



1.

sempre più
longevi e un
po' più uguali:
una risorsa
di salute per
lo sviluppo

La speranza di vita media dei torinesi è molto migliorata negli ultimi 40 anni ma persistono ancora disuguaglianze sociali di salute. Dagli anni '70 agli anni 2000 il guadagno generale è stato di circa 5 anni ma è rimasta invariata la differenza nella speranza di vita tra chi ha una laurea e chi ha al massimo la licenza elementare.

Anni 1970
42,6

Anni 2000
48,2

SPERANZA
DI VITA
A 35 ANNI

(numero di anni,
entrambi i sessi)

Licenza
elementare
39,7

Laurea
44,8

Laurea
50,8

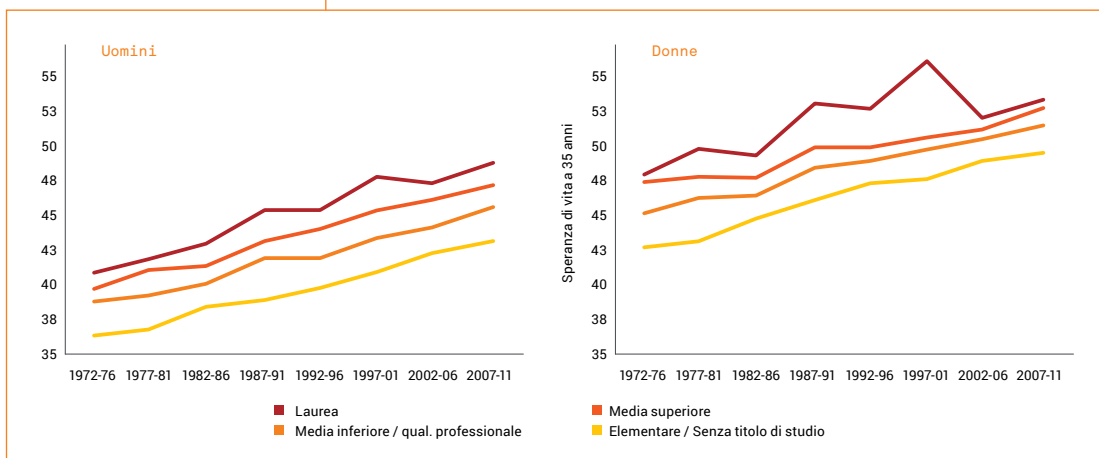
Licenza
elementare
45,9

Quarant'anni di salute dei torinesi: una storia di successo... ma per tutti?

Progressi nell'aspettativa di vita dei torinesi nel periodo 1972-2011: merito di quali malattie?

Nel corso degli ultimi quarant'anni la salute dei torinesi, come quella dei residenti in gran parte degli altri paesi industrializzati, è complessivamente migliorata. Lo dimostrano il guadagno nell'aspettativa di vita di circa 7 anni (tra gli uomini) e 6 anni (tra le donne) e il corrispondente dimezzamento della mortalità generale nella popolazione adulta. In altre parole, se all'inizio degli anni '70 un trentacinquenne torinese poteva ancora aspettarsi di vivere altri 40 anni (se laureato) o 36 anni (se provvisto solo di licenza elementare o senza titolo di studio), oggi l'aspettativa di vita per un uomo di 35 anni è salita rispettivamente a 48 e 43 anni, livelli paragonabili a quelli che le donne trentacinquenni dei corrispondenti gruppi sociali già avevano raggiunto all'inizio degli anni '70 e che oggi sono anche per loro ulteriormente aumentati (arrivando a 53 anni per le laureate e 49 anni per le donne meno istruite) (Figura 1).

Figura 1. Andamento temporale della speranza di vita a 35 anni per titolo di studio, uomini e donne, Torino 1972 - 2011.



* **di Giuseppe Costa, Morena Stroschia, Nicolás Zengarini, Silvia Stringhini, Moreno Demaria e Teresa Spadea**

Questo paragrafo descrive l'andamento delle disuguaglianze di salute nel corso degli ultimi 40 anni a Torino e si basa sui risultati delle elaborazioni sui dati di mortalità per livello di istruzione dello Studio Longitudinale Torinese, che sono l'unico indicatore di salute disponibile su un arco temporale così lungo: le tabelle con tutti i risultati delle analisi di mortalità per istruzione e per le altre covariate sociali sono disponibili in formato elettronico (*online* su www.disuguaglianzedisalute.it e su www.epiprev.it).

Figura 2. Andamento temporale della mortalità (tutte le cause) per titolo di studio, uomini e donne, Torino 1972 - 2011. Modificato da Stringhini et al. 2015.

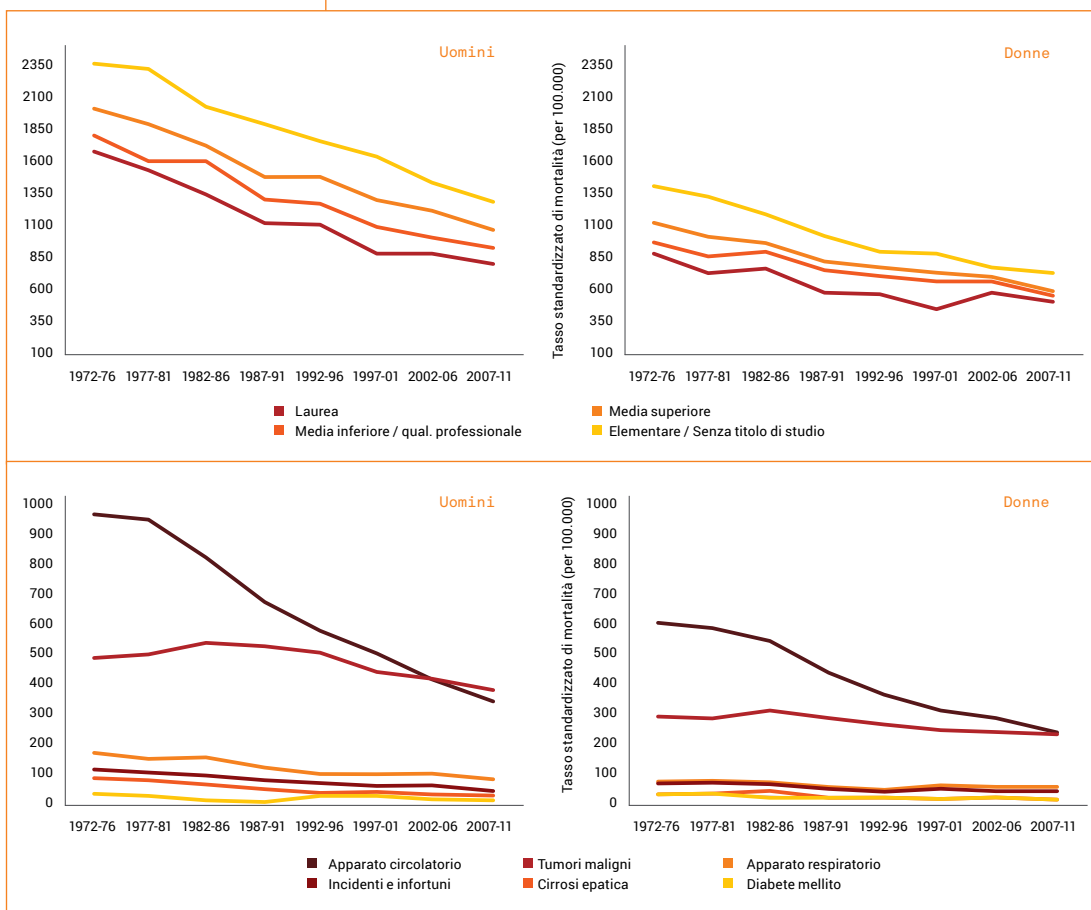


Figura 3. Andamento temporale della mortalità per grandi gruppi di cause, uomini e donne, Torino 1971 - 2011.

Parallelamente, nell'arco di questi quarant'anni, la mortalità si è dimezzata, sia negli uomini che nelle donne (Figura 2). Il contributo maggiore a questo miglioramento deriva soprattutto dalla netta riduzione della mortalità per il gruppo di patologie che costituisce la prima causa di morte nei paesi ad alto reddito: le malattie cardiovascolari (WHO 2004) che oggi presentano tassi pari a un terzo di quelli che si osservavano negli anni '70 in entrambi i sessi.

Inoltre si può dire che i tassi di mortalità per cause cardiovascolari (apparato circolatorio) negli anni '70 erano decisamente superiori a quelli osservabili per qualunque altro gruppo di cause, ma il rapido declino cui sono andati incontro fino agli anni 2000 ha fatto in modo che queste patologie oggi abbiano dei livelli di mortalità paragonabili a quelli dei tumori maligni (che invece sono diminuiti in modo più modesto, di circa il 25%, nello stesso arco di tempo) (Figura 3).

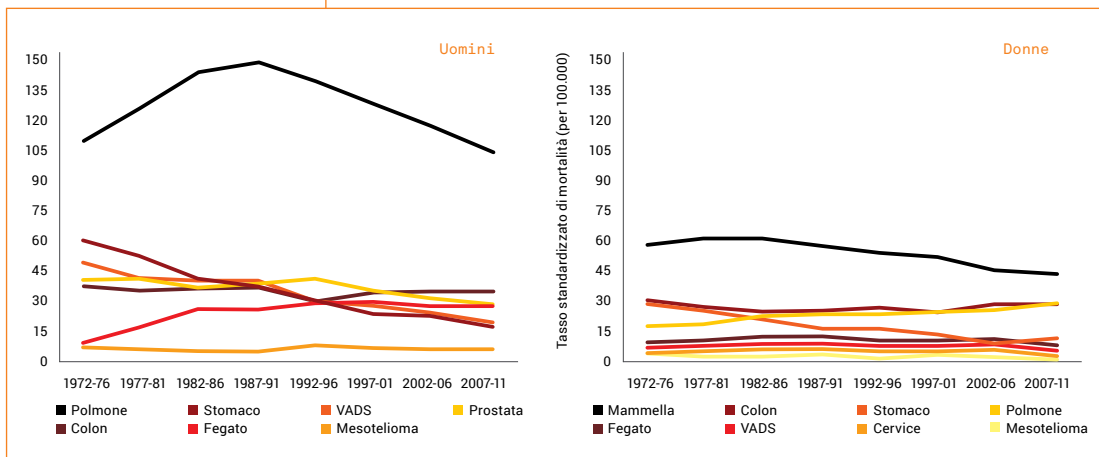
Tra i grandi gruppi di cause esaminati, solo la mortalità per cause accidentali e violente (incidenti stradali e infortuni in particolare) ha subito una diminuzione d'intensità paragonabile a quella osservata per le malattie cardiovascolari ma, rispetto a queste, l'impatto sulla mortalità generale è molto più limitato (i tassi di mortalità per cause violente sono 10 volte inferiori rispetto a quelli per malattie circolatorie).

Lo stesso si può dire della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, cirrosi e diabete che in alcuni casi si è ridotta del 70% ma con un impatto sulla mortalità generale molto più modesto di quello derivante dalle malattie cardiovascolari e tumorali.

Tra i tumori maligni, il polmone rappresenta ancora oggi la sede più colpita negli uomini, senza sostanziali modificazioni dei tassi di mortalità dagli anni '70 a oggi (Figura 4). Tra le donne, invece, la mortalità per tumore del polmone è significativamente aumentata, tanto che oggi questo tipo di tumore è diventato per le torinesi la seconda causa di morte per malattie tumorali dopo il tumore della mammella, mentre per le donne europee il secondo posto nella mortalità per tumori è occupato dal cancro del colon-retto (Ferlay et al. 2013). Questo riflette il fatto che in Italia la forte riduzione dell'abitudine al fumo negli ultimi trent'anni si è osservata solo tra gli uomini (i fumatori sono passati dal 56 al 30%), mentre tra le donne le fumatrici sono rimaste sostanzialmente stabili (il 18% circa) (Gorini et al. 2013).

L'aumento di mortalità per tumore del polmone tra le donne, insieme all'aumento di mortalità per tumori del fegato in entrambi i sessi, sono gli unici dati in controtendenza. Per tutte le altre sedi tumorali esaminate, infatti, la mortalità nel corso di questi quarant'anni si è ridotta. La diminuzione è stata più rilevante per i tumori dello stomaco (-70%), delle vie aeree e digestive superiori (VADS), del retto, della cervice e per mesotelioma (all'incirca dimezzati) e più contenuto per i tumori di prostata e mammella (-25-30%).

Figura 4. Andamento temporale della mortalità per le sedi tumorali più diffuse, uomini e donne, Torino 1972 - 2011.



Il guadagno di salute fin qui descritto è ascrivibile in parte ai progressi medici (nella diagnosi e cura di quasi tutte le patologie considerate) e in parte al miglioramento delle condizioni di vita delle persone. La forte riduzione della mortalità per incidenti o infortuni e per tumori di origine lavorativa (come il mesotelioma) riflette, ad esempio, il netto miglioramento delle condizioni igieniche e di sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro. Il declino della mortalità per cause cardiocircolatorie (che riconoscono il fumo, l'obesità, i dismetabolismi e l'ipertensione non controllata come principali fattori di rischio), diabete (fortemente correlato a obesità, alimentazione e sedentarietà) e per patologie riconducibili all'alcool (cirrosi e tumori delle vie aeree e digestive superiori) testimoniano una maggiore consapevolezza sugli stili di vita salutari, senza trascurare il ruolo importante della medicina negli infarti e negli incidenti cerebrovascolari; mentre in campo oncologico, oltre a tutti questi fattori, bisogna considerare

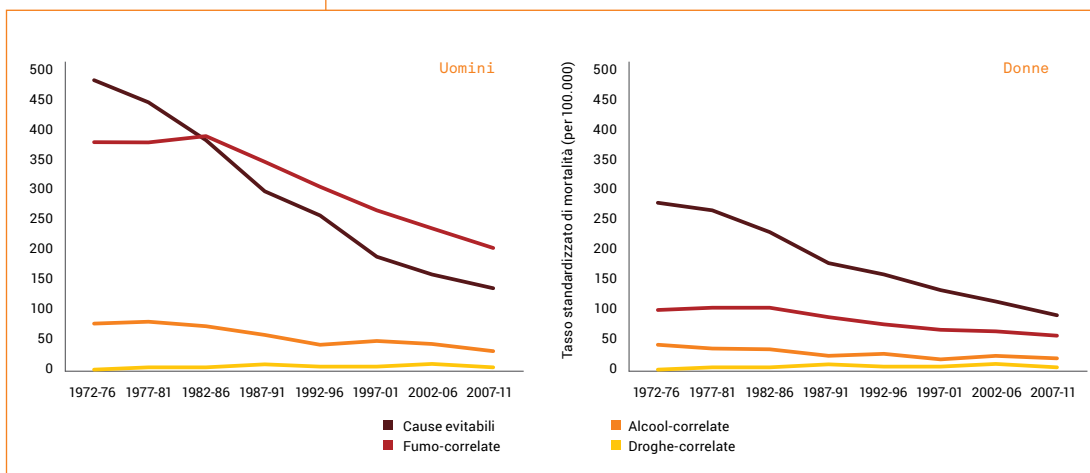
anche il contributo delle nuove tecnologie diagnostiche e degli interventi di prevenzione organizzata che permettono, in alcuni casi, di identificare precocemente la malattia migliorandone la prognosi (a Torino gli *screening* per i tumori di cervice e mammella sono attivi dal 1992, quelli per il tumore del colon-retto dal 2003) (Prevenzione Serena 2014).

Il miglioramento generale della salute è riconducibile, dunque, in parte alla prevenzione (in ambito sanitario ma anche nei contesti di vita), in parte al miglioramento delle cure. Da studi precedenti condotti in Nord-Italia sappiamo, ad esempio, che la riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari è attribuibile per metà al fatto che ci si ammala di meno ma per l'altra metà al miglioramento delle cure quando la malattia è già insorta (Tunstall-Pedoe et al. 1999). Sebbene la mortalità per causa non permetta, da sola, di disarticolare il ruolo della prevenzione da quello delle cure, l'osservazione dei *trend* di mortalità per alcuni raggruppamenti di patologie, confrontata con l'andamento della mortalità generale, può fornire comunque suggerimenti importanti sul contributo degli stili di vita da un lato (considerando le cause alcool e fumo-correlate) e sul ruolo del sistema sanitario dall'altro. Quest'ultimo è deducibile dall'andamento della mortalità evitabile (Figura 5), che comprende malattie il cui esito infausto è evitabile mediante sia cure adeguate e tempestive (es. infarto, HIV), che attraverso interventi di prevenzione organizzata (es. tumori per cui esista la possibilità di effettuare uno *screening*) (Hoffmann et al. 2013) (per la definizione e l'elenco completo di patologie incluse in questi raggruppamenti vedi nota metodologica in appendice).

Per quanto riguarda il primo gruppo di cause, quelle legate agli stili di vita si è osservato, nel corso degli ultimi quarant'anni, un dimezzamento della mortalità per cause alcool-correlate (che comprendono incidenti stradali, cirrosi, tumori di bocca ed esofago ecc.) e una riduzione del 40% circa di quella per cause fumo-correlate (prevalentemente patologie cardiocircolatorie e tumore del polmone) in entrambi i sessi.

La riduzione della mortalità evitabile è risultata più consistente (del 60-65% circa), fatto che suggerisce che un impulso ancora più forte al miglioramento della salute dei torinesi possa essere derivato proprio dalle capacità del sistema sanitario di prevenire e curare le patologie più diffuse.

Figura 5. Andamento temporale della mortalità per cause evitabili, alcool-correlate, fumo-correlate e droghe correlate, uomini e donne, Torino 1972 - 2011.



