POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

Coesione sociale

Original
Coesione sociale / Davico, L. - In: Futuro rinviato. Ventesimo Rapporto Giorgio Rota su TorinoSTAMPA. - Torino : Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, 2019. - ISBN 978-88-941152-8-4. - pp. 91-106

Availability:
This version is available at: 11583/2781321 since: 2020-02-13T11:31:27Z

Publisher:
Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi

Published
DOI:

Terms of use:

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)

18 November 2026

5. COESIONE SOCIALE

5.1. REDDITO E LAVORO

La geografia italiana relativa alla distribuzione del benessere materiale non è molto cambiata nel corso degli ultimi vent'anni. La città metropolitana milanese era (nel 1999) e rimane (nel 2017) quella con il più alto PIL procapite in Italia. Rispetto alla capitale economica nazionale, nel ventennio considerato il ritardo delle altre metropoli si è ampliato: Bologna, ad esempio, che a fine XX secolo registrava un PIL pari al 99% di quello milanese, nel 2018 è solo al 77%; Torino è scesa dal 76% al 60% e dal 4° al 6° posto tra le metropoli italiane (fonti: Istituto Tagliacarne, Istat).

I redditi, tra il 2001 e il 2016, risultano mediamente aumentati del +34% sia nelle città metropolitane sia nei loro capoluoghi. Le distanze tra metropoli sono rimaste pressoché inalterate nel periodo citato (l'eccezione più rilevante è quella di Firenze città, passata dal quarto al secondo posto); per Torino si registra un +35% nel capoluogo e un +34% nel resto della città metropolitana.

Nel caso della gran parte dei capoluoghi si hanno livelli di reddito ben superiori a quelli del resto della città metropolitana (figure 5.1 e 5.2); in alcuni contesti – come Firenze, Bari, Reggio Calabria e Cagliari – tra il 25% e il 30% in più; tale «effetto capoluogo» per Torino risulta invece molto debole, con redditi di poco superiori (+7%) alla media provinciale.

Per capire come venga suddivisa la «torta» della ricchezza nei diversi contesti locali, è utile ricorrere all'indice di Gini: più è elevato e più la ricchezza è concentrata in poche mani. I dati più recenti dell'Istat (relativi ai redditi 2016) confermano come maggiori diseguaglianze si registrino nel Centrosud e, al Nord, differenze più elevate caratterizzino Milano e Genova, con Torino in una situazione intermedia[1].

[1] In realtà, i dati 2016 dell'Istat sull'indice di Gini sono disponibili solo su base regionale, riconfermando per altro esattamente quanto emerso dall'unico studio condotto su base provinciale (Acciari P., Mocetti S., *Una mappa della disuguaglianza del reddito in Italia*, Banca d'Italia, 2013) e cioè che valori più elevati di diseguaglianza si registravano a Palermo (43,6), Bari (43,4), Roma (43,3), Napoli (43); seguivano Milano (41,3), Genova (39,7), Firenze (39,5), Torino (38), Bologna (37,6), Venezia (37,5).

Figura 5.1. **Redditi medi nei capoluoghi metropolitani**
Fonte: www.comuniitaliani.it, su dati Ministero Finanze

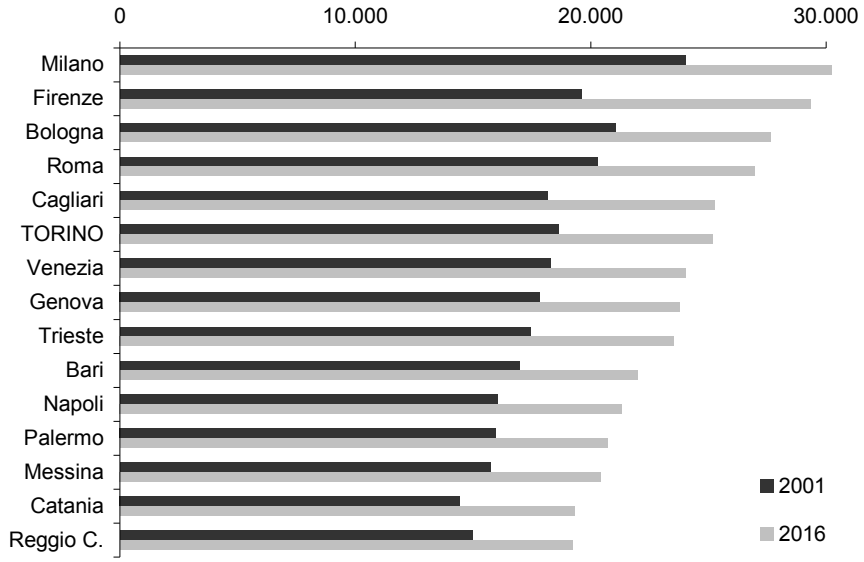
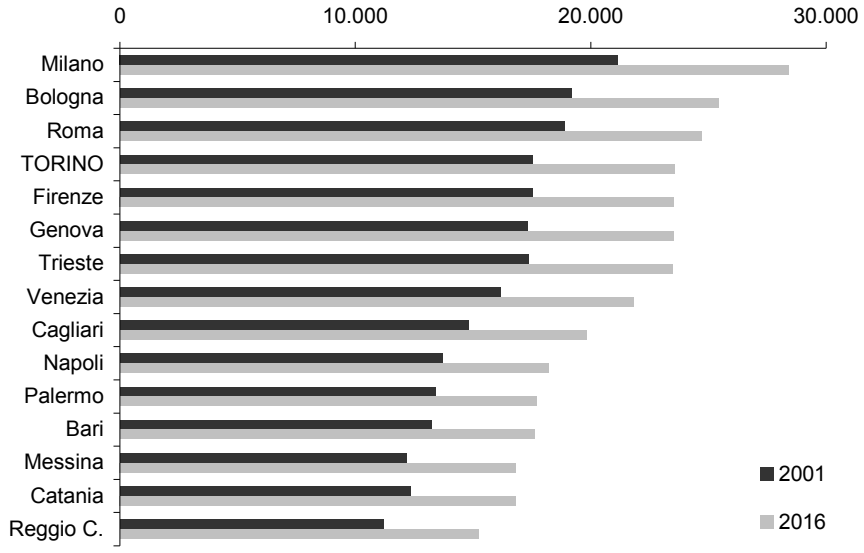


