

Sanità tunisina e ipotesi di federalismo. Qualche suggerimento dall'Italia

Con caratteristiche e su scale ovviamente molto diverse, la Tunisia condivide con l'Italia marcate differenze territoriali in un Paese di dimensioni tutto sommato limitate. Per l'Italia la linea di separazione corre tra Centro-Nord e Sud, mentre in Tunisia la divisione è sia più profonda sia più complessa, perché è tra le realtà urbane più vicine alla costa (Tunisi, Biserta, Susa, Sfax, al-Qayrawan, Gabès) comprensive del loro immediato entroterra e le vaste aree interne, ma anche tra la fascia costiera nord (quella di Biserta, Tunisi, Hamamet) e quella a sud (sino al confine con la Libia). Le zone costiere sono più densamente popolate e ospitano le più importanti attività economiche, mentre quelle interne sono più vaste (il 70-80 per cento del territorio), con condizioni climatiche più difficili, poco popolate e a vocazione-agricolo pastorale e solo in misura minore anche turistica. La costa nord, inoltre, si avvantaggia, rispetto a quella sud, di condizioni climatiche più mediterranee e, sul piano economico, anche di maggior prossimità alle coste europee e italiane in particolare.

Per questa motivazione di fondo, il tentativo trasformare su basi federaliste la sanità tunisina (il progetto in discussione un paio di anni fa, prima della pandemia da COVID-19) può, in qualche misura, fare tesoro delle difficoltà e dei ripensamenti del percorso di federalizzazione della sanità italiana, aperto venti anni fa e mai concluso. L'incontro di Tunisi ha avuto come focus questo paragone.

Quali sono stati i problemi sperimentati dall'Italia? Possono essere riassunti in quattro snodi: (1) il divario di dotazione infrastrutturale, che è condizione necessaria perché un'area territoriale possa funzionare su basi maggiormente autonome; (2) la difficoltà a fissare degli *standard* di prestazioni e spesa che tengano conto delle diversità socio-sanitarie tra territori; (3) la difficoltà a coordinare scelte di politica sanitaria diverse tra Regioni (prevenzione, compartecipazioni alla spesa applicazione di strumenti di regolazione, immissione di nuovi farmaci o nuovi *medical devices* negli ospedali, etc.); (4) la necessità di mantenere pochi poli di eccellenza specializzati su terapie e tecniche di riferimento per tutto il territorio nazionale perché non replicabili a livello Regione o addirittura a livello ospedaliero (l'errore invece in Italia commesso, anni prima, con il forte decentramento universitario e la conseguente caduta di qualità).

Dalla discussione in aula è emerso come questi stessi snodi sui quali si è quasi arenato il progetto federalista italiano potrebbero presentarsi in maniera ancora più drastica in Tunisia, dove le aree periferiche sono molto più dipendenti da quelle costiere per l'accesso alle cure e dove, se si realizzassero gradi di separazione tra territori (anche quelli costieri), le difficoltà e le insufficienze cui andrebbero incontro quelli interni e quelli meno sviluppati si potrebbero tradurre presto in conseguenze e esternalità negative per gli altri.

La Tunisia, al giorno d'oggi, non soddisfa le condizioni più adatte per rendere utile e vantaggioso un passaggio al federalismo sanitario, che è cambiamento che tipicamente può essere vantaggioso in Paesi più grandi, con economie sviluppate e istituzioni mature che costituiscano un buon punto di partenza per ampliare le autonomie dei sub-livelli di governo. Sarebbe piuttosto consigliabile (questa è stata la conclusione del dibattito) puntare su un modello di tipo *hub&spoke*, rafforzando e modernizzando i plessi ospedalieri delle grandi città costiere e collegandoli nella maniera più rapida possibile (un servizio di ambulanze o ancor meglio di elicotteri-ambulanza) a presidi ben organizzati di primo soccorso il più possibile diffusi sul resto del territorio a seconda di come si distribuiscono le comunità.