

# **EVOLUZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE IN TRENTINO**

DAL SECONDO STATUTO DEL 1971 AL 2021

Paola Maccani e Franco Debiasi



**50 anni di autonomia trentina**



# **EVOLUZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE IN TRENTINO**

DAL SECONDO STATUTO DEL 1971 AL 2021

Paola Maccani e Franco Debiasi

---

**50 anni di autonomia trentina**

La presente pubblicazione è parte della Collana  
"50 anni di autonomia trentina", promossa dal Comitato per il  
Cinquantesimo del Secondo Statuto di autonomia della Regione  
Trentino-Alto Adige/Südtirol voluto dalla Provincia autonoma di  
Trento e realizzata dalla Fondazione Museo Storico del Trentino.

**Direzione di collana** Mauro Marcantoni

**Coordinamento tecnico** Elisa Bertò

**Hanno collaborato** Rachele Catania, Andressa Fedrizzi

**Progetto grafico** IDESIA Trento - [www.idesia.it](http://www.idesia.it)

*Il presente volume è stato elaborato con riferimento alla situazione  
al 31 dicembre 2020.*

ISBN 978-88-908941-5-2

© 2022 - IDESIA

Via Piave 22 - 38122 Trento

© 2022 - Fondazione Museo Storico del Trentino

Via Torre d'Augusto 41 - 38121 Trento

*Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questo volume può essere  
riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo  
elettronico, meccanico o altro, senza l'autorizzazione scritta dei  
proprietari dei diritti e dell'Editore.*

# Indice

PRESENTAZIONE .....	8
---------------------	---

PREMESSA .....	18
----------------	----

## 1. GLI ANNI '70: COMPETENZE ALLE REGIONI

<b>E FINE DEGLI ENTI MUTUALISTICI .....</b>	<b>26</b>
---	-----------

1.1. I primi interventi provinciali .....	27
---	----

1.2. L'avvio della riforma sanitaria: il trasferimento delle competenze alle Regioni .....	31
---	----

1.3. La nuova disciplina dell'assistenza ospedaliera in provincia .....	37
--	----

1.4. Il Fondo provinciale per l'assistenza ospedaliera .....	38
---	----

1.5. Le specificità del finanziamento statale alle Province .....	40
--	----

1.6. Il Piano ospedaliero provinciale .....	42
---	----

1.7. La liquidazione degli enti mutualistici .....	44
--	----

1.8. La ristrutturazione dei servizi socio-sanitari .....	46
---	----

1.9. Il sistema ospedaliero trentino alla vigilia della riforma sanitaria .....	48
--	----

1.10. Le grandi riforme nazionali di fine decennio .....	51
--	----

## 2. GLI ANNI '80: L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO

<b>SANITARIO NAZIONALE .....</b>	<b>54</b>
----------------------------------	-----------

2.1. Presupposti e fondamenti della riforma sanitaria nazionale .....	55
--	----

2.2. I principi di riferimento .....	58
--------------------------------------	----

2.3. L'applicazione della riforma a livello locale: l'istituzione del Servizio sanitario provinciale .....	60
---	----

2.4. Il Fondo sanitario provinciale .....	61
---	----

2.5. Le Unità sanitarie locali: la legislazione regionale .....	61
--	----

2.6. La disciplina del Servizio sanitario provinciale .....	62
---	----

2.7.	L'avvio della riforma sanitaria in Trentino _____	65
2.8.	Il trasferimento delle funzioni alle USL _____	66
2.9.	Problemi e contraddizioni nell'applicazione della riforma a livello nazionale _____	66
2.10.	Il problema delle risorse: primi provvedimenti per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria _____	70
2.11.	I problemi aperti all'indomani dell'avvio della riforma in Trentino _____	73
2.12.	Gli interventi in Trentino per completare l'applicazione della riforma _____	77
2.13.	Primi orientamenti per una nuova riforma del Servizio sanitario _____	81
2.14.	Provvedimenti per il controllo della spesa: il taglio delle "assegnazioni" statali _____	83
2.15.	La programmazione sanitaria nazionale negli anni '80 _____	84
2.16.	Gli indirizzi programmatici a livello provinciale _____	85

### **3. GLI ANNI '90: L'AVVIO DELLA UNICA**

#### **AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI**

<b>SANITARI</b>	90
3.1. La crisi delle Unità sanitarie locali	91
3.2. Il progetto di riordino del Servizio sanitario	92
3.3. Il nuovo modello nazionale di finanziamento	95
3.4. Gli orientamenti provinciali per la riforma	96
3.5. Il modello organizzativo del Servizio sanitario provinciale	99
3.6. La specificità del modello provinciale	100
3.7. In preparazione della nuova riforma a livello provinciale	104
3.8. Il Piano sanitario provinciale nella fase di transizione dal sistema USL all'Azienda sanitaria	105
3.9. L'applicazione della legge 10 del 1993 e i successivi interventi correttivi	108

3.10. Le proposte programmatiche nella seconda metà degli anni '90 .....	113
3.11. Gli obiettivi assegnati all'Azienda .....	117
3.12. La terza riforma del Servizio sanitario nazionale .....	123
3.13. Gli orientamenti provinciali .....	127

#### **4. IL PRIMO DECENNIO DEGLI ANNI 2000:**

<b>IL TITOLO V E LE PRIME MODIFICHE AL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE .....</b>	<b>132</b>
4.1. Le riforme nazionali sulla sanità. La riforma del Titolo V della Costituzione .....	133
4.2. L'avvio del nuovo sistema di <i>governance</i> del SSN a seguito della modifica del Titolo V ..	136
4.3. Altre normative nazionali .....	141
4.4. Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 e i Patti per la Salute .....	142
4.5. Il federalismo fiscale .....	145
4.6. Le manovre finanziarie nazionali .....	146
4.7. I temi indicati nelle priorità dei Programmi di sviluppo provinciali .....	147
4.8. La produzione normativa provinciale .....	150
4.9. Modifiche all'assetto del Servizio sanitario provinciale .....	151
4.10. La produzione normativa provinciale: la programmazione in aree specifiche .....	153
4.11. L'avvio della Protonterapia .....	157
4.12. Norme per favorire l'integrazione socio-sanitaria .....	159
4.13. Dal Piano sanitario al Piano per la Salute .....	161
4.14. Le linee guida programmatiche approvate a metà decennio .....	163
4.15. I tempi e le liste di attesa per prestazioni specialistiche .....	164
4.16. La rete degli ospedali e il Nuovo ospedale del Trentino .....	165

