si ha 1 medico ogni 10.000 abitanti e il 4,4 per cento delle ore sul totale Italia. A livello territoriale si registrano realtà molto differenziate, con valori più elevati di medici (in Molise, Basilicata e Calabria: 6-8 ogni 10.000 abitanti) e ore di guardia medica (Campania, Calabria e Sicilia: tra 10 e 13 per cento del totale) nelle regioni meridionali¹⁵.

Per quanto riguarda l'attività di pronto soccorso (di cui il SSN ha competenza esclusiva), gli accessi – numerosi – non mostrano una grande variabilità regionale (circa 4 ogni cento abitanti), mentre la quota di ricoveri, tra il 12 e il 20 per cento nelle regioni del Centro-Nord (12 per cento in Piemonte), balza oltre il 30 per cento nelle regioni meridionali, con punte del 38-39 e 45 per cento rispettivamente in Puglia, Molise e Basilicata. La Puglia è anche l'unica regione che non ha, con il sistema di emergenza sanitaria «118», la copertura di tutto il territorio (bensì solo del 35 per cento di esso), mentre il Piemonte è stata la prima regione a realizzare tale servizio.

Tra i centri che il Ministero della Salute identifica «a maggiore complessità in ambito sanitario» ci sono quelli che si occupano di trapianti di organi. Il Centro Nazionale Trapianti è articolato sul territorio in Centri regionali, tutti collegati tramite sistema informativo. A Torino, è immediato il riferimento all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista (le Molinette)¹⁶, della cui attività di trapianto sono riportati alcuni dati nella tabella 7. Oltre ai trapianti singoli, per i quali le Molinette sono in Italia ai primi posti come numero di interventi¹⁷, dal 1995 sono stati eseguiti una quindicina di trapianti combinati rene-fegato e rene-pancreas e dal 2000 è iniziata una collaborazione con l'Ospedale Infantile Regina Margherita per un programma di trapianti pediatrici.

Tabella 7 – I trapianti alle Molinette
(fonti: Assessorato Sanità della Regione Piemonte e CSI Piemonte)

	2000	2001	2002	2003*	Costo indicativo medio, in euro (2001)
Reni	92	108	95	70	61.000
Fegato	148	133	122	72	102.000

* Dati fino ad agosto.

¹⁵ Nel valutare queste disparità occorre tenere presenti almeno altri due fattori, e cioè la diversa distribuzione delle strutture ospedaliere sul territorio e l'incidenza dei flussi turistici.

¹⁶ Nel dibattito cittadino è anche emerso che le Molinette dovrebbero concentrarsi maggiormente sulle attività di eccellenza e diminuire la loro incidenza di produzione in Medicina generale e specialistica non elevata. Cfr. *Sanità: Regioni a confronto* (2003).

¹⁷ Oltre 2.000 trapianti di rene e fegato dal 1990. Per quanto riguarda i trapianti di rene, il bacino d'utenza delle Molinette è prevalentemente piemontese (Assessorato Sanità della Regione Piemonte, 2001).

Le donazioni di organi, dopo una battuta d'arresto anche per l'offuscamento dell'immagine della sanità locale (specialmente nel corso del 2002), sembrano essere in ripresa. A livello nazionale, i donatori sono in lenta ma costante crescita: dai 5,8 per milione di persone (PMP) del 1992 ai 18,1 PMP stimati per il 2002¹⁸. Tra le nazioni europee, l'Italia si colloca così al secondo posto dopo la Spagna (32,5 PMP) ma davanti a Francia, Germania e Regno Unito (fra i 13 e i 17 donatori PMP). Una recente ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, commissionata dal Ministero della Salute, ha dimostrato che il sistema trapianti ha raggiunto in Italia un buon livello, sia come quantità sia in termini di qualità e sicurezza, anche a confronto con i maggiori centri europei; tuttavia tali livelli non garantiscono il soddisfacimento della crescente domanda, come dimostrano i dati relativi alle liste d'attesa a livello nazionale e locale. Alle Molinette, ad esempio, la lista d'attesa fuori regione per i trapianti di rene è attualmente chiusa (salvo che per casi particolarmente difficili).

STRUMENTI E ORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO

La riduzione dei tempi d'attesa¹⁹ è difatti uno degli 11 progetti-obiettivo contenuti nel Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005 che ha preso il via il 15 aprile 2003 con l'intesa raggiunta in sede di Conferenza tra Stato, Regioni, Città e Autonomie locali. Altri punti essenziali sono il programma di farmacovigilanza, il monitoraggio della spesa, la promozione di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili²⁰: questo deve avvenire potenziando assistenza e ospedalizzazione a domicilio, istituti di riabilitazione e centri diurni, riducendo durata dei ricoveri e ricoveri impropri e riqualificando le strutture ospedaliere, con la riconversione degli ospedali minori e il potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza.

