

## 12. LA SANITÀ

### 12.1. UN SISTEMA PIÙ EFFICIENTE

Il settore della sanità può giocare diverse importanti funzioni strategiche in funzioni anti-crisi. Innanzitutto, un efficiente sistema di assistenza di base garantisce il mantenimento di buoni standard di qualità della vita e della salute dei cittadini<sup>1</sup>, anche per le fasce sociali maggiormente a rischio di peggioramento delle proprie condizioni in una fase di crisi (si veda anche il paragrafo 3.3). Inoltre, la presenza di ospedali importanti può giocare un ruolo di rilievo per una città, in termini di attrazione di pazienti da altre regioni, con il relativo indotto economico (diretto e indiretto) per il territorio; al tempo stesso, ospedali innovativi possono stimolare e sviluppare proficue sinergie tra attività di cura, di ricerca e imprenditoriali in settori quali, ad esempio, le biotecnologie<sup>2</sup>.

Nel corso del 2009 sono state realizzate diverse indagini comparative<sup>3</sup> – sostanzialmente complementari tra loro – allo scopo di classificare le regioni italiane in base ai livelli di efficienza dei rispettivi

---

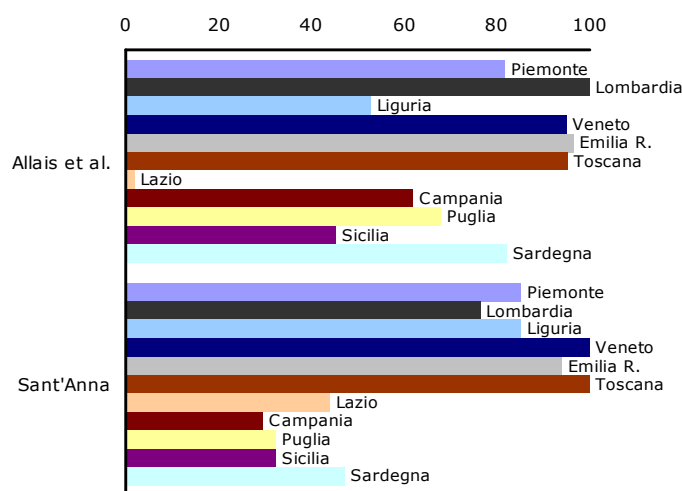
<sup>1</sup> Crisi a parte, nel prossimo futuro, si aggraverà il problema strutturale del come mantenere standard adeguati di assistenza sociosanitaria, tenendo conto della crescente consistenza della popolazione anziana e della progressiva trasformazione di una certa quota di patologie un tempo mortali in malattie croniche (con il relativo prolungamento, quindi, non solo della durata media della vita, ma anche dei tempi complessivi di assistenza e cura).

<sup>2</sup> Il settore dei servizi sanitari avanzati è individuato dalla legge regionale sull'innovazione n.4/2006 come uno di quelli "prioritari": grazie ai finanziamenti erogati dalla Regione, quindi, hanno preso quota in questi anni i filoni delle ICT applicate alla salute (software gestionali dei cicli ospedalieri, telemedicina, monitoraggio a distanza di patologie croniche, ecc.) e delle tecnologie riabilitative (dalla domotica per disabili all'ingegneria riabilitativa).

<sup>3</sup> La recente diffusione di studi comparativi – per iniziativa sia ministeriale sia di autonomi centri studio – si deve anche al fatto che le normative in tema di federalismo spingono nella direzione di una gestione autonoma delle risorse da parte delle Regioni e, quindi, verso una logica di finanziamenti corrispondenti ai servizi effettivamente erogati; ciò richiederà quindi l'individuazione di criteri e parametri condivisi per valutare le prestazioni dei sistemi sanitari regionali e quindi, a cascata, delle ASL, delle aziende ospedaliere, ecc.. Secondo il Libro bianco del Ministero della salute del maggio 2009, "non si può prescindere dallo sviluppo di processi di aziendalizzazione [né] da un'accelerazione meritocratica che investe l'intero mondo sanitario. Il principio di competenza 'all'accesso' (valutazione dei curricula, percorsi professionali) e la valutazione periodica dei risultati e degli obiettivi assegnati devono diventare una costante" (p.66).

sistemi sanitari<sup>4</sup>. Pur con alcuni scostamenti relativi al posizionamento di qualche regione, i quadri di sintesi che emergono da queste indagini sono relativamente simili: le regioni del Centronord – in particolare Veneto, Emilia e Toscana – si confermano ai vertici, mentre quelle del Sud occupano la parte bassa; il sistema sanitario piemontese si caratterizza per un buon livello di efficienza, non molto distante dalle regioni migliori.

