



## Capitolo 8 - SANITÀ



## 8. SANITÀ

### 8.1. LA SALUTE DEI TORINESI

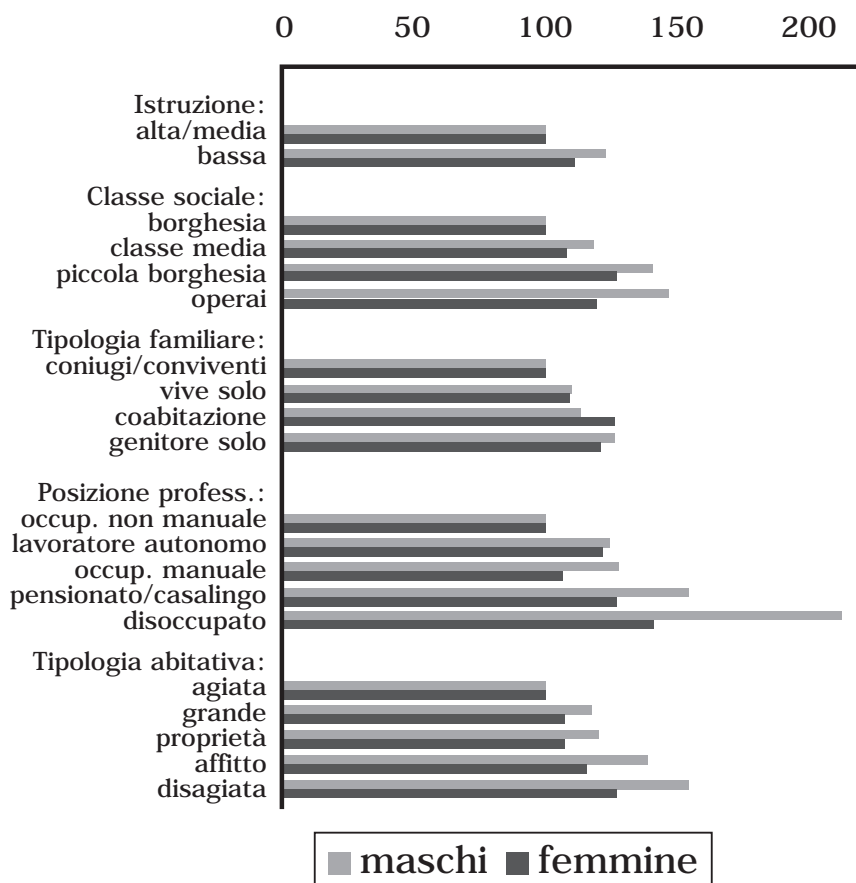
È ormai ampiamente dimostrato come e quanto le tre dimensioni della sostenibilità urbana incidano sulla salute dei residenti. Le condizioni economiche, socioculturali e ambientali, secondo le stime degli esperti, contribuiscono ad esempio per circa il 60% a determinare la probabilità delle prime cinque cause di morte per gli ultra-settantacinquenni: solo per il 30% tali cause dipendono da fattori biologici e genetici, per il 10% dalla mancanza di un'adeguata assistenza sanitaria (Rivetti, 2007).

Un'analisi dei decessi avvenuti a Torino tra il 1997 ed il 2003 tra le persone di oltre trent'anni ha confermato la rilevanza di tali fattori. Il rischio di mortalità<sup>1</sup> varia sensibilmente (anche di oltre il 100%) a seconda del titolo di studio, della posizione sociale e professionale<sup>2</sup>, del tipo di famiglia e di abitazione (Costa, Caiazzo, Migliardi, 2006): tali fattori incidono infatti sulla probabilità di adottare stili di vita insalubri – fumo ed alcool, in particolare – e di essere esposti a problemi di sicurezza – sul lavoro, in casa, sulla strada – a condizioni stressanti di vita e lavoro, a forme di disagio sociale, a difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria più appropriata.

<sup>1</sup> Il tasso di mortalità continua ad essere utilizzato in statistica come il principale indicatore dello stato di salute di una popolazione (soprattutto a un livello di dettaglio spaziale subregionale), nonostante i suoi evidenti limiti: non offre informazioni, ad esempio, sul numero di persone che soffrono di patologie non letali anche se gravi e invalidanti. I più importanti documenti di programmazione sanitaria internazionali e nazionali indicano nell'aumento della speranza di vita e nella riduzione della mortalità per alcune cause specifiche (in particolare quelle più prevenibili, come le morti legate al fumo e all'alcool) l'obiettivo verso cui tendere (Costa, Demaria, Gnani, 2005).

<sup>2</sup> Tra le persone morte a Torino nel periodo 1991-1996, per chi si è trovato nei quindici anni precedenti al decesso in condizioni di instabilità occupazionale, o ha perso il lavoro, il rischio di mortalità è stato tra 1,5 e 2,5 volte superiore rispetto alle persone stabilmente occupate (Costa, Caiazzo, Migliardi, 2006). È dunque evidente che la crisi economica in corso, se avrà un impatto grave sui livelli occupazionali e di reddito, è destinata a incidere significativamente anche sullo stato di salute della popolazione. Un'indagine condotta dalla Provincia di Torino (2009) ha evidenziato che un terzo degli intervistati (la metà, nel caso dei soggetti economicamente più fragili) ha dovuto nell'ultimo anno rinunciare a cure sanitarie (in particolare dentistiche ed oculistiche) per problemi economici.

Figura 8.1 – Rischi relativi di mortalità dei torinesi con più di trent'anni, per caratteristiche socioeconomiche e genere (rischio posto uguale a 100 per ogni caratteristica più vantaggiosa; fonte: Costa, Caiazzo, Migliardi, 2006)



Di conseguenza, le condizioni di salute della popolazione non sono uniformi nelle varie parti della città, ma dipendono dalle diverse situazioni di svantaggio sociale. La distribuzione dei tassi di mortalità nelle aree di Torino è rimasta abbastanza stabile negli ultimi decenni, pur con una riduzione delle differenze: tuttora rimangono sfavorite la periferia Nord e Mirafiori Sud, mentre i tassi di mortalità più bassi si hanno nelle zone collinari e nella semiperiferia Sud e Ovest. All'inizio degli anni Duemila, gli abitanti del 20% degli isolati più ricchi della città avevano una speranza media di vita maggiore di 4 anni per gli uomini e di 2 per le donne rispetto a quelli che vivevano nel 20% degli isolati più poveri: questi ultimi avevano raggiunto la speranza di vita di cui

gli abitanti degli isolati più ricchi godevano circa quindici anni prima (Costa, Caiazzo, Migliardi, 2006).

In media, comunque, i torinesi oggi vivono di più e meglio che nel recente passato. Tra il 1995 ed il 2005 la speranza di vita in tutta la provincia si è allungata del 3,3% per le donne e del 4,7% per gli uomini, raggiungendo rispettivamente 83,9 e 78,4 anni, valori leggermente sopra la media nazionale<sup>3</sup> e più o meno in linea con le altre metropoli settentrionali. Il tasso di mortalità<sup>4</sup> mostra in provincia di Torino una riduzione tra il 1993 ed il 2003 di 26 decessi ogni 10.000 abitanti per gli uomini e di 15 per le donne, valori più accentuati rispetto a quelli medi nazionali: -22 per gli uomini, -12 per le donne (fonte: Health for All)<sup>5</sup>.

Nel complesso, sta progressivamente cambiando il panorama delle malattie gravi: il processo di invecchiamento – descritto nel capitolo 2 – fa sì che l'incidenza delle malattie croniche (diffuse in particolare tra le persone con oltre 75 anni), che evolvono in modo irreversibile<sup>6</sup>, stia crescendo rispetto a quella delle malattie acute. Anche l'immigrazione incide sulla domanda di salute locale, con caratteri peculiari degli stranieri rispetto agli autoctoni, per l'esposizione a malattie importate dai paesi di origine (infettive, parassitarie, ematologiche), per le condizioni abitative spesso inadeguate,

<sup>3</sup> In Italia la speranza di vita media è di 83,7 anni per le donne, 78,1 anni per gli uomini. L'Istat rileva ogni cinque anni la percezione soggettiva di salute nell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*: «Persone che dichiarano che la loro salute va bene o molto bene». Secondo queste indagini, gli anni di vita guadagnati sono caratterizzati da uno stato di buona salute, mentre restano pressoché invariati gli anni mediamente vissuti in cattiva salute prima della morte (Viberti, 2004): in Piemonte, tra il 2000 ed il 2005, per gli ultrasessantacinquenni la speranza di vita in buona salute è cresciuta (+1,6 anni per gli uomini, +1,4 anni per le donne) in misura maggiore rispetto alla speranza di vita in sé: +1,1 anni per gli uomini, +1,3 anni per le donne (fonte: Istat).

<sup>4</sup> Si tratta in questo caso del tasso standardizzato, ossia opportunamente pesato in modo da rendere confrontabili due anni – 1993 e 2003 – indipendentemente dalla diversa distribuzione per età della popolazione.

<sup>5</sup> Le malattie del sistema circolatorio continuano a costituire la prima causa di morte, anche se nell'area torinese la loro incidenza in dieci anni è diminuita da 43,6 a 42,1 decessi ogni 10.000 abitanti. Sono invece cresciuti significativamente i tassi di mortalità per la seconda e terza causa, ossia i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio: +3,5 decessi ogni 10.000 abitanti per i tumori, +2,3 per le malattie respiratorie; solo a Cagliari (+3,6 decessi per i tumori) e Bologna (+3,4 decessi per le malattie respiratorie) si sono registrati incrementi maggiori (fonte: Health for All).