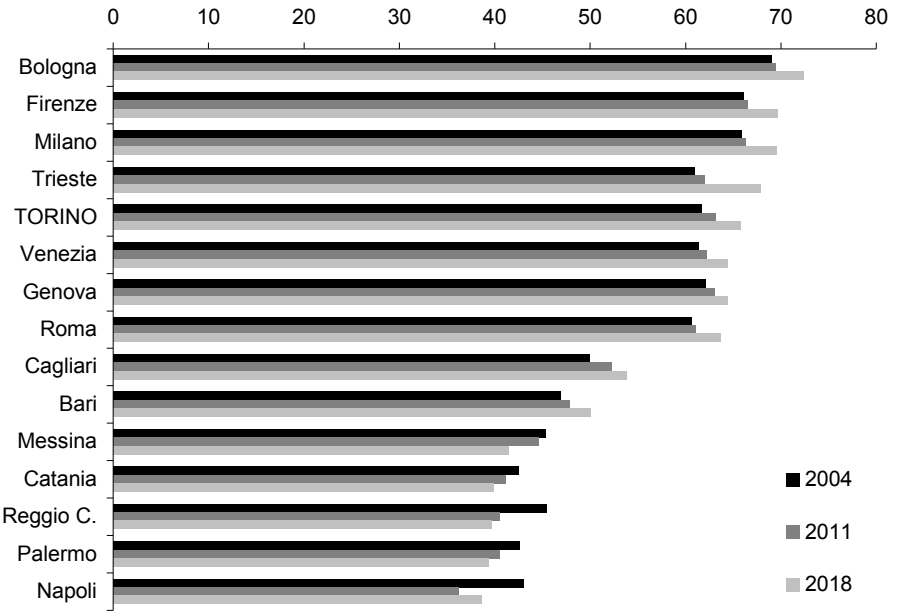
Figura 5.2. **Redditi medi nelle città metropolitane**
Fonte: www.comuniitaliani.it, su dati Ministero Finanze



Ovviamente, le distanze di reddito registrate nelle metropoli italiane dipendono in buona parte (anche se non del tutto) dai differenti livelli di dinamismo del mercato del lavoro nelle varie aree.

I tassi di occupazione dall'inizio del secolo a oggi risultano leggermente aumentati (figura 5.3) – specie nel periodo successivo al 2011 – a livello italiano[2] (+2%), in tutte le metropoli del Centro-nord e anche in un paio del Mezzogiorno (Cagliari e Bari), mentre nelle restanti città meridionali si registrano cali anche accentuati (Napoli -10%, Reggio Calabria -13%). L'obiettivo fissato dal piano dell'Unione Europea, ossia un tasso di occupazione pari al 75% entro il 2020, risulta oggi abbastanza prossimo in realtà come Bologna, Firenze o Milano. Torino si colloca in posizione intermedia tra le metropoli del centro nord.

Figura 5.3. **Tassi di occupazione dei 15-64enni nelle città metropolitane**
Elaborazioni su dati Istat

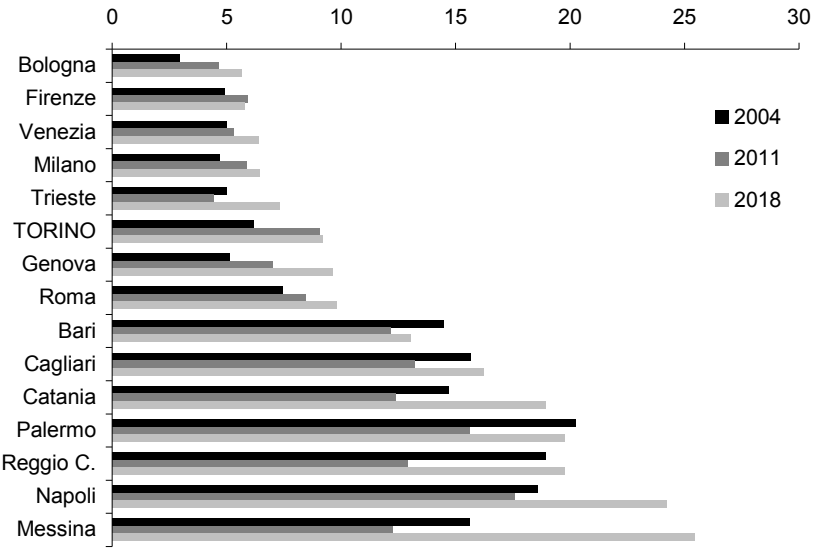


[2] Occorre sempre ricordare, però, che l'Italia nel 2018 si colloca al penultimo posto in Europa – davanti alla Grecia – per tasso di occupazione sia maschile sia femminile (fonte: Eurostat).

5.2. CRITICITÀ SOCIALI

Il quadro relativo ai livelli di disoccupazione nelle varie metropoli è, ovviamente, quasi del tutto speculare (figura 5.4) rispetto a quello appena analizzato[3].