**Figura 12.1. - Efficienza dei sistemi sanitari regionali**  
(fatto pari a 100 il punteggio della regione più efficiente in ciascuna graduatoria;  
elaborazioni su Allais et al., 2009 e su Istituto superiore Sant'Anna, 2009)



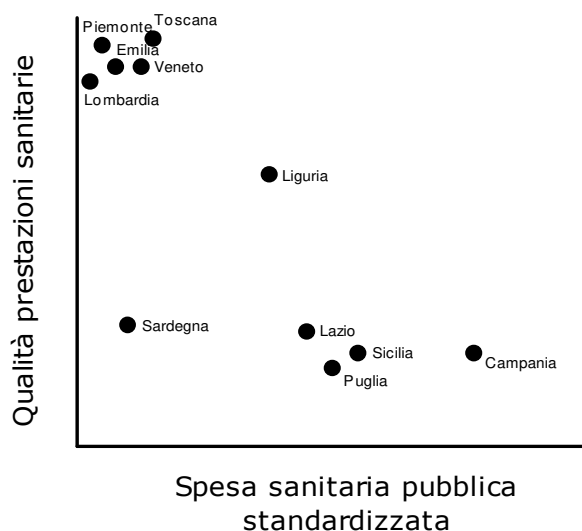
In un'altra indagine – svolta dal Cerm – vien dato ampio spazio a una batteria di indicatori relativi non solo all'efficienza, ma anche alla qualità delle prestazioni sanitarie<sup>5</sup>, oltre che alla relazione di

<sup>4</sup> Gli indicatori utilizzati dalle citate indagini per classificare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali fanno riferimento, ad esempio, all'equilibrato rapporto tra tassi di ospedalizzazione e di day hospital, a elevati livelli di assistenza territoriale, a una durata ragionevole delle degenze medie (pesata sulla complessità della casistica trattata), a un equilibrato rapporto tra medici, infermieri e altre figure professionali, a elevati indici di "appropriatezza" degli interventi (ad esempio un numero contenuto di parti cesarei), a tempi di attesa contenuti (Allais et al., 2009).

<sup>5</sup> L'indice sintetico relativo alla qualità delle prestazioni sanitarie è costruito sulla base di una batteria di 52 indicatori, relativi ad esempio ai tassi di sopravvivenza/mortalità dopo alcuni tipi di interventi, all'insorgenza o meno di

quest'ultima con la spesa sanitaria regionale procapite<sup>6</sup> (Pammolli, Papa, Salerno, 2009). Il risultato di questa analisi è relativamente sorprendente: non solo non vi è alcuna relazione – come invece era lecito attendersi – tra un'elevata spesa sanitaria procapite e la qualità dei servizi erogati, ma anzi emerge una chiara contrapposizione tra sistemi sanitari (tra cui quello piemontese) ad alta qualità e, contemporaneamente, a contenuta spesa pubblica procapite – e modelli invece molto costosi e di bassa qualità.

Figura 12.2. - **Qualità delle prestazioni sanitarie e relativa spesa**  
(L'Eau Vive, Comitato Rota, su dati Cerm, in Pammolli, Papa, Salerno, 2009)



E' interessante rilevare anche come, in linea di massima, nelle regioni in cui i sistemi sanitari pubblici sono più efficienti, il settore

complicanze, ai tempi di attesa preoperatoria, ai rischi legati a ricoveri ospedalieri, ai tempi di attesa, ecc..

<sup>6</sup> Per avere un quadro di riferimento più ampio, si tenga conto che la spesa sanitaria italiana risulta sostanzialmente allineata (in termini di euro per abitante, a parità di potere d'acquisto; fonte: Istat) rispetto alla media dell'Unione Europea a 18 stati membri: inferiore a quella di paesi come Danimarca, Austria, Francia, Irlanda, Germania, Svezia, Gran Bretagna e Finlandia, superiore alla spesa di Spagna, Olanda, Grecia, Portogallo e dei paesi dell'Europa dell'Est.

privato ha un rilievo minore, in particolare per l'assistenza specialistica (si ved in proposito la recente rilevazione condotta da Cergas e Università Bocconi)<sup>7</sup>. Costituisce parziale eccezione la Toscana, dove si registra la compresenza di un forte settore sanitario pubblico e, contemporaneamente, una presenza abbastanza rilevante di operatori privati. Il Piemonte emerge come la regione con la minor diffusione assoluta di ambulatori e laboratori privati, con un rilievo quantitativo minimo delle case di cura<sup>8</sup>.