4.17. La programmazione nell'assistenza territoriale e l'avvio delle APSP _____	167
4.18. I requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento _____	169
4.19. La promozione della salute _____	170
4.20. Le nuove tecniche di comunicazione in sanità e la ricerca _____	171

## **5. IL SECONDO DECENNIO DEGLI ANNI 2000:**

### **LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO**

<b>PROVINCIALE</b> _____	174
5.1. La "quasi riforma" Balduzzi e altri provvedimenti nazionali _____	176
5.2. La programmazione nazionale _____	179
5.3. Gli orientamenti provinciali per la riforma del Servizio sanitario provinciale definita dalla l.p. 10/1993 _____	182
5.4. I principi ispiratori della riforma del 2010 ____	184
5.5. Il Servizio sanitario provinciale dopo la l.p. 16/2010 _____	186
5.6. I pilastri del nuovo assetto del Servizio sanitario provinciale _____	188
5.7. La gestione dei tempi di attesa per l'assistenza specialistica _____	192
5.8. Il Nuovo ospedale del Trentino _____	196
5.9. I Fondi sanitari integrativi _____	197
5.10. L.p. 16/2010: il nuovo modello organizzativo e gestionale della Azienda provinciale per i servizi sanitari _____	199
5.11. Le ragioni per una revisione organizzativa dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari _	201
5.12. La sperimentazione di un nuovo modello organizzativo dell'Azienda sanitaria _____	202
5.13. La normativa provinciale sulla sanità _____	205
5.14. La programmazione provinciale: i Programmi di sviluppo _____	211



5.15. Il Piano provinciale per la Salute _____	213
5.16. La programmazione provinciale su temi specifici _____	214
5.17. Il finanziamento della spesa sanitaria provinciale _____	229
5.18. Anno 2020: la pandemia da Covid-19 _____	234
APPENDICE _____	248
PROFILO DI SALUTE DEL TRENTINO - 2020 _____	256
Demografia _____	257
Occupazione _____	258
Benessere economico _____	258
Istruzione _____	258
Stili di vita _____	259
Mortalità _____	261
Infortuni stradali, domestici e sul lavoro _____	261
Salute mentale _____	262
Suicidi _____	262
Violenza di genere _____	263
BIBLIOGRAFIA _____	264
Principali fonti/testi consultati _____	265
Sitografia _____	268
Normativa nazionale citata nel testo _____	269
Normativa provinciale citata nel testo _____	273
Normativa regionale citata nel testo _____	277

# PRESENTAZIONE

Giuseppe Ferrandi e Mauro Marcantoni



n Trentino, come nel resto del Paese, negli ultimi 50 anni si è assistito a una profonda evoluzione culturale della concezione di salute e dei modi per favorirla e/o per recuperarla. Una evoluzione che ha comportato scelte politiche e tecniche del tutto nuove, indotte dal fatto che la salute non equivale più ad assenza di malattia, concetto che aveva focalizzato tutta l'attenzione sulla individuazione e sulla cura delle singole malattie, ma a completo benessere fisico, mentale e sociale. Si è quindi passati a una idea di salute non come condizione statica dell'individuo, ma come *continuum* salute-malattia in cui ciascuno può collocarsi in un dato momento della vita, disponendo in ogni caso di risorse e opportunità per stare meglio a livello fisico, psicologico e sociale. Una rivoluzione culturale che nei decenni si è venuta sempre più rafforzando, trasformando radicalmente i presupposti delle politiche non solo sanitarie. Tutto questo, in Trentino, ha trovato per molti aspetti condizioni di massimo favore, ma anche alcuni vincoli che da un lato hanno costituito dei limiti alla potestà di "autogoverno" e, dall'altro, hanno reso particolarmente impegnativo il concreto espletarsi di questa nuova idea di salute. Riguardo le condizioni di favore, la conformazione istituzionale dell'Autonomia trentina, dotata di un amplissimo corredo di competenze, ha consentito di incidere su moltissimi degli ambiti che alla nuova idea di salute sono intimamente connessi: un'idea che coinvolge attivamente un insieme complesso di "altre" condizioni che, della salute, sono di fatto corresponsabili. È infatti ormai comunemente acquisito che la salute della popolazione è solo parzialmente dovuta al livello di qualità dei servizi sanitari ad essa dedicati, mentre è ampiamente conseguente alle condizioni socio-economiche, alla qualità dell'ambiente in cui si vive, alla ridotta presenza di disuguaglianze sanitarie e sociali. Tutte condizioni, queste, rientranti nello spazio di azione dell'Autonomia del Trentino e, per alcune competenze, anche della Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol.

Un'idea "ampia" di salute che, nei Paesi più evoluti, vede le politiche sanitarie integrate nelle politiche degli altri settori di interesse della collettività: la scuola, i trasporti, il lavoro, l'abitare, la protezione sociale, le opportunità di socializzazione/fruizione di eventi e così via.

Quindi, per una corretta lettura dell'alto livello di salute e benessere raggiunto dai trentini (nel confronto con i conazionali), è necessario ampliare lo sguardo alle condizioni di vita che in Trentino è stato possibile assicurare alla popolazione, anche in ragione della qualificata gestione delle risorse e della opportunità che il particolare e specifico contesto autonomistico ha garantito. Non a caso, il Trentino è da anni ai primi posti nelle analisi di organismi indipendenti che misurano la qualità della vita.

In secondo luogo, il sempre maggiore interesse dei cittadini a partecipare al processo decisionale nelle scelte di salute ha trovato nell'autonomia la condizione ottimale. La stretta prossimità tra cittadino e potere, tipica della nostra realtà provinciale, anche di periferia, ha costituito e costituisce un terreno favorevole per conferire ai processi di partecipazione quel valore in più difficilmente riscontrabile in realtà non dotate di potestà significative di autogoverno, o caratterizzate da grandi dimensioni, meno adatte a una efficace e puntuale lettura di bisogni ed attese.

È vero che l'avvento di Internet e delle nuove tecnologie dell'informazione ha profondamente inciso nelle modalità con cui si sviluppano i rapporti individuali e sociali, ma è comunque ragionevole ritenere che anche nel cruciale ambito della salute la prossimità fisica tra cittadino e potere, consentita dall'autonomia e dalle piccole dimensioni provinciali, continui a costituire un fattore pregiato. E questo non solo in termini generali, ma anche nelle varie fasi dei processi decisionali e operativi: dalla analisi dell'esistente alla condivisione dei campi in cui impegnarsi/migliorare, dalla definizione delle scelte strategiche alla valutazione dei risultati raggiunti.