<sup>6</sup> Fra le patologie croniche più frequentemente dichiarate dagli anziani si trovano artrosi ed artriti, ipertensione, demenza, Parkinson, ictus, diabete (Costa, Gnani, 2006).

Figura 8.2 – Speranza di vita nelle province metropolitane – 2005  
 (anni di età alla morte; accanto alle barre è indicata la variazione percentuale tra il 1995 e il 2005; elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Istat)

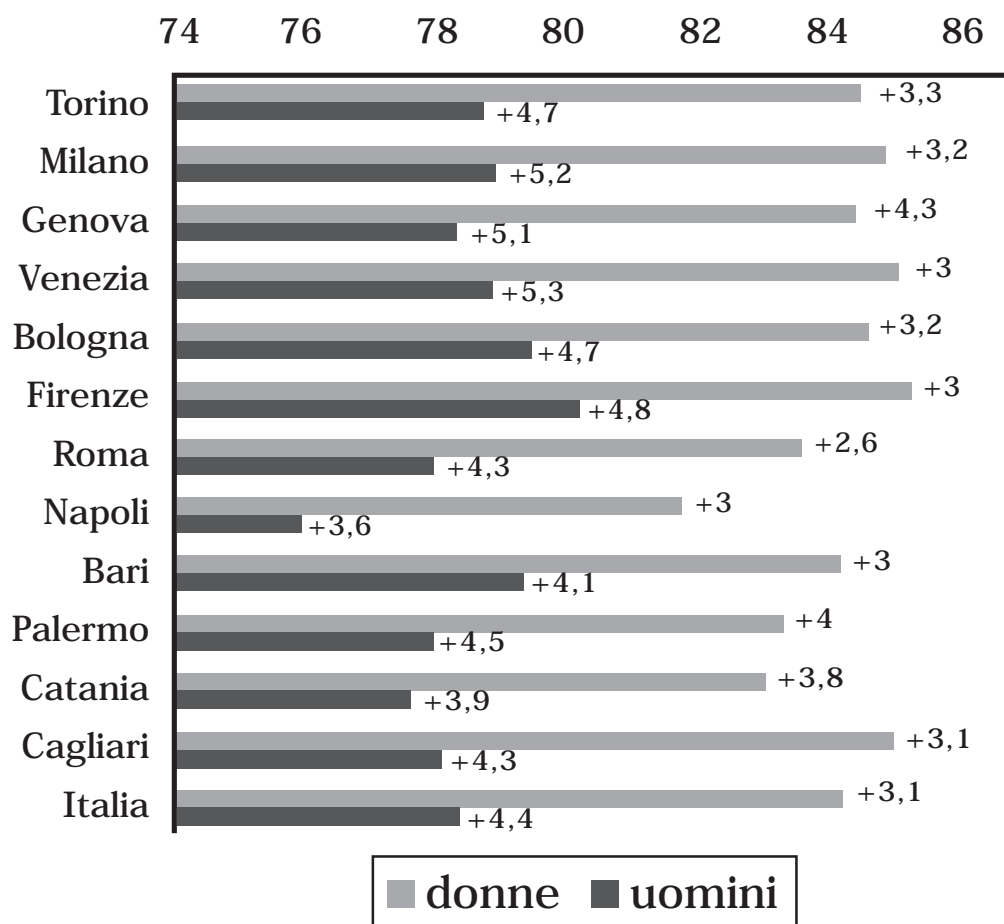


Tabella 8.1 – Tassi di mortalità per le principali cause di morte nelle province metropolitane – 2003  
(morti ogni 10.000 abitanti; in corsivo la variazione del tasso rispetto al 1993; elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)

	Tasso di mortalità	Per malattie circolatorie	Per tumori	Per malattie respiratorie	Per traumi e avvelenamenti	Per malattie apparato digerente	Per malattie gh.endocrine, nutrizione, metabolismo
Torino	108,7	42,1	33,2	7,9	5,1	4,8	3,8
	+7,6	-1,5	+3,5	+2,3	-0,8	-0,2	+1,3
Milano	90,5	32,9	31,3	6,2	3,7	3,7	2,7
	+4,7	+0,1	+1,0	+1,7	-0,3	-0,6	+0,6
Genova	149,5	57,4	42,2	9,1	4,8	5,9	5,7
	+5,8	-3,7	+0,5	+1,9	-1,4	-1,3	+1,3
Venezia	93,7	37,6	30,8	5,3	4,3	3,7	2,9
	+6,3	+3,1	+1,0	+0,5	-0,1	-1,1	+0,7
Bologna	121,7	46,9	37,6	8,9	5,9	4,6	3,7
	0,0	-3,5	-1,5	+1,8	-0,4	-0,3	+0,9
Firenze	119,9	48,1	34,6	9,5	5,2	4,6	4,5
	+9,9	+0,8	+1,0	+3,4	+0,1	+0,2	+1,2
Roma	101,8	40,2	30,6	6,6	4,8	4,4	4,5
	+11,4	+3,7	+2,7	+1,8	-0,3	-0,5	+0,8
Napoli	80,6	32,9	22,1	5,5	2,2	4,3	4,7
	+3,0	-1,2	+2,7	+0,8	-0,5	-1,9	+0,9
Bari	81,6	31,1	22,0	6,3	3,6	3,8	4,7
	+5,3	-1,2	+3,1	+1,2	+0,1	-1,3	+0,4
Palermo	92,0	36,7	21,7	6,5	3,8	3,8	5,5
	+2,9	-0,6	+1,4	-0,2	-0,3	-1,3	+0,8
Catania	91,1	41,6	22,3	5,5	4,0	3,0	5,0
	+2,8	-0,3	+3,0	+0,5	-1,0	-1,0	-0,1
Cagliari	86,6	31,0	24,6	7,5	5,2	3,8	3,7
	+8,5	+1,5	+3,6	+1,0	-0,7	-0,5	+1,3
Italia	102,2	42,0	29,0	7,1	4,5	4,2	4,2
	+5,0	-0,6	+1,9	+1,4	-0,5	-0,8	+0,9

per occupazioni sovente pesanti e pericolose, per lo sradicamento culturale e le difficoltà – ad esempio linguistiche e informative – ad accedere a servizi e prestazioni socio-sanitarie ecc. (Costa, Gnani, 2006). A Torino il tasso di ricovero degli stranieri è analogo – tenendo conto della differente distribuzione per fasce di età delle due popolazioni – a quello degli italiani, ma cambiano le cause: ad esempio, tra le donne (dato il più elevato tasso di fecondità) si ha una frequenza maggiore di degenze per gravidanze<sup>7</sup>, parti, aborti; tra gli uomini si registra una maggiore incidenza rispetto agli italiani di ricoveri per malattie infettive e per lesioni traumatiche, in quanto gli stranieri sono maggiormente occupati in lavori manuali e usuranti (si veda il capitolo 2). I bambini e gli anziani stranieri mostrano invece profili di salute simili a quelli degli italiani (Coffano, Del Savio, Mondo, 2007)<sup>8</sup>.

## 8.2. UNA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DISCONTINUA

I cambiamenti nella domanda di salute appena descritti richiedono un corrispondente cambiamento nella programmazione dell'offerta

<sup>7</sup> Tra le gestanti italiane e straniere rimane una notevole differenza nella percentuale di chi si sottopone ad una visita entro il primo trimestre (rispettivamente 94% e 79%); tra il 1997 ed il 2006 si riduce la differenza per numero medio di visite e di ecografie effettuate, mentre resta molto bassa la partecipazione delle straniere ai corsi di accompagnamento alla nascita. Il numero di bambini nati morti da madri straniere è ancora doppio rispetto a quello delle italiane: 0,4% contro 0,2%; i parti gravemente prematuri – cioè entro la trentaduesima settimana di gestazione – restano lievemente superiori: 1,2% contro 0,8% (Mondo, Coffano, 2008).

<sup>8</sup> A Torino e in Piemonte sono state avviate diverse iniziative per l'assistenza sanitaria sia degli stranieri regolari sia di quelli senza permesso di soggiorno. Per questi ultimi, in particolare, sono stati creati (dapprima in forma sperimentale) nel 1996 i Centri ISI – Informazione sanitaria per immigrati, entrati a regime nel 2004: gli stranieri privi di permesso di soggiorno vi possono ricevere visite mediche, richieste e controllo di analisi ed esami, prescrizioni farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche o di ricoveri. Ancora nel 2006, l'8% degli utenti di questi centri è rappresentato da stranieri regolari, che hanno preferito fare ricorso ad essi per la presenza di un mediatore culturale (spesso assente invece nelle strutture del sistema sanitario nazionale). I recenti provvedimenti del Governo che danno facoltà al personale sanitario di segnalare, dopo averli assistiti, gli stranieri senza permesso di soggiorno, rischiano però di penalizzare pesantemente questi servizi.