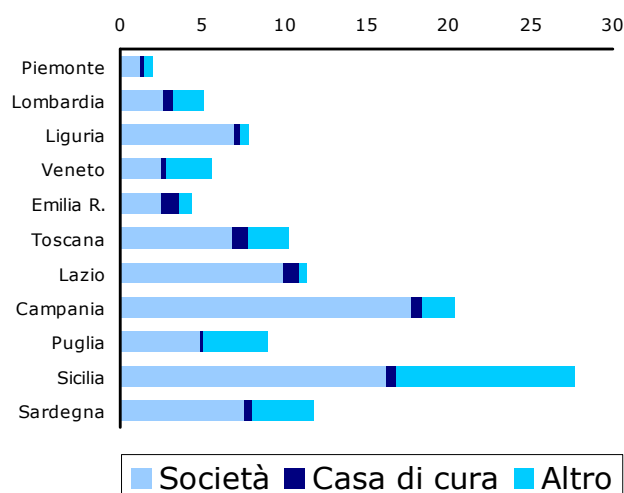
Per quanto riguarda le strutture sociosanitarie private convenzionate, la Regione all'inizio del 2010 ha completato le procedure di accreditamento per quelle in possesso dei requisiti di qualità necessari alla stipula di contratti per erogare servizi: in totale risultano accreditate nell'area metropolitana 143 strutture (per complessivi 3.021 posti utente); oltre due terzi delle strutture e dei posti si trovano nel capoluogo. Tra i comuni della cintura, le maggiori concentrazioni di strutture private accreditate si registrano a Rivoli (con 9 strutture e 193 posti), Grugliasco (10 e 188 posti), Carmagnola (5 e 158), Pino (4 e 153), Moncalieri (6 e 104). Il 67,4% dei posti disponibili si trova in istituti per anziani, il 31,3% in strutture per disabili, l'1,3% per minori; quanto alle diverse tipologie di strutture, la maggior disponibilità di posti – pari al 79,5% del totale – si trova in residenze assistenziali (soprattutto per anziani, ma anche per disabili), quindi in comunità alloggio (16,1%) e in centri diurni: 4,3% (fonte: Regione Piemonte).

---

<sup>7</sup> L'indagine rileva anche una relazione diretta tra la percentuale di spesa sanitaria regionale diretta a privati accreditati (per l'erogazione di servizi) e il disavanzo procapite cumulato da ciascuna regione negli ultimi anni. A livello nazionale, nell'ultimo decennio, mentre il numero di strutture pubbliche si è ridotto – principalmente per effetto di accorpamenti – quello delle strutture private accreditate è rimasto costante, anche se per queste ultime si sono registrate concentrazioni, con la diffusione di strutture e società operanti in regioni diverse o in differenti ambiti assistenziali. Nelle regioni meridionali, la bassa qualità dei servizi viene attribuita soprattutto all'insufficienza di reti territoriali d'assistenza e servizi ambulatoriali di zona, con un frequente utilizzo improprio degli ospedali e un ampio ricorso a strutture private (Cantù, Carbone, Lecci, 2008).

<sup>8</sup> Ciò viene attribuito da diversi addetti ai lavori, da un lato all'efficienza del sistema sanitario pubblico – ma anche a una sua certa "invadenza" che lascia poco spazio ai privati, obbligandoli in un quadro di regole molto strette –, dall'altro a una sottovalutazione da parte degli imprenditori privati (salvo rare eccezioni) della sanità come promettente settore di investimento. Ultimamente alcuni imprenditori lombardi hanno cominciato a investire in Piemonte, aprendo centri e sedi di analisi e cura.

**Figura 12.3. – Ambulatori e laboratori privati accreditati per assistenza specialistica, nelle regioni metropolitane - 2008**  
(numero di centri privati accreditati ogni 100.000 abitanti, per titolarità; fonte: Cergas Bocconi)



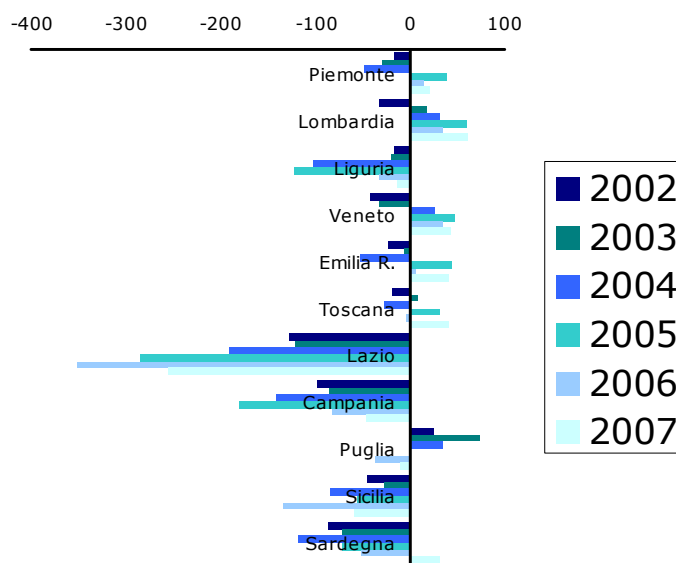
Negli ultimi anni, l'efficienza complessiva del sistema sanitario piemontese risulta decisamente migliorata dal punto di vista della sostenibilità economica. Il tasso di crescita annua della spesa media regionale procapite per la sanità – nel periodo dal 1997 al 2006 – risultava superiore alla media nazionale, in Piemonte pari al +4%; soltanto in Sicilia (+6,4%) e in Lazio (+5%) si registravano valori superiori, mentre in Emilia era pari a +2,3%, in Veneto a +2,6%, in Toscana a +2,9% (fonte: Cerm).