Figura 5.4. **Tasso di disoccupazione dei 15-64enni nelle città metropolitane**
Elaborazioni su dati Istat



In questo secondo caso, però, la situazione per Torino risulta un po' più critica: la città metropolitana registrava all'inizio del XXI secolo – e continua a registrare – il peggiore tasso di disoccupazione del Centronord, avendo ormai quasi raggiunto, insieme a Genova, i livelli di Roma. Tra il 2004 e il 2018, l'incremento di disoccupati nell'area torinese è stato pari a +49% (+68% tra gli uomini, +31% tra le donne), contro una media nazionale pari a +39%. Oc-

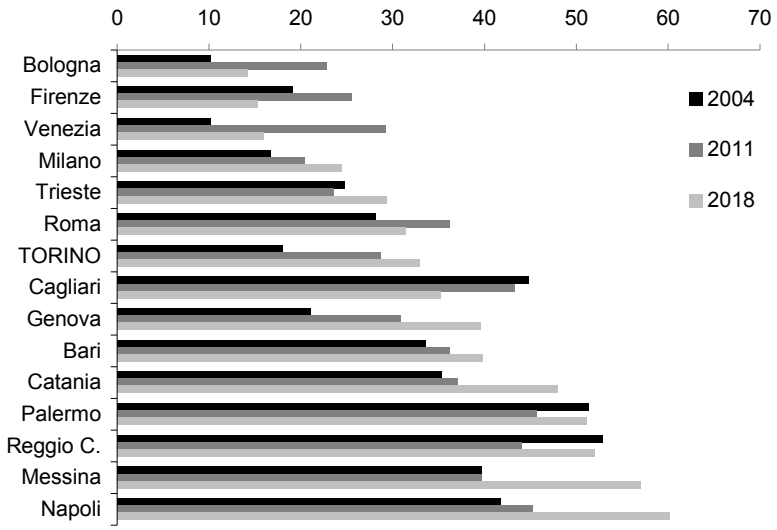
[3] Non si ha una complementarità perfetta tra il tasso di occupazione e quello di disoccupazione anche perché il secondo è influenzato da un margine di relativa soggettività presente nelle indagini sulle forze lavoro dell'Istat, in cui sono classificati come disoccupati solo coloro che dichiarino agli intervistatori di aver effettuato «almeno un'azione attiva di ricerca del lavoro» nell'ultima settimana o, quanto meno, di essere «disponibili a lavorare o ad avviare un'attività autonoma».

corre sottolineare, tra l'altro, come per Torino tale aumento sia antecedente alla crisi globale del 2008: per gli uomini ha infatti cominciato a registrarsi dal 2005, per le donne dal 2006 (a differenza di gran parte del resto d'Italia e d'Europa, dove la disoccupazione è cresciuta dal 2009 e, in genere, solo fino al 2013).

La maggiore criticità emersa nel nuovo secolo riguarda la disoccupazione dei giovani, esplosa in particolare nel periodo dal 2008 al 2014.

Per Torino l'aggravamento della condizione lavorativa delle nuove generazioni è stato più o meno corrispondente a quello medio nazionale, ma peggiore rispetto alle altre metropoli settentrionali (figura 5.5). Se nel 2004 nella città metropolitana torinese si registravano, rispettivamente, il secondo più alto tasso di occupazione giovanile e il quarto più basso tasso di disoccupazione, nel 2018 Torino risulta, rispettivamente, al quarto e al settimo posto.

Figura 5.5. **Tasso di disoccupazione giovanile (15-24enni) nelle città metropolitane**
Elaborazioni su dati Istat



Se si volesse approfondire il ragionamento sullo stato di salute del tessuto sociale nelle metropoli italiane, bisognerebbe disporre di molti altri dati (oltre a quelli appena citati, relativi all'occupazione) a oggi purtroppo non disponibili. Ad esempio, nonostante si tratti

di un tema spesso al centro del dibattito pubblico negli ultimi anni, non esistono dati a livello di metropoli circa l'incidenza della povertà[4] né della quota di famiglie sostenute dai servizi sociali né, tanto meno, di quelle in carico al volontariato assistenziale.

I dati relativi a un altro indice di sofferenza del tessuto sociale (quello degli sfratti) risultano spesso in Italia poco affidabili, compresi quelli ufficiali del Ministero degli interni[5]. In ogni caso, secondo tali statistiche, il problema risultava in costante aggravamento un po' dappertutto nel nostro Paese nei primi quindici anni del secolo, per poi registrare segnali di miglioramento negli anni più recenti (figura 5.6). Anche a Torino il numero di sfratti è cresciuto costantemente[6] dal 2008 al 2014-15 (da 2.489 a 4.095: +64%), per poi quasi dimezzarsi nel successivo biennio (-49%), con 2.091 casi registrati nel 2017.

Il problema degli sfratti risulta generalmente più diffuso nelle metropoli meridionali; Torino si trova in una posizione intermedia tra le città centrosettentrionali.

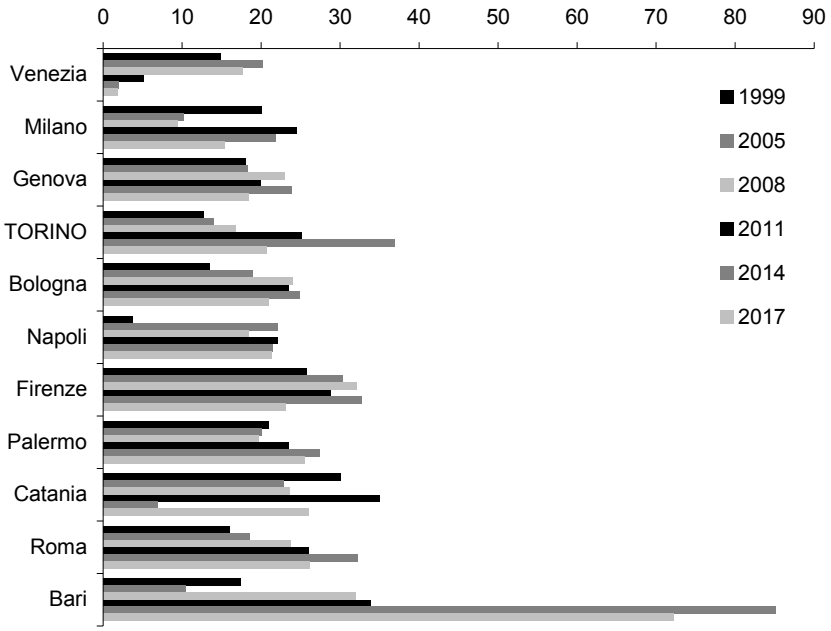
Un problema spesso collegato a situazioni di marginalità sociale è quello della delinquenza, in particolare per reati contro il patrimonio, come rapine o furti.