Tra le più recenti iniziative avviate per gli stranieri regolari, vi sono campagne di prevenzione oncologica per le donne, un progetto sperimentale per la circoncisione rituale maschile presso l'ASO O.I.R.M. – S. Anna, gruppi multidisciplinari di assi-



sanitaria. Da un lato, la crescente consapevolezza della rilevanza delle condizioni socioeconomiche e ambientali di vita nel determinare le condizioni di salute comporta la necessità di affidare un ruolo più significativo alla prevenzione, attraverso una maggiore integrazione tra le politiche socio-sanitarie e le altre politiche che incidono sulle suddette condizioni: ad esempio quelle per l'occupazione, ambientali ecc. Dall'altro, la crescente incidenza delle malattie croniche rispetto a quelle acute, legata al processo di invecchiamento, può essere meglio affrontata – anche in termini di sostenibilità economica – tramite un potenziamento dell'assistenza di base extraospedaliera (più adatta per affrontare malattie che richiedono tempi di cura molto lunghi), mentre il ricorso alle strutture ospedaliere dovrebbe avvenire solo per i problemi di salute più complessi<sup>9</sup>.

Nel corso dell'ultimo decennio, la programmazione sanitaria in Piemonte si è mossa proprio in questa direzione, anche se in modo assai discontinuo. Nel dicembre 1997 è stato approvato il Piano sanitario regionale 1997-1999, primo documento di programmazione successivo al riordino del Servizio Sanitario Nazionale del 1992.

Il Piano individuava, tra le scelte di fondo:

- lo sviluppo «al massimo livello» dell'assistenza sanitaria territoriale (medicina generale, pediatria di base, specialistica ambulatoriale) come filtro efficace nel ricorso ai servizi ospedalieri;
- l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri, per garantire la continuità e l'unitarietà dell'assistenza;
- la revisione della rete ospedaliera, riducendo il numero di posti letto per acuti e aumentando la disponibilità di posti letto per lungodegenza e riabilitazione funzionale, concentrando le funzioni di complessità tecnico-specialistica nelle strutture di maggior rilevanza, diversificando le funzioni attribuite alla rete dei presidi ospedalieri delle ASL rispetto a quelle attribuite alle ASO<sup>10</sup>,

stenza psichiatrica e contro le dipendenze da droga ed alcool. Non mancano poi progetti di formazione interculturale del personale sanitario italiano: per il 2009 sono previsti corsi di formazione sulle differenze tra culture e religioni nelle credenze e negli approcci alla morte (Coffano, Del Savio, Mondo, 2007).

<sup>9</sup> Una impostazione di maggiore specializzazione verticale, con una divisione di compiti tra assistenza di base ed alta specialità, era del resto già auspicata a fine anni Novanta (si veda, al proposito, Torino Incontra, 1997).

<sup>10</sup> Il sistema sanitario piemontese è articolato in Aziende sanitarie locali – riaccorpate nel 2008, riducendole da dieci a cinque in provincia di Torino, si veda il capitolo 9 – che garantiscono l'assistenza di base attraverso servizi territoriali, ambulatori, presidi ospedalieri ecc., e in Aziende sanitarie ospedaliere, che invece gestiscono gli ospedali più specializzati (come le Molinette, il San Luigi, il CTO ecc.).

riorganizzando internamente gli ospedali per aree omogenee e per dipartimenti.

A questo Piano sono seguiti otto anni di assenza di programmazione sanitaria: le scelte più rilevanti sono quindi state intraprese allo scopo di contenere la spesa sanitaria o sulla base di indirizzi pianificatori nazionali, pur se promossi dall'iniziativa congiunta Ministero-Regioni e coerenti con l'impostazione del primo Piano piemontese<sup>11</sup> (Costa, Gnavi, 2006).

Il secondo Piano sanitario regionale viene approvato nell'ottobre 2007, per il triennio 2007-2010, dopo un iter lungo e travagliato. Si differenzia dal precedente soprattutto per il ruolo più importante affidato alla prevenzione. Ognuno dei 65 distretti sanitari della regione viene incaricato (con il coinvolgimento degli enti locali, delle ASL, dei consorzi socio-sanitari) di predisporre un Peps – Profilo e piano di salute, costituito da una descrizione quantitativa e qualitativa dello stato di salute della popolazione residente nel proprio territorio e da un Piano per valutare l'impatto locale sulla salute delle scelte politico-amministrative. I Peps dovrebbero essere predisposti entro il 2010, facendo ricorso al coinvolgimento attivo dei cittadini. Il Piano regionale propone anche la costituzione di una Direzione unica per la prevenzione (al momento avviata solo in forma sperimentale in alcune ASL), per garantire maggiore coordinamento tra le numerose iniziative relative alla tutela sui luoghi di lavoro, alla sicurezza alimentare, agli screening, alla lotta alle malattie infettive<sup>12</sup>. Per il resto, il Piano ripropone gli obiettivi già previsti in precedenza: forte priorità all'assistenza di base extraospedaliera, integrazione tra assistenza di base e servizi sociali, maggiore specializzazione degli ospedali; il fatto che questi stessi obiettivi vengano riproposti a distanza di dieci anni sembra indicare che poco è stato fatto su questi versanti.

<sup>11</sup> Un esempio di tali indirizzi è rappresentata dall'Intesa Stato-Regioni del 2005, che ha fissato gli standard massimi di posti letto e di ricoveri ogni 1.000 abitanti (che saranno illustrati fra poco).

<sup>12</sup> In generale, le politiche per la prevenzione continuano ad avere un ruolo del tutto marginale: nel 2005, il Piemonte vi ha destinato solo il 4,8% della propria spesa sanitaria – a fronte del 46% per l'assistenza di base e del 49,2% per l'assistenza ospedaliera, un valore del tutto in linea con le altre regioni italiane.

### 8.3. RIORGANIZZARE GLI OSPEDALI

Nonostante l'assenza per diversi anni di una programmazione sanitaria regionale continuativa, almeno nell'area torinese la rete ospedaliera è stata riorganizzata tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila, in linea con le indicazioni del primo Piano sanitario regionale.

Tra il 1996 ed il 2004, ad esempio, il numero di posti letto nelle strutture ospedaliere pubbliche e accreditate in provincia di Torino è stato ridotto da 5,8 a 4,5 ogni 1.000 abitanti<sup>13</sup>, rispettando in anticipo lo standard massimo (4,5) fissato nel 2005 dall'Intesa Stato-Regioni<sup>14</sup>. Sono cresciuti i posti letto per day hospital (anche se in misura molto inferiore alle altre province metropolitane), passando dal 10,6% al 12,8% dei posti letto totali. Analogamente, è cresciuto il peso dei posti letto per lungodegenze sul totale dei posti letto, dall'11,5% al 20,2%, il valore più alto tra le metropoli, dopo Roma: un'evoluzione che risponde all'incidenza crescente delle malattie croniche richiamata nel primo paragrafo, anche se l'obiettivo fissato dal secondo Piano sanitario regionale del 2007 è di un'incidenza pari al 22,2%<sup>15</sup>.

L'andamento delle degenze rispecchia in misura significativa quello dell'offerta di posti letto ospedalieri<sup>16</sup>. I ricoveri sono diminuiti tra il 1999 ed il 2004 da 200 a 184 ogni 1.000 abitanti, avvicinandosi dunque alla soglia di 180 stabilita dalla già citata Intesa Stato-

<sup>13</sup> Tra una trentina di città europee monitorate da Urban Audit e comparabili con Torino, il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti nel 2004 risulta generalmente superiore a quello torinese (6,1), tranne che a Rotterdam (5,6): nelle città tedesche è compreso tra 7 e 11 posti letto.

<sup>14</sup> Per la provincia di Torino, dove alcune strutture svolgono anche funzioni di carattere regionale e sovraregionale (CTO, centro trapianti delle Molinette ecc.), il nuovo Piano sanitario prevede un tasso maggiore di posti letto, pari a 4,6 per 1.000 abitanti.

<sup>15</sup> Per raggiungere tale ripartizione, il nuovo Piano sanitario prevede in provincia di Torino una riduzione di 338 posti letto per degenti acuti e un incremento di 441 posti letto per lungodegenti rispetto alla distribuzione del 2004.

<sup>16</sup> Nel settore sanitario offerta e domanda sono strettamente correlate: ad esempio, nel caso di un incremento di posti letto e contemporaneamente di ricoveri in lungo-degenza, è difficile capire se sia stata soddisfatta una domanda di ricoveri prima insoddisfatta per mancanza di posti letto oppure se vi sia stato un reale aumento di malattie croniche che richiedono tale tipo di ricovero.