Infine, per quanto riguarda le malattie legate al disagio sociale, si è osservato, a metà degli anni '90, un picco di mortalità per AIDS e malattie droga-correlate, soprattutto tra gli uomini. Successivamente la mortalità per queste cause è diminuita, grazie all'intensificarsi di campagne di informazione e prevenzione (messe in atto a partire dalla seconda metà degli anni '80, in seguito all'identificazione del virus dell'HIV avvenuta nel 1983) e soprattutto grazie allo sviluppo di terapie efficaci (come la triplice terapia a partire dal 1996) (Gallo 2006). Tra il 1972 e il 2011 a Torino si è osservato un aumento, soprattutto tra gli uomini, della mortalità per tumore del fegato, un tumore a bassa sopravvivenza, nonostante la forte riduzione della mortalità per cirrosi e malattie alcool-correlate (SEER e IARC 2014; Persson et al. 2012). Questo *trend* in aumento, osservato in buona parte dei paesi ad alto reddito, potrebbe essere ascrivibile a una maggiore diffusione dei virus epatitici nel periodo precedente alla scoperta dell'HIV. Tra le cause dei tumori del fegato, infatti, si riconoscono oltre all'alcool, prevalentemente i virus responsabili di epatite cronica (El Serag 2012) che sono veicolati con le stesse modalità del virus HIV (sangue e rapporti sessuali non protetti): il virus dell'epatite B (HBV), per il quale dal 1991 in Italia è obbligatoria la vaccinazione per tutti i nuovi nati, e quello dell'epatite C (HCV), per il quale non esiste un vaccino. Poiché la mortalità per cause alcool-correlate in questi anni è andata incontro a una forte diminuzione, è probabile che l'aumento osservato per la mortalità per tumore epatico sia in buona parte riconducibile a infezioni da virus dell'epatite B e C contratte almeno 20 anni prima (tempo di latenza medio per l'insorgenza del tumore da quando si contrae l'infezione) (Blachier et al. 2013), cioè tra gli anni '70 e '80, prima che la scoperta del virus dell'HIV (e in seguito dell'HCV) portasse ad adottare più massicciamente misure atte a prevenire lo scambio di siringhe infette e i rapporti sessuali non protetti.

In conclusione la salute dei torinesi in questi quarant'anni è nettamente migliorata come dimostrano l'aumento dell'aspettativa di vita e il dimezzamento dei tassi di mortalità generale e per tutte le principali patologie, in particolare quelle cardiocircolatorie, come avvenuto in gran parte dei paesi industrializzati (Ford et al. 2007 e 2011; Hardoon et al. 2008; Unal et al. 2004). Uniche eccezioni sono i tumori del polmone tra le donne e i tumori del fegato in entrambi i sessi che presentano un *trend* in aumento.

Questo guadagno di salute è spiegato in parte dall'adozione di stili di vita più salutari, ma soprattutto dal miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, oltre che delle cure e dell'assistenza sanitaria.

Chi ha e chi non ha...

È quasi ovvio constatare che le persone appartenenti alle posizioni sociali più elevate vivono di più e meglio dei soggetti più svantaggiati. Tuttavia quantificare il divario sociale di salute e comprendere se esso sia evitabile e suggerisca le priorità di intervento sono operazioni meno intuitive. Lo Studio Longitudinale Torinese (SLT) offre l'opportunità unica di descrivere l'andamento delle disuguaglianze sociali di salute nel corso degli ultimi quarant'anni permettendo così di cogliere suggerimenti sugli ambiti in cui le politiche cittadine potrebbero aver avuto maggiore successo nel ridurre tale *gap*.

In questo paragrafo la posizione sociale è definita sulla base del titolo di studio, l'indicatore più predittivo dello stato di salute delle persone in quanto si costituisce molto presto nella vita e rimane generalmente invariato, per cui riesce a classificare tutte le persone; esso esprime le credenziali educative con cui una persona si gioca la carriera sociale lavorativa e familiare ed è quindi capace di descrivere sinteticamente le principali dimensioni della stratificazione sociale. Tutti gli altri indicatori che verranno utilizzati nel libro misurano singole dimensioni meno rappresentative di tutte le disuguaglianze, come gli indicatori della disponibilità di

risorse materiali (quelle correnti, descritte da reddito e condizione occupazionale e quelle relative ai beni cumulati, definite dalla qualità dell'abitazione), o gli indicatori di controllo sulle risorse di rete sociale (misurate in SLT con lo stato civile e la tipologia familiare) e le risorse relazionali di potere come lo *status* e il prestigio sociale (indicato dalla classe sociale lavorativa) (Zengarini et al. 2014).

Le disuguaglianze sociali di salute sono evidenti innanzitutto osservando il divario tra più istruiti (laureati) e meno istruiti (persone con la licenza elementare o meno) nella speranza di vita e nei tassi di mortalità ma l'entità delle disuguaglianze è descritta ancora meglio da altri indicatori: le misure relative, cioè RR (Rischio Relativo) e RII (*Relative Index of Inequality*) e quelle assolute, ovvero morti attribuibili e SII (*Slope Index of Inequality*).

La definizione della posizione sociale e degli indicatori di salute sono spiegati in dettaglio nella nota metodologica. In breve, le misure relative esprimono quanto è intenso l'effetto sulla salute dello svantaggio sociale (cioè quante volte in più muore chi ha solo la scuola dell'obbligo rispetto a un laureato), mentre le misure assolute esprimono l'impatto che il rischio sociale produce sulla salute (cioè quanti morti in più capitano tra i soggetti con la sola scuola dell'obbligo rispetto a quelli che sarebbero capitati se il rischio di morire fosse uguale a quello dei laureati). Le misure relative (RR e RII) sono tanto più elevate quanto più è forte l'effetto della posizione sociale sulla salute (nella direzione attesa secondo cui per i più poveri il rischio di ammalarsi e morire è maggiore rispetto a quello dei più ricchi), si avvicinano al valore nullo (pari a 1) quando non si osservano disuguaglianze di natura sociale e assumono un valore compreso tra 0 e 1 quando le disuguaglianze vanno nel senso opposto all'atteso (es. se chi è più in alto nella posizione sociale tende ad ammalarsi e morire di più rispetto ai soggetti di bassa posizione). Rispetto al Rischio Relativo, l'RII esprime in maniera sintetica con un solo numero quanto sia forte il gradiente sociale tra i soggetti che occupano posizioni ordinabili secondo una scala gerarchica.

Le misure assolute, invece, indicano l'impatto che le disuguaglianze sociali in ciascuna patologia hanno a livello di popolazione, offrendo così suggerimenti sulle priorità di intervento. Un problema di salute molto raro per cui le differenze relative (RR e RII) tra poveri e ricchi siano molto forti, infatti, potrebbe essere meno importante rispetto a un problema di salute che presenta modeste differenze relative ma sia estremamente diffuso nella popolazione (Mackenbach e Kunst 1997; Cavelaars 1998). Le misure di impatto utilizzate in questo paragrafo sono i morti attribuibili e l'SII. La prima è una stima di quante morti si potrebbero evitare se un certo determinante sociale fosse completamente rimosso (in questo caso quante morti si eviterebbero se tutti i cittadini avessero lo stesso rischio dei laureati di morire per una data patologia), l'SII esprime, invece, la differenza tra i tassi di mortalità di chi occupa la posizione più bassa e più alta della scala sociale.

Come già messo in evidenza dai grafici in Figura 1 e 2, l'andamento della mortalità e della speranza di vita nel corso degli ultimi quarant'anni a Torino mostra come il miglioramento generale della salute fin qui descritto non sia stato sempre uniforme per tutte le classi sociali. Per quanto riguarda la speranza di vita (Figura 1), il divario tra i più e i meno istruiti nel numero di anni di vita che ci si può ancora aspettare di vivere all'età di 35 anni si è leggermente allargato tra gli uomini (passando da 4 a 5 anni nel corso degli ultimi quarant'anni) e si è ridotto tra le donne (passando, al contrario, da 5 a 4 anni).

Tra il 1972 e il 2011, infatti, gli uomini laureati hanno guadagnato ancora 8 anni di speranza di vita, mentre i meno istruiti solo 7. Tra le donne, invece, il guadagno è stato maggiore per le meno istruite (7 anni) che così si sono avvicinate ai livelli di speranza di vita delle laureate (che ne hanno guadagnati solo 5).

Le disuguaglianze di salute a Torino negli ultimi 40 anni sono diminuite, soprattutto tra le donne, ma persiste ancora un divario colmabile con interventi sui contesti di vita.

Anche le misure di disuguaglianze relative (RII) nella mortalità per tutte le cause tra il 1972 e il 2011 mostrano un andamento analogo (Figura 6) evidenziando una sostanziale stabilità per gli uomini e una riduzione per le donne.

In generale l'entità delle disuguaglianze è sempre più forte tra gli uomini che tra le donne, eccetto nel periodo che va dal 1972 alla prima metà degli anni '80, quando le disuguaglianze per alcune cause (diabete e malattie cardiocircolatorie) risultavano più intense tra le donne. Se all'inizio degli anni '70 un uomo con al massimo la licenza elementare aveva un rischio di morte (per qualunque causa) del 61% maggiore rispetto a un laureato, alla fine del primo decennio degli anni '2000 questo rischio è diventato dell'89% ma dal punto di vista statistico questi due rischi sono sovrapponibili; per le donne meno istruite, invece, il rischio di morte delle donne con la licenza elementare rispetto alle laureate è diminuito in maniera rilevante nel corso dello stesso periodo, passando dal 76% al 28% (cfr appendice online).

Tra gli uomini le disuguaglianze relative tra l'inizio e la fine del periodo sono rimaste stabili perché per le patologie più frequenti (malattie cardiocircolatorie e tumori) il rischio aggiuntivo di morte per i meno istruiti rispetto ai laureati è rimasto invariato, mentre la riduzione delle disuguaglianze di mortalità per patologie quali le alcool-correlate è stata controbilanciata dall'allargamento di quelle per le patologie fumo-correlate. L'unica anomalia è rappresentata dalla seconda metà degli anni Novanta quando le disuguaglianze relative di mortalità maschile sembrano aumentare per poi tornare ai livelli precedenti negli anni Duemila; il fenomeno potrebbe essere in parte legato a un'accentuazione per gli anni Novanta, dell'oscillazione fisiologica dei denominatori in corrispondenza delle verifiche anagrafiche successive ai censimenti, e in parte all'impatto della epidemia droga e AIDS correlata che, tra gli uomini giovani adulti, ha particolarmente colpito le categorie sociali più svantaggiate.

Tra le donne, invece, la riduzione delle disuguaglianze di salute ha riguardato quasi tutte le patologie ed è stata particolarmente consistente per le malattie dell'apparato circolatorio, respiratorio e le patologie fumo-correlate. Per questi due ultimi gruppi di malattie, così come per i tumori e le cause accidentali o violente si può affermare che, nel corso dei primi anni '2000, le disuguaglianze tra meno istruite e laureate siano addirittura scomparse (anche se tra l'inizio e la fine del primo decennio degli anni '2000 il *trend* sembrerebbe di nuovo in aumento).

Nonostante questi miglioramenti, negli anni '2000 si osservano, tra gli uomini, ancora forti disuguaglianze per quelle patologie legate al fumo (tumore del polmone, bronchite cronica ostruttiva), all'alcool (tumori delle vie aeree e digestive superiori, cirrosi), a esposizioni occupazionali pregresse (silicosi e antracosilicosi) e al disagio (AIDS e malattie droga-correlate). Tra le donne, invece, le disuguaglianze di salute sono ancora forti per alcune patologie tra cui quelle legate al disagio (AIDS e cirrosi), per il tumore dello stomaco e per altre patologie che in buona parte sono classificate come *evitabili* attraverso opportuni interventi di prevenzione e cura (Hoffmann et al. 2013): il diabete e il tumore della cervice (cfr appendice online).

Dunque l'entità del divario di salute tra più e meno istruiti in questi 40 anni è rimasto stabile per gli uomini ma è diminuito tra le donne ricalcando sostanzialmente l'andamento delle differenze di mortalità cardiovascolare tra alte e basse classi sociali nei due sessi. Tuttavia le malattie per cui sussistono ancora negli anni '2000 forti disuguaglianze hanno un profilo leggermente diverso tra uomini e donne e questo suggerisce che gli interventi da attuare per ridurre ulteriormente queste distanze andrebbero calibrati secondo le rispettive esigenze. Politiche volte a migliorare il contesto sociale e lavorativo, alla riduzione del disagio sociale e dei comportamenti a rischio ad esso correlati potrebbero portare a una riduzione delle disuguaglianze ancora evidenti soprattutto tra gli uomini. Tra le donne, invece, bisognerebbe ipotizzare interventi non solo di supporto sociale ma di intensificazione o facilitazione dell'accesso alla prevenzione e alle cure, aspetti probabilmente più trascurati dalle donne meno istruite per mancanza di risorse culturali o per difficoltà nella conciliazione del tempo da dedicare alla cura di sé con i carichi famigliari e lavorativi.

L'entità delle disuguaglianze relative è direttamente legata all'impatto che queste hanno, in termini assoluti, sulla popolazione.

Il numero di morti cosiddetti 'attribuibili' a un fattore, infatti, dipende da quanto è alto il rischio associato a quel fattore e contemporaneamente dal numero di persone esposte ad esso. Nel caso specifico del titolo di studio, abbiamo appena visto che l'entità del rischio associato alla bassa istruzione è rimasta stabile per gli uomini e si è ridotta tra le donne, tuttavia bisogna considerare che il numero di persone con basso titolo di studio si è ridimensionato nel corso degli ultimi decenni grazie alle politiche educative e alle riforme scolastiche che hanno portato entrambi i sessi a compiere cicli di studio più lunghi (Istat 2011).

Ci si aspetta, quindi, che le disuguaglianze assolute in generale (cioè la differenza di rischio tra i diversi punti della scala di istruzione) e in parte le morti attribuibili alla bassa istruzione si siano ridotte nel corso di questi quarant'anni. In effetti l'osservazione del *trend* dell'SII per tutte le cause e alcune malattie specifiche evidenzia che le disuguaglianze assolute si sono ridotte in entrambi i sessi, in maniera più accentuata per le donne rispetto agli uomini (Figura 6).

Se tutti i torinesi con titolo di studio pari o inferiore al diploma avessero lo stesso rischio di morte dei loro concittadini laureati, oggi si potrebbero evitare, nell'arco di 5 anni, circa 8.000 morti tra gli uomini e 4.000 tra le donne. All'inizio degli anni '70 queste stime erano quasi sovrapponibili per gli uomini ma pari a più del doppio tra le donne (cfr appendice online). Il fatto che non si osservi una diminuzione temporale del numero di morti attribuibili tra gli uomini che pure avevano migliorato le disuguaglianze assolute nel rischio di morte tra gli estremi potrebbe suggerire che la riforma della scuola dell'obbligo abbia avuto una minore capacità di impatto sulla stratificazione sociale di quanto non sia capitato alle donne. In ogni caso per avere un'idea del significato di questo numero si pensi che per totalizzare una cifra pari ai 12.000 morti attribuibili alla bassa istruzione bisognerebbe ipotizzare che a Torino si verificassero, ogni mese per cinque anni di fila, 3 incendi come quello avvenuto nel cinema Statuto, solo che in questo caso il colpevole non è un incidente ma la stratificazione sociale.

Le patologie che hanno contribuito di più alla riduzione delle disuguaglianze assolute sono le malattie dell'apparato circolatorio e le cause evitabili, cioè quelle che, colpendo un elevato numero di persone, hanno un maggior impatto sulla popolazione.

È interessante osservare come tra le donne le disuguaglianze assolute nella mortalità per cause fumo-correlate (tumore del polmone in particolare) si siano praticamente azzerate a partire dagli anni '90. Questo riflette la diversa distribuzione dell'abitudine al fumo tra classi sociali dagli anni '80 a oggi: tra gli uomini la percentuale di fumatori è sempre stata più elevata tra i meno istruiti rispetto ai laureati (e oggi questa forbice si è leggermente allargata); tra le donne, invece, fino alla metà degli anni '90 si riscontrava un maggior numero

di fumatrici tra le laureate e diplomate, dopodiché questa tendenza si è invertita (Gorini et al. 2013). In sostanza l'appiattimento delle disuguaglianze per malattie legate al fumo tra le donne si deve al fatto che oggi le differenze nella distribuzione dell'abitudine al fumo tra classi sociali sono trascurabili.

In conclusione, a Torino negli ultimi quarant'anni si è osservata una consistente riduzione della mortalità in tutta la popolazione ma anche una forte diminuzione delle disuguaglianze sociali, soprattutto nella mortalità cardiovascolare e nelle donne.

Dato che in molti paesi dell'Europa continentale, settentrionale e orientale, al contrario, gli ultimi anni hanno visto un aumento delle disuguaglianze di salute (Mackenbach et al. 2014), il profilo torinese sembra indicare che l'equità nelle condizioni di vita nella città sia significativamente migliorata per gran parte della popolazione con conseguenze importanti nell'equità di salute. Questo successo indica che le disuguaglianze si possono modificare e incoraggia a proseguire quegli interventi e politiche di redistribuzione delle risorse individuali e di miglioramento dei contesti di vita e di lavoro a cui possono ancora essere sensibili le disuguaglianze di salute che ancora rimangono.

I successivi capitoli mostreranno, attraverso prove ed esempi, quali siano le politiche che si sono dimostrate più promettenti nel ridurre tali disuguaglianze.

Box 1.

trend e disuguaglianze nell'incidenza delle principali voci nosologiche

Il tasso di mortalità indica il rapporto tra le morti che si verificano in una comunità in un determinato periodo e la quantità media della popolazione in essa residente. Il suo valore, almeno per quanto riguarda i decessi naturali, è legato in buona parte all'andamento di due fenomeni: la percentuale di persone che nel periodo di riferimento contraggono malattie potenzialmente mortali (incidenza) e la gravità delle stesse (letalità). È chiaro che al crescere dell'incidenza o della letalità delle malattie, il numero delle morti aumenta, e viceversa. In definitiva, la mortalità per una specifica condizione patologica ne approssima l'incidenza quando si ha a che fare con malattie molto aggressive (es. il tumore del pancreas), mentre se ne può discostare (e anche consistentemente) per quelle che hanno una prognosi migliore (es. diabete, malattie cardiovascolari, o altri tumori a miglior prognosi come ad esempio il tumore del colon o della mammella). Questo breve approfondimento sui *trend* e le disuguaglianze nell'incidenza delle principali voci nosologiche può aiutare a comprendere quanta parte dell'andamento della mortalità sia riconducibile a cambiamenti negli stili di vita (che condizionano prevalentemente la probabilità di contrarre la malattia, quindi influenzano l'incidenza) e quanto al successo delle terapie (che condizionano soprattutto la letalità).

Per quel che riguarda la distribuzione sociale nell'incidenza dei tumori, uno studio basato sui dati del Registro di Tumori del Piemonte e lo Studio Longitudinale Torinese con dati dal 1985 al 2006 (Zengarini 2011), mette in luce nella città di Torino eccessi di rischio a sfavore delle persone meno istruite. Tale eccesso è di particolare intensità per i tumori più diffusi delle vie aero-digestive superiori (VADS), dello stomaco, del polmone e del fegato e per quelli meno frequenti della laringe, dell'esofago e del sistema nervoso centrale. I gradienti sociali sono invece meno marcati per le donne, tranne che per i tumori della cervice uterina e per quelli dello stomaco e del fegato, per i quali i rischi sono sovrapponibili a quelli degli uomini. Le persone più istruite hanno invece un'incidenza più elevata di melanoma cutaneo, dei tumori della mammella (compreso il carcinoma in situ, per il quale peraltro l'eccesso di rischio è in aumento), dell'ovaio e della prostata.