Passando ai vincoli, le criticità più rilevanti con cui le politiche provinciali hanno dovuto misurarsi sono essenzialmente tre: la natura concorrente della competenza in materia sanitaria, la sostenibilità della relativa spesa, la conformazione montana e articolata del territorio.

Il primo vincolo, quello che riguarda la natura concorrente della competenza sanitaria, ha obbligato e obbliga le politiche sanitarie provinciali al rispetto dei principi fondamentali della legislazione statale, che in questa materia sono particolarmente pregnanti. Per questa ragione le scelte dell'Autonomia, pur significative e in molti casi innovative, devono essere lette congiuntamente a ciò che, nella materia, ha stabilito lo Stato. Detto questo, comunque, lo spazio di azione della Provincia autonoma è stato ampio per quel che riguarda sia gli assetti istituzionali, profondamente variati nel tempo, sia il funzionamento del sistema sanitario, in particolare per il raccordo con le politiche sociali e assistenziali.

Il secondo vincolo, quello della sostenibilità finanziaria, presente fin dagli anni '70, ha avuto una fase relativamente più leggera negli anni '90, per poi esplodere nel secondo decennio degli anni 2000. L'effetto congiunto di una spesa già elevatissima, del costante aumento dei bisogni, anche a seguito dell'invecchiamento della popolazione, e di una dinamica regressiva delle risorse finanziarie dell'Autonomia, ha fatto della sostenibilità una sfida cruciale, in particolare nel breve-medio periodo.

Questo ultimo nodo si intreccia strettamente con il terzo vincolo, quello della natura montana del territorio, con le criticità geomorfologiche da un lato e le criticità legate all'esigenza di un giusto equilibrio tra centro e periferia dall'altro. In questo complesso scenario, che intreccia opportunità e vincoli, si colloca il pregevole lavoro di Paola Maccani e di Franco Debiasi. Un lavoro che ripercorre con rigorosa competenza le politiche sanitarie che l'Autonomia del Trentino ha messo in atto a partire dal Secondo Statuto del 1971, con qualche interessante antefatto sul periodo immediata-

mente precedente. Un lavoro che colma il vuoto che, fino ad oggi, ha caratterizzato la storia recente del settore più cruciale, stando ai numeri e al rilievo collettivo, per la vita dei cittadini e per la crescita della comunità trentina.

Dalla lettura del testo si evince che la tutela del welfare sanitario provinciale, e del suo sviluppo, non è mai stata messa in discussione nelle varie Legislature, neanche a fronte delle numerose e cicliche crisi economiche e finanziarie incontrate lungo la strada. Anzi, il modello trentino di welfare è stato difeso con forza, ricercando, di volta in volta, nuove soluzioni strategiche per gestire le difficili emergenze sociali e finanziarie che anche il nostro territorio è stato costretto ad affrontare. E questo, pur nel rispetto delle linee fissate dallo Stato, senza tradire i valori fondativi dell'autonomia trentina, elaborando politiche sanitarie provinciali rispettose delle peculiarità del territorio, sia dal punto di vista socio-culturale che geografico e orografico. Una spinta propulsiva, è bene sottolinearlo, che ha comportato la continua, a volte sofferta, ma sempre protesa a migliorare, tensione a garantire ai cittadini uguale accesso alle cure necessarie, impegnando risorse, organizzando e coordinando attori istituzionali anche diversi per natura e vocazione.

Il testo di Maccani e Debiasi, dopo il già citato richiamo alla situazione preesistente al Secondo Statuto, entra nel vivo di un decennio, quello degli anni '70, che può essere definito come la pietra miliare dell'attuale sistema sanitario nazionale e provinciale. Nel 1978, infatti, con l'approvazione della legge di riforma n. 833, venne istituito il Servizio sanitario nazionale, evento che segnò il passaggio dal sistema assicurativo pubblico (mutue) al servizio sanitario unico. Tuttavia, come viene ricordato nel testo, questo passaggio avvenne in Trentino dopo una precedente legge importante anche per il nostro territorio: la legge 386/1974, che trasferì alle Regioni a Statuto ordinario e speciale gli interventi rientranti nel campo di specifica competenza degli enti mutualistici (malattie comuni) e degli enti previdenziali (INPS e INAIL).

Con queste premesse, le Regioni iniziarono a predisporre proprie linee di intervento e la Provincia autonoma di Trento nel 1975 propose un organico pacchetto di leggi in materia. Nei primi anni '80 si sviluppò in Trentino un ampio insieme di azioni di programmazione, di integrazione e di riorganizzazione della rete dei servizi, al fine di assicurare a tutti i cittadini l'esercizio del diritto alla tutela della salute, come del resto previsto dalla legge 833. Tale sforzo riformatore si tradusse in un pacchetto di interventi normativi (provinciali e regionali) che seguirono le grandi spinte nazionali e che ebbero due pregi: quello di cercare di unificare tutti gli interventi in ambito sanitario e assistenziale e quello di ridurre le divisioni, anche coinvolgendo di più gli attori del settore. Sempre in Trentino, gli anni '80 videro la nascita del Servizio sanitario provinciale (SSP) e il relativo Fondo sanitario provinciale.

Gli anni '90, per il nostro Paese, rappresentarono un decennio molto difficile con evidenti ripercussioni sul sistema sanitario che, da un lato, doveva reggere al continuo aumento della domanda di servizi e, dall'altro, contenere i costi sempre più elevati dello stesso sistema. La necessità di una revisione globale, pertanto, diventò impellente e le spinte al mutamento andarono verso l'acquisizione di meccanismi di flessibilità e razionalità anche di impronta privatistica.

Ma se la situazione nazionale chiedeva a gran voce nuove riforme, nel Trentino la situazione si presentava meno pressante: l'organizzazione sanitaria locale era complessivamente soddisfacente e la spinta alla riforma del Sistema Sanitario Provinciale partiva da altri presupposti.

Le motivazioni che portarono al riordino, con la l.p. n. 10 del 1993, nascevano prevalentemente dalla necessità di fare un ulteriore passo avanti nella gestione complessiva dei servizi sanitari provinciali, ancora troppo legati al vecchio impianto organizzativo.

La fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo millennio furono caratterizzati da una importante "svolta", quella introdotta dalla "Riforma ter", ampiamente trattata nel volume di Mac-

cani e Debiasi. Le leggi approvate in quegli anni a livello nazionale rispondevano a spinte federaliste, alimentate dalla presenza di forze partitiche che rivendicavano poteri sempre maggiori per le Regioni e reclamavano per le stesse una più sostanziale autonomia finanziaria.

In Trentino, rispondendo attivamente alle sollecitazioni nazionali, accanto al nodo finanziario prese forza una nuova idea di salute che con i successivi sviluppi è ancora ben salda e di piena attualità: il cittadino deve diventare protagonista delle scelte di salute che lo riguardano, assumendo un ruolo sempre più attivo. Inoltre, si capì sempre più l'importanza di coinvolgere in maniera coordinata i diversi attori che partecipavano al benessere socio-sanitario del cittadino.

L'ultimo decennio, entrando così nell'attualità, ha visto una ulteriore importante spinta per risolvere, o almeno attenuare, alcune criticità trascinate dal passato o nel frattempo sopravvenute a seguito della accelerata dinamica sociale. Nel 2010 viene approvata la l.p. n. 16 di riforma del Servizio sanitario provinciale: gli ambiti di maggiore attenzione hanno riguardato sia gli aspetti strutturali - pensiamo solo alla difficilissima partita del NOT (Nuovo ospedale del Trentino), - sia quelli organizzativi, nel duplice segno della qualità dei servizi e della loro dislocazione sul territorio, con particolare riferimento al nuovo ruolo dei cittadini, al potenziamento della integrazione socio-sanitaria, all'istituzione dell'unico Servizio ospedaliero provinciale, all'introduzione ragionata delle nuove tecnologie applicate alla sanità.

Dalla fine del 2019 in poi, a segnare climi e impegni è stata l'emergenza, al momento in cui è stato pubblicato questo volume ancora irrisolta, provocata dall'esplosione devastante della pandemia da Coronavirus. Una pandemia che ha messo e che mette a durissima prova strutture, persone, volontariato e istituzioni pubbliche ad ogni livello.

Trarre conclusioni o prefigurare ragionamenti orientati al futuro non rientra nelle finalità di questo volume, men che meno di una presentazione. Tuttavia, qualche nota a margi-



ne su una tematica tanto complessa e socialmente rilevante, proprio alla luce della lettura del volume, viene spontanea. La prima riguarda il livello di qualità del sistema sanitario trentino, così come risulta da uno sguardo complessivo e collocato nell'ambito di una più ampia accezione di salute. Accettando il rischio di un eccesso di semplificazione, potremo apprezzare il sistema sanitario trentino ricorrendo a una coppia di termini, tanto semplici quanto appropriati: *pregiata normalità*.

Si parte dal termine *pregiata* per non sottovalutare la qualità media che caratterizza l'intero sistema sanitario, salvo le disfunzioni, del resto contenute, che caratterizzano ogni organizzazione complessa. Un pregio dimostrato, e sostenuto, non solo dai dati di settore, pur ragguardevoli, ma anche dal buon livello che caratterizza la situazione generale della popolazione, in particolare per quel che riguarda la qualità della vita: una qualità di cui il buon funzionamento della sanità è a un tempo causa ed effetto.

I sostanziali miglioramenti nell'aspettativa di vita negli ultimi 50 anni indicano che in Trentino le persone hanno progressivamente raggiunto vite più lunghe e più sane, collocando la provincia nella fascia più alta della graduatoria nazionale. Questa condizione di vantaggio è il risultato di tanti fattori che si intrecciano e che si potenziano vicendevolmente in una sinergia positiva per la popolazione trentina.

Il termine *normalità* richiama invece l'ampia diffusione di questa condizione *pregiata*, che non si limita a nicchie ristrette, o come succede in altre aree del Paese, ai servizi gestiti dal privato. In Trentino il servizio pubblico è fortemente prevalente - senza nulla togliere all'importante, anche se quantitativamente contenuto, presidio privato - e assicura un livello medio di qualità oggettivamente alto. Un livello medio che però non costituisce un terreno favorevole a interventi particolarmente sfidanti o proiettati al futuro: pensiamo ai problemi del già citato NOT. Un dato di cultura, a cui vanno aggiunti gli effetti del complesso rapporto

tra centro e periferia, da sempre irrisolto, che ha probabilmente rappresentato un freno per le scelte riguardanti dotazioni e servizi ritenuti di particolare impatto sugli equilibri territoriali: a prescindere dal fatto che favoriscano le realtà urbane piuttosto che quelle di valle.

Ampliando il ragionamento, la necessità di salvaguardare l'equilibrio centro/periferia ha probabilmente reso più difficile declinare concretamente un principio che, in linea teorica, ha spesso raccolto un consenso unanime: decentrare tutto ciò che è possibile (in termini di qualità) per avvicinare i servizi ai cittadini; accentrare quello che richiede elevata specializzazione, integrazione fra specializzazioni diverse, alti costi, soprattutto di gestione. La storia, anche recente, ha evidenziato quanto siano state, e siano tuttora, impervie queste difficoltà. Lo dimostra anche il fatto che, nei cinque decenni analizzati, si sono tentate più strade con prevalenze alternate tra l'una e l'altra delle due opzioni, senza mai arrivare a un bilanciamento duraturo e soddisfacente.

Il tema del decentramento/accentramento dei servizi si collega inoltre con la ricerca, e di conseguenza con la disponibilità, di professionisti che posseggano l'*expertise* necessaria e siano in grado di mantenerla nel tempo, anche attraverso un numero sufficiente di casi da trattare. Ciò ovviamente a garanzia della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. In chiusura, può risultare utile richiamare tre aspetti specifici che possono essere di qualche rilievo nel ragionare sul tema salute.

Il primo è la forte e accelerata evoluzione della componente professionale dell'organizzazione sanitaria. In questi ultimi 50 anni abbiamo visto scomparire profili professionali (l'infermiere generico) e nascere nuovi profili che accompagnano le innovazioni tecnologiche, sempre più specializzati nei complessi processi lavorativi. Alle professioni sanitarie tradizionalmente impegnate nel Servizio sanitario nazionale negli anni '70, si sono aggiunti negli ultimi anni ben 22 nuovi profili appartenenti alle professioni tecnico-sanitarie,

sanitarie della riabilitazione e sanitarie della prevenzione (le professioni sanitarie attualmente riconosciute sono 30). È evidente che una dinamica così accelerata e diversificante non può che trovare i necessari riscontri sia in ambito formativo che organizzativo-funzionale.