A partire dalla metà di questo decennio, la situazione economica del sistema sanitario regionale ha cominciato a migliorare. Tra le regioni metropolitane, il Piemonte fa parte di quelle regioni – con la Lombardia e il Veneto – in cui i conti della sanità sono tornati progressivamente verso modelli maggiormente sostenibili, negli stessi anni in cui invece altre regioni (il Lazio su tutte) li hanno visti peggiorare sensibilmente.

Anche per quanto riguarda la mobilità dei pazienti, i segnali sono confortanti. Fino al 2004 una delle voci di disavanzo era dovuta al forte saldo passivo negativo, ovvero al fatto che la quota di piemontesi che si curavano altrove risultava sempre superiore a quel-

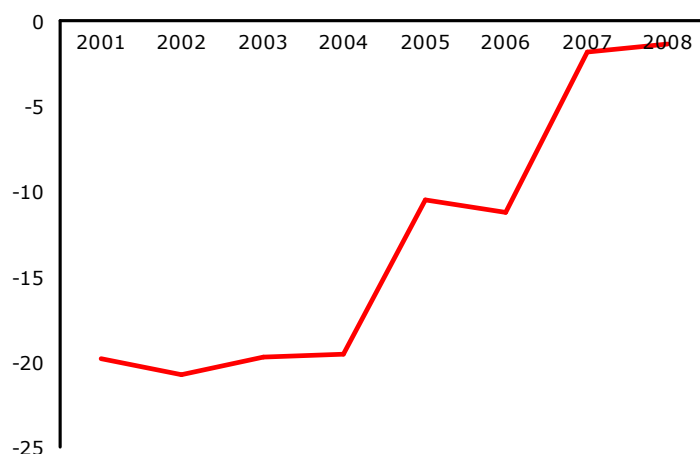
la di chi da altre regioni veniva a curarsi in Piemonte. Ciò incideva negativamente sul bilancio della sanità regionale per circa 20 milioni di euro annui; la situazione è migliorata a partire dal 2005 e, soprattutto, nel 2007-2008 quando il saldo negativo di pazienti si è quasi annullato. E' stata parzialmente recuperata attrattività sulle province orientali (che prima gravitavano massicciamente su Milano-Varese e su Genova-Pavia), rafforzando contemporaneamente i flussi in entrata di pazienti provenienti da altre regioni settentrionali (Liguria, Val d'Aosta) e, soprattutto, meridionali (fonte: Aress, Regione Piemonte).

**Figura 12.4. – Andamento del margine operativo lordo procapite\* delle aziende sanitarie, nelle regioni metropolitane**  
(fonte: Cergas Bocconi)



\* Il Margine operativo lordo procapite è dato dai ricavi per la cessione di beni e servizi meno le spese per personale, pesati sul numero di abitanti

**Figura 12.5. – Peso economico del saldo negativo di pazienti sul bilancio della sanità piemontese**  
(deficit in milioni; fonte: Università di Torino, Coripe)



Una svolta significativa si è avuta con l'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale<sup>9</sup> per il triennio 2007-2010, che punta a rafforzare il ruolo della prevenzione (anche attraverso analisi sullo stato di salute della popolazione nei diversi territori) e che ribadisce come prioritarie l'assistenza di base extraospedaliera, l'integrazione con i servizi sociali, maggiori specializzazioni territoriali.

La Regione ha anche avviato azioni di razionalizzazione dei servizi, soprattutto di carattere organizzativo e gestionale<sup>10</sup>. Dal 2008, in Piemonte, sono pianificati e aggregati a livello sovra-aziendale molti acquisti di beni di consumo e di servizi, allo scopo di evitare duplicazioni e sprechi (fonte: Regione Piemonte, 2009 b). Sono anche partiti in via sperimentale progetti di snellimento delle procedure: ad esempio possibilità per gli utenti di prenotare on line gli

<sup>9</sup> Dopo un primo Piano sanitario triennale, approvato a dicembre 1997, è seguito in Piemonte un lungo periodo senza programmazione sanitaria, in cui sono pure state intraprese azioni di contenimento della spesa sanitaria – spesso per iniziativa congiunta col Ministero (Costa e Gnani, 2006) – che tuttavia non hanno impedito una forte espansione del deficit della sanità piemontese.