In molti casi l'associazione osservata è facilmente riconducibile alla maggiore frequenza tra le posizioni sociali più svantaggiate di noti fattori di rischio per specifici tumori. In alcuni casi si tratta di una maggior adozione di stili di vita malsani, come il fumo, responsabile di gran parte dei tumori al polmone, o di tabagismo e consumo eccessivo di alcool, ai quali si possono imputare percentuali importanti dei tumori alle VADS e al fegato. In altri casi, come il tumore dello stomaco, la causa è attribuibile ad esperienze di svantaggio socio-economico e alle conseguenti esposizioni ai fattori di rischio specifici della povertà, quali le infezioni (in particolare *Helicobacter Pylori*), un'alimentazione a base di amidi, cibi conservati e poca frutta e verdura fresca.

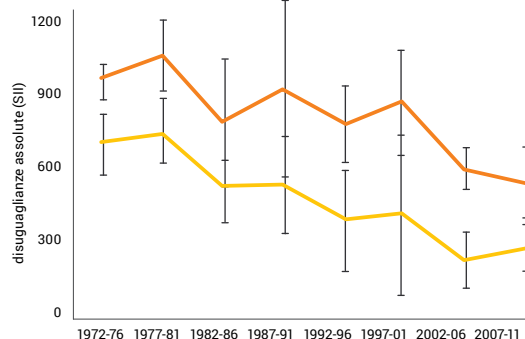
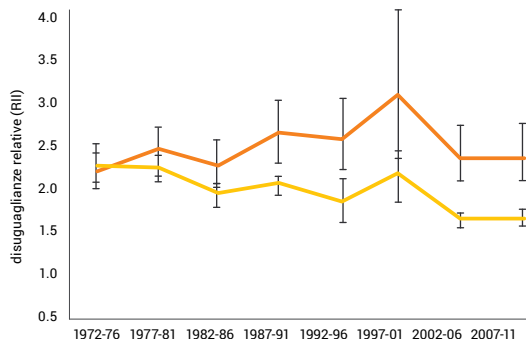
Viceversa, la più alta incidenza nelle posizioni più elevate di alcuni tumori, come ad esempio tra le donne quelli della mammella e dell'ovaio, è parzialmente ascrivibile al comportamento riproduttivo delle donne istruite, che sempre più spesso riducono il numero di figli, posticipano l'età della prima gravidanza, e allattano per meno tempo. Inoltre, le donne più istruite sono più sensibili alle campagne di prevenzione e partecipano maggiormente ai programmi di *screening* operanti nella città, per cui almeno una parte delle maggiori incidenze rilevabili in queste fasce sociali è spiegabile dai tassi maggiori di diagnosi precoce. Un comportamento analogo potrebbe spiegare l'eccesso di incidenza del tumore alla prostata osservato tra gli uomini di posizione sociali più avvantaggiata.

Per quanto riguarda le malattie cardio e cerebrovascolari (infarto miocardico e ictus) i dati dello Studio Longitudinale Torinese mostrano l'esistenza di differenze sociali sia nell'incidenza che nella mortalità ma non nella sopravvivenza per queste patologie in entrambi i sessi (Picariello e Gnani 2007; Petrelli et al., 2006) lasciando intuire che buona parte delle disuguaglianze di salute derivi da differenze di esposizione ai fattori di rischio (fumo, obesità, ipertensione, sedentarietà ecc.) piuttosto che da differenze nell'assistenza ricevuta.

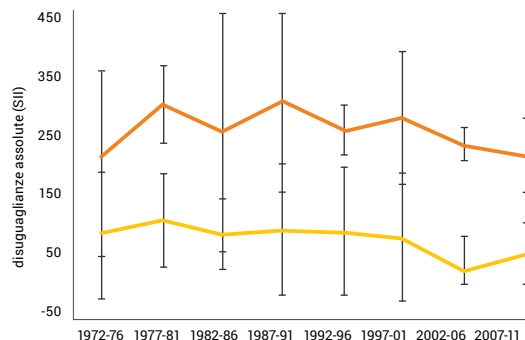
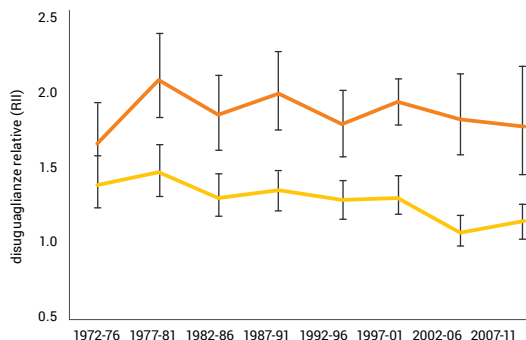
Uomini
Donne

Figura 6. *Relative Index of Inequality (RII)* e *Slope Index of Inequality (SII)* per alcuni gruppi di cause, uomini e donne, Torino 1972 - 2011. Modificato da Stringhini et al. 2015.

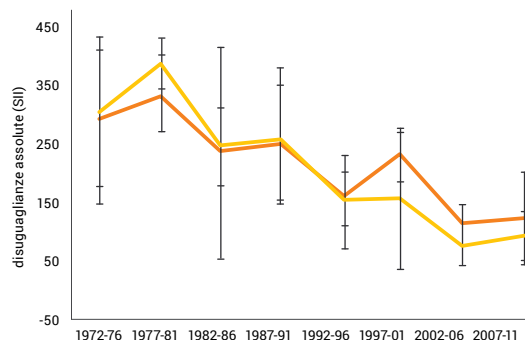
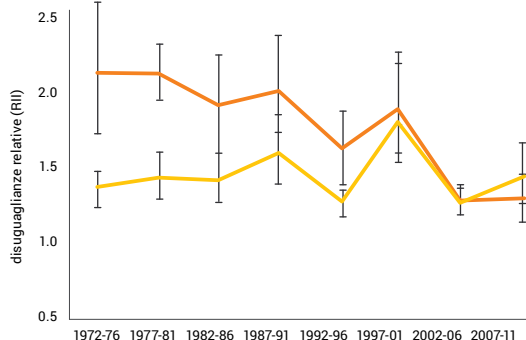
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per tutte le cause, uomini e donne 30-99 anni



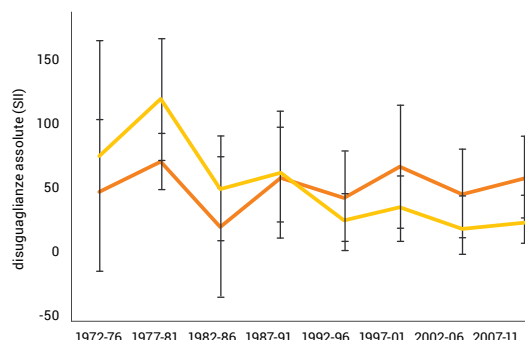
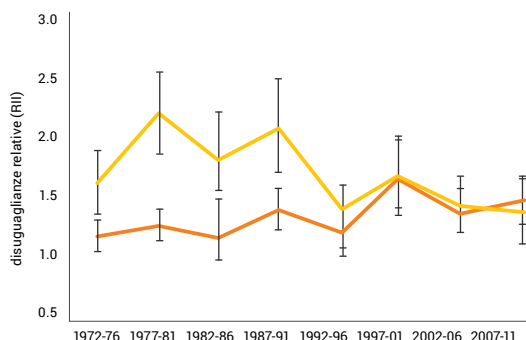
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per tumori maligni, uomini e donne 30-99 anni



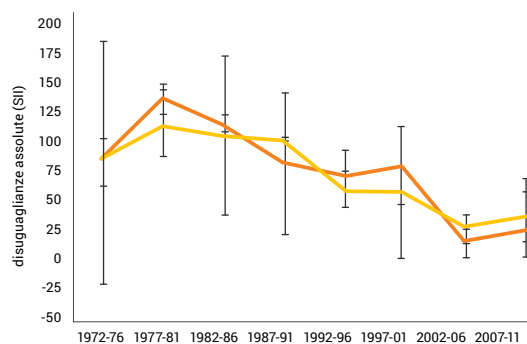
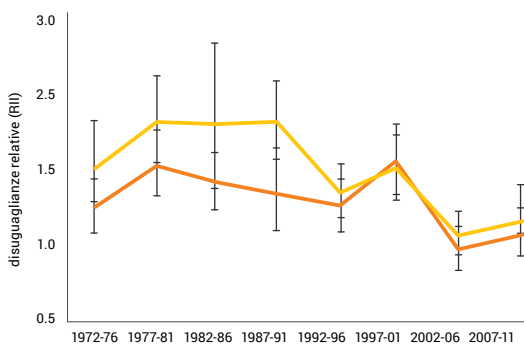
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per malattie dell'apparato circolatorio, uomini e donne 30-99 anni



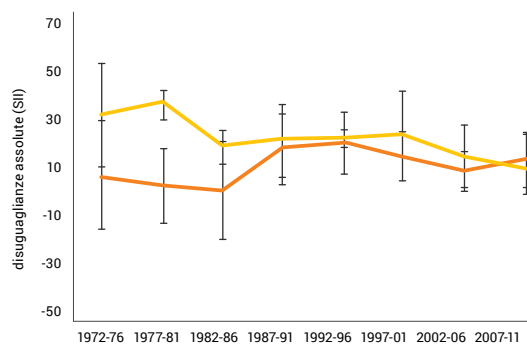
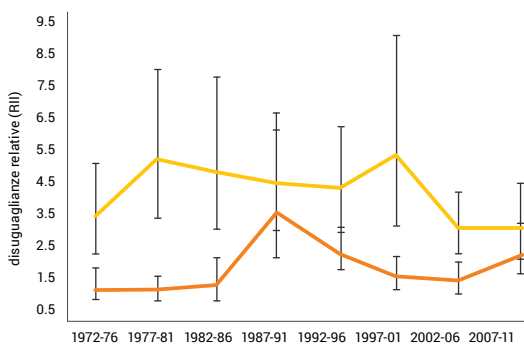
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per cardiopatia ischemica, uomini e donne 30-99 anni



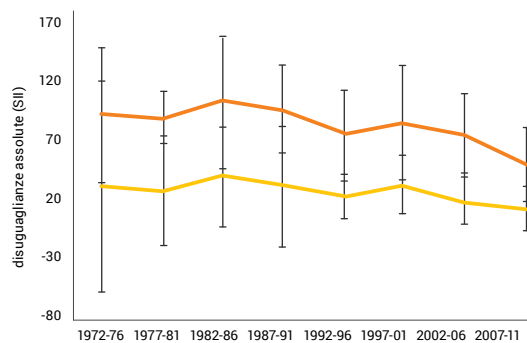
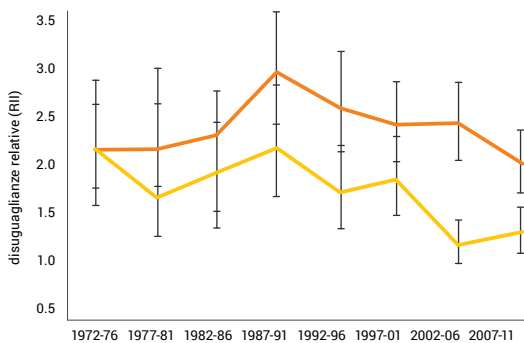
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per malattie cerebrovascolari, uomini e donne 30-99 anni



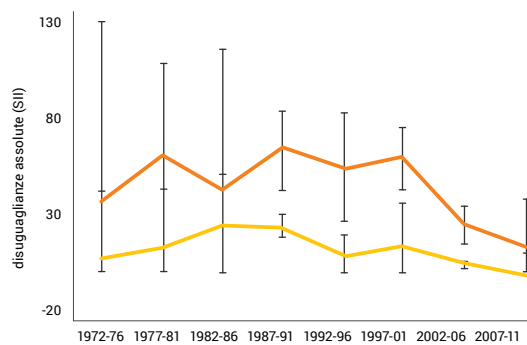
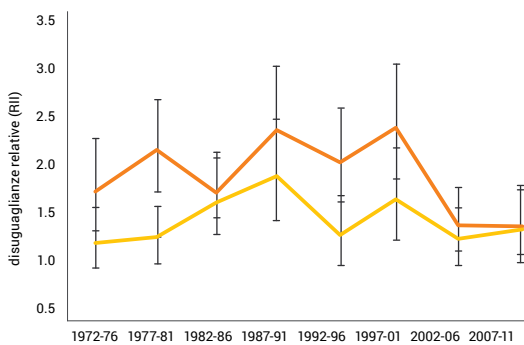
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per diabete mellito, uomini e donne 30-99 anni

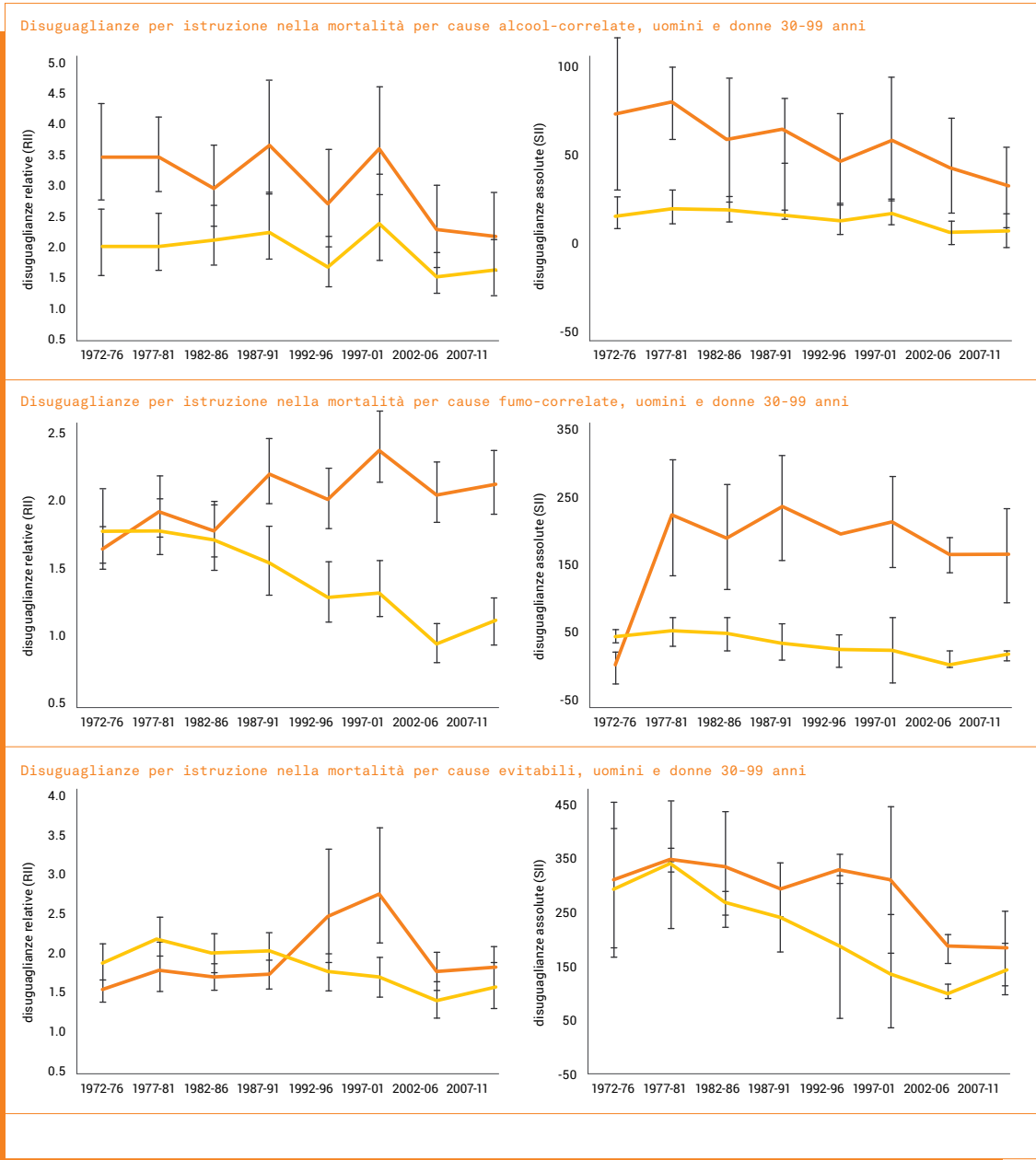


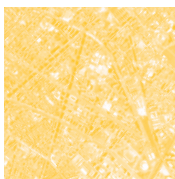
Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, uomini e donne 30-99 anni



Disuguaglianze per istruzione nella mortalità per cause accidentali e violente, uomini e donne 30-99 anni







BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M., Valla D.-C., Roudot-Thoraval F. (2013), The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data, *J Hepatol*, 58(3): 593–608.
- Cavelaars A.E.J.M.. (1998), *Cross-national comparisons of socio-economic differences in health indicators*, Thesis Erasmus University Rotterdam.
- El-Serag H.B. (2012), Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma, *Gastroenterology*, 142(6): 1264–1273.e1.
- Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J.W.W., Comber H., et al. (2013), Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *Eur J Cancer*, 49(6): 1374–403.
- Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B., Critchley J.A., Labarthe D.R., Kottke T.E., et al. (2007), Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000, *N Engl J Med*, 356(23): 2388–98.
- Gallo R.C. (2006), A reflection on HIV/AIDS research after 25 years, *Retrovirology*, 3: 72.
- Gorini G., Carreras G., Allara E., Faggiano F. (2013), Decennial trends of social differences in smoking habits in Italy: a 30-year update, *Cancer Causes Control*, 24(7): 1385–91.
- Hardoon S.L., Whincup P.H., Lennon L.T., Wannamethee S.G., Capewell S., Morris R.W. (2008), How much of the recent decline in the incidence of myocardial infarction in British men can be explained by changes in cardiovascular risk factors? Evidence from a prospective population-based study, *Circulation*, 117(5): 598–604.
- Hoffmann R., Plug I., Khoshaba B., McKee M., Mackenbach J.P., AMIEHS working group (2013), Amenable mortality revisited: the AMIEHS study, *Gac Sanit*, 27(3): 199–206.
- IARC, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, EUREG database, <http://eco.iarc.fr/eureg> 30 giugno 2016
- Istat (2012), L'Italia in 150 anni. Sommario di statistiche storiche 1861-2010, http://www3.istat.it/dati/catalogo/20120118_00/ 30 giugno 2016
- Mackenbach J.P. e Kunst A.E. (1997), Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe, *Soc Sci Med*, 44(6): 757–71.
- Mackenbach J.P., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., et al. (2003), Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int J Epidemiol*, 32(5): 830–7.
- Persson E.C., Quraishi S.M., Welzel T.M., Carreon J.D., Gridley G., Graubard B.I., et al. (2012), Risk of liver cancer among US male veterans with cirrhosis, 1969-1996, *Br J Cancer*, 107(1): 195–200.
- Petrelli A., Gnani R., Marinacci C., Costa G. (2006), Socioeconomic inequalities in coronary heart disease in Italy: a multilevel population-based study, *Soc Sci Med*, 63(2): 446–56.
- Picariello R., Gnani R. (2007), Età e condizione sociale: differenze di mortalità e incidenza tra ictus e infarto miocardico acuto a Torino, 31° Congresso annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia "L'epidemiologia dell'invecchiamento", Marina di Ostuni 17-19 Ottobre.
- Prevenzione Serena, *Gli screening oncologici e Prevenzione Serena*, <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzioneserena/gli-screening-oncologici> 30 giugno 2016
- SEER: U.S. National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/livibd.html> 30 giugno 2016
- Stringhini S., Spadea T., Strosia M., Onorati R., Demaria M., Zengarini N., et al. (2015), Decreasing educational differences in mortality over 40 years: evidence from the Turin Longitudinal Study (Italy), *J Epidemiol Community Health*, 69(12): 1208–16
- Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M. et al. (1999), Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations, *Lancet*, 353: 1547-57.
- Unal B., Critchley J.A., Capewell S. (2004), Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000, *Circulation*, 109(9): 1101–7.
- WHO (2004), The global burden of disease: 2004 update, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update 30 giugno 2016
- Zengarini N. (2011), *Le disuguaglianze sociali nei tumori. Differenze nell'incidenza, mortalità e sopravvivenza per cancro a Torino, Italia*, Tesi di Master in Epidemiologia, Università degli Studi di Torino, Villa Gualino.
- Zengarini N., Spadea T., Ranzi A., (2014), Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo. In Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano.