Proprio sull'integrazione socio-sanitaria la Città di Torino si sta muovendo con uno strumento all'avanguardia in Italia, il Piano dei servizi sociali 2003-2006, presentato a dicembre 2003. Esso è stato costruito partendo dai tre dati di fatto che

¹⁸ Ministero della Salute, anno 2002: proiezione su dati al 31 agosto 2002.

¹⁹ Si rimanda per l'argomento alla *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*, cap. 13.4, nonché ai monitoraggi sul campo del Tribunale per i Diritti del Malato (TDM) – *Tempi lunghi, diritti a rischio* (2002) e *Cittadini e servizi sanitari: Rapporto PiT Salute 2003*, reperibili su www.cittadinanzattiva.it –, infine alla già citata indagine delle ACLI regionali.

²⁰ La necessità di maggiori risorse per la non autosufficienza è stata più volte ribadita anche a livello comunitario, benché la sanità sia un ambito in cui l'Unione è ancora poco presente. Cfr. F. Maino, *La sanità fra Stato e Regioni*, «Il Mulino», 2003, n. 1.

caratterizzano la città²¹: il rapido invecchiamento della popolazione, più accentuato rispetto al resto del territorio regionale; la crescita della domanda sanitaria da parte di persone con gravi disabilità permanenti, dovute all'andamento cronico di un sempre più ampio numero di patologie (e l'aumento dei costi unitari delle prestazioni per lo sviluppo di tecnologie più sofisticate); infine, la crescente difficoltà a trovare assistenza all'interno dei nuclei familiari e la forte presenza di persone sole.

Tabella 8 – **Incidenza degli utenti dei servizi sociali sul bilancio**
(valori percentuali; fonte: Città di Torino, Piano dei servizi sociali 2003-2006)

Tipologia di utenti	% di spesa su consuntivo 2002
Minori	16
Disabili	27
Adulti	6
Anziani	33
Personale e costi generali	18
Totale	100

Nella tabella 8 è presentato il peso dei vari utenti sul bilancio 2002: gli anziani sono i soggetti che assorbono più risorse, esattamente un terzo. Come ordine di grandezza, per la gestione di tutto il settore socio-assistenziale per il 2003 è stato previsto per la Città di Torino un bilancio di 193 milioni di euro²². Se a Torino – con Alessandria, Verbania e Vercelli – gli utenti anziani sono più numerosi degli utenti adulti, a livello regionale nell'ultimo anno disponibile (2001) risultano in numero maggiore gli adulti (tabella 9). Le uniche variazioni in negativo, rispetto al numero di utenti seguiti nell'anno precedente, riguardano i minori e si sono avute ad Alessandria, Cuneo e Verbania. Per contro, gli interventi a favore dei minori sono raddoppiati a Novara e Vercelli.

²¹ Oltre al Piano menzionato, cfr. G. Costa, A. Migliardi, R. Gnani (a cura di), *Torino: risorse e problemi di salute*, cit.

²² Di cui 40 milioni di euro di investimenti e 153 milioni di spesa corrente, coperti per 54 milioni da entrate (da Regione, ASL, Provincia, utenti e altro) e per i restanti 99 milioni a carico comunale.

Tabella 9 – Utenti dei servizi sociali piemontesi
(fonte: Regione Piemonte)

	2000			2001			Variazione % 2000/2001		
	Minori	Adulti	Anziani	Minori	Adulti	Anziani	Minori	Adulti	Anziani
Torino	6.334	8.655	9.586	8.809	17.391	18.028	39	101	88
Alessandria	5.490	5.418	8.197	5.403	9.012	9.993	-2	66	22
Asti	1.839	1.113	2.366	2.669	4.167	3.206	45	274	36
Biella	250	2.522	2.068	342	2.558	2.483	37	1	20
Cuneo	2.770	5.790	4.939	2.275	6.002	5.133	-18	4	4
Novara	3.084	12.938	9.784	6.398	14.032	11.072	107	8	13
Verbania	1.006	1.848	1.911	762	2.101	2.245	-24	14	17
Vercelli	221	468	578	474	642	1.110	114	37	92
Piemonte	20.994	38.752	39.429	27.132	55.905	53.270	29	44	35

Il Piano sanitario regionale del Piemonte, invece, è scaduto nel 1999 e non ha ancora avuto seguito. La proposta della giunta regionale nell'autunno 2001 è stata bloccata all'inizio del 2002 per la contrarietà di enti locali e associazioni del mondo sanitario-assistenziale. Nei primi mesi del 2003 sono stati presentati innumerevoli emendamenti al progetto, ma – e siamo a marzo 2004 – si continua a non parlarne; manca ancora, in un settore complesso come quello sanitario, un indirizzo programmatico: tutto è rimandato a dopo le elezioni (previste nel 2005), e l'assessore regionale alla Sanità, costretto alcuni mesi fa ad abbandonare l'incarico dopo ripetute polemiche, è stato sostituito da un tecnico.