Il secondo aspetto, in parte connesso al primo, riguarda la crescita progressiva del ruolo dell'Università e della ricerca, che è culminata nel 2020 nell'avvio della Facoltà di Medicina, istituzione questa che dovrebbe rappresentare un volano importante per qualificare ulteriormente i servizi, anche introducendo logiche nuove.

Il terzo aspetto riguarda il valore rappresentato dallo straordinario presidio del volontariato. Il Trentino, da sempre, per propria tradizione storico-culturale, dispone di una diffusa e ampia rete di associazioni di volontariato che operano in tanti settori della vita quotidiana e che sono particolarmente sviluppati nell'ambito socio-sanitario, il cui ruolo è destinato a crescere, sia per rispondere alla sempre più forte domanda di personalizzazione dei servizi sia per coprire spazi di intervento rispetto ai quali la presenza pubblica risulta particolarmente complicata o poco efficace.

Come già ricordato, il viaggio a tappe tra le scelte politiche e gli interventi operativi in campo sanitario messi in atto dalla Provincia autonoma di Trento in questi ultimi 50 anni, qui proposto dal volume di Paola Maccani e di Franco Debiasi, ha certamente il merito di riempire un preoccupante vuoto di conoscenza su un settore cruciale ad ogni livello, istituzionale, sociale ed economico. Ma ha anche il merito, non meno importante, di dare qualche interessante chiave di lettura su come la *pregiata normalità* della sanità trentina costituisca un terreno di riflessione su cui l'interrogativo "Va bene così o è necessario qualche ulteriore aggiornamento?" trova una sua precisa ragion d'essere. Quale sarà la risposta a questo interrogativo non è ovviamente dato saperlo: quello che però sembra certo è che sarà una risposta da cui il futuro del Trentino non può e non potrà in alcun modo prescindere.

# PREMESSA



Nel 1934 con r.d. 1265 viene approvato il “Testo Unico delle Leggi sanitarie”<sup>1</sup>, fondamentale norma nazionale con la quale viene disciplinata la tutela della salute pubblica, precisando le responsabilità del livello nazionale e di quello provinciale e comunale. Il Testo comprende norme sull’igiene del suolo e dell’abitato, sulla tutela igienica dell’acqua, degli alimenti e delle bevande, sulla lotta contro le malattie infettive e di interesse sociale, sulla polizia mortuaria, sull’esercizio delle professioni sanitarie.

A livello centrale è istituita presso il Ministero degli Interni la Direzione generale della Sanità pubblica affiancata da un organo tecnico, l’Istituto di Sanità pubblica, e da un organo di consulenza, il Consiglio Superiore della Sanità pubblica. Nelle province (e anche in Trentino) sono istituiti gli Uffici sanitari provinciali (Ufficio del medico provinciale e Ufficio del veterinario provinciale), i quali possono contare sull’organo tecnico del Laboratorio di Igiene e Profilassi.

Il medico provinciale assume un ruolo rilevante nell’attuazione delle disposizioni dettate dal r.d. 1265, che prevedono tra l’altro: fornire parere sui progetti di edifici scolastici, campi sportivi, piscine, bagni pubblici e simili; vigilare sull’igiene delle scuole, sugli istituti e laboratori ove si compiono esperimenti su animali; redigere la relazione annuale sull’andamento dei servizi sanitari e sullo stato sanitario della provincia; ricevere denunce e informazioni su fatti e circostanze di interesse per la sanità pubblica<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> La prima legge italiana organica sulla sanità è la legge 20 marzo 1865, n. 2248, sulla unificazione amministrativa del Regno, il cui Allegato C era dedicato alla sanità pubblica, affidando la materia al Ministro dell’Interno - e, alla sua dipendenza, ai prefetti, sotto-prefetti e ai Sindaci - assistito da un Consiglio Superiore di Sanità. A fine ‘800 la medesima impostazione viene mantenuta nella legge Crispi-Pagliani n. 5849 del 1888 “Tutela dell’igiene e sanità pubblica”, che avvia un modello di organizzazione sanitaria attraverso le Opere Pie e gli Istituti religiosi di assistenza. Con la successiva legge n. 6972/1890 sulle “Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (le cosiddette IPAB)” le attività di assistenza sono ricondotte al controllo dell’Amministrazione statale attraverso la trasformazione degli istituti ed enti privati in *Istituzioni pubbliche*.

<sup>2</sup> Per quanto attiene al Trentino, è interessante ripercorrere la storia (che qui viene sintetizzata per brevità) del “Laboratorio di Igiene e Profilassi” che sarà

Nella prima metà del '900 vengono istituiti diversi enti mutualistici con compiti previdenziali e sanitari nei confronti di categorie di lavoratori (pensionati di stato, coltivatori diretti, artigiani, commercianti), nonché una miriade di enti minori. Nel 1943 il regime fascista cerca di accorpare il fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria nell'Ente Mutualità Fascista - Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori (INAM). Gli enti mutualistici divengono così la spina dorsale di un nascente welfare burocratico e corporativo-assicurativo che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizza le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro<sup>3</sup>.

---

operativo fino all'attuazione della legge 833/1978 di istituzione del Servizio sanitario nazionale. Fino al 1918 l'organizzazione della repressione delle frodi alimentari e la sorveglianza sul commercio degli alimenti era operata dal regime austriaco attraverso il "Laboratorio chimico per la sorveglianza alimentare" di Innsbruck.

*«Con la liberazione del Trentino-Alto Adige - scriveva l'allora Direttore del Laboratorio - 2/3 di tutta la cessata provincia del Tirolo staccati dall'attività dell'Istituto di Innsbruck verrebbero a perdere i benefici dell'istituzione e precisamente nell'epoca dove in conseguenza della lunga guerra e della diminuita produzione di viveri, della coscienza del commercio ancora più ribassata, il paese ne avrebbe maggiore bisogno».* La proposta è quindi quella di mantenere il Laboratorio secondo le modalità organizzative operanti, almeno fino a quando la materia non sia puntualmente definita dall'Italia in modo organico; la proposta peraltro si spinge anche a proporre l'idea di un Istituto di Stato per l'analisi delle sostanze alimentari con sede proprio a Trento.