Più in salute a Torino come in tutte le grandi città? *

Introduzione

Le trasformazioni e le politiche a Torino hanno messo capo a una città che presenta similitudini e peculiarità rispetto alle altre città europee, italiane e della regione. Il capitolo intende posizionare Torino rispetto alle altre città sulla scala dei principali indicatori di benessere economico, sociale, ambientale, soggettivo e di salute. Questo permetterà di comprendere meglio quanto le storie di salute che sono raccontate nel libro siano generalizzabili ad altre popolazioni ed aree metropolitane.

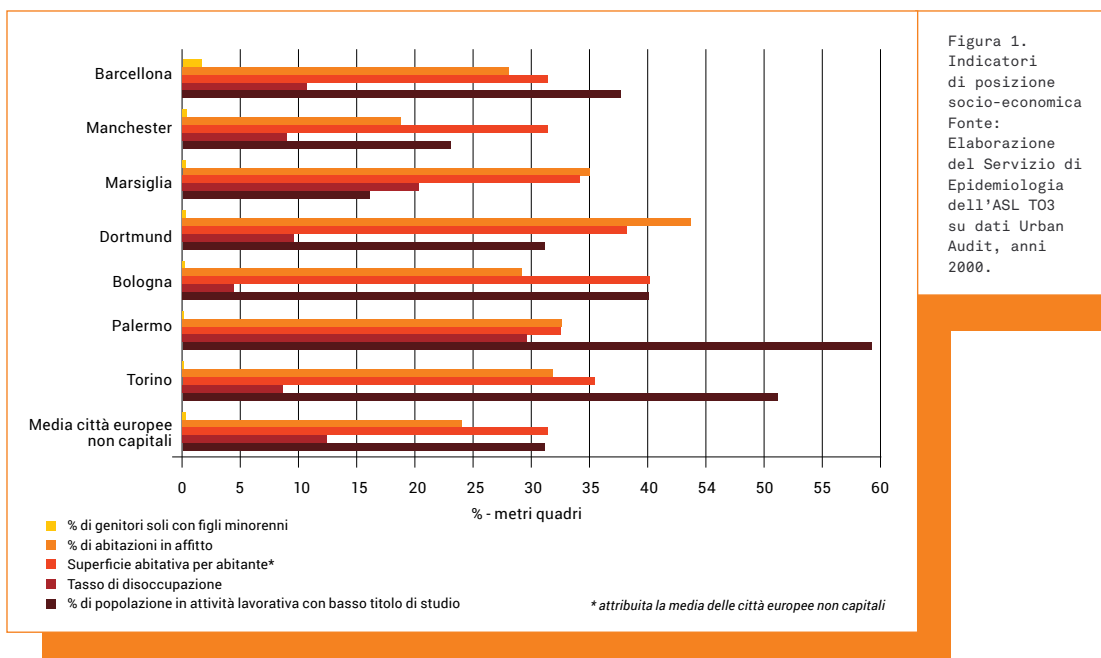
In Europa

Per posizionare Torino rispetto ad altre città europee *competitor* si può utilizzare il sistema di Audit Urbano Europeo¹ (UE, progetto Urbanaudit 2009). In questo studio sono stati messi a confronto gli indicatori di sette capoluoghi (selezionati tra le 75 città incluse nel sistema di indagine) di regioni di quattro paesi europei con ampiezza demografica comparabile, vocazione economica di polo con una forte tradizione industriale e ampia offerta di attività culturali e di servizi sociali per la popolazione: Torino, Bologna, Palermo, Barcellona, Marsiglia, Dortmund e Manchester.

Un primo gruppo di indicatori ha privilegiato quelli che rendono conto di alcune dimensioni che compongono la posizione socio-economica (Caranci et al. 2010) come la dimensione *materiale*, misurata attraverso il titolo di godimento dell'abitazione e le caratteristiche oggettive dell'*housing* (superficie abitativa per abitante), di *potere*, rilevata per mezzo del tasso di disoccupazione, la dimensione di *rete di relazioni sociali*, misurata attraverso le famiglie monogenitoriali con figli minorenni a carico, e una dimensione *culturale* misurata attraverso le credenziali educative nella popolazione lavorativa attiva (Livello 1 e 2 del sistema di classificazione internazionale dell'istruzione ISCED) (Unesco 2011) (Figura 1).

Nelle statistiche del benessere, rispetto alla media delle sette città europee non capitali, Torino mostra meno capitale umano con una più alta quota di soggetti in attività lavorativa e basso titolo di studio (51% contro 31%), meno beni posseduti con una più alta percentuale di abitazioni in affitto (31,9% contro 24,1%), ma meno sofferenza sul fronte occupazionale (tasso di disoccupazione 8,5% contro 12,5%) e sul fronte del supporto familiare (percentuale di famiglie monogenitoriali con figli minorenni a carico 0,1% contro 0,3%).

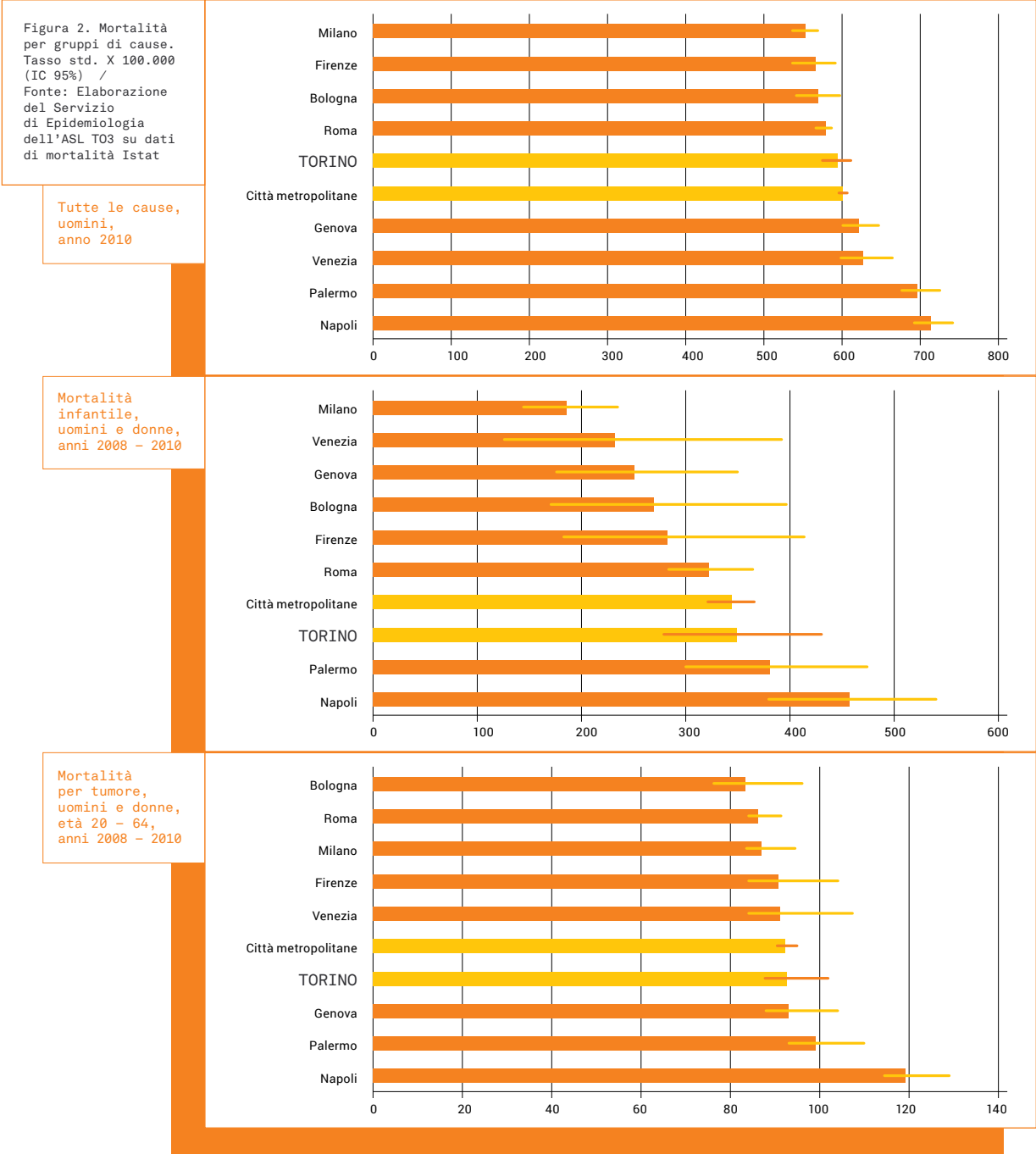
¹ Il sistema è stato realizzato dalla Direzione generale 'Politica regionale' della Commissione Europea in collaborazione con Eurostat ed è composto da uno strumento di interrogazione di indicatori ricavabili dai principali flussi informativi correnti raccolti e messi a disposizione dalla Commissione europea per gli anni 2000 per un insieme di città aggregabili per diverse dimensioni (per esempio: ampiezza demografica, città capitali/non capitali, paese di appartenenza); e da una *survey*, realizzata in modalità telefonica nell'autunno del 2009 su un campione rappresentativo di 500 cittadini maggiori di 14 anni e residenti in ciascuna delle 75 città europee incluse nell'indagine, sulle diverse dimensioni della qualità della vita percepita dai rispondenti, realizzata dalla Gallup & Co. per conto della Commissione stessa.



Alcune di queste dimensioni oggettive del benessere sono state riprese in un secondo gruppo di indicatori rilevati in una indagine sulla percezione dei cittadini su diverse dimensioni della qualità della vita riferite ad alcuni ambiti del contesto urbano, della casa e del lavoro, dei servizi e del tempo libero. Considerando alcuni indicatori di qualità percepita del contesto ambientale e sociale, Torino, rispetto alla media delle 75 città europee arruolate nell'indagine, presenta una situazione di svantaggio per quanto riguarda il problema dell'inquinamento atmosferico (82% di torinesi contro 61% di cittadini a livello europeo lo considera un problema grave) e della sicurezza (72% di torinesi contro 83% di cittadini a livello europeo si sente sicuro), mentre una quota più importante di popolazione, sempre rispetto alla media europea, si dichiara soddisfatta della disponibilità di aree verdi (85% di torinesi contro 75% di cittadini europei). La media dei cittadini che considera in generale 'salubri' le condizioni di vita nella città si allinea ai valori della media europea (70% di torinesi contro 69% di cittadini europei). Rispetto ancora alla media europea, una quota decisamente più bassa di popolazione torinese considera la città un luogo dove è possibile trovare facilmente casa (20% di torinesi vs 31% di cittadini europei) e soprattutto lavoro (11% di torinesi contro 28% di cittadini europei) e la povertà è considerata un problema grave da gran parte della popolazione (78% di torinesi contro 64% di cittadini europei). Una percentuale importante di cittadini torinesi (43%), di poco inferiore alla media europea (49%), percepisce un buon livello di integrazione degli stranieri. Quote di popolazione simili alle medie europee si dichiarano soddisfatte per l'efficienza dei servizi amministrativi (53% di torinesi vs 52% di cittadini europei) e per l'offerta di servizi sanitari (72% in entrambe le popolazioni), mentre una percentuale più elevata di cittadini torinesi (47%) rispetto alla media europea (41%) considera che la città stia facendo un uso responsabile delle risorse. Meno positivo, invece, sembra essere il giudizio sulla qualità del trasporto pubblico (soddisfatti il 54% di torinesi contro il 68% di cittadini europei). Per quanto riguarda le risorse per il tempo libero e per le attività culturali, la città di Torino è allineata alle medie europee, con il 58% della popolazione che dichiara la propria soddisfazione per la disponibilità di impianti sportivi e l'80% di cittadini che si dichiara soddisfatto per la presenza di sale per concerti, musei, teatri, biblioteche (79% media europea).

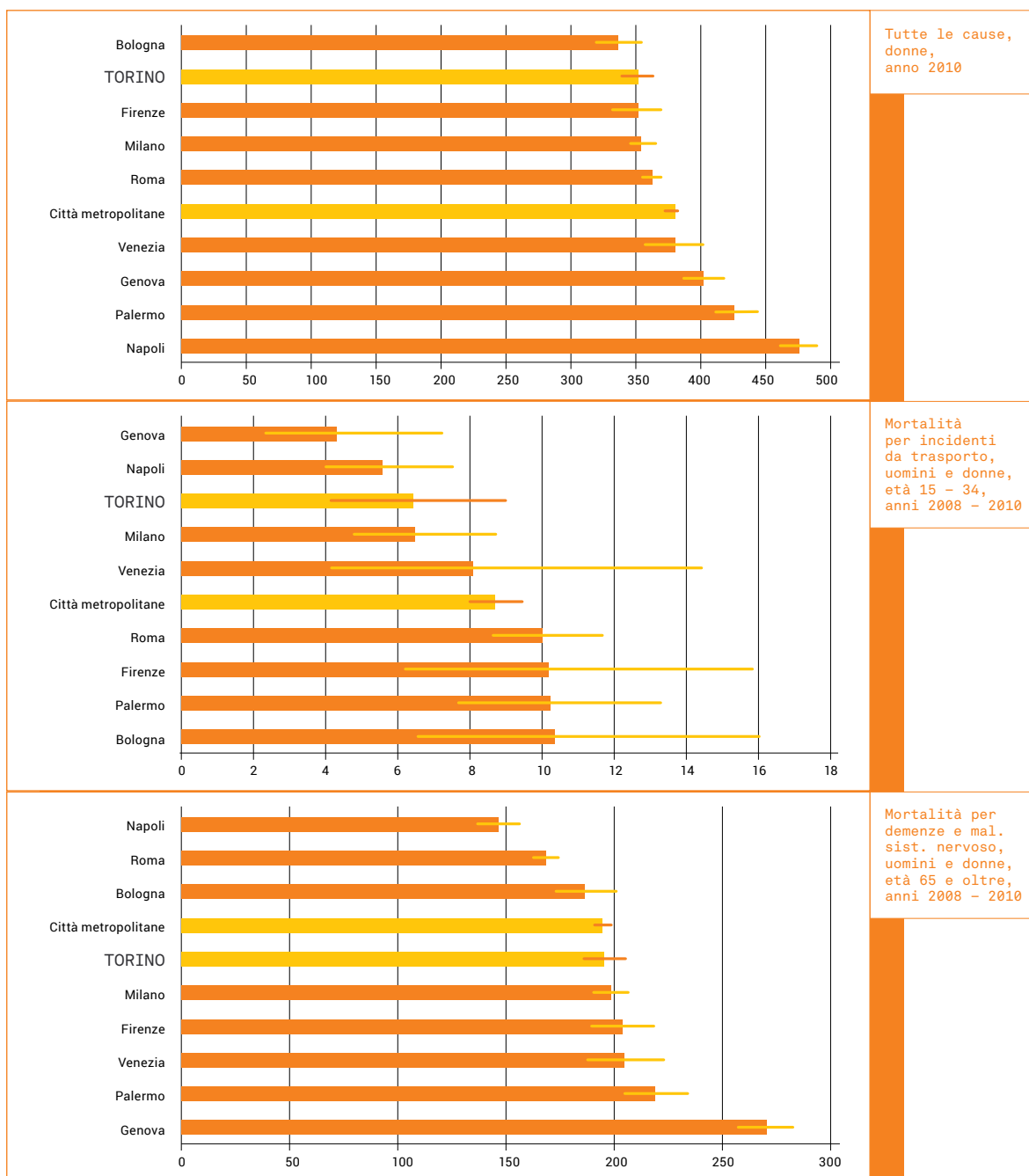
Nel panorama italiano

Il progetto Urbes (Istat-Cnel 2013) delinea i contorni della qualità della vita delle città metropolitane italiane, individuando tra l'altro alcuni indicatori di mortalità sensibili alle diverse fasi del ciclo di vita. Prendendo in prestito questo modello, è possibile confrontare lo stato di salute di Torino con quello di altre città italiane con popolazione superiore ai 250.000 abitanti e alla media di tutti i centri di aree metropolitane italiane. Nel 2010 la mortalità generale mostra un vantaggio rispetto alla media delle città metropolitane; nelle donne il vantaggio è più pronunciato (-7,3%) che negli uomini (-1,7%). La mortalità infantile a Torino mostra valori simili alla media delle città metropolitane (+1,3%), ma in situazione di vantaggio rispetto alle città del Sud Italia (in modo particolare rispetto a Napoli e a Palermo).



Considerando le altre città del Nord, soltanto Milano presenta un tasso di mortalità infantile inferiore a quello torinese in modo statisticamente significativo.

Per la mortalità per incidenti da trasporto di adolescenti e giovani (15-34 anni), Torino si attesta su valori sensibilmente inferiori alla media delle città metropolitane (-26,5%), pur non raggiungendo la significatività statistica. Per la mortalità per tumori di giovani e adulti (20-64 anni), il capoluogo piemontese si attesta su valori simili alla media metropolitana (+0,1%), con un vantaggio statisticamente significativo solo nei confronti di Napoli. Anche per patologie (malattie del sistema nervoso e demenze) caratteristiche delle fasce di età anziane (oltre i 64 anni), Torino presenta tassi di mortalità comparabili alla media di tutte le città metropolitane (+0,6%) (Figura 2).