[4] Tali dati esistono solo a livello regionale: nel 2017, la più bassa incidenza di povertà relativa (sul totale delle famiglie residenti) si registra in Emilia (4,6%), quindi in Lombardia (5,5%), in Toscana (5,9%), nel Veneto (6,1%), in Piemonte (6,8%), in Friuli (6,9%), Lazio (8,2%), Liguria (8,5%); nelle regioni del Mezzogiorno, i valori risultano decisamente più elevati: dal 17,3% della Sardegna al 35,3% della Calabria (fonte: Istat). Rispetto all'Italia, l'incidenza della povertà relativa è maggiore in Grecia, in Spagna e in 5 nazioni del'Est (coi valori più alti in Bulgaria e in Romania).

[5] Tali dati, diffusi annualmente, risultano spesso caratterizzati da incompletezze, incongruenze e andamenti molto anomali nel tempo. Per citare un solo esempio relativo a Torino, dai dati ministeriali gli sfratti in città nel 2015 sarebbero stati solo 1.186 (contro i 4.095 segnalati nelle statistiche della Città di Torino, nonostante la fonte dei dati sia in entrambi i casi il tribunale cittadino), nel 2016 viceversa si sarebbero contati 4.373 sfratti secondo il Ministero e solo 3.151 secondo il Comune.

[6] Nell'ultimo decennio è fortemente aumentato anche il numero dei decreti di trasferimento, atti che producono l'esproprio dell'alloggio per quelle famiglie non più in grado di onorare le rate di un mutuo o di pagare le spese condominiali: a Torino, nel 2011 si contavano 57 casi del genere, poi cresciuti a 89 nel 2014 e a 156 nel 2017; in ogni caso, l'entità assoluta di questo fenomeno resta di decine di volte inferiore rispetto a quella degli sfratti (fonte: Osservatorio sulla condizione abitativa della Città di Torino).

Figura 5.6. **Sfratti nei capoluoghi metropolitani**
Provvedimenti emessi, ogni 1.000 famiglie in affitto; elaborazioni su dati Ministero interni; dati mancanti per Trieste, Reggio Calabria, Messina e Cagliari



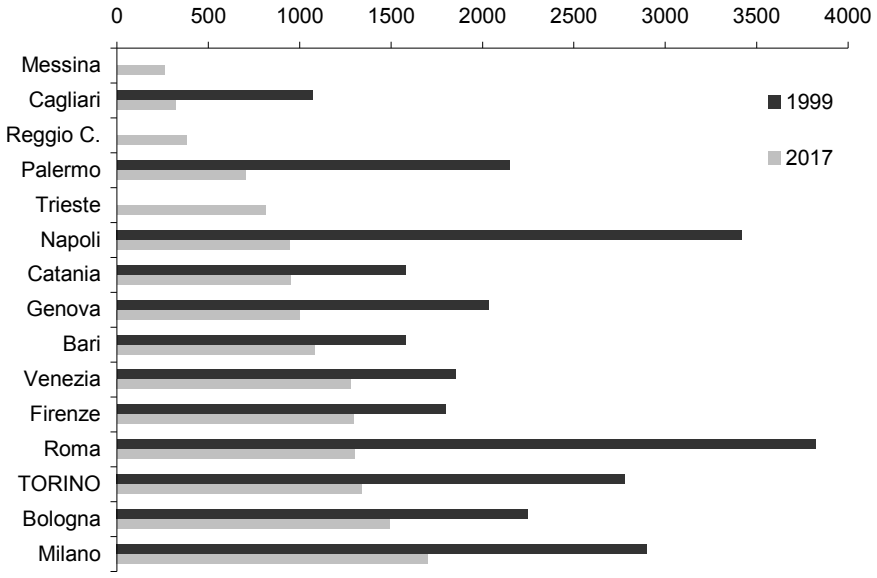
Considerando i principali tipi di reati del genere, a livello italiano si riscontra nell'ultimo ventennio una diminuzione rilevante e generalizzata, pur se l'incidenza rimane tendenzialmente più elevata al Nord (figura 5.7)[7]. Torino, a fine XX secolo, era al quarto posto per incidenza di questi reati, oggi è al terzo posto, dopo Milano e Bologna. In dettaglio, nel capoluogo piemontese sono diminuite ben più della media nazionale le rapine (-80%, contro una media di -27%) e i furti di autoveicoli (-83%, contro -67%), in linea con la media nazionale i furti negli alloggi (-19% a Torino[8], -21% in Ita-

[7] Occorre in proposito sempre tener conto del fatto che i dati relativi alla criminalità sono influenzati dalla variabilità (per nazioni o per diverse aree dello stesso Paese) sia della propensione dei cittadini a denunciare sia dell'attivismo di forze dell'ordine e apparato giudiziario. Entrambi questi fattori, paradossalmente, possono risultare di minore entità proprio là dove l'illegalità dilaga e, quindi, può essere percepita da molti come un fenomeno endemico di quel territorio.

[8] I furti in appartamento a Torino sono fortemente diminuiti tra la fine degli anni '90 e il 2005, per poi aumentare nel decennio successivo e quindi ridursi nuovamente negli ultimi 2-3 anni. Viceversa, nel caso delle rapine, si è registrato un au-

lia); scippi e borseggi risultano in lieve aumento a Torino (+2%), in controtendenza rispetto a una riduzione nazionale pari a -25%.