**Tabella 8.2 – Posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e accreditate, nei comuni metropolitani**  
(elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)

	Posti letto (ordinari e D.H.) ogni 1.000 ab.		% posti letto D.H. su Tot posti letto (ordinari e D.H.)		% posti letto lungodegenze su Tot posti letto ordinari	
	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Torino	5,8	4,5	10,6	12,8	11,5	20,2
Milano	6,5	4,5	7,7	11,1	13,4	11,4
Genova	8,9	4,3	7,9	16,6	17,2	5,0
Venezia	6,2	4,6	8,4	11,1	14,4	18,9
Bologna	7,6	5,9	7,7	12,1	4,9	16,5
Firenze	7,2	5,3	5,7	13,9	12,8	15,5
Roma	10,1	6,3	11,2	14,0	27,7	22,4
Napoli	5,4	3,3	6,5	15,4	13,0	10,2
Bari	9,3	4,2	8,0	9,5	18,7	11,3
Palermo	6,1	4,4	8,8	17,1	6,9	0,6
Catania	5,4	4,8	5,7	14,4	2,3	5,1
Cagliari	7,3	5,6	10,2	11,9	11,2	4,1
Italia	6,8	4,4	8,0	12,4	14,4	13,0

**Tabella 8.3 – Ricoveri nelle strutture pubbliche e accreditate dei comuni metropolitani**  
(elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)

	Numero di ricoveri ogni 1.000 ab.		Giorni di degenza media		% Ricoveri D.H. su Tot ricoveri (ordinari e D.H.)		% Ricoveri Lungodegenza su Tot ricoveri ordinari	
	1999	2004	1996	2004	1999	2004	1996	2004
Torino	200,7	184,0	10,8	10,2	28,6	37,6	3,0	7,0
Milano	235,7	229,1	10,8	7,2	27,1	31,9	3,5	5,3
Genova	271,4	225,5	11,1	8,6	28,1	44,5	1,5	2,8
Venezia	201,7	183,1	9,3	9,3	24,2	33,2	6,2	7,7
Bologna	266,0	236,3	9,0	8,4	26,0	25,3	1,3	5,9
Firenze	226,5	216,1	10,0	8,2	23,4	30,2	4,6	5,6
Roma	213,9	269,3	14,0	9,9	17,4	37,3	3,6	4,6
Napoli	203,7	182,5	8,5	6,4	18,7	31,2	1,4	1,8
Bari	264,9	221,4	9,1	6,5	16,1	24,2	1,4	2,8
Palermo	199,9	245,6	8,1	6,4	22,8	39,7	0,4	0,1
Catania	228,9	289,3	7,0	5,8	16,4	40,6	0,6	1,4
Cagliari	265,2	279,0	8,9	7,3	35,7	37,9	1,0	0,9
Italia	214,5	205,4	9,4	7,7	20,5	31,6	2,3	4,1

Regioni del 2005. Quest'ultima prevede che almeno il 20% delle degenze debba svolgersi in regime di day hospital: tale obiettivo è già stato abbondantemente superato in provincia di Torino, ormai al 37,6%. I ricoveri in lungodegenza sono cresciuti più che in ogni altra provincia metropolitana (dopo Bologna), raggiungendo il 7% delle degenze ordinarie: solo a Venezia si ha una percentuale maggiore. Sia per il peso delle lungodegenze, sia per la maggiore complessità media dei casi trattati negli ospedali torinesi (come si dirà in seguito), la durata media delle degenze è rimasta pressoché invariata, oltre 10 giorni, superiore a quella di qualsiasi altra provincia metropolitana.

Per l'area torinese, il Piano sanitario regionale del 2007 ha proposto soprattutto una redistribuzione di posti letto tra capoluogo e cintura, per riequilibrare l'eccessiva concentrazione di attività ospedaliere nella semiperiferia meridionale di Torino.

La nuova rete ospedaliera, in particolare, dovrebbe essere centrata sulla cosiddetta Città della salute, progetto per altro tormentato e in discussione da anni.

Alla realizzazione della Città della salute dovrebbe accompagnarsi la riorganizzazione del resto della rete ospedaliera torinese. In particolare, tra gli altri ospedali specialistici, l'Istituto per la ricerca sul cancro di Candiolo dovrebbe accentuare la sua caratteristica di ospedale di ricerca e sperimentazione di nuovi farmaci<sup>17</sup>, anche ideati nei propri laboratori. L'ospedale San Luigi di Orbassano dovrebbe caratterizzarsi maggiormente nella formazione di nuove figure professionali medico-infermieristiche, soprattutto di medicina cosiddetta territoriale: psichiatri, medici del lavoro ecc. Resta invece da definire il destino degli ospedali Sant'Anna e Regina Margherita: nel 2009 dovrebbe avviarsi un percorso partecipativo volto a coinvolgere medici, infermieri, personale tecnico, Università, associazioni del volontariato ecc., per decidere se mantenere le attuali funzioni e localizzazioni, oppure riorganizzarli in due sedi, una specialistica (per gravidanze a rischio e patologie infantili gravi) da integrare nella Città della

<sup>17</sup> L'Istituto dovrebbe però diventare un «istituto di ricerca scientifico», questione che si trascina da anni: attualmente, si è in attesa della costituzione di un nuovo ente gestore delle attività cliniche e assistenziali, premessa necessaria al riconoscimento e all'autorizzazione ad attivare 75 nuovi posti letto (pronti dal 2006, ma tuttora inutilizzati).

### Scheda 8.1 – Il progetto della Città della salute torinese

Della Città della salute (variamente denominata nel corso degli anni «Cittadella della salute», «Parco della salute», «Molinette 2», «THP – Turin Health Park») si inizia a parlare nel 2002, quando emerge l'idea di sostenere con una sede idonea la candidatura di Torino per ospitare lo European Brain Research Institute guidato da Rita Levi Montalcini.

L'Istituto viene invece assegnato alla città di Roma. Nonostante ciò, l'idea di creare a Torino un nuovo grande polo specializzato nella cura e nella ricerca resta in vita: si apre un lungo dibattito sulla sua localizzazione, ma il progetto resta assai vago in termini di contenuti, copertura finanziaria, ruolo dei privati, tipo di insediamento.

La prima ipotesi localizzativa immaginava di insediare il nuovo polo della salute, dopo le Olimpiadi, nel villaggio olimpico nell'area degli ex mercati generali di via Giordano Bruno. Nel 2003, un Protocollo di intesa tra Regione, Comune, atenei e ministeri dell'Economia e delle Infrastrutture promuoveva una serie di iniziative comuni per la realizzazione della Città della salute, come nuovo ospedale di eccellenza destinato a sostituire le Molinette, con un forte impegno nella ricerca scientifica e tecnologica in campo medico-sanitario, la centralità del campus universitario, la realizzazione di nuovi servizi di supporto e di residenze per operatori e famiglie dei degenti. Il Protocollo d'intesa prevedeva di localizzare la nuova struttura al Lingotto nell'area ex Fiat Avio; la Regione si era impegnata ad acquisire l'area, cedendone gratuitamente una parte al Comune.

Nel 2004 il dibattito politico si concentra ancora sulla scelta localizzativa: la Regione insiste nel proporre l'ex Fiat Avio, effettivamente acquisita a luglio per circa 51 milioni; il Comune, sostenendo l'insufficienza dimensionale dell'area, non dà corso alla variante al Piano regolatore necessaria per mutarne la destinazione d'uso da industriale a servizi, e suggerisce invece di occupare una parte dismessa dello stabilimento di Mirafiori; viene anche ventilata, seppure con minore frequenza, l'ipotesi di insediamento al Campo volo di Collegno.

Nel 2005, la nuova Giunta regionale tenta di modificare l'approccio, spostando l'attenzione maggiormente sui contenuti rispetto alla localizzazione, inquadrando il progetto nel nuovo Piano sanitario all'epoca in via di redazione. Ad ottobre viene istituita una commissione formata da rappresentanti di enti locali, ASL e ASO torinesi, atenei e fondazioni bancarie, allo scopo di definire uno studio di fattibilità del progetto. Quanto alla localizzazione, tre sono le ipotesi valutate (scartata quella dell'attuale sede del centro di calcolo del San Paolo a Moncalieri, emersa nell'estate 2006, ma mai presa seriamente in considerazione, così come quella di inserire la struttura di accoglienza al Palavela): al Campo volo e all'ex Fiat Avio si aggiunge l'area delle caserme vuote di fronte a piazza d'Armi. In nessun caso viene però preso in considerazione il problema dell'accessibilità tramite trasporto pubblico, uno dei fattori chiave che invece, in un'ottica di sostenibilità, dovrebbero sempre determinare ogni scelta localizzativa.

Il Piano sanitario regionale 2007-2010 individua nelle Città della salute di Torino e di Novara «i punti cardine di una nuova filiera-salute piemontese. Si tratta in entrambi i casi di ricollocare in una nuova struttura attività sanitarie di elevata professionalità e complessità organizzativa, attività di didattica e di ricerca proprie delle due università che hanno sede nei suddetti ospedali, con relativi campus residenziali per studenti e per ricercatori ospiti e strutture per alloggiare pazienti che provengano da località lontane nei momenti pre e post ricovero ed i loro parenti per tutta la durata dei trattamenti.

La concentrazione di queste importanti attività di assistenza, insegnamento e ricerca, il grande bacino di utenza prevedibile» (anche con rischi di concorrenza tra le due strutture), «l'esistenza di valide infrastrutture possono costituire la leva per insediamenti ad alto contenuto tecnologico e una

spinta agli spinoff per quei settori in cui vi è maggiore competenza in Piemonte: tecnologia e ingegneria applicata alla salute, biogenomica, scienza dei materiali ed informatica».

Nel giugno 2007 viene sottoscritto un protocollo da Regione, Università di Torino e Assessorato all'urbanistica del Comune, da presentare al Ministero della salute per ottenere un primo finanziamento di 200 milioni di euro, contenente una sorta di progetto di prefattibilità, con indicazioni molto generali sul contenuto (un ospedale da 750 letti, una scuola di medicina, un incubatore per imprese): la spesa prevista è pari ad 800 milioni di euro. L'area su cui dovrebbe sorgere il nuovo centro viene individuata in 300 mila metri quadri distribuiti lungo il confine di Torino con Collegno e Grugliasco.

Nell'agosto 2008 la Regione affida alla Società di committenza regionale (che supervisiona gli appalti) l'incarico di definire le modalità di acquisizione dei terreni interessati dal progetto, con l'obiettivo di rassicurare il Ministero sull'avanzamento dell'iter, non perdendo il finanziamento statale di 200 milioni.

