POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

Come va la salute?

Original
Come va la salute? / Davico, Luca - In: Recuperare la rottaSTAMPA. - Torino : Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, 2017. - ISBN 978-88-941152-4-6. - pp. 189-203

Availability:
This version is available at: 11583/2725870 since: 2019-02-20T17:20:26Z

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)

19 April 2024

12. COME VA LA SALUTE?

In che misura le differenze sociali (occupazionali, formative, abitative), di cui si è detto nei precedenti capitoli, possono influenzare il benessere e lo stato di salute delle persone?

Il dibattito sulle cause che incidono su salute e malattia è decisamente complesso e articolato, ma con una sostanziale concordanza attorno a spiegazioni multifattoriali: sono fattori biologici e genetici a combinarsi con determinanti culturali (Cardano 2009) e con aspetti legati al contesto di vita, all'ambiente fisico, sociale e organizzativo (ad esempio, ai sistemi di prevenzione e cura della salute). Risulta dunque ostico ogni tentativo di stimare esattamente il peso che ciascuno di questi fattori eserciterebbe sugli stati di salute, giacché molto variabili per patologie, aree geografiche o, ancora, per genere (in alcuni contesti le differenze di salute tra uomini e donne sono ben più marcate che in altri).

Secondo la letteratura più recente, in diverse situazioni i fattori sociali e ambientali risulterebbero prevalenti – rispetto a quelli genetici – nel determinare le condizioni di salute dei singoli individui; in ogni caso, di nuovo, attraverso relazioni piuttosto complesse, quasi mai con rapporti lineari di causa-effetto[1]. Così, ad esempio, la posizione professionale, il reddito, il prestigio sociale, le reti relazionali e di sostegno sono altrettanti fattori sociali che influiscono – spesso marcatamente – su stili di vita e comportamenti delle persone, al tempo stesso relazionandosi con aspetti territoriali (qualità ambientale, urbana, abitativa, facilità di accesso ai servizi di prevenzione e cura) che, a loro volta, influenzano fortemente i percorsi di salute individuali, il rischio di ammalarsi, di diventare disabile, di morire. «L'effetto è misurabile su tutte le dimensioni dello svantaggio e lungo tutto l'arco della vita: risorse culturali e di competenze (istruzione), risorse economiche (reddito, caratteristiche dell'abitazione), risorse di potere (status, posizione professionale), risorse di aiuto familiare e amicale (stato civile, rete sociale), influenzano ciascuna in modo indipendente la salute» (CORP 2010, 23).

---

[1] Una difficoltà aggiuntiva è data dal lasso temporale – spesso piuttosto ampio – con cui si manifestano gli impatti negativi sulla salute, ad esempio, di comportamenti poco salutari oppure dell'esposizione a rischi ambientali.

Provare quindi a semplificare i rapporti di causa-effetto tra fattori economici, sociali e di salute risulta quasi sempre una forzatura. A titolo di esempio, proponiamo una breve digressione di confronto internazionale. Benché vi siano indubbie correlazioni tra livello socio-economico e salute (a livello macro, molti Paesi poveri dell'Est europeo registrano anche una bassa speranza di vita media), in diversi casi tali relazioni non sono così dirette ed evidenti. Ad esempio, Spagna e Italia si collocano, rispettivamente, ai primi due posti in Europa per speranza di vita alla nascita[2], ma soltanto al 13° e 12° posto per PIL pro capite (tabella 12.1); considerando poi i livelli di accessibilità al sistema sanitario (misurata in funzione dei tempi d'attesa), le due nazioni si collocano solo al 18° e 19° posto. Spesso si attribuisce la maggiore speranza di vita registrata nei Paesi mediterranei a stili di vita più salubri, in particolare alimentari. In verità, anche in questo caso, i dati dicono che le situazioni sono piuttosto variabili: considerando due tra i maggiori fattori di rischio per la salute – fumo e sovrappeso –, nel caso del consumo di tabacco l'Italia si colloca a un livello piuttosto basso nell'UE (a differenza della Spagna), così come nel caso della quota di popolazione in sovrappeso, mentre la Spagna è a metà graduatoria.

In Italia, negli ultimi due decenni, la speranza di vita degli uomini è cresciuta di quasi sei anni e mezzo, passando da 74 a 80,3 anni, quella delle donne ha guadagnato quattro anni e mezzo, da 80,5 a 85 anni di media (fonte: Istat; figura 12.1). Tali andamenti sono stati relativamente omogenei nel Paese, anche se nei contesti metropolitani – in particolare tra Settentrione e Meridione – le distanze risultano in crescita. Nel caso degli uomini, nel 1992 tra le metropoli con la più alta speranza di vita si trovavano città sia del Nord sia del Sud, mentre nel 2014 solo Bari compare tra quelle ad alta speranza di vita, con un aumento della distanza tra la città meglio e peggio posizionata: da 3,1 a 3,9 anni di differenza. Per le

[2] Ricorre spesso, anche nel dibattito pubblico e sui media, l'indicatore della speranza di vita «in buona salute» (ossia senza patologie né menomazioni), da cui risulta ad esempio che l'Italia – seconda nell'UE per speranza di vita – sarebbe solo al 13° posto. In realtà questo indicatore, a prima vista più accurato, in quasi tutta Europa è calcolato non sulla base di riscontri oggettivi, bensì sulla condizione di salute dichiarata in occasione di appositi sondaggi d'opinione. Come già considerato nel capitolo 5 (a proposito dell'autopercezione di «impoverimento»), queste indagini rischiano di misurare più gli stati d'animo delle persone (ottimisti/pessimisti), che non necessariamente corrispondono alle condizioni di salute reali. Per l'Italia la diminuzione di speranza di vita in salute registrata negli ultimi anni potrebbe anche dipendere dalla diffusione dei malumori tipici di un periodo di crisi economica.