<sup>10</sup> La Regione Piemonte ha come proprio obiettivo quello di prendere ad esempio sistemi sanitari – come quelli veneto, toscano o emiliano – dove da tempo sono stati accorpati, centralizzati ed esternalizzati diversi servizi di carattere organizzativo e gestionale, ma anche le attività relative alla costruzione di nuovi ospedali e centri sanitari.

esami medici<sup>11</sup> o di pagare ticket. La Regione sta anche definendo linee guida per far comunicare tra loro i software di diversi ospedali e servizi sanitari: oggi circa 650 in Piemonte, raramente in grado di scambiare dati e informazioni né, tanto meno, di gestire un fascicolo elettronico unico per ciascun paziente.

## 12.2. COME RIORGANIZZARE GLI OSPEDALI ?

Per quanto riguarda in modo specifico l'area torinese, le aziende ospedaliere risultano piuttosto costose, per effetto sia dei livelli mediamente elevati di complessità dei casi trattati<sup>12</sup> sia dell'alta qualità dell'assistenza.

Confrontando i maggiori ospedali del capoluogo con quelli delle altre metropoli, si osserva come Molinette, CTO e Mauriziano siano contemporaneamente quelli con i più elevati costi per posto letto e con un numero di operatori per letto inferiore solo al San Camillo di Roma (dati 2005-2006; fonte: Ministero della Salute). Al tempo stesso, i tre ospedali torinesi presentano i più elevati indici di difficoltà dei casi trattati – sempre rispetto agli altri maggiori ospedali metropolitani – ad esempio di livello doppio rispetto al Policlinico di Bari o al Cardarelli di Napoli.

La qualità complessiva dell'offerta sanitaria torinese è confermata anche dal censimento – effettuato nel 2008 dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari – dei servizi maggiormente virtuosi sul piano della sicurezza per i pazienti: su 135 strutture o servizi indicati come esempi di "buone pratiche", 32 riguardano ospedali della provincia di Torino (26 nel capoluogo, più 4 a Pinerolo e 2 a Chie-

---

<sup>11</sup> Queste procedure dovrebbero anche favorire – dopo l'istituzione nel 2006 del centro unico che coordina le prenotazioni in tutte le strutture del capoluogo – una ulteriore semplificazione nel prenotare visite, esami e interventi, riducendo i tempi di attesa. La questione dell'attesa rimane talvolta piuttosto critica: per le visite specialistiche i tempi medi si aggirano attorno a 35 giorni, per gli esami diagnostici attorno a 25 giorni; tali tempi risultano essersi mediamente allungati tra il 2005 e il 2007, con criticità particolari soprattutto in alcune aree specialistiche come l'allergologia, l'odontostomatologia o l'endocrinologia. Per quanto riguarda poi le liste d'attesa per interventi operatori classificati come non urgenti, la situazione risulta nettamente più critica: si va da 365 giorni di attesa per operazioni di chirurgia plastica al CTO a un massimo di 900 giorni per interventi urologici al San Luigi (Staricco, 2009).

<sup>12</sup> Per complessità dei casi trattati, il sistema ospedaliero torinese risulta con uno degli indici più elevati tra le aree metropolitane italiane; il Piemonte è seconda tra le regioni metropolitane – dopo la Liguria – per complessità dei casi (Ministero della salute, *Attività di ricovero 2008*, luglio 2009).



ri); tra le metropoli, solo Roma viene citata di più (53 volte); a Milano si segnalano 20 casi di buone pratiche, a Genova 12, a Napoli 9, a Firenze 8, a Bologna 5, a Bari 2 (Age.na.s., 2008).

Tornando alla questione dei costi, le ASL torinesi risultano nel 2006 le più care – con una media di 2.119 euro procapite – precedendo le ASL di Genova (2.090 euro). Guardando all'articolazione interna dei bilanci delle singole aziende sanitarie e ospedaliere, si osserva come le ASL torinesi spendano due terzi del proprio budget annuo per l'acquisto di servizi<sup>13</sup> (soprattutto da altri ospedali pubblici, quindi da farmacie e da case di cura private), un sesto per il personale sanitario e professionale, quindi il 6% per il personale tecnico e amministrativo, il 5,5% per comprare beni materiali (soprattutto farmaci e presidi chirurgici), l'1,1% per manutenzioni e riparazioni. Tali quote percentuali risultano allineate con i valori medi di ripartizione della spesa nelle altre ASL metropolitane<sup>14</sup>.

