

Autonomia differenziata e tutela della salute, tra improvvisazioni e omissioni pericolose

Nerina Dirindin*

RPS

Il testo è la sintesi dell'articolo pubblicato nella Rubrica «Autonomia differenziata. Rischi e conseguenze di una riforma» del n. 1 2023 di Rps e scaricabile dagli abbonati nella versione integrale al link:

<https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2023/06/14-Dirindin.pdf>

Il Governo italiano sta procedendo a dare attuazione all'autonomia regionale differenziata prevista dall'articolo 116 della Costituzione. Consiste nell'attribuzione alle regioni a statuto ordinario che ne fanno richiesta di «ulteriori forme e particolari condizioni di autonomia» in ambiti originariamente disciplinati in modo uniforme dallo Stato, cosicché in tali ambiti, la regione che beneficia delle maggiori autonomie può legiferare con competenza piena. La normativa prevede un ampio numero di materie attribuibili che vanno dalla sanità alla scuola, dall'ambiente alla ricerca, dal commercio estero all'energia.

L'autonomia differenziata mira a dare maggiori competenze a chi può correre più velocemente, lasciando inalterata - nella migliore delle ipotesi - la condizione di chi è rimasto indietro. Le materie attribuibili riguardano in realtà problemi comuni a tutte le regioni, che dovrebbero essere affrontati a livello nazionale, a beneficio di tutti, rafforzando il welfare ed evitando soluzioni singole che aumenterebbero i costi di decisione e creerebbero disparità e disuguaglianze. Si pensi ad esempio alla possibilità che ogni regione possa proporre autonome valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci, materia strettamente scientifica e di rilievo addirittura sovranazionale. Oppure al possibile riconoscimento alle Regioni dell'autonomia nella funzione di vigilanza sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza, cosicché ogni regione controllerebbe sé stessa con riguardo alla

* *Nerina Dirindin* è un'economista pubblica, esperta di welfare e tutela della salute. Docente presso l'Università di Torino, è presidente di *Salute Diritto Fondamentale*.

sua capacità di garantire i servizi sanitari alla popolazione.

Il riconoscimento a singole regioni di ulteriori forme di autonomia è una decisione che non può prescindere dalla fissazione di regole generali che non si possono limitare alla sola procedura da seguire e alle generali modalità operative di trasferimento di funzioni e risorse (come sostanzialmente fa il d.d.l. Calderoli), ma che dovrebbero esplicitare in modo chiaro le condizioni e gli obiettivi che giustificano il trasferimento di competenze alla singola regione e le ricadute a livello nazionale, in una prospettiva di medio lungo periodo. Costituisce inoltre condizione preliminare la definizione dei Lep in tutte le materie attribuibili, un'operazione giuridica, tecnica, politica e professionale che richiede una cultura dei diritti universali, o comunque nazionali, che non può essere ridotta a una semplice elencazione dell'esistente. In ogni caso l'esperienza del settore sanitario mostra come la definizione dei livelli essenziali richieda tempo, molto più tempo di quanto previsto dai programmi del Governo.

La definizione dei Lep non è comunque sufficiente. Una volta definiti, i Lep devono poter essere regolarmente monitorati e valutati in tutto il territorio nazionale e ciò è tanto più possibile quanto più adeguata è la declinazione dei diritti riconosciuti alla popolazione. Deve inoltre essere definito un sistema di sanzioni in caso di inadempienza da parte di una regione rispetto agli obblighi di tutela dei diritti civili e sociali sottostanti al Lep.

L'esperienza insegna che il monitoraggio dei Livelli essenziali richiede, nella definizione del sistema e nella sua concreta attuazione, un livello centrale forte - nelle competenze e nella cultura del rispetto dei diritti - - in un'ottica non ispettiva o sanzionatoria (talvolta pur necessaria) ma culturale e politica, di promozione delle attività dei livelli sub-nazionali (che spesso confidano nelle mancate e parziali verifiche da parte del livello superiore di governo) e di sostegno nei confronti delle realtà meno attrezzate. Il rafforzamento del livello centrale dovrebbe essere considerato una condizione preliminare a qualunque nuova forma di autonomia, in assenza della quale i servizi garantiti differiranno inevitabilmente in ogni regione (sulla base delle preferenze politiche locali e delle capacità di governo) e aumenteranno i divari interregionali.

Anche il riferimento ai costi e ai fabbisogni standard appare insufficiente: il passaggio dalla spesa storica dell'ultimo triennio (per di più stravolto dalla pandemia) ai costi e fabbisogni standard risulta oscuro e non definito. Senza contare che l'esperienza insegna che è necessario

un approccio che consapevolmente rinunci alla illusoria valutazione dei costi di produzione in condizioni di efficienza di ciascuna prestazione e adotti un approccio macroeconomico, o per lo meno per grandi aggregati di attività. Così come è necessario verificare ex ante la qualità del sistema informativo disponibile, evitando di analizzare solo quanto è oggetto storicamente di rilevazione e dimenticando tutto il resto, come osservato per l'assistenza sanitaria territoriale i cui flussi informativi sono ancora considerati dallo stesso Ministero della salute insufficienti per qualità e/o livelli di copertura.

Infine, è bene ribadire che l'autonomia differenziata non riguarda solo i cittadini delle regioni che ne chiedono il riconoscimento, come implicitamente i suoi sostenitori vorrebbero far credere derubricando la questione a meri aspetti amministrativi. L'autonomia differenziata comporta scelte che riguardano tutto il paese, su un insieme di materie che interessano praticamente tutte le politiche pubbliche e che incidono sui diritti delle persone, in particolare sui temi del welfare e del benessere in particolare delle persone più deboli.