Tabella 12.1. **Speranza di vita e fattori socio-economici che influiscono sulla salute – 2014**

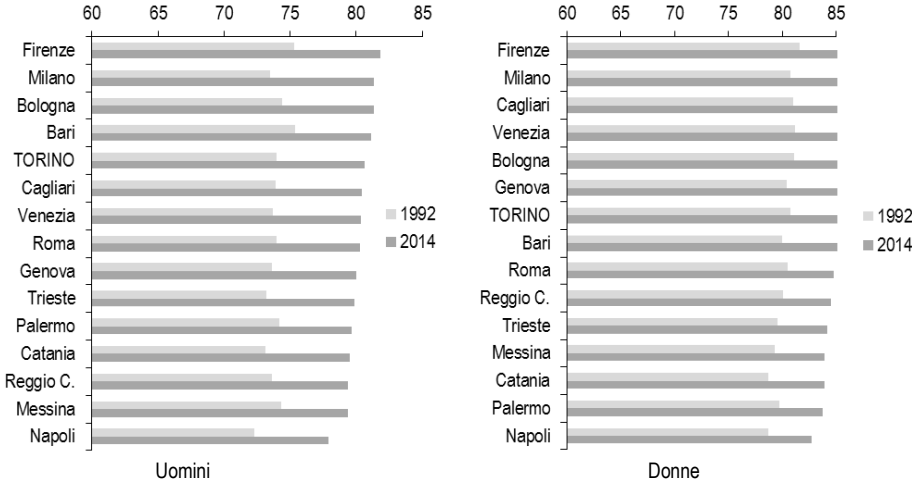
Valori percentuali calcolati sul totale degli abitanti; dati di fonti varie

Speranza vita nascita (anni)		PIL pro capite (UE=100)		Accessibilità (tempi d'attesa)		Fumatori quotidiani (%)		Sovrappeso (%)		Consumo alcol (litri/ab.)	
Fonte: Eurostat		*Eurostat*		*Euro Health Consumer*		*OECD Health Data*		*OECD Health Data*		*OECD Health Data*	
Spa	83,3	Lux	267	Bel	93,7	Sve	11,8	Fra	45,5	Tur	5,1
ITA	**83,2**	Irl	137	Ola	91,8	Nor	13,0	**ITA**	**46,4**	Nor	6,1
Fra	82,8	Ola	131	Lux	88,1	Lux	15,1	Aus	46,7	Sve	7,2
Cip	82,8	Aus	130	Dan	82,2	Fin	15,2	Dan	47,9	Gre	7,5
Lux	82,3	Dan	127	Aus	82,1	Por	16,8	Ola	48,2	Isl	7,5
Sve	82,3	Ger	125	Fra	79,4	Dan	17,0	Bel	51,0	**ITA**	**7,6**
Mal	82,1	Sve	124	Ger	77,8	**ITA**	**17,4**	Fin	51,1	Ola	8,4
Ola	81,8	Bel	120	Cze	74,2	Bel	18,3	Irl	52,1	Fin	8,8
Aus	81,7	Fin	111	UK	71,4	Slo	18,4	Spa	52,4	UK	9,4
Gre	81,5	UK	109	Fin	69,4	Ola	18,5	Est	53,0	Por	9,9
Bel	81,4	Fra	107	Cro	68,3	Irl	18,5	Ger	53,5	Svk	10,1
UK	81,4	**ITA**	**97**	Irl	68,3	Ger	20,2	Tur	53,6	Pol	10,5
Por	81,3	Spa	90	Sve	68,2	Let	20,4	Por	53,8	Slo	10,9
Fin	81,3	Cze	86	Mal	67,4	Est	21,4	Pol	54,3	Irl	11,0
Ger	81,2	Mal	86	Spa	66,8	Cze	21,6	Slk	54,5	Fra	11,5
Slo	81,2	Slk	83	Slk	63,9	Fra	21,7	Ung	54,7	Est	11,7
Dan	80,7	Cip	81	Est	63,1	Pol	21,8	Cze	55,0	Cze	11,9
Cze	78,9	Por	77	Lit	60,3	Slk	21,9	Slo	55,2	Aus	12,3
Cro	77,9	Slk	77	Por	58,4	Spa	22,1	Gre	56,5	Bel	12,6
Pol	77,8	Est	76	Slo	57,1	Aus	23,2	Sve	61,1	Rus	13,8
Est	77,4	Lit	75	Cip	55,7	Lit	24,6				
Slk	77,0	Gre	70	**ITA**	**55,7**	Ung	25,8				
Ung	76,0	Ung	68	Ung	55,6	Gre	27,3				
Rom	75,0	Pol	68	Bul	55,6						
Lit	74,7	Let	64	Gre	53,7						
Bul	74,5	Cro	59	Pol	50,8						
Let	74,5	Rom	55	Rom	48,8						
Irl	71,4	Bul	46	Let	45,2						

donne si conferma la differenza – già emersa negli scorsi decenni – tra metropoli del Sud (a minor longevità) e del Nord; di nuovo, la distanza tra le città con la maggiore e la minore speranza di vita si

è allargata: da 2,9 a 3,7 anni. L'area torinese mantiene una posizione medio-alta, passando tra il 1992 e il 2014 dal 7° al 5° posto per speranza di vita maschile e dal 6° al 7° per quella femminile.