Nel panorama piemontese

Popolazione, economia e servizi a confronto

Un lavoro sui fattori di sviluppo e marginalità dei comuni piemontesi realizzato dall'Ires Piemonte (Crescimanno et al. 2010) permette di mettere a confronto le capacità di Torino con quelle del resto della regione.

Sul piano demografico Torino si caratterizza nel 2009, rispetto alla media dei comuni della regione, per una dinamica demografica negativa (saldo naturale e migratorio -0,1% contro 3,1%), in parte compensata da una più bassa presenza di popolazione anziana (23,8% contro 25,4%); per una ricchezza media più elevata rilevata da tutti gli indicatori diretti ed indiretti di benessere economico (reddito imponibile: 14.281 euro contro 11.298 euro; ICI: 518 euro contro 306 euro; rifiuti solidi urbani sul totale dei rifiuti prodotti: 60,1% contro 48,7%); per un'offerta di servizi alle famiglie nettamente superiore (l'indice composito di disponibilità di servizi vale 1 contro 0,3, dove 1 e 0 rappresentano rispettivamente la presenza e l'assenza di tutti gli 8 servizi considerati: uffici postali, farmacie, case per anziani, servizi sanitari territoriali e ospedalieri, servizi riabilitativi, scuole superiori e sportelli bancari) e solo in parte contraddetta da una inferiore capacità di ricettività turistica e di apertura all'esterno (249,5 turisti ogni 100 abitanti contro 443,9); per una minore presenza delle aziende manifatturiere sul territorio urbano (6,6 addetti su 100 residenti contro 9,4) - che si sono negli anni gradualmente delocalizzate nell'area metropolitana - ma per una più elevata capacità di produrre ricchezza economica da parte dei suoi abitanti (IRAP versata procapite pari a 1.178 euro contro 259 euro).

Utilizzando i 5 censimenti della popolazione, a partire da quello del 1971, è possibile arricchire il quadro demografico delineato con alcuni fenomeni particolarmente interessanti, che hanno delle ricadute importanti sul profilo di salute della città e sull'evoluzione della domanda di servizi sanitari e non solo.

Per quel che riguarda, in particolare, l'andamento della popolazione per fasce di età, i dati censuari mostrano, dal 1971 al 2011, un evidente invecchiamento della popolazione a Torino e in Piemonte. La fascia di popolazione anziana (75 e oltre) subisce un incremento percentuale importante: +71% a Torino e +59% in Piemonte. Si tratta di un trend confermato da tutte le 5 rilevazioni censuarie e che le proiezioni demografiche stimano ancora in crescita nei prossimi decenni (I.stat 2015).

Invece, la prevalenza dei residenti nella fascia di età fra 0 e 5 anni scende, nello stesso periodo, drasticamente: -73% a Torino e -62% in Piemonte. Da notare, invece, l'inversione di tendenza fra il 2001 ed il 2011, con un leggero incremento dei valori percentuali di questa popolazione sulla totalità dei residenti (+13% a Torino, e +6% in Piemonte), dato questo da mettere in relazione probabilmente con l'aumento della natalità, in particolare nella popolazione straniera immigrata.

Rispetto invece alle trasformazioni delle famiglie, si rileva un forte incremento della tipologia unipersonale: si tratta di un modello familiare che dal 1971 al 2011 ha visto più che raddoppiare la sua quota percentuale a Torino (+124%) e un aumento del 95% in Piemonte, portando nel 2011 questo tipo di famiglia al 40 e al 34%, rispettivamente a Torino e in Piemonte. Una quota importante di queste famiglie è formata da anziani, in particolare donne. A Torino il 26% degli uomini soli ed il 56% delle donne sole è rappresentato da persone di 65 anni ed oltre. In Piemonte i dati si attestano su valori leggermente superiori, pari al 30 al 61% rispettivamente negli uomini e nelle donne.

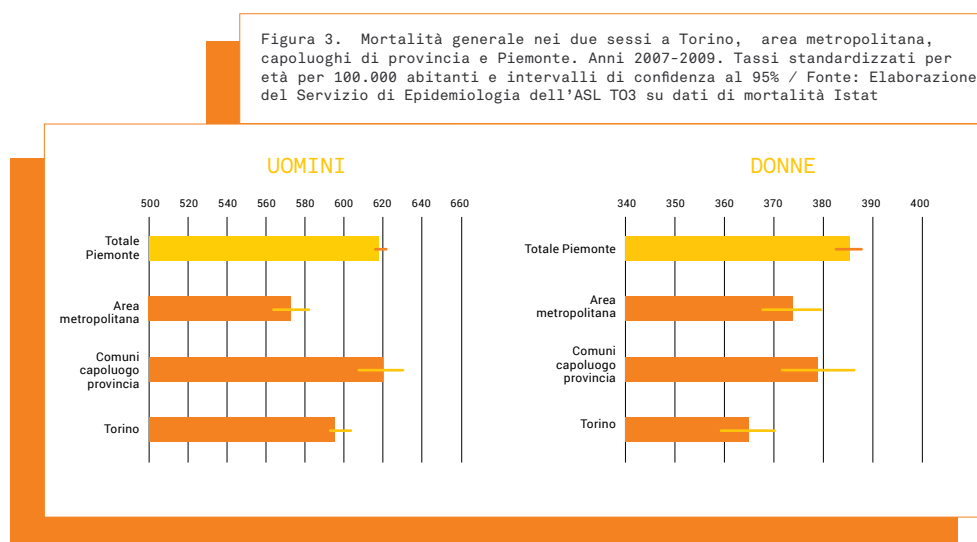
Prendendo in considerazione il tema della migrazione, la presenza di cittadini stranieri è praticamente triplicata nel corso di dieci anni (2002-2011): l'incremento percentuale è stato

infatti del 208% a Torino e del 205% in Piemonte. Torino nel 2011, con oltre il 12% di stranieri residenti, continua a mantenere una quota di popolazione straniera decisamente più elevata rispetto al Piemonte (8%) (Istat, censimento 2011).

La salute a confronto

Le malattie che portano a morte rimangono l'indicatore più facilmente utilizzabile per mettere a confronto la salute nei diversi territori della regione, soprattutto se raggruppate in modo da rappresentare gli effetti dei principali fattori di rischio che possono essere influenzati dalle trasformazioni del territorio che sono state descritte sopra.

La figura che segue descrive la mortalità generale della città di Torino confrontata con altri territori della regione: area metropolitana a 53 comuni (Costa et al. 2002), comuni capoluogo di provincia e Piemonte, al netto delle differenze per età tra i territori, per il quinquennio 2008-2012.



Torino presenta tassi di mortalità generale significativamente inferiori alla media regionale in entrambi i sessi (tasso standardizzato x 100.000 residenti, Torino: uomini 595, donne 364; Piemonte: uomini 618, donne 385). Tale vantaggio si mantiene nel confronto con gli altri capoluoghi di provincia, in modo statisticamente significativo in entrambi i sessi, mentre si perde, negli uomini, nel confronto con l'area metropolitana che risulta invece significativamente protetta.

Mortalità per grandi gruppi e per cause correlabili prevalentemente a stili di vita insalubri e ad esposizione a rischi ambientali

Negli uomini, le uniche differenze statisticamente significative si riferiscono alla situazione favorevole dei torinesi rispetto alla media regionale per le malattie dell'apparato respiratorio (Torino 42,4; Piemonte 46,3) e sfavorevole, rispetto all'area metropolitana, per quanto riguarda le malattie dell'apparato circolatorio (Torino 185,6; area metropolitana 173,4) e in particolare per le malattie ischemiche del cuore (Torino 68,8; area metropolitana 60,3). Torino è ancora protetta rispetto alla regione per i traumatismi (rispettivamente 32,3 e 37,8), mentre mostra eccessi significativi per tutte le cause evitabili (con prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria) rispetto all'area metropolitana (Torino 180,5; area metropolitana 160,8).

Per le donne torinesi gli unici eccessi statisticamente significativi si riferiscono alla mortalità per tumore del polmone rispetto a quella delle residenti nell'area metropolitana (Torino 16,6; area metropolitana 13,8). Nello specifico le donne presentano tassi standardizzati di mortalità più bassi in modo significativo per le malattie dell'apparato circolatorio rispetto al Piemonte (Torino 119,9; Piemonte 130,7) e, all'interno di questo grande gruppo, per le malattie ischemiche del cuore nei confronti degli altri capoluoghi di provincia e del Piemonte (Torino 26,6; comuni capoluogo 32,9; Piemonte 30,2) e per le malattie cerebrovascolari nei confronti del Piemonte (Torino 42; Piemonte 45,1). Anche per le malattie metaboliche, come ad esempio il diabete, si conferma la situazione di protezione di Torino nei confronti di tutte le altre aree (Torino 8,4; comuni capoluogo 10,7; area metropolitana 11; Piemonte 11,1). Situazione invece di maggior rischio per Torino si registra per tutte le cause evitabili rispetto all'area metropolitana (Torino 90,5; area metropolitana 84,5).

Mortalità per cause correlabili prevalentemente a condizioni di deprivazione socio-economica

Negli uomini torinesi, fra le cause di morte correlate a condizioni di vita particolarmente sfavorevoli, spicca fra tutte l'eccesso di mortalità per AIDS ed overdose, con eccessi significativi rispetto all'area metropolitana e al Piemonte (Torino 3,8; area metropolitana 1,3; Piemonte 2,2). Si tratta in questo caso di un fenomeno tipico delle aree urbane se si considera il fatto che quasi la metà dei decessi per AIDS e overdose a livello regionale nei cinque anni considerati si concentra nella città di Torino e nell'area metropolitana (decessi a Torino e area metropolitana 127 su 270 del Piemonte). Nelle donne non si notano differenze statisticamente significative, se si esclude la condizione di protezione delle residenti a Torino nei decessi per disturbi psichici rispetto all'area metropolitana (Torino 11,1; area metropolitana 13,3).

La mortalità per caduta ed infortunio rappresenta un indicatore di esposizione a condizioni di rischio negli ambienti di lavoro se riferita a persone in età lavorativa, mentre è un indicatore dell'esposizione a rischi in ambito domestico se riferita a persone anziane. Negli uomini si rilevano differenze statisticamente significative fra i residenti a Torino e quelli dell'area metropolitana (Torino 14,1; area metropolitana 11,1).

Negli uomini residenti a Torino si registrano invece tassi di mortalità per incidente da trasporto inferiori alle altre aree geografiche, statisticamente significativi rispetto all'area metropolitana e al Piemonte (Torino 7,2; area metropolitana 10,3; Piemonte 11).

Dai confronti con altre città europee, emergono maggiori problemi per inquinamento atmosferico, sicurezza della persona, accesso al mercato del lavoro, trovare una casa e qualità del trasporto pubblico.

Nei confronti regionali e nazionali il profilo di salute della popolazione torinese continua a presentare elementi di vantaggio rispetto ad altri contesti urbani nazionali, in particolare del sud Italia e delle altre realtà territoriali piemontesi.

Nelle donne si confermano importanti protezioni statisticamente significative di Torino nel confronto con il resto della regione (Torino 1,4; Piemonte 3).

In sintesi, i residenti nel comune di Torino presentano un profilo di mortalità in molti casi più favorevole rispetto al resto del territorio, soprattutto per le donne. Questo vantaggio era molto importante trent'anni fa e si sta ridimensionando leggermente. Le principali spiegazioni del rischio di mortalità sono molteplici. Alcune vengono da lontano e riguardano le condizioni di vita condivise dalle diverse generazioni del passato che spiegano le differenze nella capacità di invecchiamento in salute: è possibile che la città abbia rappresentato uno spazio di sviluppo economico, sociale, culturale, di emancipazione prima che gli altri territori della regione, e di questo potrebbe ancora beneficiare il profilo di salute, ma non per molto, dato che stanno entrando nella fascia di età fragile generazioni che hanno attraversato esperienze di vita simili in tutta la regione, salvo che nelle aree isolate di montagna. Un'altra spiegazione potrebbe essere nella diversa offerta e accessibilità dei servizi, soprattutto quelli sanitari; è vero che ormai almeno fin dagli anni Novanta i capoluoghi di provincia condividono con Torino gli stessi standard di offerta e di interventistica di emergenza; tuttavia l'offerta sanitaria a Torino continua a distinguersi per una maggiore ricchezza nella complessità e l'uso dei servizi per una maggiore abbondanza di consumo di visite specialistiche ed esami strumentali e di laboratorio, spesso anche a rischio di inappropriatazza. Un'ulteriore spiegazione sono i meccanismi di mobilità selettiva della popolazione che porterebbero a Torino fasce di popolazione più sana; in effetti nei decenni del boom industriale Torino ha attratto importanti flussi migratori dal Mezzogiorno che erano caratterizzati da un significativo effetto migrante sano, che tende nel tempo ad estinguersi; il fenomeno potrebbe ripetersi con i nuovi flussi immigratori da paesi poveri a forte pressione demografica. Un'ultima spiegazione risiede nelle differenze di condizioni socio-economiche: in effetti si è visto che Torino continua a macinare più ricchezza e più consumi, anche se la sua composizione sociale non è così differente dal resto della regione. Situazioni di maggior rischio sono rappresentate da cause note per essere più concentrate in aree urbane, come le dipendenze (vedi eccessi per AIDS e overdose per gli uomini) e i cambiamenti culturali negli stili di vita (come il tumore al polmone per le donne, da mettere in relazione all'anticipazione dell'epidemia da fumo nelle donne residenti nei contesti urbani).

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

Caranci N., Biggeri A., Grisotto L., Pacelli B., Spadea T., Costa G. (2010). L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità, *Epidemiologia & Prevenzione*, 34(4): 167-176.

Costa G., Migliardi A., Gnani R. (a cura di) (2002), *Torino, risorse e problemi di salute*, Città di Torino.

Crescimanno A., Ferlaino F., Rota S. (2010), *La montagna del Piemonte, Varietà e tipologie dei sistemi territoriali locali*, IRES Piemonte.

Istat, *Classificazione attività economiche ATECO 2001*, in: <http://www.istat.it/it/archivio/17888> 15 maggio 2012.

Istat-Cnel (2013), *Progetto BES, Benessere Equo Sostenibile, Rapporto Urbes 2013* in: http://www.misuredelbenessere.it/index.php?id=41&titnews%5Btt_news%5D=71&cH_ash=5cdeb9cc4613131308aa211fde43d5fb 24 luglio 2013.

I.stat, *Il tuo accesso diretto alla statistica italiana* in: <http://dati.istat.it/> 24 giugno 2015.

Istat, *Censimento popolazione e abitazioni*, 2011 in: <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/> 7 luglio 2015.

Spadea T. (2004), L'analisi e la valutazione delle disuguaglianze di salute, *Epidemiologia & Prevenzione*, 28(3): 143-151.

Unesco, *ISCED 2011*, in: <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/international-standard-classification-of-education.aspx> 15 maggio 2012.

Unione Europea, *progetto Urbanaudit 2009*, in: www.urbanaudit.org 15 maggio 2012.

Più uguali nella salute a Torino che nel resto d'Europa *

La salute a Torino a confronto col resto d'Europa è ben documentabile tramite diversi studi comparativi limitatamente alle differenze per istruzione nel rischio di mortalità (Eikemo et al. 2014; Kulhánová et al. 2014; Mäki et al. 2014).

Da queste fonti comparative risultano disuguaglianze sociali nella mortalità a favore delle categorie più avvantaggiate presenti in tutti i paesi europei. L'intensità delle disuguaglianze di salute varia da paese a paese passando da un effetto di media intensità nei paesi dell'Europa nordica e occidentale, ad uno di minore intensità tra i paesi mediterranei, ad uno decisamente più intenso nei paesi centro-orientali di nuova adesione (Figura 1).

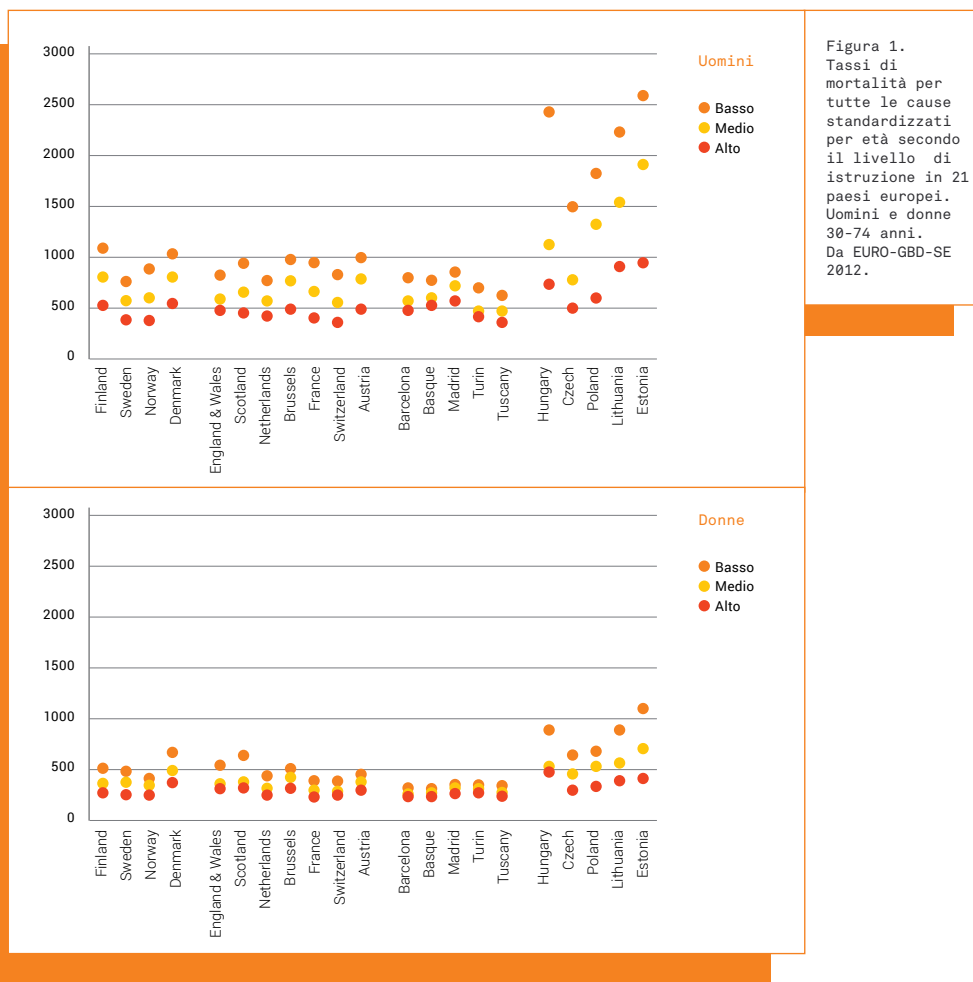


Figura 1. Tassi di mortalità per tutte le cause standardizzati per età secondo il livello di istruzione in 21 paesi europei. Uomini e donne 30-74 anni. Da EURO-GBD-SE 2012.