Considerando i bilanci dei maggiori ospedali metropolitani, quelli torinesi si confermano per un'incidenza superiore alla media delle spese per il personale sanitario (la maggiore voce di spesa in termini assoluti, seguita dall'acquisto di beni<sup>15</sup>), ma costi elevati anche per il personale tecnico e amministrativo; quasi tutti gli ospedali torinesi, invece, spendono meno della media per acquistare servizi all'esterno. Rispetto a questi ultimi, quelli gestionali<sup>16</sup> inci-

---

<sup>13</sup> I servizi di carattere gestionale generale, non sanitari, incidono per il 2,9% del totale delle spese per servizi delle ASL torinesi: tale quota è poi composta internamente dalle voci dei servizi di pulizia (24,7%), mensa (19,1%), telefoni (9,3%), elaborazioni dati (6,8%), lavanderia (5,5%), smaltimento rifiuti (3,9%), riscaldamento (1,9%), trasporto non sanitario (0,3%).

<sup>14</sup> Per tutte le ASL di Torino e cintura negli ultimi dieci anni risulta in diminuzione di circa 4-5 punti percentuali l'incidenza della voce di spesa relativa al personale sanitario, mentre è in considerevole aumento quasi ovunque l'incidenza degli acquisiti di servizi (fonte: Sistema informativo Ministero della salute). Una delle voci particolarmente cresciute – mediamente di un +16% annuo – riguarda le visite specialistiche e le analisi ambulatoriali, alle quali si ricorre oggi in Piemonte in modo decisamente più frequente della media delle regioni italiane e in provincia di Torino più spesso della media piemontese. La Regione ha in progetto di intervenire con linee guida, per pianificare e razionalizzare il ricorso a tali visite e analisi specialistiche.

<sup>15</sup> La spesa per prodotti farmaceutici rappresenta la maggiore voce di acquisto di beni negli ospedali Molinette, San Luigi e Mauriziano, al Sant'Anna incide maggiormente l'acquisto di presidi chirurgici, al CTO la prima voce di spesa è rappresentata dai materiali protesici.

<sup>16</sup> I servizi gestionali che incidono di più sui bilanci dei singoli ospedali sono, nell'ordine, la mensa, la pulizia, il riscaldamento, la lavanderia, lo smaltimento dei rifiuti; in alcuni ospedali l'ordine di queste voci di spesa è parzialmente diverso: ad esempio al CTO (probabilmente per la struttura a torre dell'edificio) il riscaldamento è la prima voce di spesa gestionale, al Mauriziano si spende di più per la pulizia.

dono, rispettivamente, all'ospedale San Luigi per il 56,5% della spesa per servizi, al Mauriziano per il 46,5%, alle Molinette per il 43,9%, al CTO per il 39,1%, al Sant'Anna per il 37,6%.

**Tabella 12.1. – Spese delle ASL e dei maggiori ospedali delle metropoli italiane - 2007**  
(fonte: Ministero della salute)

	Incidenza su spese totali (% di riga)					Spesa TOT (in milioni di euro)
	Acquisti Servizi	Acquisti Beni	Personale sanitario professionale	Personale tecnico amministrativo	Altro	
<b>A.S.L.</b>						
Torino	66,3	5,5	16,6	6,0	5,7	520
Milano	92,2	0,9	3,0	1,3	2,6	1.939
Genova	75,7	5,0	12,2	3,8	3,2	1.277
Venezia	54,5	10,7	22,1	6,4	6,4	670
Bologna	62,2	8,3	19,0	4,4	6,0	1.607
Firenze	63,4	9,3	17,6	4,7	5,0	1.375
Roma	76,5	4,8	12,3	2,6	3,8	1.034
Napoli	60,8	7,4	21,2	5,4	5,2	876
Bari	64,6	6,7	18,8	5,1	4,7	1.977
Palermo	63,0	4,7	20,5	6,5	5,3	1.227
Catania	69,3	6,0	15,9	3,8	5,0	1.145
Cagliari	48,9	12,9	26,5	5,3	6,4	814
<b>Aziende ospedaliere</b>						
TO Molinette	3,3	25,1	46,6	14,1	10,9	533
TO CTO	4,8	19,5	43,8	20,1	11,8	168
TO Sant'Anna	3,8	17,6	46,8	16,1	15,7	258
TO San Luigi	4,4	16,3	47,4	16,3	15,6	141
TO Mauriziano	13,6	26,0	37,8	11,7	10,8	214
MI Niguarda	23,5	15,8	35,6	10,3	14,8	431
GE San Martino	16,1	21,5	42,0	8,8	11,6	397
BO Sant'Orsola	17,9	22,7	35,7	9,0	14,7	495
FI Careggi	14,3	27,3	40,4	6,7	11,4	571
RM San Camillo	15,4	16,3	46,0	8,1	14,2	469
RM Umberto I	17,5	25,4	32,1	8,6	16,3	503