Figura 12.1. **Speranza vita nelle province metropolitane**
Fonte: Istat



Nel 2015 in Italia i principali fattori di rischio (figura 12.2) – in termini di perdita di speranza di vita o di anni in buona salute – sono per le donne, nell'ordine, un'alimentazione scorretta[3], l'ipertensione e un elevato livello di glucosio nel sangue (coi conseguenti rischi, ad esempio, di diabete); per gli uomini, invece, il maggior fattore di rischio è il fumo, seguito da un'alimentazione inadeguata e dalla pressione alta[4].

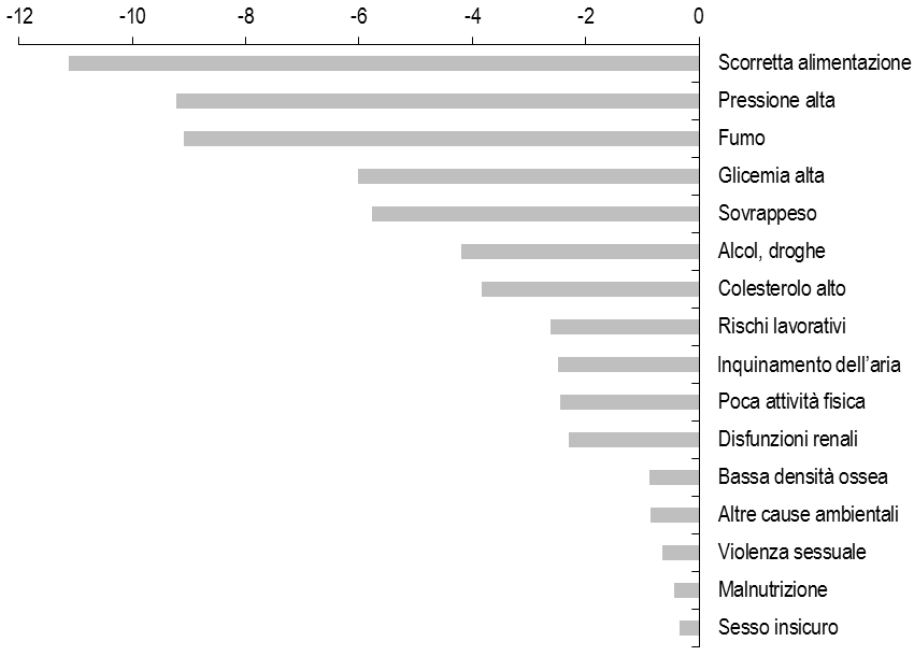
Su questo fronte, la situazione di Torino e del Piemonte risulta complessivamente confortante. Dopo la Liguria, il Piemonte è la regione con la quota minore di persone sovrappeso, condizione particolarmente diffusa nel Mezzogiorno, dove invece si registra un

[3] I principali subfattori di un'alimentazione scorretta sono, in ordine di gravità e di impatti sulla salute, un basso consumo di cereali integrali, l'eccesso di sale, poca frutta, uno scarso consumo di frutta secca e semi, poca verdura, pochi cibi con omega 3, il consumo di salumi e carni lavorate (fonte: IHME).

[4] Rispetto a vent'anni fa è diminuita l'intensità di fumo e alcol come principali fattori di rischio, mentre è aumentata quella del glucosio nel sangue così come del sovrappeso (fonte: IHME).

minore abuso di alcolici; quest'ultimo è un comportamento a rischio[5] presente soprattutto nelle regioni montane, con un picco del 40,3% in Alto Adige. Il Piemonte, nonostante l'ampia quota di territorio montano, registra il più basso livello di alcolismo del Nord (19%), pur se leggermente superiore alla media nazionale (17%). Anche rispetto al fumo la situazione piemontese – con il 27,3% di fumatori – è lievemente migliore della media nazionale (28%). Tra i capoluoghi metropolitani, Torino registra il livello più basso di fumatori (21,6%), contro, ad esempio, il 27,8% di Milano, il 28,8% di Bologna, il 29,2% di Roma e il 29,6% di Napoli (fonte: Ministero della Salute, Osservatorio Passi).

Figura 12.2. **Principali fattori di rischio per la salute in Italia – 2015**
Perdita di giorni di vita sana (senza disabilità);
fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/



[5] Sono considerati soggetti a rischio, oltre alle persone che consumano elevate quantità di alcol, anche coloro che bevono prevalentemente o esclusivamente fuori dei pasti o che sono dediti a frequenti «abbuffate alcoliche» (fonte: Ministero della Salute, Osservatorio Passi).

Molti dei sopra citati comportamenti a rischio risultano influenzati dall'estrazione socio-economica (analogamente ad altre forme di dipendenza, come la ludopatia; si veda, oltre, la scheda 12.1): ad esempio, i fumatori (maschi) – così come gli obesi e le persone in sovrappeso – sono nettamente più presenti tra le fasce sociali a basso reddito e a scarsa istruzione[6], a riprova del fatto, come si è sottolineato in precedenza, che vari fattori socio-culturali influiscono sui comportamenti quotidiani, i quali a loro volta producono poi conseguenze sulle condizioni di salute.