Figura 5.7. **Principali reati contro il patrimonio nelle città metropolitane**
Furti, rapine, scippi e borseggi, ogni 100.000 abit.; elaborazioni su dati Ministero interni, Istat



5.3. WELFARE PUBBLICO IN DIFFICOLTÀ

Anche rispetto alle politiche di contrasto alla marginalità sociale, analogamente al caso dei fenomeni di disagio, sono disponibili pochissimi dati a una scala urbano metropolitana. L'Istat, ad esempio, diffonde informazioni al massimo a livello di regioni, senza scendere a un maggiore dettaglio territoriale.

mento tendenziale dal 1996 al 2006, seguito da una successiva diminuzione. Un reato di minor entità assoluta ma in crescita negli ultimi anni è quello delle truffe / frodi informatiche (+93% a Torino tra 2010 e 2017). In termini assoluti, i reati contro il patrimonio oggi più diffusi a Torino città sono borseggi e scippi (13.103 nel 2017), quindi i furti su veicoli in sosta (7.906) e nelle abitazioni (4.237), i furti di veicoli (3.770), le truffe e le frodi informatiche (3.734), i furti negli esercizi commerciali (1.930), le rapine (1.522).

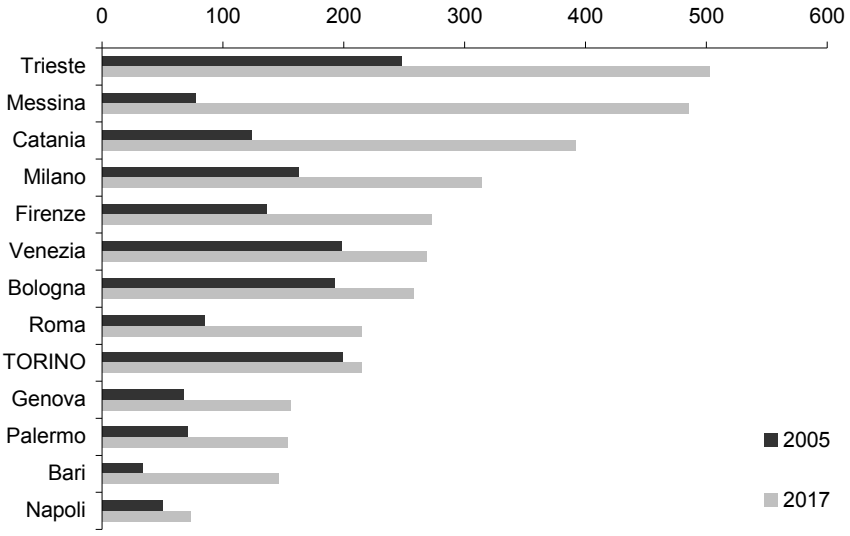
Così, per quanto riguarda ad esempio l'assistenza sociale, l'unico indicatore che risulta disponibile – grazie alla fonte Openbilanci – è il dato aggregato relativo alla spesa complessiva di ogni Comune per le politiche sociali (comprensiva, per altro, oltre che dell'assistenza sociale in senso stretto, anche delle spese per attività di prevenzione, riabilitazione e di quelle per le residenze per anziani)[9].

Nel complesso dei capoluoghi metropolitani, dal 2005 (primo anno per cui sono disponibili tali dati) al 2017, le spese per le politiche sociali sono aumentate (+110%), un chiaro segno del tentativo a livello locale di dare risposte agli impatti sociali generati dalla crisi economica globale. Anche il Comune di Torino ha aumentato la spesa in welfare assistenziale, ma molto poco (+8%, di gran lunga il minor incremento registrato nel periodo considerato), scendendo così dal secondo al nono posto tra i comuni metropolitani per entità della spesa sociale (figura 5.8). Ciò in parte dipende dal dover fare i conti con il pesante debito che da anni grava sulle casse comunali, ma anche dal fatto di poter contare su un rilevante apporto da parte del privato sociale: dal 2004 al 2018, ad esempio, la sola Compagnia di San Paolo ha triplicato i propri investimenti in politiche sociali, passando da 24 a 72 milioni, cifra corrispondente a oltre un terzo di quanto investito dal Comune nello stesso anno per le politiche sociali.

Un settore del welfare per il quale, invece, si dispone di una relativa abbondanza di dati e statistiche è quello della tutela della salute. Tuttavia, tali dati risultano spesso invecchiati (buona parte degli ultimi aggiornamenti a cura del Ministero della salute risalgono ormai a sei anni fa) oltre che mancanti per alcuni temi chiave

[9] A livello torinese, sono disponibili dati sul numero di utenti degli 8 consorzi di servizi sociali operanti nell'area torinese (Comune di Torino, Cisap di Grugliasco, Cisa di Rivoli, Cissa di Pianezza, Unione comuni Nordest di Settimo, Cissa di Moncalieri, Cisa di Nichelino, CI di Orbassano): tra il 2001 e il 2016 gli utenti adulti sono aumentati del +4,5% (con crescite più rilevanti a Rivoli +11% e a Settimo +8%), gli utenti minorenni sono cresciuti del +3%, gli anziani del +2% (fonte: Politiche sociali Regione Piemonte). A Torino città, dal 2001 – ossia da ben prima della crisi globale – risulta in costante aumento il numero di senza fissa dimora ospitati in centri notturni; dal 2006 è in consistente crescita anche l'ammontare dell'assistenza economica pubblica sia a famiglie straniere sia a minorenni (in calo, viceversa, quella agli anziani). La zona del capoluogo in cui si registrano le maggiori percentuali di famiglie assistite economicamente è quella circostante via Ghedini (nel quartiere Regio Parco), seguita da Aurora e Falchera (dati 2017; fonte: Politiche sociali Città di Torino).

Figura 5.8. **Spesa sociale nei capoluoghi metropolitani**
Euro per abitante; elaborazioni su dati Openbilanci



relativi al funzionamento del sistema[10].