I nodi cruciali che il Piemonte deve risolvere, già in ritardo rispetto ad altre regioni, sono la riduzione del numero delle ASL²³ (per ottenere economie di scala) e la gerarchizzazione degli ospedali, in linea con la programmazione nazionale: ma nessuno si è assunto la responsabilità di accorpare territori disomogenei dal punto di vista geografico e culturale né di modificare la destinazione d'uso di alcune strutture ospedaliere, affrontando, alla vigilia della campagna elettorale, le proteste di cittadini di ogni credo politico.

La proposta emendata del Piano regionale non prevedeva comunque una riduzione immediata del numero delle ASL, ma stabiliva una programmazione «in forma interaziendale», con «aggregazioni di macro area». Nel luglio 2002 una delibera di

²³ Le ASL piemontesi sono attualmente 22, con una popolazione media di 194.988 abitanti (maggio 2002); inoltre bisogna conteggiare le 7 Aziende Sanitarie Ospedaliere. A titolo di confronto, in Lombardia ci sono 15 ASL (608.114 abitanti) e 29 ASO, in Toscana 12 ASL (294.699 abitanti) e 4 ASO, nel Lazio 12 ASL (441.859 abitanti) e 3 ASO. La media italiana è di circa 293.624 abitanti per ASL. L'unica regione che si avvicina al Piemonte è il Veneto, con 21 ASL (216.261 abitanti), ma con solo 2 ASO. CERGAS-Università Bocconi, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, cit.

giunta regionale sancisce la nascita dei «quadranti», grosso modo territorialmente prossimi alle singole province, salvo Torino che è ulteriormente suddivisa. Sono previste forme integrate di acquisto, razionalizzazione delle consulenze, ripartizione delle risorse finanziarie attribuite dalla Regione: uno strumento misto di gestione che però, non variando il numero delle ASL esistenti (e quindi dei direttori generali, sanitari, amministrativi, degli uffici tecnici ecc.), rischia di dar vita a una sorta di sovrastruttura invece di innescare la razionalizzazione.

Particolarmente complicata è poi la situazione di Torino, spaccata in spicchi in cui devono collaborare ASL cittadine ed extracittadine, con peculiarità e problematiche molto diverse²⁴. Il Comune di Torino risulta così diviso in tre, con a parte le Aziende Ospedaliere cittadine che non sono state integrate in quanto considerate aziende di riferimento regionale.

Proprio per ovviare a questa frantumazione, e tentare di rafforzare una programmazione unitaria, è sorto nel corso del 2003 il Comitato di coordinamento²⁵, voluto e sollecitato da tempo dall'Amministrazione comunale, il cui iter di approvazione formale si è concluso coinvolgendo anche Regione, ASL e ASO cittadine. Se il progetto e le finalità rappresentano uno sforzo positivo, restano i limiti di competenza amministrativa e quindi di area territoriale d'azione: il comune di Torino.

Nel corso del 2003 l'assetto della sanità piemontese è stato anche caratterizzato da una crescita delle strutture private, in modo particolare quelle accreditate²⁶. Le opinioni raccolte fra gli addetti ai lavori non paiono convalidare l'impressione che questo trend sia giustificato da una domanda pubblica inevasa. Emblematici sono i casi del proliferare dell'emodinamica e della cardiocirurgia, quest'ultima in assenza o quasi di liste d'attesa e con un numero di interventi rimasto sostanzialmente lo stesso negli ultimi anni, con il risultato che la capacità produttiva si rivela parzialmente inutilizzata.