Naturalmente, oltre a quelli menzionati fin qui, altri aspetti ambientali e sociali influiscono sulla salute: ad esempio, i rischi occupazionali (principalmente a causa di tumori professionali e traumi) sono più frequenti tra chi svolge lavori manuali e in contesti come fabbriche chimiche o cantieri.

Recenti studi dell'Osservatorio epidemiologico della Regione confermano come, anche a Torino e in Piemonte, istruzione e posizione socio-professionale continuino a risultare strettamente correlate con l'esposizione a diversi livelli di rischio per la salute. Gli adulti con la sola licenza elementare, ad esempio, hanno livelli di mortalità complessivamente superiori di un terzo rispetto ai laureati; nel caso delle persone appartenenti al quarto più povero della popolazione torinese, i rischi per la salute sono del 60% superiori a quelli del quarto più ricco (Piccinelli e Marra 2016). Tra gli uomini, chi ha una bassa estrazione sociale ha una probabilità di subire un incidente professionale del 70% superiore rispetto a chi è di estrazione sociale elevata, del 60% in più nel caso degli incidenti domestici, del 35% superiore per comportamenti e condizioni a rischio, come tabagismo, obesità, abuso di alcolici, sedentarietà[7] (Costa, Marra, Zengarini et al. 2017, 311).

I dati evidenziano che i livelli di speranza di vita degli adulti torinesi sono piuttosto differenziati sia per posizione socio-professionale sia per classe di reddito, particolarmente per gli uomini (figure 12.3 e 12.4); tra le donne, invece, due tra i comportamenti a

[6] Nel caso dell'eccesso di alcolici, invece, non emergono differenze né per livello di istruzione né per livello di reddito, mentre risulta una forte relazione con l'età: ad esempio, in Piemonte tra gli under 25 la quota di bevitori a rischio è pari al 40%, dai 25 ai 34 anni scende al 23%, oltre i 35 anni al 14% (fonte: Regione Piemonte, Osservatorio Passi).

[7] Allo scopo di educare a una corretta alimentazione e alla pratica di attività fisica, la Regione Piemonte negli ultimi dieci-quindici anni ha promosso numerosi progetti, una decina dei quali a Torino città (per lo più rivolti ai ragazzi), un'altra ventina nel resto della provincia (http://www.retepromozionesalute.it).

Figura 12.3. **Torino: speranza di vita (anni) alla nascita, per reddito familiare**
Reddito familiare 2008; elaborazioni su dati Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte

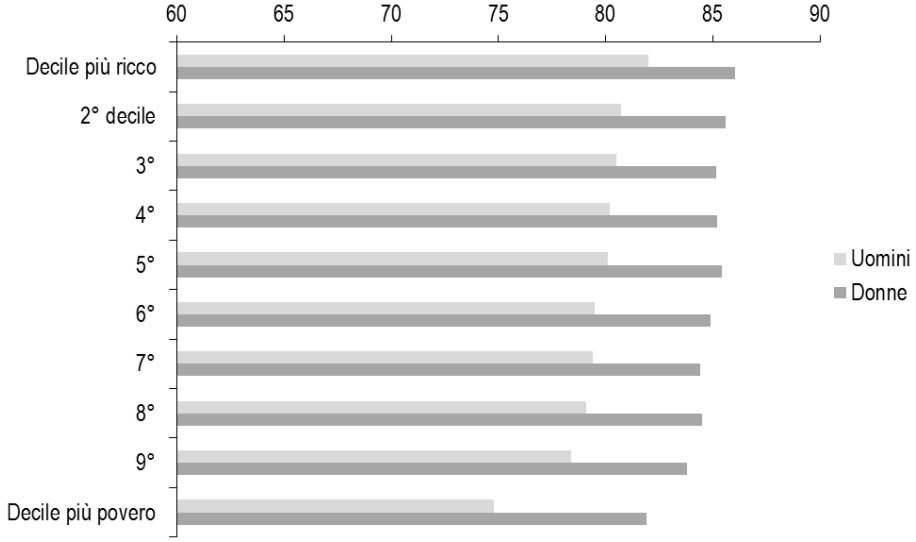
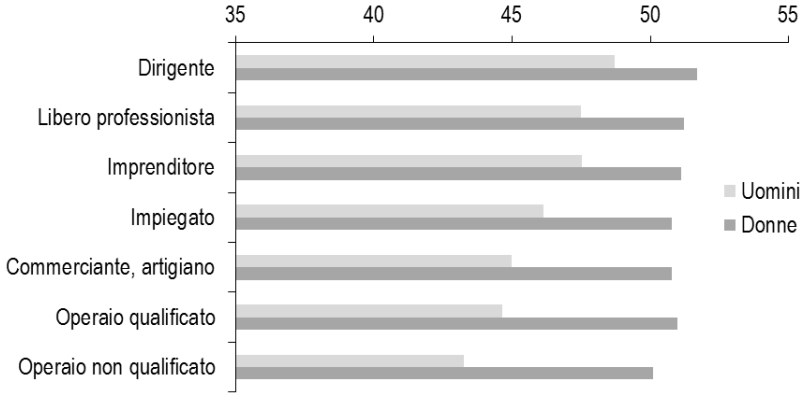


Figura 12.4. **Torino: speranza di vita (anni aggiuntivi) all'età di 35 anni, per condizione professionale**
Periodo 2001-2010; elaborazioni su dati Osservatorio epidemiologico Regione Piemonte



rischio elevato – fumo e rinvio di una gravidanza in età avanzata – risultano piuttosto diffusi nei percorsi di emancipazione femminile, attenuando così in parte i vantaggi derivanti da una migliore posizione sociale (D'Errico, Costa e Zengarini 2017).