Nell'ottobre 2008 l'ipotesi di localizzazione risulta ancora una volta modificata: la Città della salute dovrebbe essere ospitata interamente nel territorio di Grugliasco, in aree lungo l'asse di corso Allamano e prossime al futuro corso Marche (si veda la figura seguente). Il preventivo per il costo dell'opera è salito a 878 milioni di euro.



salute, una di base da mantenere nelle sedi attuali, opportunamente riprogettate<sup>18</sup>.

Il resto della rete ospedaliera di primo livello – quella per cure non specialistiche – dovrebbe organizzarsi su due grandi poli: per

<sup>18</sup> Il trasferimento di queste strutture presso la Città della salute avrebbe un duplice vantaggio dal punto di vista della programmazione sanitaria: permetterebbe di concentrare le diverse specializzazioni universitarie, favorirebbe l'interazione con le attività di ricerca. Coloro che sono contrari al trasferimento, invece, sostengono la necessità di non deprivere l'area dove attualmente hanno sede tali ospedali, per non comprometterne una vocazione storica consolidata.

l'area Sudovest un ospedale (probabilmente le Molinette, in cui far confluire anche il Mauriziano), i poli «satellite» del Martini e del Valdese, un nuovo ospedale a Moncalieri, per integrare quelli esistenti nello stesso comune e a Carmagnola; per l'area Nordest, l'ospedale San Giovanni Bosco sarebbe integrato da Maria Vittoria, Gradenigo, Cottolengo e dal nuovo ospedale previsto a Venaria.

Gran parte di questa riorganizzazione dipende però proprio dal destino del progetto della Città della salute: il fatto che esso venga a trovarsi ancora in fase di definizione<sup>19</sup>, in un momento di crisi economica e finanziaria, rende sempre più dubbia la possibilità concreta di effettiva realizzazione, rimettendo quindi ancora una volta in discussione l'intera ristrutturazione della rete torinese.

#### **8.4. L'ASSISTENZA DI BASE**

I servizi territoriali dell'assistenza sanitaria di base hanno avuto un'evoluzione che sembra corrispondere solo in una certa misura al ruolo primario ad essi assegnato dai due piani sanitari regionali dell'ultimo decennio: è migliorata l'organizzazione e l'integrazione interna di tali servizi, ma è diminuita la loro offerta in termini quantitativi, mentre rimane scarsa l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Tra il 1999 ed il 2005, è cresciuto nelle ASL del comune di Torino il numero di medici generici, ormai non lontano dalla soglia (ottimale secondo gli accordi nazionali) di 1.000 abitanti con più di tredici anni per ogni medico. Il resto dei servizi delle ASL ha invece subito una contrazione notevole: i medici pediatri si sono ridotti di oltre un quarto, cosicché ognuno di essi deve seguire oggi in media 1.135 bambini, anziché gli 837 del 1999 e gli 800-

<sup>19</sup> La lentezza del progetto è dovuta a cause non del tutto chiare. Sicuramente conta la discontinuità nel dialogo tra Regione e Università su contenuti e localizzazione del progetto, così come l'incerto destino per le attuali strutture e funzioni ospedaliere (necessitanti spesso di urgenti ristrutturazioni) e l'irrisolto rapporto tra Città della salute e ospedale San Luigi, nel frattempo diventato sede della seconda facoltà di Medicina.



1000 indicati attualmente come soglia ottimale; solo a Napoli e Roma si registra una maggiore carenza di pediatri. Ancora più drastica risulta la riduzione del numero di ambulatori, laboratori e consultori materno-infantili, ridottisi di circa un terzo in sei anni: Torino risulta così oggi la metropoli con la minore dotazione pro-capite di ambulatori e laboratori.

In parte la riduzione di presidi sociosanitari territoriali deriva dalla necessità di ridurre le spese e di razionalizzazione dei servizi, accorpendo ad esempio strutture troppo simili tra loro. In questi anni i servizi sanitari di base risultano più integrati e sinergici<sup>20</sup>: in particolare sono state incentivate modalità organizzative quali la

Tabella 8.4 – I medici nelle ASL dei comuni metropolitani – 2005  
(in corsivo, ove disponibili, le variazioni assolute rispetto al 1999;  
elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Ministero della Salute)

	Numero di Medici generici		Popolazione >13 anni per Medico generico		Numero di Pediatri		Popolazione >13 anni per Pediatria	
Torino	787	+13	1.022	-24	86	-34	1.135	+298
Milano	1.029	-82	1.123	+87	126	-65	1.138	+317
Genova	653	-40	1.006	+7	87	-27	856	+182
Venezia	254		1.070		33		978	
Bologna	650		1.125		109		819	
Firenze	710	+6	999		104		872	
Roma	2.481		921		382		850	
Napoli	820	+100	1.026	-135	131	-97	1.173	+366
Bari	485		1.052		88		951	
Palermo	1.052	+128	999	-122	237	-41	821	+57
Catania	890		1.013		188		908	
Cagliari	405		1.056		73		799	
Italia	47.022	-239	1.080	+25	7.459	+383	1.029	-68

<sup>20</sup> Anche nel secondo Piano strategico di Torino quattro dei cinque obiettivi previsti per l'ambito «salute e cura» sono accomunati dall'obiettivo di una crescente sinergia: «integrare la componente ospedaliera nella rete territoriale dei servizi sociali e sanitari», «coordinare l'azione socio-sanitaria col complesso delle politiche per la salute», «garantire ai cittadini stranieri l'effettivo esercizio del diritto alla salute», «sviluppare tecnologie per la domiciliarità dei servizi socio-sanitari e dispositivi di telemedicina». Il quinto obiettivo è invece la realizzazione della Città della salute.

Tabella 8.5 – I servizi nelle ASL dei comuni metropolitani – 2005  
(in corsivo, ove disponibili, le variazioni assolute rispetto al 1999;  
elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Ministero della Salute)

	Numero ambulatori e laboratori		Popolazione per ambulatorio o laboratorio		Numero consultori materno-infantili		Popolazione per consutorio	
Torino	129	-62	6.994	+2.232	40	-17	22.556	+6.599
Milano	282	+7	4.608	-154	60	+3	21.657	-1.317
Genova	189	-3	3.871	-129	34	-3	21.518	+761
Venezia	65		4.679		30		10.137	
Bologna	159		5.159		31		26.459	
Firenze	330		2.425		52		15.390	
Roma	1.009		2.587		72		36.257	
Napoli	729	168	1.365	-453	26	-2	38.276	1.851
Bari	172		3.451		15		39.577	
Palermo	827	340	1.506	-1.058	40	+17	31.133	-23.156
Catania	583		1.839		35		30.625	
Cagliari	244		1.992		15		32.400	
Italia	10.538	-3.172	5.561	-1.410	2.580	-146	22.715	-1.837

medicina in associazione, quella in rete e quella di gruppo<sup>21</sup>, che stanno permettendo di superare la tradizionale debolezza dell'assistenza sanitaria di base, caratterizzata da un forte individualismo professionale (Ires Piemonte, 2007). Secondo le indicazioni del recente Piano sanitario regionale, queste forme organizzative dovrebbero evolvere ulteriormente verso forme pluriprofessionali – mentre oggi coinvolgono solo medici o pediatri –, i cosiddetti Gruppi di cure primarie, comprensivi anche di guardie mediche, infermieri, operatori sociosanitari, medici specialisti, assistenti sociali, operatori della prevenzione, allo scopo di garantire maggiore continuità assistenziale tra medicina di base, attività di preven-

<sup>21</sup> I medici generici associati alla rete si impegnano a condividere gli stessi approcci diagnostici e terapeutici, le informazioni relative agli assistiti, grazie al collegamento informatico dei database presso gli studi. I medici di gruppo operano in una stessa sede, gestendo in modo condiviso attività e risorse. In Piemonte, nel 2006 il 54,8% dei medici generici e dei pediatri lavora in associazione, il 14,4% in rete, altrettanti in gruppo; la medicina in rete e quella di gruppo sono cresciute rispetto al 2003 (vi aderiva il 7,5% e il 6,2% dei medici), mentre è scesa la percentuale dei medici in associazione: erano il 65,1% (Ires Piemonte, 2007).

zione, ospedali. Proprio l'integrazione con la rete ospedaliera rappresenta oggi il principale punto debole dell'assistenza sanitaria di base torinese e piemontese, non tanto per esercitare una funzione di «filtro» in ingresso ed evitare quindi ricoveri inutili<sup>22</sup>, quanto per garantire continuità di cure dopo le dimissioni dall'ospedale: nel 2005 in Piemonte, ad esempio, solo lo 0,2% dei dimessi da reparti per malattie acute ha potuto godere di assistenza domiciliare, lo 0,9% ha potuto accedere a strutture residenziali extraospedaliere; valori non molto superiori – rispettivamente 0,6% e 5,1% – si registrano nel caso dei pazienti dimessi da reparti di lungodegenza (Ires Piemonte, 2008). Gli stessi operatori sanitari individuano nella mancanza di continuità d'assistenza a domicilio ai pazienti cronici la principale criticità attuale della sanità piemontese (Piccoli *et al.*, 2006).