Di fatto, la Presidenza del Consiglio dei Ministri nell'agosto del 1919 conferma la necessità di mantenere per il nuovo ufficio l'organizzazione preesistente. Attraverso alterne vicende, ivi compreso lo spostamento della sede prima in via Roma, poi in via Verruca a Piedicastello, e in periodo di trasformazioni anche istituzionali, con il r.d. 155/1927 viene approvato il *Regolamento per i Laboratori provinciali di Igiene e Profilassi*, a mezzo del quale il Laboratorio passa dalla competenza statale a quella dell'Amministrazione provinciale. Fino al 1931, anno nel quale anche la Provincia di Bolzano si dota di proprio Laboratorio di Igiene e Profilassi, le analisi chimiche anche per la provincia di Bolzano vengono effettuate a Trento. Il Laboratorio di Igiene e Profilassi nel febbraio 1932 viene trasferito in via Piave n. 5, in un edificio costruito su progetto dell'Ufficio Tecnico della Provincia di Trento. Il Laboratorio è sottoposto al controllo e alla vigilanza della Direzione generale della Sanità pubblica incardinata nel Ministero dell'Interno fino al 1958, anno in cui la competenza passa al Ministero della Sanità istituito proprio in quell'anno.

**3** Merita una citazione particolare, per quanto riguarda il Trentino, la "Cassa mutua provinciale di malattia": infatti, la possibilità per il Trentino di disporre della Cassa mutua provinciale di malattia era prevista dal Primo Statuto di autonomia e quindi la sua istituzione avvenuta nel 1954 ha rappresentato un traguardo importante per la comunità trentina.

Si trattava in realtà di una ricostituzione in quanto in tutti i territori dell'Impero

Oltre alle sperequazioni tra i beneficiari, una sanità così impostata prevede una copertura parziale della popolazione (lavoratori e familiari a carico). Uno dei paradossi che si viene a creare è, per esempio, che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (e i loro familiari), hanno possibilità ridotte di accedere a cure e assistenza adeguate. Oltre agli enti mutualistici, a livello nazionale sono peraltro attivi altri enti che si occupano di specifici problemi assistenziali come ad esempio: l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL); le Province che gestivano l'assistenza manicomiale<sup>4</sup>; l'Opera Nazionale Ma-

---

asburgico - e quindi anche nel Tirolo del sud - fin dal 1890 erano state istituite le "Casse mutue distrettuali" in applicazione della legge 3 marzo 1888, n. 33, che istituì le "Assicurazioni degli operai per i casi di malattia". Detta istituzione continuò a operare anche dopo il passaggio al Regno d'Italia. Nel 1933 furono sciolte le Casse mutue presenti nelle vallate (l'organizzazione era su base territoriale) e fu costituito un unico ente provinciale. A seguito della costituzione a livello nazionale dell'INAM (Istituto Nazionale Assistenza Malattia), la Cassa malati fu assorbita da detto ente nel 1943.

Lo Statuto di autonomia approvato dall'Assemblea costituyente il 29 gennaio 1948 prevedeva all'art. 6 che il Consiglio regionale poteva ricostituire le Casse mutue di malattia; fu un percorso non facile che portò l'11 novembre 1953 all'approvazione, a grande maggioranza, del disegno di legge dopo ben otto sedute del Consiglio. Il Governo però bocciò il testo eccependo che il Consiglio regionale fosse andato oltre le proprie attribuzioni, tra l'altro disponendo che la nomina del Presidente della Cassa mutua fosse di competenza della Regione. Fu avviata una trattativa con i Ministeri competenti, al termine della quale il 30 luglio 1954 la legge regionale di ricostituzione delle Casse mutue provinciali di malattia venne approvata in via definitiva; si condivise che il Presidente della Cassa mutua sarebbe stato nominato dalla Regione designando una persona estranea al Consiglio di amministrazione, costituito per la maggioranza da rappresentanti dei lavoratori. La sede della Cassa a Trento fu individuata nel palazzo Verdi, in via Grazioli; altre sedi furono istituite a Rovereto, Riva, Tione, Cles, Mezzolombardo, Cavalese, Levico, Borgo e Primiero per un totale, nel 1954, di 40.000 assistiti con i loro 60.000 familiari.

**4** L'Istituto manicomiale di Pergine nacque il 19 settembre 1882 come istituto pubblico di proprietà della Contea principesca del Tirolo e da questa amministrato. La sua istituzione fu sancita dalla Dieta tirolese nella deliberazione del 12 ottobre 1874, allo scopo di ricoverarvi i pazienti tirolesi di lingua italiana. Dopo averne individuato nel 1877 il luogo di edificazione a Pergine Valsugana, vicino a Trento, nel 1879 cominciarono i lavori di costruzione che si protrassero fino al 1881. Negli anni successivi l'ordinaria amministrazione fu sempre afflitta da un cronico problema di sovraffollamento, per cui nel 1905, nel contesto di lavori di ampliamento e adeguamento delle strutture esistenti, furono aperti anche due nuovi padiglioni presso l'originario sito di Maso San Pietro e la vicina colonia agricola di Vigalzano. Nel marzo 1916, la struttura manicomiale venne trasformata in ospedale militare; i malati psichiatrici vennero trasferiti in altri Istituti dell'Impero austro-ungarico e ritornarono soltanto tra il marzo e il luglio 1919. Il passaggio dalla legislazione manicomiale austriaca a quella italiana non fu

ternità ed Infanzia ONMI<sup>5</sup>; l'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (ENPI), ecc. Erano inoltre attivi i Consorzi Provinciali Antitubercolari (CPA), uno per provincia, che si occupano della prevenzione e della diagnosi (Dispensari) e garantiscono il sostegno economico ai malati e ai loro familiari; la tubercolosi rappresentava allora un ampio problema di sanità pubblica<sup>6</sup>.

Con decreto luogotenenziale n. 417 del 1945 viene istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (ACIS), il quale, subentrando alla Direzione generale per la Sanità istituita nel 1888, è deputato allo svolgimento di funzioni comprendenti *«la tutela della sanità pubblica, il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali»*.

Nel 1948 la Costituzione italiana introduce nel 1° comma dell'art. 32 il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti»*. Il diritto alla salute

---

rapido. Nel 1919 si ampliò la competenza territoriale dell'Ospedale di Pergine, che venne a comprendere anche l'Alto Adige. Il crescente sovraffollamento della struttura portò, a partire dal dopoguerra, ad aprire nuovi reparti (reparto per malati cronici tranquilli, reparto per lavoratori, padiglione "Benedetti"). Un nuovo regolamento speciale per l'Ospedale psichiatrico della Provincia di Trento in Pergine verrà approvato dalla Giunta provinciale con delibera n. 2260 del 30 ottobre 1956. La deliberazione del Direttore generale dell'Azienda provinciale servizi sanitari n. 1314 del 29 ottobre 2002 ha sancito la chiusura dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Pergine Valsugana.

