volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

All’indomani delle elezioni: le incerte prospettive della sanità piemontese

Autore: Andrea Ciattaglia

Federico Riboldi, neoassessore alla sanità della Giunta Cirio in quota Fratelli d’Italia, potrebbe stupirci. Ma, date le premesse, questa va considerata come l’opzione più remota. **La prospettiva di un «Icardi 2»** (dal nome del precedente inconsistente assessore) **o di una sanità di fatto commissariata dai tecnici** con lo scudo mediatico del presidente Cirio **è l’opzione, ahinoi, più probabile**.

Ecco cinque elementi delle vicende di questi giorni da tenere in conto per i prossimi cinque anni.

Assessore lampo. Le ricostruzioni giornalistiche descrivono la scelta di Riboldi come effettuata in tempi strettissimi dal ministro Crosetto e dal sottosegretario Delmastro, entrambi di Fratelli d’Italia: un assessore designato «in mezz’ora», dopo il no (forse condizionato da mancate garanzie di agibilità politica in un settore con molti paletti tecnici e finanziari) di altri esponenti della maggioranza. Il messaggio non è incoraggiante: la nomina del responsabile dell’80 per cento del bilancio regionale e della materia più scottante e urgente della Regione – con largo distacco sulle altre – pare essere stata affrontata con meno attenzione e cura di quella che si riserva di consueto alla distribuzione delle cariche in un Consiglio comunale. Peraltro, sempre secondo fonti giornalistiche di questi giorni, la nomina è avvenuta mentre si erano già attivate relazioni formali con il Ministero dell’Agricoltura, nella previsione che Riboldi ricoprisse il ruolo di assessore all’Agricoltura. Se questo non suona come un «Icardi 2»…

Competenze. L’annuncio della nomina è stato accompagnato da reazioni tra il perplesso e il sarcastico sulle competenze di Riboldi. Per i suoi trascorsi professionali, su un quotidiano torinese Riboldi è stato definito, in sostanza e con malcelata ironia, esperto di condizionatori, mentre nei capannelli virtuali e reali di medici e operatori sanitari circola la macabra battuta del previsto miglioramento della refrigerazione nelle camere mortuarie. Il punto è che la carica di sindaco di Casale Monferrato e le esperienze lavorative di Riboldi (classe 1986) non appaiono a molti commentatori un curriculum adeguato a un settore così complesso e complicato come la sanità. «Complesso» perché quello sanitario è sistema molto articolato, che riguarda tutele e prestazioni lungo tutto l’arco della vita (davvero, dalla culla alla tomba), che tocca settori diversissimi tra loro, tutti inevitabilmente da tenere assieme con l’obiettivo – come da Costituzione – di assicurare la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività. «Complicato» perché le logiche interne al sistema sanitario sono un ginepraio – anche di trappole personali – nel quale l’esperienza sul campo e sulla specifica materia è requisito necessario per districarsi e trovare soluzioni, spesso controintuitive.

Nomina “tecnica”? Tuttavia, imputare la nomina di Federico Riboldi a fretta e mancata

cura nelle scelte sarebbe svilente nei confronti della politica. Va, invece, tenuto conto che un effetto possibile della nomina di un esordiente del settore è la concentrazione del potere decisionale in materia sanitaria in capo ai tecnici dell'assessorato (o, più su, di quelli del Ministero e di Agenas) e dei gestori prevalentemente privati dei servizi. Non è affatto un mistero della pratica amministrativa che la relazione/collaborazione tra assessore e funzionari vive anche di confronto di visioni, contrasti, forzature richieste o imposte, trattative sui limiti d'azione… a patto che le rispettive competenze e "standing" siano analoghe. Che la relazione, insomma, sia di saperi diversi e complementari, ma a livello paragonabile. Forti squilibri, generalmente a sfavore dei politici (loro passano, i funzionari restano), assegnano automaticamente maggiore potere ai tecnici, che oggi vuol dire sostanzialmente prevalenza assoluta del parametro del controllo dei conti, a scapito dell'erogazione delle prestazioni, e meno innovazione nelle pratiche amministrative, che i funzionari tendono a ripetere o ad applicare "a scendere" dai livelli superiori (è il caso dei tanti piani nazionali tradotti in piani regionali), mentre caratteristica dei buoni politici è quella di riformare pratiche consolidate, se questo permette di rispondere meglio alle esigenze sociali diffuse, com'è oggi quella della richiesta di cura in sanità. In ambito sanitario, la Regione Piemonte ha vissuto almeno negli ultimi dieci anni un'esemplare situazione del genere: sia nelle giunte Chiamparino (con il piano di rientro), sia nell'ultima giunta a guida Cirio, gli apparati hanno preso il sopravvento sui politici. Chi non ricorda i tempi di Fulvio Moirano come *dominus* delle politiche che Antonio Saitta (Pd) doveva far digerire alla sua maggioranza, compromettendo definitivamente la sua carriera politica? O quelli più recenti del sostanziale "commissariamento" della Sanità da parte del presidente Cirio, in sfavore di un evanescente assessore Icardi e a favore di una gestione esclusivamente tecnica sui dossier più scottanti – liste di attesa o Parco della salute, per esempio – affidati rispettivamente al direttore regionale della Sanità, Antonino Sottile, e per nomina governativa al commissario Marco Corsini?