Occorre sottolineare come la relazione tra posizione socio-professionale e salute sia biunivoca, nel senso che se quest'ultima dipende spesso dalla condizione sociale, a sua volta è in grado di influenzarla: il fatto di essere in buona salute, infatti, favorisce una maggiore stabilità occupazionale e una carriera ascendente; viceversa, cattive condizioni di salute possono peggiorare (ad esempio, precarizzare) la posizione di un lavoratore, rischiando di innescare un circolo vizioso e, quindi, di provocare un ulteriore peggioramento delle condizioni sociali e di salute (Cardano, Costa e Demaria 2017).

Un'altra variabile significativa per la salute è la condizione di straniero. Innanzitutto, molti immigrati svolgono lavori in contesti (fabbriche, cantieri) a maggiore rischio di incidenti e mortalità; anche al netto dei traumi, tuttavia, i ricoveri, ad esempio, di cinesi e nordafricani risultano del 35% più alti rispetto a quelli degli italiani, quelli di romeni e sudamericani del 12%. Ciò dipende dall'«accumulare svantaggi nelle condizioni di vita e di lavoro» e dal fatto che «la discriminazione razziale, le barriere linguistiche, culturali e i vincoli giuridici aggravano l'effetto sulla salute» (Spadea et al. 2017, 270).

Non stupisce, dunque, che la geografia torinese della salute ricalchi abbastanza da vicino quella delle disuguaglianze socio-economiche (si veda il capitolo 10). Ciò emerge, ad esempio, a proposito di specifiche patologie correlate a fumo e alcol, che – come sottolineato – specie tra gli uomini sono fortemente influenzate dal livello sociale (figure 12.5 e 12.6); ma anche la speranza di vita risulta correlata alla zona di residenza, riproponendo l'immagine di una città in cui soprattutto l'ampia periferia nord appare svantaggiata[8] rispetto alla fascia di quartieri che attraversa la città da ovest a est, passando per il centro (figura 12.7). In media, la speranza di vita dei torinesi che vivono negli isolati più poveri della città è di sette anni inferiore rispetto a chi abita in quelli più benestanti. Allo stesso tempo, va rilevato che i dati relativi alle

[8] Vale la pena rimarcare come nei quartieri settentrionali – e specie in alcune aree – non solo i fattori di rischio sociale, ma anche quelli ambientali risultino più elevati della media cittadina. Ad esempio, nel periodo dal 2000 al 2015, nella periferia nord di Torino le centraline hanno rilevato valori per gli inquinanti atmosferici più nocivi (Pm10, benzene, biossido di azoto) sistematicamente più alti – dal 13 al 16% – rispetto a quelli registrati nelle aree centrali della città. Inoltre, diverse zone della periferia nord, come quelle prossime alle Basse di Stura, sono da decenni caratterizzate dalla presenza di contaminazioni ambientali di origine industriale e da discariche, abusive e non.

tendenze pluridecennali evidenziano come tali differenze di salute tra ceti sociali (e tra zone della città) si siano andate progressivamente riducendo: salute e speranza di vita sono migliorate ovunque in città, ma – e specialmente tra gli uomini – in misura superiore alla media proprio lungo un arco di aree appartenenti alla periferia nord, da Parella ovest fino a Barca Bertolla, attraverso Vallette, Madonna di Campagna, Basse di Stura (Costa, Demaria, Stroscia et al. 2017).

Figura 12.5. **Mortalità per patologie correlate all'alcol a Torino, per zone di residenza**
Uomini 0-99 anni, periodo 2002-2011, escluse zone con istituti per anziani e carceri; elaborazioni su dati Costa et al. 2017 (per gentile concessione di Edizioni Inferenze)

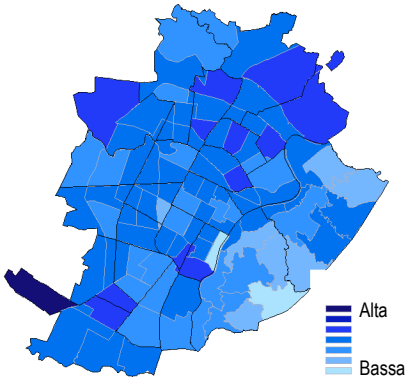


Figura 12.6. **Mortalità per patologie correlate al fumo a Torino, per zone di residenza**
Uomini 0-99 anni, periodo 2002-2011, escluse zone con istituti per anziani e carceri; elaborazioni su dati Costa et al. 2017 (per gentile concessione di Edizioni Inferenze)