Si è avuta una redistribuzione dell'offerta verso il privato – ad esempio, due gruppi, di Monza e Milano²⁷, hanno già compiuto acquisizioni nel Biellese e a Ivrea. L'iter è sempre simile: richiesta di accreditamento per lungodegenza e poi *upgrading*, cioè passaggio a un livello superiore con la creazione di reparti di medi-

²⁴ Anche se in linea di principio è vero che, esistendo movimenti di utenti dalla cintura/provincia verso i servizi torinesi, occorre sicuramente creare delle sinergie tra le diverse Aziende sanitarie; cfr. *Sanità: Regioni a confronto* (2003). La ripartizione del quadrante torinese risulta essere: ASL 1 unita alle ASL di Chieri e Pinerolo, ASL 2 e 3 con Collegno, Ciriè e ASO San Luigi di Orbassano, ASL 4 con Chivasso e Ivrea.

²⁵ Delineato ai sensi della normativa sanitaria nazionale, d.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.

²⁶ L'accREDITAMENTO riconosce un livello tariffario superiore.

²⁷ Non è un caso forse che entrambi i gruppi orientati verso il Piemonte siano lombardi: attualmente anche il modello sanitario della Lombardia, maggiormente improntato al libero mercato, ha dato risultati disastrosi dal punto di vista della spesa ed è quindi logico pensare che l'imprenditoria privata cerchi sbocchi su altri mercati.

cina e specialistici (ad esempio cardiologia, ortopedia, oculistica), che sono più remunerativi. Un dubbio ulteriore riguarda allora gli standard di accreditamento e soprattutto l'iter seguito: forse, anche stando a quanto pubblicato sui quotidiani locali a inizio febbraio²⁸, una battuta d'arresto si potrebbe avere se dovessero insorgere questioni giudiziarie.

PROGETTI E OMBRE

Il «Parco della salute» è il progetto torinese di ambito sanitario che più tiene banco da parecchi mesi. Dopo le prime ipotesi di insediamento (presso gli ex Mercati generali, al Campo volo di Collegno ecc.), attualmente pare siano in corso trattative per la valutazione dell'area occupata da Fiat Avio in zona Lingotto, anche se a livello istituzionale non si è andati molto oltre al protocollo d'intesa tra Comune e Regione, né risulta ancora definito il ruolo dei privati in questa operazione.

Fulcro del progetto dovrebbe essere la costruzione delle «Molinetto 2», un polo di eccellenza con intorno dei servizi all'ospedale, una grossa area di ricerca scientifica di base e tecnologica e un nuovo campus universitario della facoltà di Medicina. Tuttavia, la mancanza di un Piano sanitario regionale, che coordini gli interventi e attui una programmazione strategica e finanziaria di medio periodo, rende tutto più difficile; a inizio 2004, ad esempio, la giunta regionale ha deciso di sospendere i finanziamenti già accordati ad alcune ASL e destinati a investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, in attesa di verificare caso per caso che non risultino incoerenze e sovrapposizioni con il Parco della salute. Il provvedimento, dell'ex assessore alla Sanità, è stato letto dal suo successore come «una pausa di riflessione»²⁹ che dovrebbe durare solo pochi mesi: e se si fosse aperta così la «caccia» alle risorse pubbliche necessarie al progetto?

Se il Parco della salute, abbandonata la localizzazione degli ex Mercati generali di via Giordano Bruno, si è svincolato dal discorso olimpico, proprio per Torino 2006 al San Luigi di Orbassano è in fase di realizzazione il centro antidoping, che dovrebbe iniziare a operare entro il 2004. Oggi i casi eventuali di doping possono essere valutati solo all'Acquacetosa, in provincia di Roma, con il quale il nuovo centro del San Luigi è già in stretta collaborazione³⁰. Oltre all'attività di controllo, il

²⁸ Vedi «La Stampa» del 6 febbraio 2004: *Arrestato il braccio destro di Ferro – seguiva forniture e accreditamento*.

²⁹ «La Stampa», 22 gennaio 2004.

³⁰ Nel mondo sono una trentina i centri analoghi, di cui 2 in Spagna. La loro attività deve essere autorizzata dal CIO. Cfr. «Torino Medica», anno XIV, luglio-agosto 2003, n. 7-8.

Centro del San Luigi verrà anche adibito alla ricerca farmacologica, con particolare riferimento alle sostanze «proibite».

A Settimo Torinese invece è in fase iniziale la costruzione dell'Hôpital du Piemont (consegna prevista a dicembre 2005), che offrirà alla popolazione, costretta a gravitare su Torino o Chivasso, ambulatori, letti in day hospital e 180 letti di riabilitazione e lungodegenza, in una parte di territorio che nel Piano sanitario del 1997 risultava sprovvista di posti letto ma su cui si vanno ad aggiungere i letti di strutture di ricovero in zona, che stanno riconvertendo i reparti di neuropsichiatria.