### 8.5. I TEMPI DI ATTESA E LA MOBILITÀ SANITARIA

Una delle criticità tradizionali del sistema sanitario italiano è rappresentata dai tempi di attesa<sup>23</sup>. Nel 2003 la Regione Piemonte ha fissato i limiti massimi per accedere a prestazioni non urgenti in trenta giorni per le visite specialistiche e in sessanta per gli accertamenti diagnostici. Nel corso dell'ultimo decennio, la questione è stata affrontata soprattutto da un punto di vista organizzativo attraverso la creazione di un servizio per ampliare informazioni e possibilità di scelta per i cittadini: prima sono stati istituiti i CUP – Centri unificati di prenotazione delle singole ASL –, che permettono al cittadino di accedere alla struttura che in ogni azienda sanitaria presenta i minori tempi d'attesa. Da novembre 2006 è stato avviato a Torino

<sup>22</sup> Alcuni indicatori relativi al tasso di ospedalizzazione per patologie croniche curabili a livello di assistenza di base senza il ricorso agli ospedali – come asma, diabete, scompenso cardiaco – mostrano in Piemonte valori sensibilmente inferiori rispetto alla media nazionale (Ires Piemonte, 2008). Un'ulteriore conferma viene dall'elevata complessità media dei casi trattati negli ospedali torinesi.

<sup>23</sup> Nell'indagine condotta per l'edizione 2002 del *Rapporto su Torino*, relativamente alla soddisfazione dei clienti dei servizi metropolitani, proprio i lunghi tempi di attesa emergevano come il principale difetto della sanità torinese (indicato dal 44% degli intervistati), mentre gli aspetti più apprezzati risultavano la competenza dei medici (29%) e degli infermieri (16%).

un Sovra-CUP, che permette di operare la stessa scelta, ma su tutte le strutture sanitarie cittadine.

Negli ultimi anni, i tempi di attesa comunque risultano allungati, anche se restano per tutte le principali prestazioni diagnostiche (tranne la mammografia) inferiori alle soglie massime stabilite dalla Regione; alcune criticità caratterizzano ancora le visite specialistiche, in particolare quelle allergologiche ed odontostomatologiche<sup>24</sup>.

Assai più critica è invece la situazione per le liste di attesa relative ai ricoveri ordinari per interventi operatori non urgenti, per cui la Regione non ha fissato soglie massime: a luglio 2005, occorre attendere 900 giorni per accedere a un letto nei reparti di urologia dell'ospedale San Luigi e 459 al Mauriziano, per interventi ortopedici 660 al Mauriziano e 610 alle Molinette, per otorinolaringoiatria si registrano 630 giorni di attesa al Regina Margherita, per chirurgia generale 390 alle Molinette, per chirurgia plastica 365 al CTO (fonte: Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità).

Un altro indicatore relativo alla qualità dell'offerta sanitaria locale e alla sua sostenibilità economica viene spesso individuato nella mobilità sanitaria. Se un alto numero di residenti di un'area va a curarsi altrove, anziché negli ospedali locali, e non è compensato da un numero analogo di pazienti «immigrati», si può ipotizzare che la qualità dell'offerta sanitaria della prima area sia o sottodimensionata o meno valida (quanto meno nelle percezioni dei residenti) rispetto a quella di altri territori<sup>25</sup>. Una forte mobilità sanitaria ha implicazioni in termini di sostenibilità sociale, per gli spostamenti e i relativi disagi cui costringe pazienti e familiari (Longo, 2008). Da un punto di vista economico, poi, in presenza di una quota prevalente di flussi in uscita difficilmente il servizio locale riesce a sfruttare in modo efficiente la propria capacità produttiva; inoltre la tariffa che una Regione deve pagare alle altre per le cure a un proprio residente è mediamente

<sup>24</sup> Una recente indagine (FNP-Cisl, 2008) ha mostrato come la situazione torinese sia migliore rispetto alle province metropolitane del Sud e più o meno in linea con quelle del Centronord, dove si registrano in alcuni casi tempi particolarmente lunghi per determinate prestazioni: a Bologna 160 giorni per una mammografia e 149 per una visita neurologica, a Venezia 80 giorni per una visita cardiologica, a Genova 79 giorni per una visita urologica, a Roma 68 giorni per un'ecografia all'addome.

<sup>25</sup> Un'indagine sulla mobilità sanitaria verso gli ospedali di Milano mostra come circa il 40% dei pazienti provengano da altre regioni su indicazione dei medici curanti, il 28% consigliato da amici o conoscenti già ricoverati, il 30% per la notorietà delle strutture milanesi. La presenza di parenti o amici residenti nella città lombarda costituisce un motivo di rinforzo della scelta (Di Fraia, Risi, 2008).

**Tabella 8.6 – Tempi medi di accesso alle prestazioni sanitarie nelle ASL torinesi  
(numero di giorni; elaborazioni L'Eau Vive - Comitato Rota,  
su dati Direzione Controllo Attività Sanitarie Regione Piemonte)**

	ASL 1		ASL 2		ASL 3		ASL 4	
	To Sudest		To Sudovest		To Nordovest		To Nordest	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
<b>Visite specialistiche</b>								
Allergologia	57	n.d.	163	78	46	116	115	67
Cardiologia	9	17	30	48	33	27	29	20
Chirurgia generale	4	6	14	19	8	10	8	9
Dermosifilopatia	5	10	7	13	9	8	4	10
Endocrinologia	37	58	37	47	52	46	81	59
Neurochirurgia	56	n.d.	181	n.d.	50	n.d.	114	75
Neurologia	21	22	14	21	19	19	14	12
Oculistica	38	58	23	52	41	66	42	56
Odontostomatologia	92	150	97	38	63	45	43	121
Ortopedia e traumatologia	19	25	23	34	30	38	54	35
Ostetricia ginecologica	7	15	11	18	27	36	14	19
Otorinolaringoiatria	13	15	15	31	10	19	14	26
Pneumologia	12	10	11	40	61	52	7	20
<b>Prestazioni di diagnostica</b>								
Colposcopia	15	14	20	19	25	19	22	9
Ecocardiografia	32	25	24	27	5	38	20	30
Ecodoppler arti	10	11	9	12	21	26	36	42
Ecodoppler tronchi sovraortici	10	12	8	11	18	28	35	31
Ecografia addome	16	19	13	34	18	57	29	21
Elettromiografia semplice	22	33	22	27	19	21	24	35
Esofagogastroduodenoscopia	23	47	25	32	10	40	12	33
Mammografia	8	29	40	67	8	74	15	15
Risonanza magnet. colonna	3	8	4	28	2	30	3	4
Risonanza magnet. encefalo	5	10	8	33	2	4	4	7
TAC capo	4	17	9	14	12	14	15	31
TAC rachide	4	19	15	10	11	12	15	3
TAC torace	5	18	9	n.d.	11	1	15	50

superiore al costo che sostiene curandolo nelle proprie strutture sanitarie (Ciccione, Pagano, 2002)<sup>26</sup>.

Il Piemonte si conferma negli ultimi anni l'unica grande regione del Centronord ad avere una mobilità prevalentemente passiva, caratteristica di tutte le regioni meridionali. Tale situazione è dovuta ad una scarsa capacità sia di trattenere i propri pazienti (l'8,4% dei piemontesi oggetto di ricoveri ordinari nel 2005 è stato curato in altre regioni; tra le regioni metropolitane del Centronord, solo in Liguria tale percentuale è stata maggiore), sia di attrarre pazienti da altre regioni: solo il 7,3% dei ricoveri ordinari in Piemonte nel 2005 ha riguardato residenti in altre regioni, la percentuale più bassa del Centronord. Complessivamente, nel 2005 il saldo regionale risulta quindi negativo di quasi 15.000 pazienti<sup>27</sup>, con una perdita economica per la Regione di circa 10,7 milioni di euro, poco più dello 0,1% della spesa sanitaria regionale complessiva, ma significativi per confronto con i 430 milioni ricavati dalla Lombardia grazie alla mobilità sanitaria in attivo.

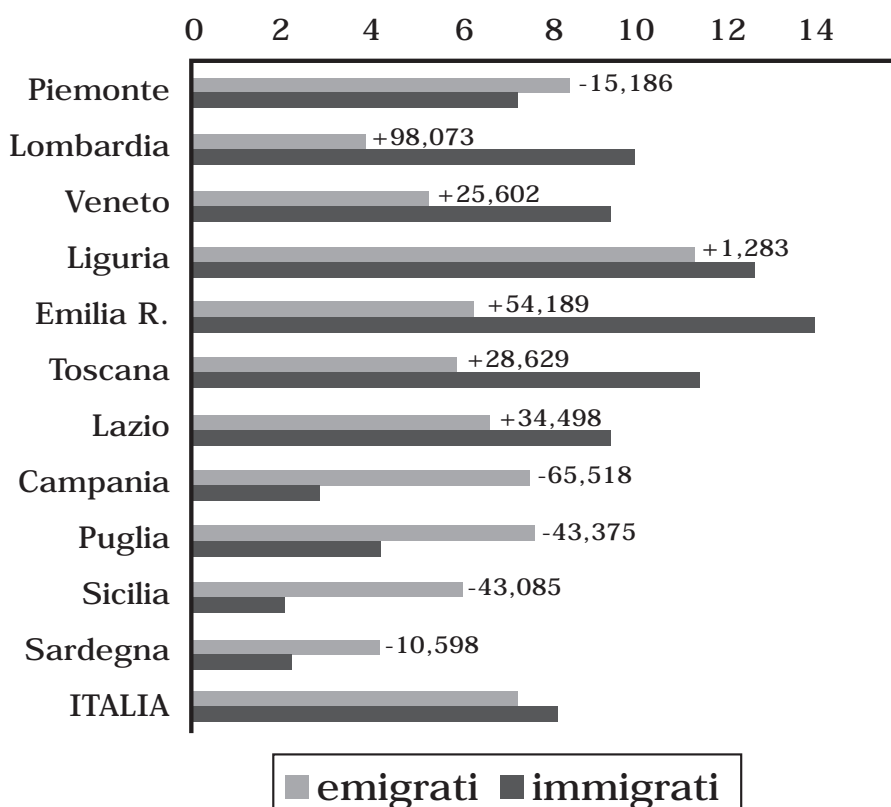
Sono le province di Novara ed Alessandria a mostrare la più intensa «emigrazione sanitaria», ciascuna con un saldo negativo di oltre 10.000 pazienti, soprattutto verso la Lombardia e la Liguria<sup>28</sup>. La provincia di Torino presenta invece un saldo positivo, sia rispetto al resto della regione (+7.900 pazienti nel 2004), sia rispetto al

<sup>26</sup> L'esborso tariffario agli altri erogatori avviene al costo pieno della prestazione, mentre quando le cure avvengono in loco pesano solo i costi marginali (per curare un paziente in più rispetto al numero di pazienti già curati: maggiore è tale numero, minori sono i costi marginali). Nel 2006, i rimborsi tra Regioni legati alla mobilità sanitaria hanno raggiunto un valore complessivo superiore ai 3 miliardi di euro. Inoltre, una città che riesca ad attirare pazienti da altre aree intercetta la spesa legata alla ricettività degli accompagnatori dei degenti, che è stata stimata aggirarsi, nel caso di Milano, intorno ai 140 euro giornalieri (Di Fraia, Risi, 2008).