* di Federica Vigna-Taglianti, Chiara Benevenuta, Morena Stroschia e Giuseppe Costa

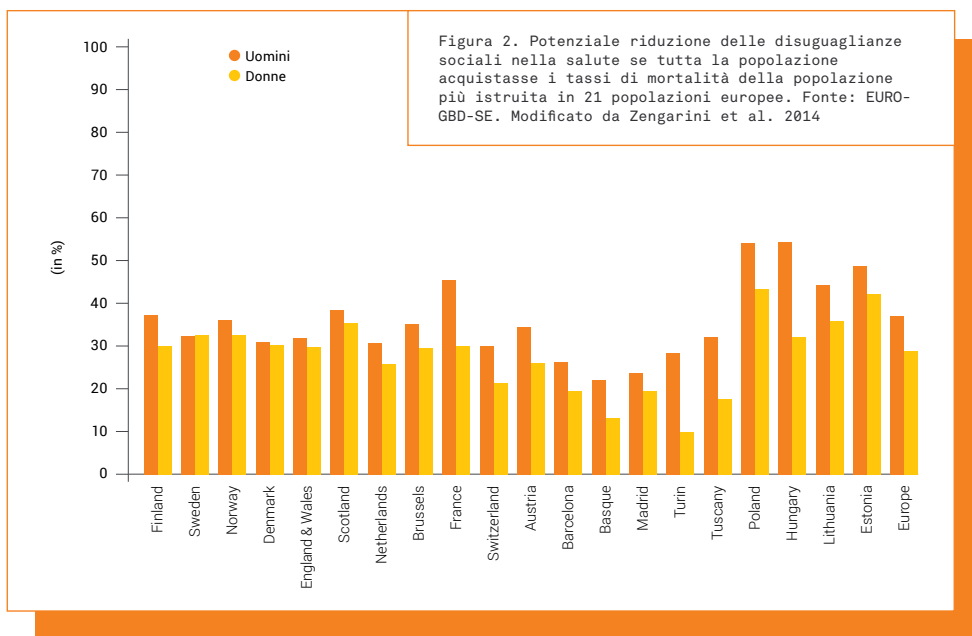
L'andamento temporale negli ultimi decenni nei paesi che hanno dati appropriati e comparabili mostra che le disuguaglianze di mortalità in qualche caso tendono a ridimensionarsi in senso assoluto (in alcuni paesi i tassi di mortalità sono scesi più in fretta tra i soggetti meno istruiti); comunque anche in questa favorevole circostanza i sempre più bassi tassi di mortalità tra i più istruiti fanno sì che le misure relative di disuguaglianza tendano ad allargarsi (cioè il rapporto tra i tassi dei meno e più istruiti aumenti). Il numero di morti attribuibili rimane pressoché invariato grazie alla riduzione della numerosità dei gruppi più svantaggiati (Mackenbach et al. 2016).

Qual è il massimo potenziale di riduzione delle disuguaglianze di salute che si otterrebbe nel caso che tutta la popolazione raggiungesse il titolo di studio più alto, con ciò adeguandosi alla stessa distribuzione dell'esposizione ai determinanti di salute della popolazione più istruita?

La proporzione con cui la mortalità generale in ventuno popolazioni europee diminuirebbe se tutte le persone di bassa e media istruzione avessero lo stesso rischio di morte di quelli di alta istruzione è circa del 30% tra gli uomini e le donne del Nord Europa e della Gran Bretagna. In altre popolazioni questa frazione è chiaramente più alta per gli uomini. Nell'Europa Centrale è tra il 30 e 35% tra gli uomini e 20-30% tra le donne (Figura 2).

Il potenziale più ampio per la riduzione della mortalità generale tramite l'eliminazione delle disuguaglianze di istruzione si osserva nella regione Centro-Orientale dell'Europa, in particolare tra gli uomini in Ungheria (fino al 50%) e tra le donne in Estonia (40%). Il più basso potenziale si osserva nel Sud Europa, dove esso è ancora sostanziale tra gli uomini in Italia e Spagna (più del 25%) ed è tra il 10 e 20% tra le donne del Sud.

In Italia, quanto diminuirebbe la mortalità se tutte le persone con bassa e media istruzione avessero lo stesso rischio di morte di quelle con alta istruzione? Esistono solo risultati riferiti alla città di Torino e a tre aree cittadine della Regione Toscana (Prato, Firenze e Livorno). La potenziale riduzione della mortalità sarebbe del 28% tra gli uomini torinesi e del 32% tra la popolazione maschile toscana. Per le donne si osserva una possibile riduzione del 10% a Torino e del 18% in Toscana. Insieme alla Spagna si tratta dei valori più bassi in Europa.



Questa variazione geografica nella percentuale di morti attribuibili alla bassa educazione a livello europeo è ancora più evidente se la si misura in termini di morti evitabili per 100.000 persone anno: si passa da 200 nel Sud a 300 nel Centro e nel Nord fino a più di 800 nell'Europa Baltica e centro-orientale tra gli uomini; e da 50-70 nel Sud a 100-200 nel Centro-Nord a 250-350 nel Centro-Est tra le donne. I tumori e altre cause non cardiocircolatorie spiegano la frazione maggiore di morti attribuibili al Sud, mentre la mortalità circolatoria fa la parte del leone nel resto di Europa (Östergren 2011).

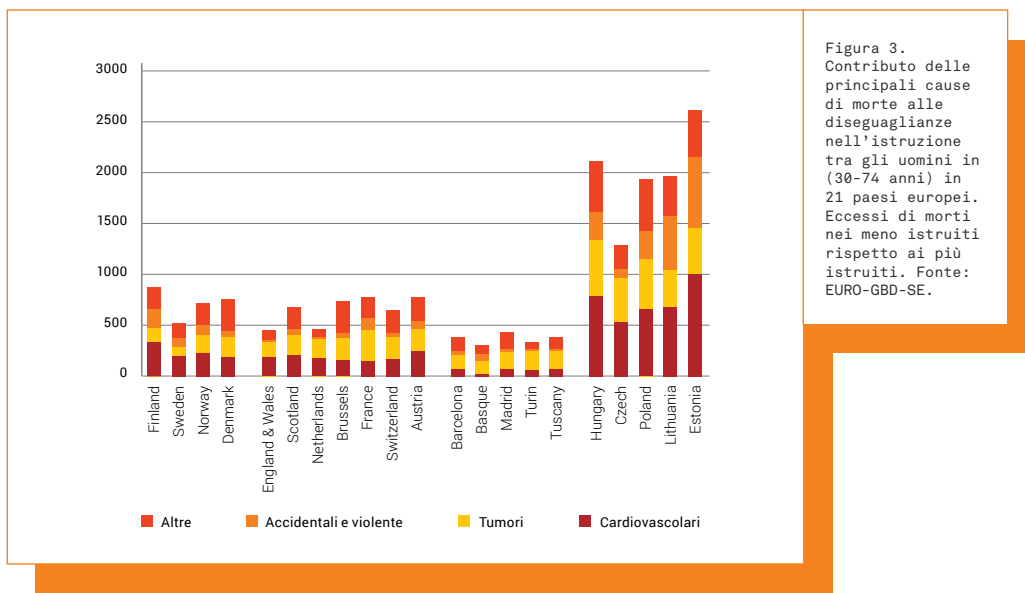
Alcuni autori hanno stimato che il valore economico di questa perdita di anni di aspettativa di vita causata dalle differenze per istruzione in Europa potrebbe variare tra il 2 e il 9% del Prodotto Interno Lordo Europeo, a seconda del criterio che si adotta per dare un prezzo all'anno di vita perso (Mackenbach et al. 2011). Queste stime permettono di dare un ordine di grandezza a quello che l'economia europea perde se non si interviene per nulla sulle disuguaglianze di salute.

In quasi tutte le popolazioni europee esaminate le donne presentano differenziali sociali nella mortalità minori rispetto agli uomini. A partire dai 60 anni le differenze sociali diminuiscono nelle donne molto meno che negli uomini, per cui l'eccesso di rischio diventa simile nei due sessi attestandosi attorno al 30%. La spiegazione di tale fenomeno è attribuibile da un lato al diverso profilo delle cause di mortalità nei due sessi. Nella mortalità prematura delle donne infatti, prevalgono i tumori femminili, per i quali risultano maggiormente a rischio le classi sociali più avvantaggiate. Dall'altro lato, alcuni fattori di rischio comportamentale, strettamente associati alla bassa posizione socio-economica, quali il fumo, l'abuso di alcool e una dieta povera di frutta e verdura fresca, sono ancora più diffusi tra gli uomini che tra le donne; solo il sovrappeso e l'obesità, mostrano differenziali sociali più alti tra le donne (Cavelaars et al. 1997).

Illuminante in proposito è il caso del fumo, che illustra bene come la sua distribuzione nella popolazione si manifesti in forma epidemica, una epidemia che presenta fasi e velocità di transizione diverse tra i generi e le fasce sociali (Huisman et al. 2005a):

- / **stadio 1:** all'inizio del ventesimo secolo l'abitudine al fumo comincia a diffondersi soprattutto tra gli uomini di elevata classe sociale;
- / **stadio 2:** dopo la seconda guerra mondiale si assiste a una rapida crescita della prevalenza di fumatori in tutte le classi sociali; le donne seguono lo stesso andamento degli uomini con un ritardo di 10-20 anni (il Portogallo è l'unico paese europeo ancora in questo stadio negli anni Novanta);

A Torino, come in altri paesi mediterranei, le disuguaglianze sono meno intense che nel resto d'Europa e le cause di morte maggiormente attribuibili alle disuguaglianze sono quelle tumorali e le altre cause diverse da quelle cardiocircolatorie.



- / **stadio 3:** si assiste a una diminuzione dell'abitudine al fumo, maggiormente nelle classi sociali più elevate, a seguito delle campagne antifumo, del divieto di fumare nei luoghi pubblici e dell'aumento del costo delle sigarette (Spagna, Italia, Francia sono all'inizio di tale stadio, particolarmente tra gli uomini, Finlandia e Germania quasi al termine);
- / **stadio 4:** il fumo diventa, per entrambi i sessi, un'abitudine diffusa soprattutto tra i gruppi socio-economici più svantaggiati (Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Paesi Bassi).

La Figura 3 riporta il contributo delle principali cause di morte alle disuguaglianze nell'istruzione tra gli uomini nei paesi europei. Si osserva che i principali gruppi di cause per le quali è riconosciuto un importante impatto delle disuguaglianze sociali sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le cause accidentali che, nonostante contribuiscano in misura minore alle disuguaglianze, hanno notevole rilevanza in termini di anni di vita persi poiché colpiscono soprattutto le fasce di età più giovani. Di seguito si prenderanno in considerazione questi tre gruppi di cause.

Malattie cardiovascolari

In Europa la mortalità cardiovascolare spiega, da sola, almeno il 40% delle disuguaglianze nella mortalità negli uomini e una percentuale decisamente superiore nelle donne: in 10 popolazioni europee il contributo alle disuguaglianze di mortalità tra le meno istruite e le più istruite è spiegato per il 60% da malattie ischemiche del cuore e ictus. La mortalità per malattie ischemiche del cuore presenta differenze sociali molto intense nei paesi nordici, che si attenuano seguendo un gradiente Nord-Sud. Torino, Barcellona e Madrid, infatti, hanno differenze minime o inesistenti, soprattutto fra gli uomini (Huisman et al. 2005b). Infatti, nel Nord Europa, dopo la seconda guerra mondiale, si è assistito a una diffusione di stili di vita cosiddetti "del benessere" (fumo, dieta ricca di grassi e proteine, sedentarietà) e, di conseguenza, una maggior prevalenza di infarto nei gruppi socio-economici più elevati. Successivamente l'inversione della diffusione sociale di questi fattori ha determinato agli inizi degli anni '70 un calo nella mortalità per tale patologia, che è stato più rapido e anticipato nei gruppi più avvantaggiati, configurando l'attuale scenario.

Al contrario, nei paesi del Sud Europa questa evoluzione presenta un ritardo, con bassi differenziali nella mortalità per malattie cardiovascolari; il passaggio allo stadio 4 dell'epidemia del fumo farebbe prevedere un quadro simile a quello descritto per i paesi nordici, ma è possibile che la persistente uniformità sociale nella diffusione della dieta mediterranea nei paesi del Sud contribuisca a mantenere una resilienza italiana alle disuguaglianze nel rischio cardiovascolare. La mortalità per ictus ha da sempre mostrato, in tutti i paesi europei, differenze sociali di dimensione comparabile a sfavore dei gruppi svantaggiati, in relazione alla maggior prevalenza dell'ipertensione che ne rappresenta il principale fattore di rischio e che risulta correlata a scorrette abitudini alimentari, quali l'eccessivo consumo di sale e l'abuso di alcoolici (Avendano et al. 2006).

Tumori

Il contributo delle disuguaglianze sociali ai tumori, seconda causa di mortalità nei paesi europei, è del 24% fra gli uomini e 11% fra le donne (Huisman et al. 2005). L'associazione tra incidenza di tumori e bassa classe sociale è molto intensa per alcune sedi tra cui stomaco, polmone, orofaringe, laringe, esofago e cervice uterina. Tali differenze sono riconducibili rispettivamente a lunghe storie di povertà, al fumo, all'alcool e al fumo, e a comportamenti sessuali (HPV) (Kogevinas et al. 1997). Viceversa, ci sono alcune sedi tumorali che, in relazione a particolari stili di vita, colpiscono maggiormente i più ricchi ed istruiti: colon, melanoma, mammella e ovaio. Per la mammella e l'ovaio, ad esempio, l'associazione è attribuibile alle abitudini riproduttive delle donne delle classi più elevate che sempre più

riducono il numero dei figli, posticipano l'età al primo figlio e di conseguenza allattano per meno tempo.

Tali differenze sociali si rispecchiano anche nella mortalità, con l'eccezione del colon per il quale, contrariamente all'incidenza, si rileva un modesto svantaggio delle classi sociali più basse in tutti i paesi. Questo significa che il vantaggio rispetto all'incidenza di questo tumore, viene perso nella sopravvivenza, probabilmente a causa di differenze nella tempestività della diagnosi, per cui il tumore viene diagnosticato nelle persone meno istruite quando ormai è in fase avanzata e minori sono le probabilità di guarigione (Faggiano et al. 1999; Ciccone et al. 2000; Schrijvers et al. 1995).

Cause accidentali

Tra le cause accidentali ricordiamo gli incidenti stradali e i suicidi. In Europa, fra gli uomini con opposti livelli di istruzione, i tassi di mortalità per incidente stradale passano da 12 per 100.000 tra i più istruiti a 20 per 100.000 tra i meno istruiti e i giovani sono quelli a maggior rischio (Borrell et al. 2005). Riguardo ai suicidi, l'intensità delle disuguaglianze varia tra i paesi: gli uomini meno istruiti hanno un rischio quasi tre volte maggiore a Madrid e poco superiore all'unità in Finlandia. Nelle donne invece, non si evidenziano differenziali netti e in alcuni paesi tra cui Norvegia, Danimarca, Svizzera e Inghilterra si osserva addirittura una protezione dal rischio di suicidio per le donne meno istruite. A Torino non sono evidenziabili disuguaglianze significative per quanto riguarda il suicidio (Lorant et al. 2005).

In definitiva a Torino, come in altre città italiane e mediterranee, si osservano disuguaglianze sociali di salute di intensità minore rispetto ad altre realtà europee. È possibile che questa mitigazione derivi da alcuni stili di vita protettivi che sono molto diffusi (es. la dieta mediterranea, essendo culturalmente radicata è equamente diffusa in tutti gli strati sociali, e potrebbe costituire un elemento di protezione particolarmente importante per quelle malattie che sono il principale bersaglio delle disuguaglianze sociali come le malattie cardiovascolari), e dal fatto che l'Italia si trova in una fase ancora precoce dell'epidemia da fumo di tabacco per cui non si è ancora compiuta la transizione dell'epidemia dalle donne di alta posizione sociale

verso quelle di bassa posizione sociale (Federico et al. 2007); ma non si può escludere che esistano altri fattori (dalle reti sociali al sistema di *welfare*) capaci di conferire alle popolazioni mediterranee maggiore resilienza anche alle classi sociali più vulnerabili rispetto a quanto succede in altri contesti.

Dal punto di vista delle politiche di salute questa particolare protezione mediterranea (e quindi torinese) nei confronti delle disuguaglianze di salute suggerisce di investire in tutte quelle azioni che possono rinforzarla. Si tratta di evitare che anche alle nostre latitudini l'epidemia da fumo, quella da dieta scorretta, quella dell'indebolimento delle reti famigliari e sociali progredisca a svantaggio degli strati socialmente svantaggiati.

Il resto del volume ha dunque il compito di esplorare l'impatto e il ruolo che i determinanti sociali individuali e di contesto hanno sulle disuguaglianze di salute nella nostra città, per identificare opportunità di promozione della salute attraverso le azioni di responsabilità delle politiche e degli attori locali.



BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

Avendano M., Kunst A.E., Huisman M., Lenthe F.V., Bopp M., Regidor E., et al. (2006), Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s, *Heart*, 92(4):461-7.

Borrell C., Plasència A., Huisman M., Costa G., Kunst A., Andersen O., Bopp M., Borgan J.K., Deboosere P., Glickman M., Gadeyne S., Minder C., Regidor E., Spadea T., Valkonen T., Mackenbach J.P. (2005), Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings, *Inj Prev*, 11;138-142

Cavelaars A.E.J.M., Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1997), Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community, *J Health Psychology*, 2(3): 353-372.

Ciccone G., Prastaro C., Ivaldi C., Giacometti R., Vineis P. (2000), Access to hospital care, clinical stage and survival from colorectal cancer according to socio-economic status, *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*, 11(9):1201-4.

Eikemo T.A., Hoffmann R., Kulik M.C., Kulhánová I., Toch-Marquardt M., Menvielle G., et al. (2014), How can inequalities in mortality be reduced? A quantitative analysis of 6 risk factors in 21 European populations, *PLoS ONE*, 9(11):e110952.