Ospedali e liste di attesa. La grancassa mediatica sulla sanità ha battuto nella breve campagna elettorale ormai alle spalle il ritmo di due "emergenze": l'edilizia sanitaria e le liste di attesa per la diagnostica. Sulla prima è impossibile anche solo accennare, senza dedicare ad essa almeno lo spazio di un altro articolo. Sulle liste di attesa per visite ed esami per venire all'arduo compito del neoassessore Riboldi, si tratta (si ripete, ma così è) di questioni difficili, da trattare tenendo conto di una pluralità di fattori – alcuni nemmeno noti nel dettaglio – in correlazione tra loro. A campione: è previsto dal decreto legislativo 124 del 1998 che le prestazioni diagnostiche devono essere assicurate dal Servizio sanitario entro i tempi della prescrizione (10, 20, 60 o 120 giorni, quindi al massimo 4 mesi). La Regione ha intenzione di attivare su larga scala un'informazione agli utenti sulla possibilità di attivare questa norma? Oltre alla diagnostica e agli esami, c'è una lista per gli interventi chirurgici. A questa come si intende porre rimedio? Oppure ancora, di quali dati dispone l'amministrazione per valutare il fenomeno della rinuncia alle cure da parte degli utenti? Quanti di loro smettono di curarsi e quanti invece "tentano" di prenotare nel pubblico e poi, per tempi di attesa eccessivi o altre valutazioni, usufruiscono di prestazioni private, ma coperte in buona parte da polizze sanitarie integrative, ormai diffuse

incorporate in quasi tutti i contratti collettivi nazionali? Possono questi utenti essere catalogati *tout court* come pagatori privati e utenti abbandonati dal Servizio sanitario? Insomma, questioni sulle quali pare impossibile raggiungere qualche risultato senza politiche e trattative dialettiche con lo Stato, le parti sociali, i gestori, che assicurino più trasparente e puntuale monitoraggio, maggiori risorse, una diversa organizzazione, un aumento di carichi di lavoro anche nel pubblico…

Socio-sanitario. Per capillarità e pressione sui conti domestici e sulla tenuta sociale delle famiglie piemontesi, il tema delle mancate cure ai malati non autosufficienti appare persino più grave. Per limitarsi alle cure residenziali, la Regione Piemonte in questo momento nega il diritto esigibile (legge 833/1978, articolo 30 dei Lea) alla quota sanitaria a oltre 15mila malati non autosufficienti ricoverati in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa). Cioè, non garantisce alcun tipo di cura a piemontesi gravemente malati (Alzheimer, demenza, esiti da ictus…). Le misure “alternative” di questa legislatura hanno riguardato il settore sociale, ma hanno inciso su pochi, per un tempo limitato, selezionando le domande in base all’Isee (vietato in sanità) e non dando piena risposta al fabbisogno dato che l’ammontare mensile per i beneficiari della misura “Scelta sociale” è di 600 euro per due anni, a fronte di rette mensili private in Rsa di 3.500 euro mensili. Rimettere mano a un tavolo Lea con associazioni degli utenti, parti sociali, gestori, come si fece per il recepimento dei primi livelli essenziali di assistenza del 2001 sarebbe necessario a detta di tutti i qualificati osservatori del settore. Un passaggio che alcuni definiscono “imprescindibile” per la scrittura del nuovo piano socio-sanitario (prima della redazione del testo, non dopo), se l’intento è quello di impostare un programma quinquennale di erosione delle liste di attesa socio-sanitarie e di aumento delle garanzie delle insufficienti prestazioni domiciliari (carenti per tipologia, ancor prima che per numero, perché sul fronte sanitario sono limitate agli estemporanei passaggi dell’Adi, Assistenza domiciliare integrata).

Per i punti che sommariamente si sono trattati, a Federico Riboldi, al neo assessore alla sanità del Piemonte, vanno sinceramente fatti gli auguri di buon lavoro, con la speranza di una sua proficua collaborazione con tutti gli attori della sanità piemontese. Nell’interesse di tutti. In frangenti difficili, per certi versi decisivi, come quelli che stiamo vivendo, c’è da augurarsi per tutti più relazione tra gli amministratori e i rappresentanti degli utenti, le parti sociali, gli operatori sanitari, i gestori pubblici e privati dei servizi. In una parola, più «politica». Rispetto al quasi nulla della gestione Icardi, pare si possa confidare in qualcosa di più. Se sarà abbastanza, lo diranno già i primi mesi di questa nuova legislatura.