<sup>27</sup> La differenza tra le percentuali di mobilità passiva ed attiva si è ridotta rispetto al 1999: erano rispettivamente 7,5% e 5,5%. L'andamento del saldo è stato altalenante negli anni, ma sempre nettamente negativo: è cresciuto da -13.000 del 2000 fino a -16.260 del 2002, per poi calare fino a -14.166 nel 2004 e riprendere a crescere nel 2005.

<sup>28</sup> La forte mobilità sanitaria passiva delle province orientali del Piemonte si colloca nella più generale gravitazione di queste aree verso le regioni confinanti, fenomeno che interessa non solo la sanità ma anche il mondo del lavoro, le università, l'utilizzo di altri servizi, come emerge dalle analisi sui rapporti tra Torino e il Piemonte condotte in L'Eau Vive, Comitato Rota, 2008. Sarà interessante verificare se la Città della salute novarese riuscirà a contenere i flussi in uscita dalla provincia ed eventualmente ad attrarre pazienti dalla Lombardia.

Figura 8.3 – Mobilità sanitaria per ricoveri ordinari nelle regioni metropolitane – 2005  
 (emigrati: percentuale di residenti in una regione ricoverati in altre;  
 immigrati: percentuale di ricoverati nella regione provenienti da altre;  
 vicino alle barre è indicato il saldo in valore assoluto;  
 elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)



resto d'Italia (+5.800 pazienti). Tale saldo è dovuto però non tanto ad una elevata attrattività verso i territori esterni (superiore a quella di Milano e Bologna, inferiore a quella di Genova e Venezia), quanto soprattutto ad una significativa capacità di trattenere i propri residenti. Nel 2005, l'88,5% dei torinesi che hanno subito un ricovero ordinario lo ha fatto nelle strutture sanitarie della provincia, l'88,8% nel caso dei ricoveri in day hospital: si tratta delle percentuali più alte registrate tra le province metropolitane.

Sono le strutture del capoluogo ad attrarre la maggior parte dei pazienti da altre regioni. Nel 2006, Torino ha registrato un saldo attivo con altre regioni di oltre 11.000 pazienti, provenienti soprattutto da Val d'Aosta, Liguria e Lombardia, ma anche da molte regio-

**Tabella 8.7 – Mobilità sanitaria delle province metropolitane: ricoveri ordinari**  
(emigrati: percentuale di residenti in una provincia ricoverati in altre;  
immigrati: percentuale di ricoverati nella provincia provenienti da altre;  
elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)

	Immigrati da:				Emigrati verso:			
	resto regione		altre regioni		resto regione		altre regioni	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Torino	2,9	3,8	4,0	4,6	6,0	6,0	4,3	5,5
Milano	9,1	8,1	4,1	3,7	9,0	10,2	10,9	13,5
Genova	2,0	2,1	5,9	8,0	6,3	6,2	12,1	13,6
Venezia	15,7	15,3	5,9	6,7	7,4	12,5	4,6	5,6
Bologna	6,5	6,2	2,8	3,3	7,8	8,2	17,1	20,2
Firenze	7,4	7,3	3,9	4,4	16,7	16,8	7,3	9,6
Roma	2,3	2,1	4,7	4,9	7,2	8,1	8,5	10,2
Napoli	7,5	8,3	4,6	4,6	9,1	8,6	1,9	2,4
Bari	3,6	4,2	3,6	5,5	10,6	11,0	4,6	3,9
Palermo	3,2	3,0	5,8	5,3	13,3	14,7	0,8	1,3
Catania	5,3	6,5	4,8	4,2	15,6	16,7	0,8	1,5
Cagliari	1,3	1,5	3,0	3,3	11,3	12,4	1,1	1,6
Italia	9,9	10,5	6,7	7,3	9,9	10,3	6,7	8,2

**Tabella 8.8 – Mobilità sanitaria delle province metropolitane: ricoveri in day hospital**  
(emigrati: percentuale di residenti in una provincia ricoverati in altre;  
immigrati: percentuale di ricoverati nella provincia provenienti da altre;  
elaborazioni L'Eau Vive – Comitato Rota su dati Health for All)

	Immigrati da:				Emigrati verso:			
	resto regione		altre regioni		resto regione		altre regioni	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Torino	1,8	2,9	2,1	2,3	7,8	6,2	4,2	5,0
Milano	5,9	7,7	2,0	2,1	10,5	11,0	7,5	9,4
Genova	1,5	2,1	3,9	4,0	8,2	6,9	13,4	10,6
Venezia	21,3	20,0	5,3	6,3	8,7	20,6	5,5	7,0
Bologna	6,1	8,1	1,7	4,2	9,8	9,3	8,5	14,7
Firenze	8,3	11,2	2,9	3,0	19,3	22,0	4,8	7,4
Roma	0,7	1,1	4,8	2,4	8,9	9,1	7,8	8,1
Napoli	3,6	8,2	3,4	3,3	16,5	14,2	2,2	2,2
Bari	1,7	2,6	4,0	6,2	7,9	9,6	2,8	2,5
Palermo	2,2	3,0	4,6	2,3	14,5	15,0	0,6	0,8
Catania	4,6	5,8	4,8	1,7	16,9	14,5	0,6	0,9
Cagliari	0,4	0,7	1,1	1,9	14,8	15,0	0,5	0,8
Italia	11,4	11,8	6,1	6,2	11,4	11,7	6,1	6,8



ni del Sud: da Sicilia, Calabria, Puglia e Campania si registrano negli ultimi anni flussi superiori ai 1.000 pazienti (fonte: Regione Piemonte)<sup>29</sup>.

## 8.6. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Se, per molti versi, l'offerta sanitaria torinese sembra evolvere in una direzione coerente con la domanda di salute locale, la sostenibilità economica di tale offerta risulta una crescente criticità. Si tratta di un problema che riguarda tutti i paesi più sviluppati, ed è dovuto essenzialmente a due fattori: da un lato, l'innovazione tecnologica mette a disposizione apparecchiature di diagnosi e di cura sempre più costose (sarebbe perciò importante investire in prevenzione più che nella cura), dall'altro la produttività – trattandosi di un settore in cui molto lavoro umano è poco sostituibile dalla tecnologia – cresce meno delle retribuzioni, che seguono l'andamento di altri settori economici più produttivi (Ires Piemonte, 2008).

Nell'area torinese, però, la questione della spesa sanitaria si presenta più critica della media nazionale<sup>30</sup>. Tra le principali aziende ospedaliere delle città metropolitane, quelle torinesi sono tra le più costose, superando ad esempio nel 2006 i 400.000 euro per posto letto al Mauriziano, alle Molinette e al CTO: solo all'ospedale romano San Camillo si supera questa soglia. Alla base di questi costi, vi sono elementi sia negativi sia positivi: l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto è bassa (in particolare al Regina Margherita ed al Sant'Anna ci si ferma al 66,5%, ma anche alle Molinette, al CTO e al San Luigi si supera di poco l'80%); il numero di operatori per posto letto risulta molto elevato (solo al San Camillo si hanno valori più alti); i casi trattati sono mediamente molto complessi: Mo-

<sup>29</sup> Ad ogni modo, nessuna tra le prime dieci strutture di ricovero in Italia col più alto numero di pazienti extraregionali ha sede in Piemonte (Assr, 2005).

<sup>30</sup> A livello regionale, nel 2005 la spesa sanitaria ha raggiunto in Piemonte un livello pari all'8,3% del PIL, inferiore a quello delle regioni meridionali, ma tra i più alti nell'ambito delle regioni metropolitane del Centronord (inferiore solo al 9,4% della Liguria e all'8,4% del Lazio). Il Piemonte è la regione metropolitana con la maggiore quota di spesa a carico dei cittadini (25%), dopo la Lombardia (26,5%), incidendo significativamente sulla sostenibilità sociale del sistema (fonte: Health for all).