EURO-GBD-SE (2012), in Eikemo T. A. & Mackenbach J.P. (eds), *EURO-GBD-SE Project Final Report The potential for reduction of health inequalities in Europe*, Department of Public Health Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, The Netherlands

Faggiano F., Zanetti R., Rosso S., Costa G. (1999), Social differences in cancer incidence, fatality, and mortality in Turin, *Epidemiol Prev*, 23: 294-299.

Federico B., Costa G., Kunst A.E. (2007), Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts, *Am J Public Health*, 97(5): 838-845.

Huisman M., Kunst A., Mackenbach J. (2005a) Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income, *Prev Med*, 40: 756-764.

Huisman M., Kunst A.E., Bopp M., Borgan J.K., Borrell C., Costa G., et al. (2005b) Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations, *Lancet*, 365(9458):493-500.

Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Boffetta P., (eds) (1997), *Social inequalities and cancer*, IARC Scientific Publications No. 138, IARC, Lyon.

Kulhánová I., Hoffmann R., Judge K., Looman C.W.N., Eikemo T.A., Bopp M., et al. (2014), Assessing the potential impact of increased participation in higher education on mortality: evidence from 21 European populations, *Soc Sci Med*, 117:142-9.

Lorant V., Kunst A.E., Huisman M., Costa G., Mackenbach J. on behalf of the EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health (2005), Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study, *British Journal of Psychiatry*, 187, 49-54.

Mackenbach J., Meerding P., Willem J., Kunst A., (2011), Economic costs of health inequalities in the European Union, *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 65 Issue 5, p. 412.

Mackenbach J.P., Kulhánová I., Artnik B., Bopp M., Borrell C., Clemens T., et al. (2016), Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries, *BMJ*, 353:11732.

Mäki N.E., Martikainen P.T., Eikemo T., Menvielle G., Lundberg O., Ostergren O. et al. (2014), The potential for reducing differences in life expectancy between educational groups in five European countries: the effects of obesity, physical inactivity and smoking, *J Epidemiol Community Health*;68(7):635-40.

Östergren O. (2011), *Inequalities in mortality across Europe: An international comparative study*, in the Euro-gbd-se project. euro-gbd-se.eu.

Schrijvers C.T.M., Coebergh J.W., Heijden L.H. van der, Mackenbach J.P. (1995), Socio-economic variation in cancer survival in the South-eastern Netherlands, 1980-1989, *Cancer*, 75(12): 2946-2953.

Zengarini N., Spadea T., Ranzi A. (2014), Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo, in Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano

Una salute che viene da lontano *

Questo libro mostra come la salute possa essere messa in relazione con le caratteristiche socio-economiche individuali e del contesto ma queste a loro volta riflettono le trasformazioni della struttura produttiva e dei cicli economici che hanno coinvolto la città nel corso degli ultimi 150 anni e che hanno contribuito a delineare la conformazione urbana che conosciamo e il tessuto sociale che popola la città oggi.

In particolare il profilo di salute della popolazione torinese nel corso del XX secolo é stato fortemente condizionato dal fenomeno dell'industrializzazione che ha influenzato le condizioni di vita, l'organizzazione sociale generale, le trasformazioni demografiche e quelle dell'ambiente urbano.

Lo sviluppo industriale di Torino nel Novecento fu l'esito di un processo discontinuo e non lineare che ebbe le sue radici nella storia della costruzione della società sabauda fondata sull'attività agricolo-manufatturiera e sulla rendita, ma rispetto alla quale costituì una cesura che si manifestò nel momento in cui quel tipo di organizzazione economica e sociale giunse all'esaurimento.

Alla metà dell'Ottocento, con una popolazione di circa 160.000 abitanti, Torino conservava le caratteristiche di centro principalmente di servizi, essendo cresciuta la città in funzione delle esigenze burocratiche e militari della corte. Gli stili architettonici e l'organizzazione urbanistica riflettevano il senso di decoro e di equilibrio che la monarchia intendeva impersonare e l'espansione della città verso il Po e la Porta Nuova non avevano alterato l'antica trama a scacchiera dell'assetto urbano. L'impianto industriale cittadino era ancora fragile e il sistema di fabbrica costituiva un fenomeno marginale. Per sostenere lo sviluppo industriale venne elaborato un piano per l'utilizzo dei canali della Dora nelle periferie che ospitavano concerie, tessiture e fonderie. Era tuttavia in corso un'immigrazione di manovali, artigiani e personale di servizio spinti in città dalla povertà delle valli e delle campagne e attratti dalle possibilità di lavoro offerte dall'espansione urbana. L'incremento delle forze energetiche idrauliche non riuscì a costituire un fattore di sviluppo, in un periodo in cui s'imponesse il passaggio al vapore che, dati i costi elevati del carbone in Piemonte, non poteva essere competitivo (Castronovo 1987).

La ripresa economica del nuovo secolo prese le mosse dai progressi dell'industria elettrica (impianti nelle valli d'Aosta, della Chiusella, del Moncenisio e di Lanzo che servirono per alimentare l'area torinese e il biellese) e dallo sviluppo dei trasporti fra le aree economicamente più attive della regione e Torino; altri cospicui investimenti furono effettuati nei trasporti tranviari. Queste attività fecero da volano per lo sviluppo di alcune altre lavorazioni: la torneria, la carrozzeria, il montaggio e la manutenzione dei veicoli che a loro volta consentirono l'accumulo di competenze professionali per la nascita di grandi imprese (le Officine di Savigliano, la Diatto, la fabbrica di cavi elettrici Virginio Tedeschi, poi CEAT). Si consolidarono alcune imprese meccaniche e metallurgiche (per la fabbricazione di macchine

utensili, di forni fusori per la ghisa e di gru elettriche). Dal censimento del 1901 risultava che l'industria piemontese occupava 49 lavoratori ogni 1.000 abitanti (contro gli 83 della Lombardia), dati che definiscono una realtà produttiva dalle dimensioni ancora contenute (Castronovo 1987).

Lo stimolo più consistente per la messa in moto del processo d'industrializzazione dell'area torinese fu dato dallo sviluppo del settore automobilistico e, in particolare, dalla FIAT. Nel 1905 lavoravano a Torino quattro imprese automobilistiche: la FIAT, la Rapid, l'Itala, la Taurinia che conservavano comunque ancora caratteristiche artigianali.

La trasformazione della FIAT da impresa artigiana a industria di grandi dimensioni avvenne tramite una serie di complesse operazioni di ricapitalizzazione e di acquisizione di grandi e piccole imprese che ampliarono in modo consistente anche la tipologia dei prodotti e delle attività (motori marini, veicoli industriali, mezzi di trasporto pubblici, cuscinetti a sfera, fonderie, carrozzerie, ferriere, meccaniche, radiatori, aeronautica) che furono attuate nel primo decennio del Novecento. In pochi anni era stato così costituito un sistema di attività produttive nel campo dell'industria meccanica che non aveva precedenti nella realtà torinese. Artefice del decollo industriale, il metalmeccanico aveva assunto a Torino dimensioni notevoli: nel 1911, i dipendenti nel settore erano cresciuti fino a raggiungere le 28.000 unità, con un incremento di circa sette volte rispetto all'inizio del secolo, rappresentando oltre un terzo della manodopera industriale cittadina.

La distribuzione territoriale della popolazione torinese deve molto al duplice processo di stratificazione di successive ondate migratorie e di zonizzazione sociale (con la conseguente discriminazione - anche se irregolare - per condizioni socio-economiche delle aree abitative). Entrambi i fenomeni furono indotti dall'espansione della produzione industriale, i cui impianti furono originariamente collocati all'esterno della cinta daziaria edificata nella metà del XIX secolo. La presenza degli stabilimenti di produzione e il basso costo degli affitti favorirono la concentrazione della popolazione operaia, di servizio domestico, di fatica, di contadini, di manovali e in minima parte di artigiani nelle vecchie 'barriere' (le vie di accesso alla città che attraversavano la cinta). I flussi migratori coinvolsero, fino al primo decennio del XX secolo, popolazioni piemontesi; nei due decenni successivi, si estesero alle popolazioni del Centro-Nord, e in minima parte del Sud.

Per far fronte alla rapida e progressiva crescita della popolazione, l'amministrazione comunale riuscì a realizzare parzialmente un piano per la costruzione di case operaie. Nel 1903 Torino contava infatti 360.000 abitanti (Castronovo 1998) e negli anni successivi la popolazione continuò a crescere al ritmo di 9.000 unità all'anno, contestualmente allo sviluppo industriale che aveva attirato in città una massa crescente di persone provenienti dai sobborghi e dalle campagne. Tra il 1907 e il 1909 circa 50.000 persone erano arrivate a Torino e, tra queste, oltre 10.000 si erano trasformate in lavoratori edili e dell'industria. Nel 1910 c'erano circa 83.000 operai che costituivano quasi un quarto della popolazione cittadina. Agli inizi del secondo decennio del secolo, Torino contava circa 415.000 abitanti, con un incremento di quasi 90.000 unità rispetto al decennio precedente. Le aree edificate del centro storico non erano però in grado di contenere un nuovo aumento di popolazione, né potevano farvi fronte le aree della Crocetta e di piazza Statuto, di più recente urbanizzazione, ma destinate alle classi sociali più agiate. L'edilizia privata non era orientata a rispondere alla domanda proveniente dalla popolazione di recente immigrazione e le imprese torinesi non erano interessate alla costruzione di villaggi operai, a parte qualche raro esempio nei sobborghi. Il forte inurbamento provocò inoltre una spinta speculativa nel mercato immobiliare, con il conseguente aumento del prezzo dei fitti.

Nel frattempo, la periferia si era andata infoltendo di nuove fabbriche e di casamenti operai. Le famiglie operaie continuarono quindi ad ammassarsi nelle soffitte e nelle cascine periferiche, in una situazione di degrado che richiedeva un massiccio intervento pubblico.

La soluzione del problema degli alloggi per le famiglie operaie e degli adeguati servizi pubblici fu ipotizzata dal Comune nell'ambito del piano regolatore del 1908, con una nuova politica di acquisizioni fondiarie in funzioni d'impieghi o riconversioni a uso pubblico e di attrezzamento di vaste aree urbane o confinanti con la cinta daziaria. Nel 1907, era sorto l'Istituto Case Popolari di Torino, per iniziativa del Comune, con il concorso della Cassa di Risparmio e del San Paolo, il quale non riuscì però a portare a termine il piano edilizio previsto (9.000 camere entro 3 anni), limitandosi alla costruzione di soli 4.600 locali, dispersi fuori dalla cinta daziaria e distanti dalle sedi di lavoro. La popolazione nel frattempo era cresciuta notevolmente nei quartieri S.Paolo, Crocetta, Molinette, Barriera di Milano, Regio Parco e Barriera di Lanzo e la città era frammentata in una serie di borghi e quartieri operai che costituivano esperienze autonome di organizzazione sociale, con un forte senso di identità degli abitanti. Gli interventi urbanistici dell'amministrazione comunale contribuirono comunque a mutare il volto della città. L'industria manifatturiera che, a fine Ottocento, era ancora concentrata nella parte Nord della città, grazie alla disponibilità di forza motrice elettrica, cominciò a estendersi nelle aree Ovest e Sud-Ovest, al di fuori della vecchia cinta urbana.

Alla fine della Prima Guerra Mondiale, Torino aveva una popolazione di circa 500.000 abitanti e nel corso degli anni '20, la città conobbe una fase di considerevole sviluppo industriale che stimolò una forte immigrazione anche da altre regioni. I nuovi arrivati andarono a popolare i sobborghi cittadini che s'infittirono di abitazioni popolari e di fabbricati a uso produttivo. La prima cintura urbana conobbe da allora un intenso sviluppo demografico pari a quello del capoluogo. La separazione e la contrapposizione della città fra centro e periferia si erano ormai assestate: nel Centro, la borghesia e gli artigiani, ma con la presenza di settori misti, popolari e poveri; nella precollina, la borghesia e la classe dirigente locale; mentre le zone di destinazione degli immigrati furono le barriere di Milano e di Casale con i borghi operai di Po, Dora, Vanchiglia, Aurora, San Donato, Regio Parco, Vittoria, Lucento, Madonna di Campagna, Bertolla; a Sud-Ovest la barriera di Nizza, con i borghi Millefonti, Lingotto, Crocetta (destinata alla popolazione più agiata), San Paolo, Santa Rita, Pozzo Strada, Tesoriera. L'intensità dell'isolamento fisico delle barriere diminuì durante gli anni Venti e Trenta in conseguenza dell'ampliamento della rete dei trasporti pubblici e della diffusione della bicicletta, che non ne alterarono però l'omogeneità sociale.

Il profilo della società torinese e l'attuale conformazione urbana della città hanno radici profonde che risiedono nelle trasformazioni storiche, economiche e sociali che hanno attraversato la città negli ultimi 150 anni, contrassegnate soprattutto dallo sviluppo dell'industria automobilistica.

Circa 140.000 torinesi lavoravano a quell'epoca nell'industria e di essi quasi il 40% era occupato nei settori della metallurgia e della meccanica, anche se l'industria tessile conservava ancora la preminenza assoluta. Le imprese erano aumentate di dimensioni e si era ridotto il numero degli esercizi artigianali. Oltre i suddetti settori, erano in forte crescita quelli elettrico, chimico, della carta e stampa, del credito e delle assicurazioni. Dominavano la scena alcune concentrazioni legate fra loro: la FIAT, la SIP, l'Italgas, la SNIA Viscosa e il Cottonificio Valle Susa. Il gruppo preminente era la FIAT che, nel 1923, aveva inaugurato lo stabilimento del Lingotto costruito secondo i principi tayloristici dell'organizzazione scientifica del lavoro. L'edificazione del nuovo impianto aveva modificato radicalmente la natura della barriera, un'antica borgata sede di produzione e di mercato agricolo e di residenze di caccia. Gli immigrati e la popolazione del quartiere abbandonarono i loro mestieri tradizionali per diventare operai. Un fenomeno analogo si ebbe con la costruzione dello stabilimento della SNIA Viscosa, per la produzione di fibre sintetiche, situato nella zona Nord-Est della città.

L'incremento demografico e la concentrazione operaia in fabbriche sempre più grandi impegnarono il municipio di Torino in un ampio intervento di opere pubbliche, per rispondere alla richiesta di abitazioni economiche e per consentire lo sviluppo delle attività industriali. Gli interventi furono avviati nel primo dopoguerra e proseguiti dalle amministrazioni podestarili fasciste.

Nel corso degli anni Venti, Torino aveva conosciuto la fase più intensa del suo sviluppo industriale e fu per questo motivo che la crisi che si abbatté sulla città nel decennio successivo ebbe effetti pesantissimi sulla sua vita economica e sociale. La struttura produttiva cittadina uscì fortemente ridimensionata dalla crisi degli anni Trenta: delle grandi imprese torinesi, solo la FIAT, non senza difficoltà, era riuscita indenne dalla recessione. Molto più gravi furono invece gli esiti per la SNIA-Viscosa, per la Montedison, per il Cottonificio Valle Susa e per la CEAT. Le produzioni radiofoniche, cinematografiche, tessili e chimiche si trasferirono a Roma e Milano. Nelle industrie meccaniche piemontesi, tra il 1929 e il 1932, il volume complessivo della produzione si ridusse del 33% (Abrate 1978). La FIAT invece, grazie a un'attenta opera diplomatica nei confronti del regime, era riuscita a definire una sorta di "monopolio protetto" sul mercato nazionale dell'automobile e a mantenere, così il primato su questo, evitando il pericolo dell'incipiente penetrazione della Ford e della General Motors. La crisi economica determinò un generale peggioramento delle condizioni di vita della popolazione, com'è desumibile dai dati raccolti sulla disoccupazione. Disoccupazione e immigrazione furono due fenomeni strettamente correlati nella Torino degli anni Trenta. Nell'aprile del 1933, la prefettura giunse a promulgare un'ordinanza per il bando dalla città di quanti non potessero dimostrare di avere sufficienti mezzi di sussistenza. Durante il periodo 1930-1936, la popolazione torinese aumentò limitatamente, passando da 613.342 a 636.634 abitanti ma, a fronte di ciò, si registrò un intenso movimento migratorio che riguardò oltre 200.000 unità (Città di Torino 1992, pp. 60-61, Tab. 2). Sempre crescente fu la pressione demografica esercitata dalle campagne sulla città: dal Monferrato, dalle Langhe e dalle valli alpine: evidentemente il contesto urbano rappresentò, comunque, un'alternativa alla povertà del mondo rurale.

L'amministrazione comunale intraprese, per risolvere il problema della disoccupazione, un programma di opere pubbliche (che portò, tra l'altro, alla costruzione dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, del nuovo Ospedale della Maternità - oggi S. Anna -, dello Stadio - attuale Olimpico -, del Mercato Generale Ortofrutticolo e dell'attuale Piazza della Repubblica, del primo tratto di Via Roma, la Casa del Balilla e l'autostrada Torino-Milano), realizzate per la maggior parte nel corso del quadriennio 1930-1933. Nella seconda metà degli anni Trenta, l'economia torinese, in un generale clima d'incertezza, manifestava alcuni segni di ripresa dopo la grande crisi iniziata con l'aprirsi del nuovo decennio (Abriani 1976). La politica di riarmo promossa dal regime, l'abolizione del blocco della Società delle Nazioni e l'allineamento della

lira alla nuova parità dei cambi internazionali nell'autunno del 1936 stimolarono la ripresa produttiva di alcune industrie cittadine. La FIAT colse l'opportunità di investire i profitti derivati dalle commesse pubbliche per le forniture per la guerra d'Etiopia con la costruzione dello stabilimento di Mirafiori, i cui lavori, iniziati nel 1936, terminarono nel 1939. Il 1937 fu l'anno in cui l'industria degli autoveicoli piemontese raggiunse il massimo della produzione dell'anteguerra con 78.000 autoveicoli.

Anche la CEAT in quegli anni ampliò i propri impianti di produzione. In generale, però, molte delle industrie maggiori, a causa della scarsità di rifornimenti di materie prime e macchinari, lavorano a orario ridotto.

Durante la Seconda Guerra Mondiale i bombardamenti alleati causarono 2.069 morti e all'incirca 338.000 sfollati (Città di Torino 1950), il 48% della popolazione complessiva - che nel giugno del '43 ammontava a circa 700.000 persone. Il patrimonio produttivo torinese era stato pesantemente mutilato dai bombardamenti e, tra la fine del 1944 e i primi mesi del 1945, l'attività nelle fabbriche fu quasi del tutto interrotta. A causa dei bombardamenti, andò completamente distrutto, parzialmente distrutto o sinistrato circa il 42% del patrimonio abitativo, il 36% dei negozi e il 38% degli uffici. I locali per attività industriali distrutti furono 3.656 e sinistrati 6.707 per un totale di 10.363 (Guidi 1950). Vennero colpiti, tra gli altri, la Venchi Unica, la Lancia, le Officine Ferroviarie, l'A.E.M., l'Arsenale militare, la ferrovia Torino-Milano, la Michelin e la FIAT (Guidi 1949).