Con il futuro Hôpital du Piemont, la novità risiede nel fatto che la Regione ha stipulato un accordo cinquantennale con una società di Marsiglia per la gestione del presidio (sia servizi sia parte sanitaria) come struttura privata accreditata: in questo modo il privato, che ha quasi interamente finanziato il progetto, riceverà una remunerazione per i servizi offerti ai cittadini. Allo scadere del periodo (50 anni, appunto) è previsto che l'ospedale passi alla Regione.

Un altro esempio di «soluzione virtuosa», che abbina pubblico e privato, è dato dal progetto di potenziamento del San Camillo³¹, ospedale specializzato in recupero e rieducazione funzionale che si trova sulla collina torinese: è stato firmato un accordo di programma con la Regione e il Comune di Torino; in questo caso alle regole del pubblico si affianca la gestione (più flessibile) del privato³².

Nell'ambito del programma di recupero urbano delle periferie, pare giunga al termine anche la vicenda dell'Ospedale Valletta di Mirafiori sud, la cui prima pietra era stata posta nel 1968 e che è in apertura per servizi polispecialistici, riabilitativi e per anziani non curabili a domicilio. Negli anni Novanta si erano mobilitati anche gli abitanti del quartiere creando un'associazione contro il degrado del nosocomio, e nel 1996 lo «scheletro» dell'ospedale venne acquistato dalla Regione. In tutto, si stima che per le opere murarie siano stati spesi 30 milioni di euro (13 dalla vecchia proprietà, l'INRCA – Istituto Nazionale di Riposo e Cura Anziani di Ancona, e 17 dalla Regione Piemonte)³³.

Nelle vicinanze del San Luigi di Orbassano, ma all'apparenza senza lo sviluppo di alcuna sinergia tra i due presidi, sorge l'IRCC di Candiolo, dove sono in corso opere di completamento (reparti di degenza, laboratori, ma anche magazzini e lavori di impiantistica e viabilità). Nulla però al momento trapela del futuro assetto del Centro di ricerca, visto che l'Ospedale Mauriziano da alcuni anni è coinvolto nell'IRCC di Candiolo a livello organizzativo e assistenziale.

³¹ Il presidio ha un progetto di incremento di spazi che non inciderà sul numero di posti letto ma eleverà gli standard e aumenterà le aree di servizio (ad esempio le palestre).

³² Sono 4 in Piemonte le strutture con queste caratteristiche: regolamento approvato dal Ministero della Salute e gestione privata; si tratta di Gradenigo, M. Ausiliatrice, Fatebenefratelli e San Camillo.

³³ Indagine «Il Sole 24 Ore» (10 settembre 2003) sulle opere pubbliche costruite e mai portate a termine o sottoutilizzate in Piemonte.

Tra le «ombre» più inquietanti della sanità torinese restano infatti le gravi problematiche dell'Ospedale Mauriziano Umberto I e dell'Ospedale Valdese. Le vicende sono complesse e gli attori coinvolti numerosi: è difficile tentare di capire quando quasi ogni giorno si assiste a nuove accuse e smentite. Mancato pagamento di tariffe concordate, assenza di accordi scritti che garantissero l'impegno della Regione alla copertura finanziaria di un certo numero di prestazioni, scarsa trasparenza della gestione passata, Comune e Provincia in urto con il commissario straordinario governativo, piano di riorganizzazione del Mauriziano e disegno di legge per l'Ospedale Valdese di Torino fortemente criticati, manifestazioni del personale, proposta di creare una fondazione...

Nella primavera del 2004 il futuro delle due realtà torinesi sembra ancora incerto, e intanto anche sui giornali sono uscite notizie su presunte difficoltà dell'Ospedale Gradenigo a causa dei ritardi nei pagamenti da parte della Regione.

I presidi di Lanzo e Valenza (Ordine Mauriziano) sono già passati alle ASL, sia come gestione sia come proprietà; gli ospedali di Pomaretto e Torre Pellice (CIOV, Commissione Istituti Ospedali Valdesi) sono attualmente gestiti dall'ASL (ma i disavanzi di bilancio del Mauriziano e del Valdese paiono comunque peggiorati!).

Viene da chiedersi se esista un «disegno» dietro agli avvenimenti e le singole (scarse) decisioni, o se si stia «navigando a vista». Non è chiaro a oggi se esista la volontà di passare l'Umberto I e l'Ospedale Valdese in mani pubbliche (magari ridimensionati), rischiando però di perdere caratterizzazione e sperimentazioni che ne hanno fatto dei presidi apprezzati, oppure se si stia tergiversando per aprire la strada a un intervento privato.