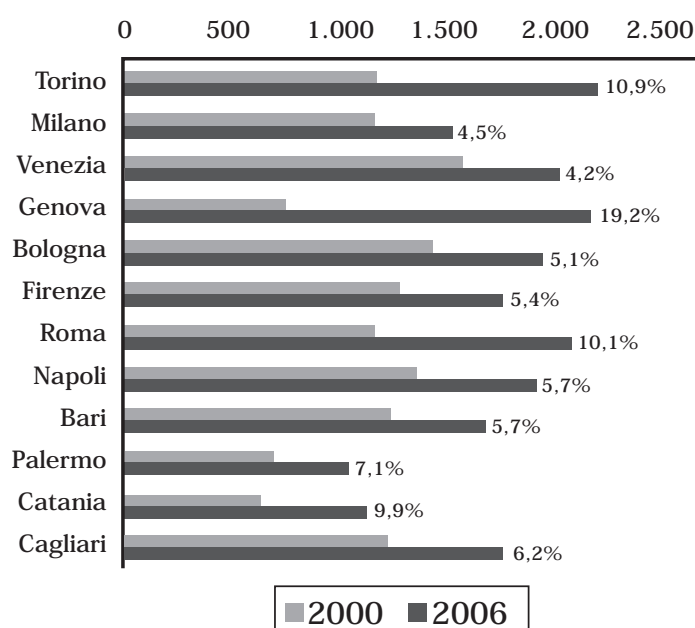
**Tabella 8.9 – Costi per posto letto e indicatori di efficienza delle ASO nei comuni metropolitani – 2005-2006**  
(i costi si riferiscono al 2006, i dati relativi a posti letto, personale e difficoltà dei casi al 2005; elaborazioni L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Ministero della Salute)

	Costo per posto letto (migliaia euro)	Var. % annua costi 2000-2006	Operatori per posto letto	Tasso % utilizzo posti letto	Indice difficoltà casi trattati
<b>Aziende ospedaliere dell'area torinese</b>					
Molinette	443,4	6,0	4,5	80,2	1,65
CTO CRF Maria Adelaide	434,2	4,2	5,2	83,0	1,44
Oirm S.Anna	331,2	2,9	4,1	66,5	0,72
S.Luigi	373,4	7,1	4,3	83,0	1,29
Mauriziano	512,2	-	4,5	100,6	1,38
<b>Principali aziende ospedaliere delle province metropolitane</b>					
Niguarda (MI)	384,8	5,2	3,9	92,7	1,34
San Martino (GE)	263,4	4,8	3,2	88,7	1,36
Sant'Orsola Malpighi (BO)	320,0	6,3	3,5	83,5	1,23
Careggi (FI)	357,2	5,3	3,8	85,5	1,28
San Camillo (RO)	400,6	2,0	5,6	95,8	1,21
Cardarelli (NA)	355,7	7,1	3,9	106,9	0,81
Policlinico (BA)	305,4	7,2	2,9	85,4	0,94
Ospedale Civico (PA)	342,6	7,4	3,8	76,4	1,04
Ferrarotto (CT)	298,5	5,4	3,6	67,9	1,05
Brotzu (CA)	268,3	4,1	3,4	80,4	1,02

linette, CTO e San Luigi risultano le tre aziende, tra quelle considerate, con il maggiore indice di difficoltà dei ricoveri. I tassi medi di crescita dei costi registrati tra il 2000 ed il 2006 nell'area torinese sono sostanzialmente in linea con quelli delle altre città: l'ASO Oirm-Sant'Anna, con un tasso di crescita annuale del 2,9%, è quella che meno ha superato la soglia massima del 2% stabilita dall'Intesa Stato-Regioni del 2005.

Anche l'assistenza sanitaria di base risulta a Torino più cara che in tutte le altre metropoli, con una spesa media annua nel 2006 di oltre 2.100 euro per abitante. Rispetto al 2000, Torino ha conosciuto in sei anni un tasso medio di crescita pari al 10,9% (inferiore solo a quello di Genova), diventando così nel 2006 la metropoli con i costi più elevati per l'assistenza di base.

Figura 8.4 – Costi per abitante nelle ASL dei comuni metropolitani – 2006  
(vicino alle barre è indicato il tasso annuo medio di crescita tra 2000 e 2006;  
fonte: elaborazioni L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Ministero della Salute)



Se il contenimento della spesa sanitaria risulta così difficile<sup>31</sup>, diventa allora più che mai importante valorizzare il potenziale di sviluppo economico legato al settore sanitario, per far sì che esso comporti anche opportunità di ricavi, soprattutto in un contesto di risorse pubbliche sempre più limitate. Il primo Piano strategico di Torino ed il Piano sanitario regionale ponevano già dieci anni fa l'obiettivo della valorizzazione della sanità piemontese e torinese come motore di crescita economica: il fatto che sia il secondo Piano strategico sia il Piano sanitario regionale del 2007 ribadiscano l'urgenza di tale

<sup>31</sup> Oltre al settore pubblico, un contributo importante al sistema sanitario viene dalle fondazioni: nel 2008 la Compagnia di San Paolo ha destinato circa un quarto delle proprie erogazioni a questo settore (in particolare per l'acquisto di apparecchiature di ricerca, diagnosi e cura e per la promozione di nuovi modelli gestionali negli ospedali e nella prevenzione); la Fondazione CRT ha investito il 5% del proprio budget, in particolare nel progetto *Missione soccorso* per l'acquisto di ambulanze. Il secondo Piano strategico individua nell'integrazione socio-sanitaria e nel potenziamento dell'assistenza domiciliare due ambiti potenzialmente interessanti anche per

obiettivo è probabilmente indicativo del poco fatto finora in tal senso. In Piemonte, le maggiori potenzialità, più che ai settori di produzione di apparecchiature tecnologiche o farmaceutico<sup>32</sup>, paiono legate all'applicazione alle cure mediche di biotecnologie, nanotecnologie e ICT, tre settori innovativi su cui la Regione ha investito parecchio (si veda il capitolo 1), oltre che ad una maggiore collaborazione con l'Università<sup>33</sup>. Il Piemonte è però ancora molto indietro rispetto ad altre regioni d'Europa quanto a numero di brevetti nel settore delle biotecnologie<sup>34</sup>; le nanotecnologie costituiscono un settore destinato probabilmente ad avere concrete ricadute economiche solo sul medio-lungo periodo, e le imprese piemontesi del settore operano per lo più in campi diversi da quello sanitario<sup>35</sup>; le applicazioni delle ICT alla sanità sono state finora oggetto per lo più di sperimentazioni non sistematiche. La legge regionale sull'innovazione (si veda il capitolo 1) ha individuato, tra quattordici set-

finanziatori privati. Proprio il settore privato rappresenta uno dei punti di debolezza del sistema sanitario torinese, non tanto in termini quantitativi (con il 23,5% di posti letto in strutture private accreditate, la provincia di Torino si collocava nel 2004 sopra la media nazionale: 20,8%; fonte: Health for all) quanto qualitativi: ad esempio, in provincia di Milano operano nove Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico gestiti da privati, in provincia di Roma cinque, in quella di Torino non ce n'è per ora nessuno, in attesa del riconoscimento del centro di Candiolo.

<sup>32</sup> Pur operando in Piemonte una quarantina di imprese di tecnologie medicali, con circa mille addetti (quasi tutti operativi nel campo della manutenzione della strumentazione), la farmaceutica piemontese risulta non molto competitiva, con l'eccezione della Sorin di Saluggia (VC), che per altro sta risentendo di non poche difficoltà negli ultimi mesi.

<sup>33</sup> Le due Città della salute di Torino e di Novara dovrebbero costituire l'epicentro di questo modello integrato, promuovendo una più stretta collaborazione tra ospedali, imprese e ricerca, anche tenendo conto dell'elevato livello qualitativo dell'attività di ricerca: dalle indagini del Censis del 2007 le facoltà di Medicina di Torino e del Piemonte Orientale risultano entrambe al sesto posto (su 36 facoltà) per l'attività di ricerca. La facoltà di Farmacia di Torino si colloca invece solo al 23° posto su 29 facoltà italiane. Anche il Politecnico dal 2000 ha attivato un Corso di laurea in Ingegneria biomedica: nel 2006, però, oltre la metà delle ASL piemontesi risultavano ancora prive di ingegneri biomedici, fondamentali ad esempio per garantire una scelta corretta delle apparecchiature tecnologiche (Aress, 2007).

<sup>34</sup> Nel 2005, il Piemonte ha presentato all'European Patent Office 1,2 brevetti per milione di abitanti nel settore biotecnologico, contro i 3,2 della Lombardia, i 4,8 del Nordrhein-Westfalen, i 4,8 del Rhône-Alpes, i 6,4 del Baden-Württemberg, i 7,6 di Stoccolma (fonte: Eurostat).

<sup>35</sup> Le imprese piemontesi attive nel settore delle nanotecnologie operano per lo più nel campo dell'aerospazio, dei semiconduttori, della chimica, dell'elettromeccanica, del tessile (L'Eau Vive, Comitato Rota, 2007).

tori «prioritari», anche quello dei «servizi sanitari avanzati», ma per ora non sono stati oggetto di bandi o iniziative significative.

Per quanto auspicato sin dalla fine degli anni Novanta, dunque, il modello di una sanità torinese e piemontese motore di sviluppo locale sembra ancora in gran parte da costruire<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Non tutte le opportunità individuate alla fine degli anni Novanta sembrano essere state colte: il primo Piano strategico auspicava lo sviluppo del Centro di bioingegneria del Politecnico e del Centro di ricerca nelle neuroscienze del S. Luigi, che però non hanno avuto negli ultimi anni un ruolo particolarmente significativo.