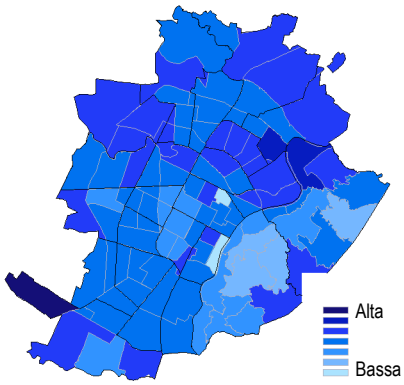
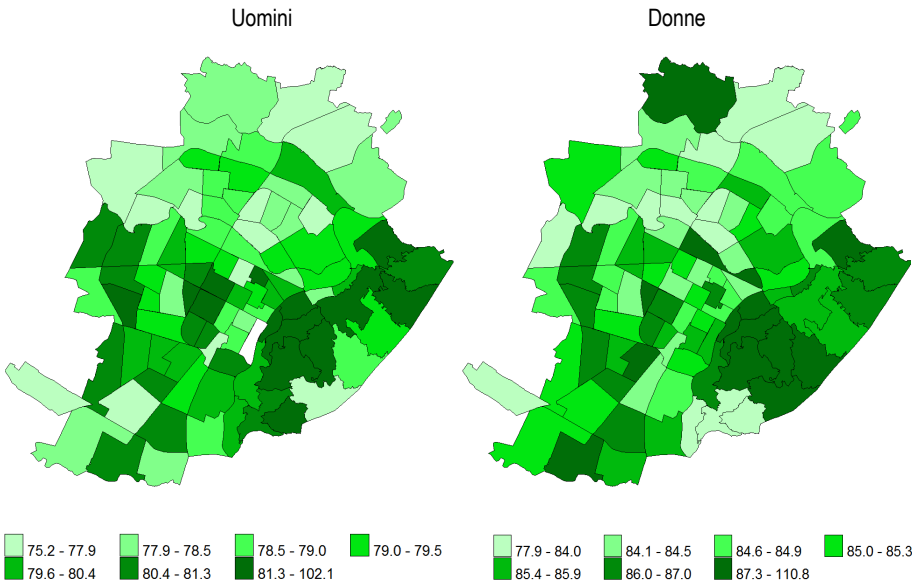


Figura 12.7. **Speranza di vita alla nascita a Torino, per zone di residenza**
Anni di vita; media periodo 2002-2011, escluse zone con istituti per anziani e carceri; fonte: Costa et al. 2017 (per gentile concessione di Edizioni Inferenze)



Anche alla luce delle considerazioni precedenti – relative ai nessi tra benessere socio-economico e fisico – non sono pochi coloro che in questi anni hanno evocato con preoccupazione i possibili rischi per la salute derivanti dalla crisi economica in atto da quasi un decennio. È indubbio che elementi di preoccupazione sussistano, in quanto la crisi ha ampliato – come s'è visto fin qui – le categorie sociali a rischio (disoccupati, precari, famiglie con problemi economici, homeless ecc.).

La questione dei potenziali impatti della crisi sulla salute risulta anch'essa piuttosto complessa e articolata. Ad esempio, è stato osservato come, paradossalmente, la crisi abbia prodotto effetti positivi, riducendo alcuni rischi per la salute come quello di incidenti sul lavoro[9] o nel traffico, legati per l'appunto alla diminuzione del numero di persone occupate (specie in settori a maggior rischio come l'edilizia) oppure che si spostano per lavoro. Una recente in-

[9] Il numero di infortuni sul lavoro non sta diminuendo solo in termini assoluti, ma anche in rapporto agli occupati: in Italia –21,8% tra il 2011 e il 2015, nell'area torinese –22,5% (fonti: Inail e Istat).

dagine condotta in Piemonte ha inoltre riscontrato come, in particolare tra gli uomini, quasi tutti i comportamenti a rischio legati ad alimentazione, sedentarietà, consumo di alcol e fumo si siano ridotti; se alcuni trend migliorativi si erano avviati già prima della crisi, per fattori come l'aumento del movimento fisico o il minor consumo di alcol e carne la riduzione si registra proprio dal 2009, lasciando supporre che la crisi abbia giocato un ruolo rilevante nel modificare tali comportamenti (Costa, Marra, Zengarini et al. 2017).

Certamente non aiutano a far chiarezza circa gli effettivi impatti della crisi sulla salute alcuni ricorrenti allarmi amplificati dai media. Ad esempio, l'eccesso di mortalità registrato in Italia e in Piemonte nel 2015 ha scatenato un dibattito in cui molti hanno attribuito tali valori anomali alla gravità della crisi (e/o ai tagli alla sanità); una più attenta analisi dei dati, tuttavia, ha permesso di ricondurre tale fenomeno a una sommatoria di eventi episodici (un'epidemia influenzale molto virulenta, un picco di calore estivo altrettanto eccezionale) e strutturali (in particolare, l'ingresso delle consistenti coorti nate dopo la Prima guerra mondiale nella fascia di età più vulnerabile, quella dei «grandi anziani» ultranovantenni). Analogamente, a ogni caso di suicidio per (almeno apparenti) ragioni economiche, è stato evocato lo spettro della crisi. I dati – sia nazionali sia locali – rivelano invece una sostanziale stabilità dei casi di suicidio, un fenomeno che in Italia rimane da anni decisamente basso così come in tutti i Paesi del sud Europa, mentre è più diffuso nei Paesi benestanti del centro-nord Europa; allo stesso modo, in Italia i suicidi hanno una maggiore incidenza al Nord e minore al Sud (Costa, Marra, Zengarini et al. 2017).