I dati disponibili evidenziano che la dotazione del sistema sanitario nelle città metropolitane si è modificata negli ultimi decenni, talvolta in modo significativo (tabella 5.1). Ad esempio, a seguito di politiche nazionali di razionalizzazione dei ricoveri – a vantaggio di attività di prevenzione e cura «diffuse» sul territorio – in tutte le metropoli si è notevolmente ridotto il numero di posti letto, a Torino (-31%) meno della media nazionale. Il capoluogo piemontese è

[10] Dati molto dettagliati sull'efficacia dei sistemi sanitari sono relativi ai LEA Livelli essenziali di assistenza, individuati e periodicamente aggiornati dal Ministero della salute (l'ultima volta nel 2017); si articolano in decine di indicatori per misurare assistenza ospedaliera, distrettuale, prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro. Dall'ultimo rapporto di monitoraggio sul soddisfacimento dei LEA emerge come, tra le regioni italiane, il Piemonte sia oggi la migliore (precedendo Veneto, Emilia, Toscana e Lombardia; agli ultimi posti Sicilia, Campania e Calabria), con un trend positivo negli ultimi 5-6 anni: era al 2° posto (dietro all'Emilia) nel 2015, al 4° posto nel 2012 (fonte: Ministero della salute). I dati sui LEA non sono disponibili per province, livello al quale scendono invece gli indicatori di «efficacia e appropriatezza» delle cure, in base ai quali la sanità torinese risulta tra le più affidabili d'Italia, dopo Bologna, Venezia e Firenze (dati 2016; fonte: Agenass).

Tabella 5.1. **Il sistema sanitario (pubblico e privato) nelle città metropolitane**
Numero ogni 10.000 abitanti; fonti: Ministero della salute, Health for all[11]

Personale sanitario				*Posti letto totali*				*Ambulatori e laboratori*			
	1999	*2013*	*Var.%*		*1999*	*2017*	*Var.%*		*2003*	*2013*	*Var.%*
Trieste	107,2	119	+11	Trieste	73,3	43,0	-41	Cagliari	11,0	16,6	+50
Genova	99,9	105	+5	Bologna	62,7	42,4	-32	Catania	13,6	14,3	+5
Cagliari	78,4	104	+32	Cagliari	52,3	37,7	-28	Messina	n.d.	12,8	n.d.
Milano	88,9	97	+9	Milano	47,8	37,6	-21	Reggio C.	n.d.	12,2	n.d.
Firenze	92,7	95	+2	Genova	56,5	36,5	-35	Bari	4,2	10,4	+147
Roma	93,9	93	-1	Messina	48,3	35,5	-26	Palermo	8,1	9,8	+21
Bologna	98,5	92	-6	Roma	65,7	34,1	-48	Firenze	6,0	6,6	+10
Messina	67,6	84	+24	TORINO	48,7	33,4	-31	Napoli	5,9	6,2	+5
TORINO	78,7	80	+2	Bari	52,6	32,2	-39	Bologna	2,1	3,9	+81
Catania	61,9	77	+24	Firenze	54,6	32,2	-41	Trieste	n.d.	3,0	n.d.
Bari	73,2	72	-1	Venezia	48,4	32,1	-34	Roma	3,1	3,0	-6
Venezia	76,5	69	-9	Catania	42,4	31,0	-27	Venezia	2,7	2,6	-6
Palermo	67,4	65	-3	Palermo	41,7	31,0	-26	Milano	2,6	2,0	-23
Napoli	66,3	57	-14	Napoli	36,9	25,0	-32	Genova	3,3	1,7	-47
Reggio C.	55,3	46	-16	Reggio C.	38,0	23,8	-37	TORINO	2,0	1,3	-35

Degenza media				*Tasso ospedalizzazione*				*Tasso utilizzo posti letto*			
	1996	*2014*	*Var.%*		*1996*	*2014*	*Var.%*		*1996*	*2014*	*Var.%*
Venezia	9,3	10,5	+13	Bologna	21,9	16,1	-27	Genova	78,7	87,4	+11
TORINO	10,8	10,0	-8	Cagliari	18,5	14,5	-21	Roma	79,6	83,2	+5
Genova	11,1	9,1	-18	Trieste	22,2	14,1	-36	Venezia	79,1	83,1	+5
Trieste	10,5	9,0	-15	Milano	16,3	14,0	-14	Napoli	76,8	82,6	+8
Roma	14,0	8,8	-37	Firenze	18,6	13,5	-27	Bologna	76,9	80,8	+5
Palermo	8,1	8,0	-2	Bari	24,2	12,9	-47	Firenze	74,6	79,8	+7
Milano	10,8	8,0	-26	Genova	21,2	12,5	-41	Bari	71,0	79,4	+12
Catania	7,0	7,9	+12	Messina	17,4	11,8	-32	Milano	80,9	78,5	-3
Messina	8,5	7,8	-8	Roma	18,6	11,4	-39	Catania	72,8	76,9	+6
Bologna	9,0	7,8	-14	Catania	19,3	11,0	-43	TORINO	81,6	76,4	-6
Firenze	10,0	7,4	-26	Napoli	16,6	10,6	-36	Trieste	77,0	76,4	-1
Reggio C.	7,0	7,4	+6	Palermo	18,1	10,0	-45	Palermo	72,9	75,2	+3
Cagliari	8,9	7,1	-20	TORINO	14,2	9,5	-33	Messina	69,1	74,8	+8
Bari	9,1	6,9	-24	Venezia	17,8	9,2	-49	Reggio C.	61,3	74,8	+22
Napoli	8,5	6,8	-19	Reggio C.	17,3	8,2	-53	Cagliari	68,5	70,1	+2

tuttora caratterizzato da una scarsa presenza di ambulatori e da un'alta degenza media ospedaliera, indici anche del fatto che finora non è ancora decollato il sistema delle «Case della salute» (per

[11] Segue il dettaglio delle voci in tabella. Personale sanitario: numero di medici, infermieri, tecnici, riabilitatori, ogni 10.000 abitanti; posti letto totali (comprensivi di day hospital) ogni 10.000 abitanti; ambulatori e laboratori ogni 1.000 abitanti; degenza media in giorni; tasso di ospedalizzazione: giornate di degenza ogni 100 residenti; tasso utilizzo posti letto: rapporto tra giornate di degenza effettive e numero di posti letto, per i giorni dell'anno in cui il reparto è stato attivo.

malati cronici e lievi) istituite dalla Regione Piemonte alcuni anni or sono.

Quanto alla dotazione di personale sanitario in rapporto alla popolazione residente, rispetto alla fine degli anni '90 si registra un aumento nella maggior parte delle città metropolitane, tra cui Torino (+2)[12].