NA Cardarelli	15,8	18,1	43,8	8,7	13,6	377
BA Policlinico	12,5	30,2	38,6	9,6	9,2	430
PA Civico	13,3	18,0	47,0	8,0	13,7	317
CT Ferrarotto	10,0	23,6	46,0	9,4	11,0	235
CA Brotzu	8,7	23,9	49,0	9,2	9,2	152

\* per le ASL di Torino, Roma e Napoli valori medi delle singole ASL che operano sul territorio comunale

L'altro terreno su cui la Regione, non senza difficoltà, ha cominciato a intervenire negli ultimissimi anni riguarda la riorganizzazione degli ospedali, in particolare – come previsto dal Piano triennale 2007-2010 – puntando a una loro maggiore specializzazione. L'obiettivo a cui si lavora è di indirizzare (attraverso 118 e medici di base) i pazienti presso i centri ospedalieri specializzati nel trattamento di determinate patologie, guadagnandoci soprattutto in termini di qualità della prestazione e di contenimento delle complanze.

Sta cominciando a prendere corpo la riorganizzazione dei poli ospedalieri in alcune parti dell'area torinese<sup>17</sup>: ad esempio, a fine 2009 è stato approvato il progetto del nuovo grande insediamento ospedaliero da 450 posti letto, al confine tra Moncalieri e Nichelino. Dalla parte opposta dell'area metropolitana, dopo l'avvio del nuovo ospedale di Settimo, dovrebbe partire il progetto dell'ospedale di Venaria (futuro principale polo dell'area, in rete con Giovanni Bosco, Maria Vittoria, Gradenigo e Cottolengo).

Maggiore incertezza continua invece a caratterizzare il futuro della principale area storica degli ospedali torinesi – in particolare delle Molinette<sup>18</sup> – e, ancor più, del progetto di Città della salute, che potrebbe invece diventare un polo di sviluppo strategico, in grado

<sup>17</sup> Nel 2008 la Regione ha varato un programma triennale di investimenti edilizi per complessivi 198 milioni (99 nel 2008, 50 nel 2009, 49 nel 2010), cui si aggiungono 260 milioni stanziati dal Ministero (Regione Piemonte, 2009 b).

<sup>18</sup> Un'ipotesi su cui si lavora è quella di potenziare le Molinette, decongestionandone gli spazi con un nuovo edificio nell'area tra corso Spezia e via Genova, per creare – con gli ospedali Mauriziano, Martini (di cui nel 2009 è stato approvato l'ampliamento), e Valdese – un sistema integrato nella zona meridionale del capoluogo; il progetto rimane però in attesa che venga definito il futuro della Città della salute. E' in corso da un anno circa un processo partecipativo – che coinvolge il personale, l'Università e il mondo del volontariato – per definire un futuro condiviso per gli ospedali Sant'Anna e Regina Margherita, i cui edifici non più a norma dovranno comunque essere smantellati; anche in questo caso gli esiti di tale processo dovranno poi tenere conto di quanto maturato sul fronte Città della salute, dove reparti e centri di ricerca dei due ospedali potrebbero in futuro emigrare.

tra l'altro di generare importanti ricadute in termini di indotto qualificato, attraverso un opportuno mix di attività di cura, di ricerca, didattiche e imprenditoriali in settori innovativi.

La prima idea di "Cittadella della salute" – com'era definita all'epoca – nacque nel 2002, caratterizzata negli anni, da un lato, da una certa vaghezza di contenuti (salvo, appunto, indicare genericamente la combinazione di funzioni di cura e di ricerca), dall'altro da continui cambiamenti nelle ipotesi localizzative: nel 2002 si ventila l'ipotesi di un insediamento (dopo il 2006) nel villaggio olimpico centrale, nel 2003 in un protocollo di intesa tra Regione, Comune, atenei e ministeri si ipotizza l'insediamento nell'area ex Fiat Avio al Lingotto, nel 2004 vengono suggeriti come possibili siti la zona liberata dalla Fiat Mirafiori oppure il Campo volo di Collegno, nel 2005 l'area delle caserme dismesse di piazza d'Armi, l'anno successivo l'Università propone di collocare la Città della salute nella zona di Italia '61, con gli uffici al Palavela.