**5** L'ONMI in Trentino aveva organizzato l'assistenza pediatrico-ginecologica nelle varie "case della madre e del fanciullo" presenti in quasi tutte le valli trentine.

**6** In Trentino i malati di tubercolosi venivano ricoverati ad Arco dove operavano decine di sanatori oppure nel sanatorio dell'INPS a Mesiano (ove oggi è situata la Facoltà di Ingegneria). Le caratteristiche del clima della zona dell'Alto Garda erano ampiamente conosciute dall'alta borghesia dell'Impero austro-ungarico; dopo il passaggio del Trentino all'Italia, le vecchie strutture, i palazzi e le ville vennero trasformate in luoghi di cura della tubercolosi che nel frattempo era diventata malattia sempre più diffusa. Secondo dati forniti dall'Azienda sanitaria, nel 1948 erano presenti ad Arco 3.500 malati in 25 case di cura. Gradualmente negli anni successivi le cure disponibili fecero diminuire l'importanza dei sanatori e quindi la zona dell'Alto Garda cambiò nuovamente la propria vocazione diventando centro climatico/sanitario/turistico. Anche a Mesiano era presente un sanatorio costruito dall'INPS tra il 1931 e il 1936; il complesso fu soprallevato nel 1958 e rimase operante con 130 posti letto fino alla fine del 1971. Successivamente rimase a lungo chiuso fino all'acquisto da parte dell'Università che lo restaurò come sede della Facoltà di Ingegneria dal 1993.



(intesa quindi non più come protezione limitata ai lavoratori in ambiti specifici, ma nella sua accezione più ampia) è l'unico diritto sociale riconosciuto dalla Costituzione come *«fondamentale»* (altri diritti sono definiti *«inviolabili»*). Accanto al diritto individuale, si pone il significato sociale dell'*«interesse della collettività»*.

Pur avendo la Costituzione introdotto con lungimiranza le basi per il nuovo paradigma del diritto alla salute fin dal 1948, si dovrà attendere fino alla approvazione della legge 833/1978 perché venga abbandonata l'impostazione minimale di diritto alla salute previgente per percorrere invece l'estensione della tutela della salute in tutto il significato che il testo costituzionale conteneva. È utile sottolineare come nello stesso anno, nel 1948, in Gran Bretagna il Governo riconosca il diritto alla salute istituendo il Servizio sanitario nazionale (NHS). Trent'anni più tardi, il NHS diviene il modello di riferimento anche in Italia con la grande rivoluzione che sarà introdotta con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 (legge 833) che si baserà sugli stessi principi di fondo.

L'istituzione del National Health Service è stata una fondamentale svolta nel concetto di salute (un *«diritto universale»*) e di assistenza sanitaria (*«un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie»*).

Il modello inglese, adottato anche da altri Paesi, nasce sulla base del lavoro della commissione presieduta da Sir William Beveridge, il cui nome è associato al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. I principi del NHS sono: l'universalità, sia in termini di accessibilità che di onnicomprensività delle prestazioni; il finanziamento attraverso la fiscalità generale; la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni.

Il modello Beveridge si distingue dal modello Bismarck di fine '800, basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie - la

prima forma di tutela sanitaria dei lavoratori, finanziata dai contributi dei datori di lavoro e degli stessi lavoratori - non solo per l'ampiezza della copertura (l'intera popolazione) e per il tipo di finanziamento (fiscalità generale), ma anche per il ruolo attribuito allo Stato di programmazione e di gestione dei servizi.

Altra tappa importante della storia della sanità in Italia è l'istituzione nel 1958 (legge 296/1958) del Ministero della Sanità che assorbe le competenze dell'Alto Commissariato (ACIS) e delle altre amministrazioni centrali preposte alla sanità pubblica, con l'obiettivo di dare ordine a un sistema costituito da 13 organismi ministeriali, da un intreccio fitto di istituti nazionali e locali, da una rete ospedaliera ampia e diffusa. L'obiettivo è quindi, oltre che esercitare le funzioni prima attribuite ad ACIS, sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle varie amministrazioni e dagli enti pubblici, emanare disposizioni cui le amministrazioni che svolgono attività sanitaria devono adeguarsi, vigilare tecnicamente su tutte le organizzazioni sanitarie, ecc. È coadiuvato dal Consiglio Superiore di Sanità, organo consultivo, e dall'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico-scientifico.

Come appare evidente dalla sintesi sopra descritta, fino alla approvazione della legge 833/78 la normativa nazionale e locale si occupa essenzialmente di prevenzione di malattie infettive, di tutela igienico-sanitaria dell'ambiente, di sorveglianza sulle professioni e sulle strutture sanitarie. Gli aspetti assistenziali riguardanti la diagnosi e cura, sia a domicilio che in ospedale, e l'assistenza farmaceutica sono garantiti dagli enti mutualistici.

Gli ospedali, l'altro aspetto dell'assistenza, sono gestiti da enti di assistenza e beneficenza, enti locali (Ospedali provinciali) ed enti mutualistici<sup>7</sup>. Le leggi di riferimento dell'or-

**7** Nei centri maggiori del Trentino le Congregazioni di carità o enti simili, attraverso Consigli di amministrazione rappresentativi delle comunità, gestivano ospedali e strutture sanitarie; successivamente, a fine '800, essi furono trasformati in IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza). La situazione degli ospedali cominciò a cambiare radicalmente quando la competenza sani-

ganizzazione ospedaliera sono il decreto 1631 (cosiddetta "legge Petraghiani") del 1938 e la legge 12 febbraio 1968, n. 132. Nel 1969 sono a seguire approvati il d.P.R. n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri", il d.P.R. n. 129 "Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura" e il d.P.R. n. 130 "Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri".

In anticipo rispetto al riconoscimento costituzionale, con l'eccezione di quelle a Statuto speciale, alle Regioni viene affidata la programmazione ospedaliera, la sorveglianza di istituzioni ospedaliere private "classificate" ed equiparate a quelle della rete pubblica.