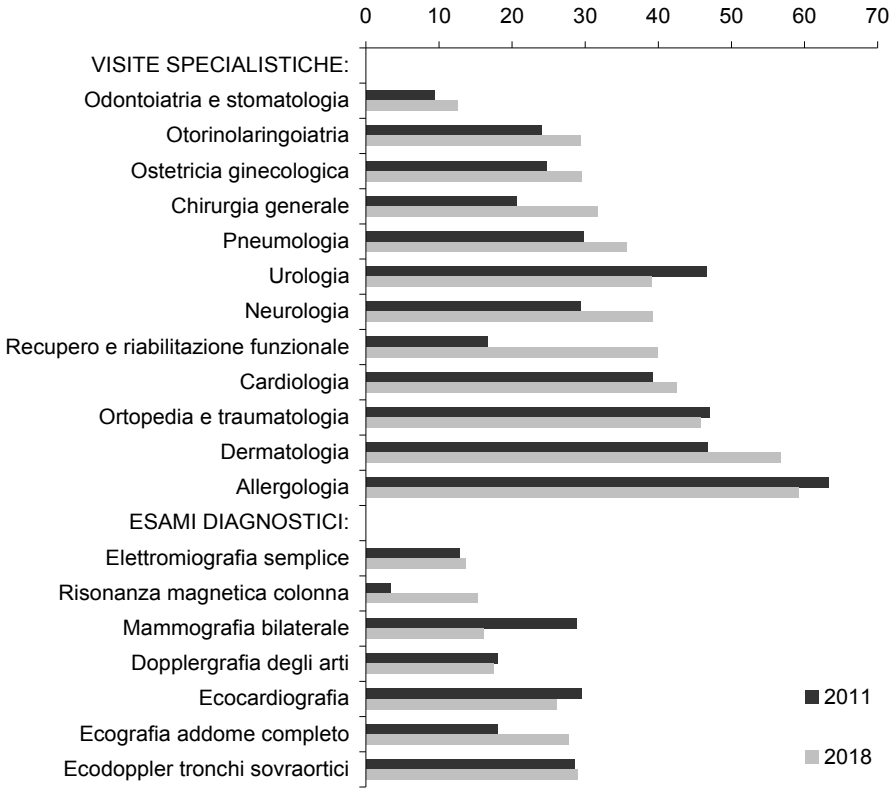
Le dotazioni (di strutture e operatori sanitari) incidono ovviamente in modo diretto non solo sulla qualità di prevenzione e cura, ma anche sulla possibilità per i pazienti di accedere in modi e tempi adeguati alle prestazioni[13].

La questione dei tempi di attesa, in particolare, è ripetutamente riemersa negli ultimi decenni come una delle maggiori criticità – specie in alcuni contesti – cui diversi piani sanitari nazionali e locali hanno cercato di far fronte. In Piemonte, ad esempio, la questione è stata affrontata nel 2010 dalla Regione, con un piano che stabiliva tempi massimi di attesa per le visite specialistiche pari a 30 giorni e per gli accertamenti diagnostici e strumentali a 60 giorni. Nel 2018 la Regione ha varato un nuovo piano – centrato sulla riforma dei CUP, i Centri unici di prenotazione, finanziato con 14 milioni – ribadendo nuovamente di voler ridurre i tempi di attesa. Stando ai pochi dati disponibili, e almeno per quanto riguarda il sistema sanitario torinese, tra il 2011 e il 2018 i tempi di attesa per le visite (figura 5.9) risultano peggiorati nel caso della maggior

[12] Tra il 1996 e il 2013, tale rapporto è cresciuto del +10% nel caso sia dei medici sia degli infermieri, del +31% per il personale tecnico sanitario, del +38% nel caso di quello riabilitativo. Negli ultimi anni la questione della dotazione di personale sanitario è spesso al centro del dibattito pubblico e di diversi provvedimenti politici. Dal 2010 – quando la Regione Piemonte ha dovuto avviare un piano di rientro dal debito maturato negli anni precedenti – fino al 2018, il numero di medici e infermieri è diminuito di circa 1.100 unità (-2,5%), per effetto di pensionamenti e poche assunzioni. Al momento in cui chiude questo *Rapporto*, non è ancora chiara l'evoluzione del quadro relativo alla dotazione di personale sanitario in Piemonte, in particolare per l'effetto combinato dell'atteso picco di pensionamenti (per l'applicazione della cosiddetta «quota 100») e delle assunzioni pianificate dalla Regione; i Ministeri competenti stanno inoltre valutando se e come riformare i sistemi d'accesso a numero chiuso ai corsi di laurea in Medicina, specie in quelli per specializzandi, figure la cui carenza quantitativa è emersa di recente, a Torino come a livello nazionale.

[13] Il problema riguarda tutti i cittadini, ovviamente, ma diversi studi dimostrano come colpisca maggiormente il diritto alla salute delle fasce socialmente e culturalmente più deboli. Da un'indagine condotta a Torino, ad esempio, emerge che le persone più «fragili» rinunciano più della media alle cure, perché faticano maggiormente a orientarsi tra i modi e i tempi della burocrazia sanitaria, ossia tra richieste di impegnative, CUP, liste d'attesa, pagamenti di ticket ecc. (D'Errico, Costa, Zengarini 2017).