Attorno al 2006, comunque, sembravano essersi prodotte condizioni favorevoli – a livello sia finanziario sia politico, tanto locale quanto nazionale – per far finalmente decollare il progetto. Non a caso, il Piano sanitario regionale del 2007 evidenzia nelle Città della salute di Torino e di Novara i due cardini "di una nuova filiera-salute piemontese" [in cui] "ricollocare in una nuova struttura attività sanitarie di elevata professionalità e complessità [...], didattica e ricerca [e possibili] spin-off per quei settori in cui vi è maggiore competenza in Piemonte: tecnologia e ingegneria applicata alla salute, biogenomica, scienza dei materiali ed informatica" (p.19).

Per indagare a fondo le potenzialità di un progetto del genere, la Regione commissiona anche uno studio su undici ospedali europei "di insegnamento e ricerca" giudicati di eccellenza. Da questa indagine emergono come punti di forza comuni la specializzazione in patologie ad alta intensità di cure, la separazione rispetto ad ospedali "generalisti", ambulatori e day hospital<sup>19</sup> e, sul versante della ricerca, scelte centralizzate circa le priorità di ricerca e il coordinamento dei diversi gruppi, ma anche la creazione di un bio-incubatore e di un centro di ricerca clinica (Fiore, Scarmozzino, Bertetto, 2009).

---

<sup>19</sup> Stando alle esperienze maturate in Europa, la separazione tra centri di cure ad alta e a bassa complessità finisce per migliorare l'efficienza di entrambi, sgravando ad esempio questi ultimi da servizi e apparati diagnostici molto costosi e decisamente sovradimensionati rispetto alle esigenze terapeutiche "di bassa soglia" (Fiore, Scarmozzino, Bertetto, 2009).

A fine 2008 prende quindi corpo un accordo tra Regione, Comuni interessati e Università per insediare la Città della salute a Grugliasco, in prossimità dell'asse di corso Allamano, con un'ipotesi di costo di 878 milioni. All'inizio del 2010, però, dopo un anno di incerti segnali, l'Università (ma parzialmente anche il Comune di Torino) ha esplicitato la sua perplessità rispetto al fatto di creare un grande polo fuori dal capoluogo, temendo soprattutto che ciò possa penalizzare l'area storica degli ospedali attorno alle Molinette. Tanto più dopo il cambio di maggioranza in Regione, è quindi probabile un nuovo ripensamento dell'intero progetto, dovendo anche fare i conti con la sfavorevole stagione economica sia delle casse pubbliche sia dei privati.

Questa ennesima situazione di impasse gravante sul progetto di Città della salute rischia di vanificare, più in generale, la stessa riorganizzazione complessiva del sistema degli ospedali torinesi, nessuno dei quali per altro – pur se qualitativamente eccellenti nel panorama nazionale – sembra possedere la "massa critica" sufficiente a svilupparsi come grande polo sanitario di rango sovra locale, competitivo, in grado di attrarre risorse e investimenti, di innescare sviluppi virtuosi nei settori legati alle nuove tecnologie biomediche e farmaceutiche<sup>20</sup>.

Nel frattempo, progetti di Città della salute sono stati avviati – come accennato – sia a Novara (dove c'è un primo studio di fattibilità) sia a Milano, in vista dell'expò del 2015: la Regione Lombardia ha predisposto un protocollo di intesa per unificare l'ospedale Sacco, l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori e l'Istituto neurologico Besta e quindi "creare un polo di eccellenza a livello nazionale e internazionale sia per la formazione universitaria in campo biomedico sia per la cura dei tumori, delle malattie del sistema nervoso e infettive". Si prevede l'acquisizione dei terreni a metà 2010, il bando di gara nell'autunno successivo, il completamento nel 2015. I progetti di Città della salute nelle tre città del Nordovest non sono però necessariamente in conflitto: ad esempio Torino potrebbe probabilmente svilupparsi nei campi dei trapianti,

---

<sup>20</sup> L'Aress ha condotto in proposito un sondaggio per conto della Regione, con interviste a un centinaio di imprese (multinazionali e medie imprese) dei settori farmaceutico, biotecnologico, ecc.. Ne è emerso un certo interesse a insediarsi in un polo tipo Città della salute, pur chiedendo però precise garanzie sulla sua accessibilità (specialmente da grandi distanze: sistema aeroportuale, autostrade, TAV, ecc.), sulla completezza dell'offerta di servizi complementari per chi fa ricerca (ad esempio disporre di tutti gli esami diagnostici necessari in loco). Un certo numero di imprese ha anche chiesto incentivi (finanziamenti, detassazioni, ecc.) per chi investe in ricerca e decide di insediarsi nell'area.

dell'immunologia, delle staminali, mentre Milano e Novara potrebbero costituire due poli in ambito farmaceutico, anche in considerazione della tante aziende del settore operanti nell'area.