Un'altra ricorrente preoccupazione riguarda il rischio che la crisi induca le famiglie a ridurre le spese per la salute. Da questo punto di vista, i riscontri empirici sono pochi e, almeno apparentemente, dissonanti. Un'indagine condotta dall'Istat nel 2015 quantifica in circa un 10% in provincia di Torino (e un 15% nel capoluogo) la quota di famiglie che hanno rinunciato ad accedere a servizi sanitari o all'acquisto di farmaci «per motivazioni economiche o per carenze delle strutture di offerta». I dati della Camera di commercio sui consumi delle famiglie torinesi, al contrario, rivelano come – dopo un calo tra il 2008 e il 2012 – le spese in salute siano tornate a crescere anno dopo anno e, in modo particolarmente sostenuto, proprio nel 2015.

La rinuncia alle cure, quando si è verificata, più che da problemi economici legati alla crisi potrebbe dunque essere derivata da diffi-

coltà di accesso ai servizi, in particolare a causa del perdurare dei lunghi tempi d'attesa. Da questo punto di vista (come già emerso: si veda la tabella 12.1 sopra), la situazione italiana resta tra le più critiche: nell'Unione Europea, tempi d'attesa più elevati e difficoltà maggiori di accesso ai servizi sanitari si registrano solo in Grecia e in sei Paesi dell'Est. Il quadro sugli effettivi tempi d'attesa nelle diverse ASL italiane rimane, invece, piuttosto fumoso[10]; tuttavia, un indicatore approssimato relativo alla facilità di accesso alle cure può essere quello della dotazione di personale sanitario (tabella 12.3). Certamente, una sovra/sottodotazione di personale sanitario non è necessariamente correlata ad alti/bassi livelli di qualità terapeutica[11]; al tempo stesso, è indubbio che una forte rarefazione dei servizi può rendere meno agevole l'accesso e, a lungo andare, scoraggiare molte persone (specie le meno istruite e più povere, che diverse ricerche hanno dimostrato essere le più in difficoltà nel districarsi tra la burocrazia sanitaria).

Di fatto, la situazione torinese è caratterizzata da alcuni indicatori critici, come la sottodotazione di pediatri (in entrambe le ASL del capoluogo) o la scarsa diffusione (nell'ASL Torino 1) dell'assistenza domiciliare integrata. La Regione Piemonte – uscita ufficialmente a inizio 2017 dal piano di rientro del debito sanitario – sta attrezzandosi per assumere personale e aumentare il volume di offerta delle prestazioni sanitarie.

Importanti risorse integrative di prevenzione e cura si devono inoltre a progetti sviluppati dal terzo settore. Decine di migliaia di torinesi beneficiano ogni anno delle cure mediche, pediatriche, odontoiatriche erogate gratuitamente da diverse associazioni di volontariato (si veda anche, nel capitolo 6, la scheda 6.1), così come delle medicine distribuite gratuitamente dal Banco farmaceutico (si veda anche il *Rapporto «Giorgio Rota»* del 2014, paragrafo 4.4).

---

[10] In Italia il monitoraggio dei tempi nei servizi sanitari è stato stabilito dalla legge 326 del 2003, nonché ribadito da numerosi piani «di contenimento» o «di governo» delle liste d'attesa. Gli ultimi dati ufficiali pubblici risalgono a cinque anni fa e, tra l'altro, rivelano unicamente quali fossero le Regioni che informavano dei tempi d'attesa sul proprio sito web. A tutt'oggi manca un quadro chiaro (e pubblico) di quali siano le situazioni nelle diverse regioni e ASL. La Regione Piemonte ha presentato nella primavera 2017 un nuovo piano per ridurre i tempi d'attesa.

[11] Ministero della Salute e Agenass, nel *Piano nazionale esiti*, hanno evidenziato come le due ASL del capoluogo torinese – che pure scontano alcuni problemi di scarsa dotazione organica – siano tra le migliori per efficacia e appropriatezza delle cure; viceversa, diverse ASL meridionali, abbondantemente dotate di personale, risultano al fondo di molte graduatorie di efficienza. Si veda anche il *Rapporto «Giorgio Rota»* del 2015, paragrafo 6.4.

Tabella 12.3. **Personale medico e assistenza domiciliare nelle Aziende sanitarie metropolitane – 2013**