Le devastazioni subite dagli impianti, dalle infrastrutture urbane e dal patrimonio edilizio rendevano ardua e finanziariamente onerosa la ripresa della vita economica e sociale cittadina. Nell'ambito delle attività industriali, il settore metalmeccanico, in particolare, per la ripresa della produzione aveva bisogno di una rapida riedificazione dei fabbricati distrutti e di un'altrettanto rapida riparazione delle attrezzature.

Con la fine della guerra, molte delle persone che avevano abbandonato la città perché sfollati, sinistrati, combattenti, partigiani o internati fecero ritorno e nel 1946, in particolare, si registrò un elevato flusso di immigrati, pari a 32.896 unità; fu così che, in quell'anno, la popolazione torinese tornò nuovamente a superare i 700.000 abitanti (Città di Torino 1950). Anche il 1947 fu contrassegnato da un alto numero di immigrazioni, pari a 22.012 unità; nel biennio 1946-1947, la popolazione torinese era cresciuta di 19.862 unità, pari ad un aumento di circa il 3% rispetto al 1945 (Città di Torino 1952).

La ricostruzione delle infrastrutture urbane e la soluzione della piaga della coabitazione forzata furono i due principali problemi che l'amministrazione comunale cercò di affrontare nei primi anni del dopoguerra. Nonostante le gravi difficoltà in cui versavano le finanze del Comune, fu dato avvio a un programma per lo sviluppo dell'edilizia popolare e il ripristino dei servizi essenziali; il progetto dell'amministrazione prevedeva la costruzione di 30.000 vani di civile abitazione da distribuirsi soprattutto nelle zone periferiche della città e in quelle sinistrate. A causa dei ritardi dei finanziamenti dello Stato, solo una parte del piano fu portata a termine: furono così realizzati, entro il 1948, 1.300 alloggi e di altri 4.200 fu iniziata la costruzione; l'Istituto Case Popolari edificò a sua volta altri 4.000 vani (Castronovo 1987).

Per combattere l'aumento dei prezzi, che dalla fine della guerra procedeva a ritmi elevati, le autorità di governo misero in atto una politica deflazionistica il cui provvedimento principale fu costituito dalla stretta creditizia dell'estate del 1947. La diretta conseguenza di questa manovra fu la caduta degli investimenti che, a sua volta, comportò la caduta della domanda interna e il blocco della ripresa economica in corso, in modo particolare quella delle piccole imprese. Dalla fine del 1947 alla metà degli anni Cinquanta l'economia italiana visse così in un clima di sostanziale depressione. Il numero dei disoccupati della provincia di Torino, che

agli inizi del 1947 si era ridotto a 22.000 unità, riprese ad aumentare arrivando, nel maggio del 1948, alla cifra di 56.000 unità (Castronovo 1987).

Per le industrie piemontesi il periodo 1946-1949 fu contrassegnato da un'opera di ricostruzione - e più ancora di rinnovamento - degli impianti, delle scorte e di allargamento del mercato favorita da una relativa stabilità monetaria e dai bassi costi della manodopera. Nel 1949, i livelli della produzione e dell'occupazione nel settore delle industrie automobilistiche avevano raggiunto le corrispondenti quote del 1938. Alla fine del 1947 la ricostruzione degli stabilimenti e il ripristino degli impianti danneggiati della FIAT era stata portata a termine; per la ripresa produttiva, l'azienda, come altre (la Savigliano, la Lancia, la Zenith), aveva potuto abbondantemente usufruire degli aiuti del piano Marshall -incamerando 22 dei 58 milioni di dollari messi a disposizione per l'ammodernamento degli impianti dell'industria meccanica - e di buona parte degli aiuti previsti dal Fondo per il finanziamento dell'industria meccanica. Oltre ciò, le autorità governative garantirono alla FIAT, fino al 1951, tariffe doganali di protezione varianti dal 20 al 45% sui veicoli d'importazione. La ripresa produttiva della fine degli anni Quaranta e dei primi anni Cinquanta riguardò quasi esclusivamente la grande industria, in quanto la piccola e la media impresa risentivano ancora degli effetti negativi portati dalla stretta creditizia del 1947.

Nel periodo 1950-1962 in Piemonte, all'interno del processo di sviluppo economico che coinvolse prevalentemente le regioni settentrionali del paese, si verificò una grande espansione in tutti i settori produttivi dell'industria con la crescita delle dimensioni delle singole aziende già presenti e la nascita di nuove imprese sia in collegamento con i settori preesistenti, sia in altri prima scarsamente sviluppati. Questo processo di crescita della struttura produttiva industriale riguardò in modo particolare la provincia di Torino. La popolazione residente attiva in condizione professionale dedita all'industria nella provincia di Torino passò da 377.757 unità nel 1951 (il 54.7% di quella regionale) a 485.827 nel 1961 (il 60.6% di quella regionale) con un incremento del 28.6% (Abrate 1978, pag. 172, Tav. 50). Nel 1961, la manodopera occupata nella provincia di Torino nell'industria e nel commercio costituì il 6.54% di quella nazionale e quella occupata nell'industria manifatturiera costituì l'8.9% del totale nazionale. Il numero di persone occupate in quest'ultimo settore confermò il ruolo preponderante da esso assunto nella struttura economica della provincia; l'industria manifatturiera assorbiva, infatti, il 64.8% degli addetti. Le classi d'industria del ramo manifatturiero che si svilupparono maggiormente durante il decennio 1950 furono: la costruzione di mezzi di trasporto, la gomma elastica, la meccanica di precisione, l'oreficeria e l'argenteria, le macchine non elettriche, la carpenteria metallica e la metallurgia. La specializzazione dell'industria torinese si realizzò nella produzione di beni durevoli e in particolare nel settore meccanico degli autoveicoli; in funzione della produzione di automobili si realizzò un processo di integrazione verticale nel quale furono coinvolti i settori della metallurgia, della gomma, delle macchine utensili e della chimica. Lo sviluppo della FIAT durante gli anni Cinquanta fu accompagnato dalla nascita di numerosissime piccole e medie aziende incaricate della fornitura di accessori, parti staccate e pezzi di ricambio. Nel 1955, lo stabilimento di Mirafiori venne raddoppiato; nel 1960, più del 50% della popolazione torinese viveva del lavoro della FIAT (Castronovo 1987, pp. 363-368).

Il numero di disoccupati iscritti agli Uffici di collocamento di Torino durante gli anni Cinquanta fu di molto superiore a quello registrato negli anni dell'immediato dopoguerra, con una tendenza al decremento fino al 1958 e all'incremento nel biennio successivo: nel 1951 furono registrate 90.071 iscrizioni; nel 1954, 71.654; nel 1958, 62.445 -il quantitativo più basso del periodo- e 68.669 nel 1960. Nel periodo 1951-1960, la media annuale del numero dei disoccupati iscritti fu pari a 70.400, mentre la media delle assunzioni registrate negli stessi anni fu pari a sole 27.300 unità.



Figura 1. Composizione (%) della popolazione torinese per livello di istruzione, area di nascita, condizione occupazionale e classe sociale nei censimenti 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011. Uomini e donne, Torino. Fonte: Studio Longitudinale Torinese.

Anche la disoccupazione di questi anni -come quella generatasi negli anni Trenta- è da mettersi in relazione con il principale fenomeno di carattere sociale che si verificò a Torino durante il decennio 1950 costituito da un flusso migratorio senza precedenti. Caratteristica di questa nuova immigrazione fu il suo procedere con un incremento annuo proporzionale al ritmo d'incremento industriale. Tra il 1948 e il 1951, furono registrate in media circa 20.500 immigrazioni annue, con un saldo migratorio medio di 7.500 unità. Dal 1953, il flusso migratorio che interessò Torino crebbe progressivamente raggiungendo cifre estremamente elevate: nel 1953, furono registrate 31.770 immigrazioni; nel 1955, 51.458; nel 1957, 51.925; nel 1960, 74.745 e nel 1961 fu raggiunto il numero più elevato con 75.920 immigrazioni (Città di Torino 1992). Tra il 1953 e il 1961 furono registrate 466.130 immigrazioni in totale, con una media annua pari a 51.800 unità. Nello stesso periodo, il saldo migratorio netto fu di 35.250 unità in media all'anno. La popolazione torinese se, tra il 1947 e il 1953, era cresciuta complessivamente di circa 44.000 unità, passando da 709.817 a 753.853 abitanti, nel periodo 1953-1961 aumentò complessivamente di 280.000 unità arrivando alla cifra di 1.033.870 abitanti nel 1961.



Riguardo alle regioni di provenienza, l'immigrazione degli anni Cinquanta si suddivise in due fasi: una prima, dalla fine degli anni Quaranta al 1955, contraddistinta da persone provenienti dal Veneto e dalle regioni settentrionali del paese e, la seconda, dal 1956 a tutto il decennio successivo, contraddistinta da persone provenienti dalle regioni meridionali, prevalentemente dalla Puglia, dalla Basilicata, dalla Campania, dalla Calabria e dalla Sicilia. L'incontro tra la popolazione piemontese e gli immigrati non diede luogo a un fenomeno di integrazione, piuttosto a una difficile convivenza, irta di tensioni e diffidenze reciproche, tra 'piemontesi' e 'meridionali', fra i vecchi e i nuovi cittadini. La città si suddivise in due corpi separati distinti per tradizioni, professioni di origine e condizioni materiali di vita. Fra i meridionali prevalevano difatti i braccianti che andarono a ingrossare le fila dei manovali e degli operai comuni, scontrandosi, nelle fabbriche, con l' 'aristocrazia operaia' dotata invece di forti tradizioni e di una cultura di mestiere. Anche sul territorio si creò una spaccatura verticale tra i due corpi che costituivano la popolazione torinese: gli immigrati pagarono il costo più alto della crescita industriale in quanto, oltre allo sradicamento, alla separazione sui luoghi di lavoro, furono costretti alla coabitazione forzata in locali inadatti - pagando affitti esosi - e all'ostilità della popolazione locale. Fra il 1951 e il 1961 soltanto il 15% delle case di nuova costruzione appartenne al settore dell'edilizia popolare. Fu così che i meridionali andarono a occupare gli spazi abitativi più degradati e sovraffollati del centro storico e della cintura torinese e in questi spazi restarono o li abbandonarono solo per

trasferirsi negli alloggi dell'edilizia popolare - portati a termine dopo i primi anni Sessanta - dei quartieri ghetto-dormitorio periferici delle Vallette e della Falchera.

Gli ultimi quarant'anni di Torino, dal 1971 al 2011 possono essere raccontati con i dati dello Studio Longitudinale Torinese che offre l'opportunità di analizzare le trasformazioni della città attraverso uno "spaccato" delle condizioni socio-economiche dei torinesi nei censimenti del 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011.

La Figura 1 descrive l'andamento, nel corso di questi cinque censimenti, della composizione della popolazione torinese per livello di istruzione, area di nascita, condizione occupazionale e classe sociale (quest'ultima identificata solo per gli occupati di 30-64 anni).¹

La Figura 1 mostra come la proporzione di immigrati dal Sud e dal Nord-Est dell'Italia (che erano rispettivamente il 27-28% e l'8-9% della popolazione nel periodo 1971-1991) negli ultimi vent'anni si sia progressivamente assottigliata (raggiungendo nel 2011 le rispettive proporzioni del 22% e 5%) a fronte di un aumento della quota di immigrati dall'estero che oggi costituiscono il 14% della popolazione torinese. Occorre considerare che la quota di nati dal Nord-Ovest, crescente fino agli anni Novanta e poi stabile, include anche i figli degli immigrati, che potrebbero essere considerati migranti di seconda generazione. In effetti uno studio ha stimato, tra i censiti a Torino nel 1991 di età compresa tra 11 e 35 anni, ancora residenti in città nel 1997, che il 60% di essi erano figli di almeno un genitore nato fuori dal Piemonte (d'Errico et al., in *press*).

Negli ultimi quarant'anni si è assistito a una marcata progressione nel livello di istruzione dei torinesi: la proporzione di laureati è quadruplicata tra gli uomini (dal 4% del 1971 al 16% del 2011), e cresciuta di quasi otto volte tra le donne (dal 2% del 1971 al 15% del 2011), la quota di diplomati è più che raddoppiata tra gli uomini (dall'11 al 26%) e pressoché triplicata tra le donne (dall'8 al 23%), la proporzione di persone con la licenza media o avviamento professionale è aumentata di circa il 60% in entrambi i sessi (dal 22-23% del 1971 al 35-38% del 2011) a fronte di una riduzione di tre volte delle persone con al massimo la licenza elementare o nessun titolo (che oggi rappresentano appena il 21-27% della popolazione vs. il 61-69% del 1971).

La dinamica della condizione occupazionale tra il 1971 e il 2011 a Torino vede un aumento, in entrambi i sessi, dei disoccupati (dal 3 al 5%) e degli inattivi (che oggi sono il 40-42% della popolazione, verosimilmente a causa dell'invecchiamento che porta con sé un aumento dei pensionati) ma anche un consistente aumento delle donne occupate (dal 24% del 1971 al 40% del 2011) a fronte di una riduzione di tre volte della quota di casalinghe (passate dal 44% del 1971 al 15% del 2011).

¹ L'area di nascita è classificata nel seguente modo: Nord-Ovest (Piemonte, Val d'Aosta, Liguria e Lombardia), Nord-Est (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige ed Emilia Romagna), Centro (Toscana, Marche, Umbria, Lazio), Sud e Isole (Campania, Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) ed Estero;

Il livello di istruzione è classificato in quattro categorie secondo il titolo di studio dichiarato in ciascun censimento: laurea, diploma superiore, media inferiore e elementare o senza titolo di studio;

la condizione occupazionale è stata classificata sulla base della risposta data in ciascun censimento in: occupato, disoccupato o in cerca di prima occupazione, casalinga e altra condizione (categoria che comprende studenti, ritirati dal lavoro, altra condizione es. ecclesiastico, servizio di leva etc.)

la classe sociale è stata definita sulla base della classificazione modificata di Schizzerotto (Schizzerotto 1993) che prende in considerazione il titolo di studio, la posizione nella professione, la categoria professionale e il settore produttivo dichiarati in ciascun censimento. Le categorie originarie di Schizzerotto sono state aggregate in 4 classi: borghesia (dirigenti, imprenditori e liberi professionisti di elevata qualifica), classe media impiegatizia, piccola borghesia (con o senza dipendenti), classe operaia (lavoratori manuali qualificati e non). Il censimento del 1971 non disponeva di tutte queste informazioni, mentre nel censimento 2011 la classe sociale è stata ricostruita in maniera leggermente diversa dai tre precedenti dal momento che l'informazione sulla professione era disponibile in forma raggruppata secondo categorie predefinite. In questo caso, quindi, si è tenuto conto anche del tipo di contratto dichiarato (le professioni di elevata specializzazione sono state classificate come classe borghese solo qualora avessero un contratto a tempo indeterminato).

Tra gli occupati di 30-64 anni si è assistito a un incremento della classe più elevata, quella borghese, che tra il 1971 e il 2011 è passata dal 9 al 14% per gli uomini ed è quasi triplicata nelle donne (passando dal 3 all'8%), a fronte di un assottigliamento, soprattutto tra gli uomini, della proporzione di persone appartenenti alla classe operaia (dal 51% del 1971 al 43% del 2011, mentre tra le donne la proporzione di operaie è rimasta stabilmente intorno al 36%) e, tra le donne, della piccola borghesia (che nel corso di questi quarant'anni è passata dal 15 al 9%, essendo tra gli uomini rimasta quasi invariata, dal 16 al 14%), mentre è rimasta pressoché costante in entrambi i sessi la proporzione di classe media impiegatizia (categoria in cui è ascrivibile oggi il 29% degli uomini occupati e il 46% delle donne occupate).

Questo è il quadro socio-economico a cui si è approdati oggi e che è frutto delle trasformazioni demografiche, storiche, culturali, economiche, urbanistiche e sociali della nostra città.

In conclusione la storia degli ultimi 150 anni mostra come la conformazione urbana attuale e il tessuto sociale cittadino siano il risultato dell'avvicinarsi di cicli economici non sempre favorevoli ma in cui è possibile intravedere la capacità della città di attraversare e superare i periodi di crisi anche grazie a un sistema imprenditoriale che ha colto le opportunità offerte dalle diverse fasi storiche, il tutto accompagnato da politiche cittadine che hanno saputo far fronte alle necessità demografiche collegate alle nuove esigenze produttive.



BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- Abrate M. (1978), *L'industria piemontese 1870-1970. Un secolo di sviluppo*, Mediocredito Piemontese, Torino.
- Abriani A. (1976), *Manutenzione sociale e politica dell'abitazione in Italia durante il fascismo*, in AAVV *Torino - 1920-1936 Società e cultura tra sviluppo industriale e capitalismo*, Ed. Progetto, Torino.
- Castronovo V. (1987), *Torino*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- Città di Torino (1950), *Annuario statistico 1946*, SATET, Torino.
- Città di Torino (1952), *Annuario statistico 1949*, SATET, Torino.
- Città di Torino (1992), *Annuario statistico 1990*, Torino, pp. 60-61, tab. 2.
- D'Errico A., Cardano M., Scarinzi C., Costa G. (in press), *Risk of psychosis among the offspring of Italian migrants in Turin, Italy*.
- Ginsborg P. (1989), *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1988*, Einaudi, Torino.
- Graziani A. (1972), *L'economia italiana dal 1945 a oggi*, I ed., Società editrice il Mulino, Bologna 1972.
- Guidi G., (1949) *Le industrie torinesi danneggiate da eventi bellici*, in *Torino. Rivista mensile municipale*, A. XXV, n. 10, ottobre, 1949, Torino.
- Guidi G. (1950) *La distruzione per eventi bellici delle case di abitazione*, in *Torino. Rivista mensile municipale*, A. XXVI, n. 1, gennaio, 1950, Torino.
- Schizzerotto A. (1993), *Problemi concettuali e metodologici nell'analisi delle classi sociali*, In: Palumbo M. (a cura di) *Classi, disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi*, Franco Angeli, Milano.
- Signorelli B. (1976), *Le modifiche della città*, in AAVV, *Torino - 1920-1936 Società e cultura tra sviluppo industriale e capitalismo*, Ed. Progetto, Torino.
- Vignoli I., (1982), *Torino: la città FIAT*, in AAVV, *Grandi città e aree metropolitane*, (a cura di) Mainardi R, Tombola C, Franco Angeli Editore, Milano.