Figura 5.9. **Tempi medi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie a Torino città**
Percentuali di attese >30 gg. per visite specialistiche e > 60 gg. per esami diagnostici
Elaborazioni su dati Assessorato sanità Regione Piemonte



parte delle specialità mediche; per alcune tipologie di visite (come quelle allergologiche o dermatologiche) in oltre la metà dei casi non viene rispettato il limite massimo di 30 giorni di attesa, fissato dalla Regione nel 2010[14]. Quanto alle prestazioni diagnostiche, i

[14] Una ricerca di Crea Sanità (2018) sui sistemi sanitari di quattro regioni (Lombardia, Veneto, Lazio e Campania) evidenzia come sia in atto un progressivo spostamento di pazienti verso le strutture sanitarie private a pagamento, proprio perché in tali strutture i tempi di attesa sono pari a circa un decimo rispetto a quelli del sistema pubblico (con tariffe, per altro, analoghe a quelle praticate per le visite in ospedali pubblici con modalità *intra moenia*). In tale ricerca si sottolinea quindi che «le liste di attesa sono il sintomo del depotenziamento, in termini di personale, di investimenti e di organizzazione della sanità pubblica per favorire, inconsciamente o scientemente, una privatizzazione di un settore rilevante del servizio sanitario, co-

livelli di rispetto dei tempi-obiettivo sono leggermente migliorati, ma per alcuni esami risultano tuttora inadeguati in un quarto dei casi; nel complesso, si riscontra un miglioramento dei tempi di attesa per metà degli esami diagnostici, un peggioramento per l'altra metà[15].

Un ulteriore indizio circa lo stato di relativa sofferenza del sistema sanitario torinese è dato dal – lieve, per altro – peggioramento del saldo di mobilità per cure.

Torino, ancora nel 2007, si caratterizzava per la seconda più bassa quota di residenti che andavano a curarsi in altre regioni; nel 2016 è scesa al terzo posto, dietro a Milano e a Bologna (figura 5.10). In particolare, per il capoluogo piemontese è andato peggiorando negli anni il saldo (sempre più negativo) verso gli ospedali lombardi ed emiliani, mentre si sono andati riducendo i saldi (tradizionalmente favorevoli a Torino) dal Mezzogiorno (figura 5.11).

me la diagnostica e la specialistica; […] in altre parole la sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico» (Geddes M., *Liste d'attesa. Come privatizzare la sanità*, «Salute internazionale», marzo 2018).

[15] A dire il vero, non è immediato confrontare nel tempo i dati ufficiali della Regione, poiché sono cambiate talune classificazioni e tipologie monitorate, così come i parametri usati (ad esempio nel 2001 i dati riguardavano i tempi massimi di attesa, successivamente la quota di mancato rispetto del limite massimo indicato dalla Regione). In altre regioni va ancora peggio. A proposito del governo dei tempi della sanità, un recente studio rimarca come «la situazione italiana, seppure rilevata in alcune occasioni, ad esempio dall'Istat nel 2014, non è oggetto di un puntuale e costante monitoraggio e mancano totalmente un'analisi delle esperienze di abbattimento delle liste nonché una riflessione sulle modalità per generalizzare le, poche, iniziative positive» (Geddes, 2018, cit.).

Figura 5.10. **Emigrazione ospedaliera fuori dalla città metropolitana**
Percentuale giorni fuori città metropolitana su tot. giorni degenza; elaborazioni su dati Istat; dati mancanti per Palermo e Messina

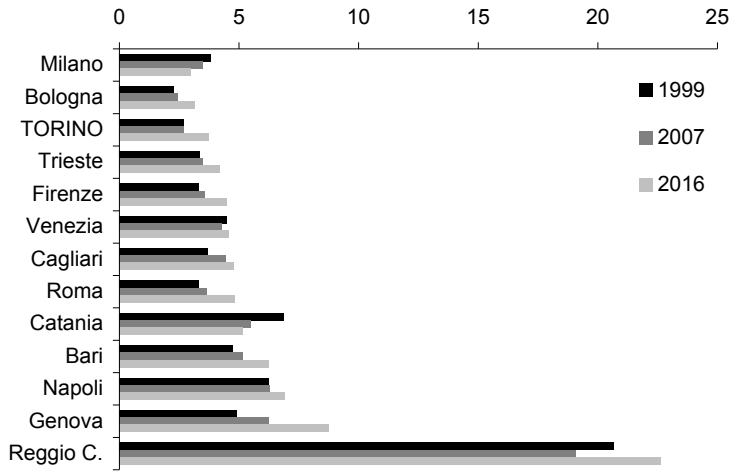
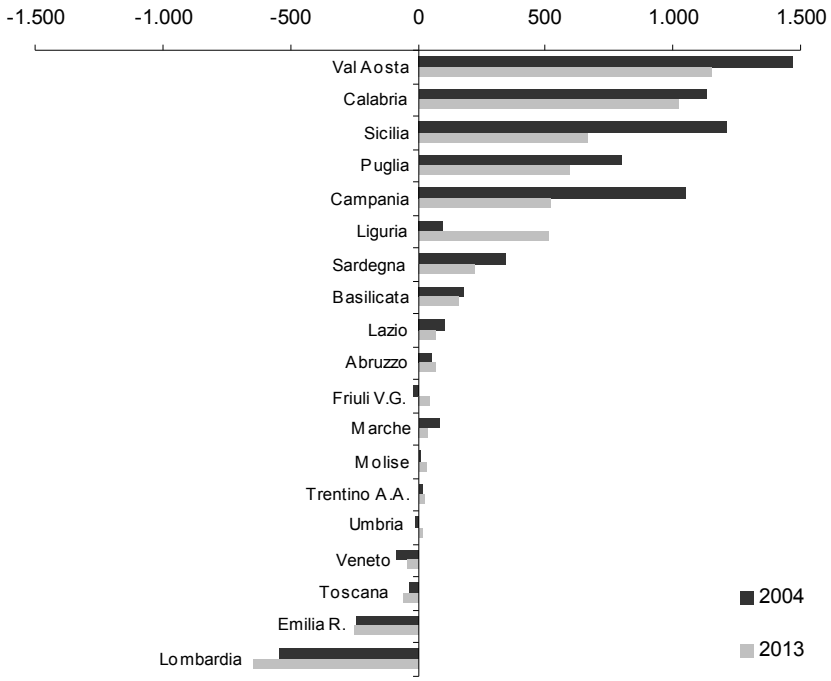



Figura 5.11. **Saldi di mobilità ospedaliera tra Torino e le regioni italiane**
Elaborazioni su dati Assessorato sanità Regione Piemonte