Fonte: Istat, *Health for All*

Aziende sanitarie	Medici ogni 1.000 abitanti adulti	Pediatri ogni 1.000 bambini	Anziani assistiti a domicilio, ogni 1.000 anziani residenti
Imola (BO)	0,81	1,21	128,9
San Donà di Piave (VE)	0,77	0,78	171,8
Albano Laziale RM/H	0,88	1,02	103,5
Bologna	0,78	1,15	100,6
Chioggia (VE)	0,95	0,82	116,6
Messina	0,94	1,30	43,4
Firenze	0,84	1,09	82,3
Roma quartieri nord-ovest RM/E	0,93	1,12	63,9
Empoli (FI)	0,82	0,99	88,9
Triestina	0,94	0,88	n.d.
Tivoli RM/G	0,87	0,92	89,2
Catania	0,96	1,14	42,0
Palermo	0,93	1,19	40,4
Roma centro e sud RM/C	1,07	1,12	20,6
Veneziana (Venezia città)	0,85	0,92	74,6
Roma centro e nord RM/A	1,13	0,93	28,0
Pozzuoli NA2 nord	0,92	0,93	54,4
Mirano (VE)	0,77	0,87	77,0
Roma quartieri sud-ovest RM/D	0,90	1,07	29,1
Roma quartieri est RM/B	0,89	1,12	17,8
Reggio Calabria	0,91	1,09	16,9
Bari	0,89	1,14	11,1
Chiavarese (GE)	0,81	0,95	41,0
Genovese (Genova città)	0,89	1,00	22,2
Legnano (MI)	0,73	1,00	37,7
Cagliari	0,85	1,14	0,0
Civitavecchia RM/F	0,86	0,88	27,4
Chierese TO5	**0,79**	**0,94**	**26,5**
NA1 Centro Napoli città	0,86	0,94	15,2
NA3 Sud Castellammare di Stabia	0,81	0,91	23,5
Chivassese TO4	**0,80**	**0,93**	**21,0**
Milano città	0,80	0,83	33,6
Torino città (zona nord) TO2	**0,80**	**0,85**	**29,2**
Area metr. ovest, Pinerolese, Val Susa TO3	**0,79**	**0,89**	**15,9**
Melegnano MI2	0,73	0,97	14,5
Torino città (zona centro-sud) TO1	**0,93**	**0,68**	**9,9**

Inoltre, per contrastare la povertà alimentare – un altro fattore di rischio per la salute – sono stati sviluppati numerosi progetti[12]. Oltre a quelli del Banco alimentare, che dal 1993 garantisce nell'area torinese pasti adeguati a circa 40.000-50.000 persone all'anno, dal 2011, ad esempio, l'associazione Terza settimana ha aperto tre social market, punti vendita che si riforniscono all'ingrosso di merce sottocosto e riescono a praticare prezzi molto bassi alle famiglie assistite (circa 4.000 a Torino); per parte sua, il progetto *Fa bene* recupera eccedenze alimentari in alcuni mercati rionali (cinque torinesi, due a Collegno e uno a Grugliasco), distribuendole poi a famiglie che, in cambio, prestano servizi nel quartiere.

Scheda 12.1. **Gioco d'azzardo e rischio ludopatie**

Fonti: Corte dei Conti 2011; Iori 2012; Fiasco, a cura di, 2014; Scala 2017

Il gioco d'azzardo è, da sempre, considerato un comportamento a forte rischio di dipendenza. In Italia negli anni scorsi il fenomeno è stato in costante crescita (specialmente dal 2010), tanto da rendere il nostro Paese secondo al mondo per volume d'affari dell'azzardo e primo per i giochi online.

La tendenza alla crescita del settore non accenna a interrompersi: nel 2016 gli Italiani hanno speso oltre 20 miliardi di euro in giocate online (+25% rispetto al 2015), nei primi

[12] Una ricostruzione aggiornata dei progetti che a Torino provano a contrastare la povertà alimentare è contenuta in Toldo, Pettenati e Tecco (a cura di, 2017), pp. 63-64.

quattro mesi del 2017 si è registrato un nuovo aumento (+26% per i giochi e +40% per le scommesse online) rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente (fonte: Osservatorio gioco online, Politecnico di Milano).

Il Piemonte nell'ultimo anno risulta in controtendenza, con una riduzione delle somme giocate, presumibilmente per effetto della legge regionale del 2016 che prevede interventi di prevenzione (soprattutto attraverso scuole e servizi sociali) e ordinanze restrittive (relativamente a fasce orarie e distanze da «luoghi sensibili» come scuole, chiese, banche, ospedali ecc.). Non a caso, circa metà delle 300 ordinanze comunali restrittive emesse in Italia nell'ultimo anno si registra proprio in Piemonte. Un recente piano del Governo punta a ridurre di un terzo entro il 2018 il numero di punti in cui giocare d'azzardo.

I giochi d'azzardo tecnologici di nuova generazione favoriscono un uso solitario e compulsivo, dunque sono più rischiosi, secondo gli esperti, in termini di insorgenza di dipendenze. Dal 2012 questa è riconosciuta dal Servizio sanitario nazionale come una vera e propria patologia, i cui costi di trattamento gravano sul servizio pubblico; in proposito, c'è chi ha sottolineato come il loro ammontare complessivo cominci ad avvicinarsi – o a superare, secondo recenti stime – i proventi erariali derivanti dalla tassazione del gioco.

Gli psicologi segnalano come, di frequente, si registri per i ludopati l'ingresso in una sorta di *loop*, con pesanti risvolti anche sul piano economico e delle relazioni sociali: il 40% dei giocatori compulsivi deve chiedere prestiti a familiari e amici, il 34% a banche e finanziarie, il 24% è obbligato a vendere beni personali, il 19% finisce nell'illegalità (subisce usure o commette furti).

L'abitudine di giocare «interessa prevalentemente le fasce più deboli» (Corte dei Conti 2011), è correlata particolarmente con un livello di istruzione medio-basso, un quarto di chi gioca è disoccupato. Per quanto riguarda l'area torinese, la situazione appare sostanzialmente nella media rispetto al quadro delle metropoli italiane, tra le quali il capoluogo piemontese è al sesto posto con 45,01 euro pro capite giocati nel 2013 (fonte: Cnel), preceduta da Bologna (45,29), Milano (47,82), Genova (48,19), Venezia (53,95) e Cagliari (59,14).