Nel 1972 con il d.P.R. n. 4 vengono istituite le Regioni a Statuto ordinario, confermando il trasferimento dell'assistenza ospedaliera già avvenuta nel 1968, e quindi vengono trasferiti o delegati numerosi compiti che prima erano in capo al Ministero della Sanità.

---

taria fu gestita e finanziata dalla Regione autonoma e in particolare negli anni '50-'60 le strutture ospedaliere del Trentino subirono importanti ristrutturazioni; sempre negli anni '60 furono avviati/ammodernati gli ospedali privati Solatrix, S. Camillo e Villa Bianca. Il 18 gennaio 1970 venne inaugurato ufficialmente il nuovo Ospedale S. Chiara nell'attuale sede della Bolghera, con circa 800 posti letto; i lavori durarono dieci anni in un terreno messo a disposizione dal Comune di Trento e furono finanziati dalla Regione (il costo globale fu di 6 miliardi di lire). Il grande fermento di miglioramento della situazione degli ospedali comportò anche l'ampliamento dei servizi e quindi dei costi; si ruppe quindi l'equilibrio finanziario perché le mutue non erano più in grado di pagare le amministrazioni ospedaliere. Nel marzo del 1967 la Giunta provinciale respinse i bilanci preventivi degli ospedali di Trento, Rovereto, Ala, Arco, Cles, Mezzolombardo, Riva e Tione; approvò invece quelli di Borgo e Cavalese. La riorganizzazione della rete degli ospedali in Trentino iniziò prima della riforma nazionale approvata nel 1978. In attuazione dello Statuto di autonomia, la competenza sanitaria fu assunta dalla Provincia e nell'ottobre del 1973, alla vigilia delle elezioni regionali, il Consiglio provinciale approvò la prima legge della più complessa riforma sanitaria, di cui si dà conto nel testo.

# 1. **GLI ANNI '70:** COMPETENZE ALLE REGIONI E FINE DEGLI ENTI MUTUALISTICI

---

---

La fine degli enti mutualistici e il trasferimento delle competenze sanitarie alle Regioni. La legge 180.

In Trentino: Il Piano ospedaliero provinciale. Nascono i Consultori famigliari; prende l'avvio la rete dei servizi per la prevenzione e la cura della tossicodipendenza.

---

## 1.1. I primi interventi provinciali



livello nazionale, nell'anno 1972 (d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4) viene a concludersi, per quanto attiene la materia sanitaria, il complesso procedimento previsto dalla legge finanziaria di quell'anno per il trasferimento alle Regioni ordinarie delle funzioni amministrative statali previste dall'art. 117 della Costituzione. È interessante sottolineare che, pur in presenza di un ampio dibattito tecnico-politico connesso al nuovo assetto politico-organizzativo, negli anni 1971-72 a livello nazionale cominciano a essere affrontati temi che nei decenni successivi diverranno di grande impatto nella sanità: la "nocività" e la "sicurezza della condizione di lavoro" che avvieranno l'ampia regolamentazione della Tutela della sicurezza del lavoro e della Prevenzione degli infortuni che oggi conosciamo; l'importanza in sanità della prevenzione, evidenziata dallo spostamento del quadro nosologico da malattie di origine infettiva, climatica, carenziale a malattie causate dalle mutate condizioni di vita delle persone (stili di vita) e cronico-degenerative (cardio vascolari, neurologiche, tumori, ecc.). Si riconosce inoltre l'importanza di adottare le "nuove" tecnologie informatiche che consentono di gestire i dati utili a un approccio proattivo a dette patologie anche con modelli predittivi.

A livello locale, con l'emanazione del d.P.R. 31 agosto 1972, n. 670, di approvazione del nuovo Statuto di autonomia, la competenza concorrente in materia di igiene e sanità pubblica «*ivi compresa l'assistenza sanitaria ed ospedalie-*

ra» viene attribuita alle Province autonome di Trento e di Bolzano. La Provincia di Trento, riprendendo il filone delle leggi regionali, ha emanato subito alcuni provvedimenti di carattere finanziario a favore della costruzione, dell'ammodernamento e del funzionamento degli ospedali (l.p. 7 settembre 1972, n. 22 "Provvidenze a favore delle amministrazioni ospedaliere" e n. 23 "Garanzia a favore degli Ospedali civili della Provincia"). Ma è il 1973 l'anno in cui si esplica la maggiore attività legislativa. Gli interventi più significativi si possono così sinteticamente elencare:

- l.p. 22 gennaio 1973, n. 4 - Norme di integrazione delle previdenze per i ciechi civili;
- l.p. 29 gennaio 1973, n. 6 - Integrazione degli stanziamenti previsti dalla l.r. 4 luglio 1969, n. 3 concernente l'assistenza farmaceutica ai coltivatori diretti, artigiani e commercianti pensionati e loro familiari a carico, iscritti alle rispettive casse mutue provinciali di malattia;
- l.p. 9 aprile 1973, n. 14 - Disciplina dei nuovi compiti e del trattamento delle ostetriche condotte;
- l.p. 19 agosto 1973, n. 28 - Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani e alle amministrazioni ospedaliere, nonché per l'esecuzione di programmi annuali di opere pubbliche;
- l.p. 20 agosto 1973, n. 29 - Concorso della Provincia alle spese per l'estensione dell'assistenza farmaceutica a favore degli artigiani e degli esercenti attività commerciali;
- l.p. 25 agosto 1973, n. 36 - Assistenza farmaceutica ai pensionati coltivatori diretti, artigiani e commercianti, iscritti alle rispettive casse mutue provinciali di malattia;
- l.p. 25 agosto 1973, n. 37 - Intervento per il miglioramento del servizio di trasporto degli infermi;
- l.p. 25 agosto 1973, n. 38 - Estensione dell'assistenza di malattia ai cittadini residenti o aventi domicilio di soccorso in provincia di Trento;
- l.p. 10 settembre 1973, n. 43 - Assistenza economica

integrativa per natalità alle lavoratrici madri coltivatrici dirette, alle lavoratrici madri artigiane e alle lavoratrici madri esercenti attività commerciali.

Con il d.P.R. 28 marzo 1975, n. 474 "Norme di attuazione in materia di igiene e di sanità" si stabiliva che le attribuzioni dell'Amministrazione dello Stato in materia di igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera, esercitate sia direttamente dagli organi centrali e periferici dello Stato sia per il tramite di enti e di istituti pubblici a carattere nazionale o sovra provinciale e quelle già spettanti alla Regione Trentino-Alto Adige in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera sono esercitate, per il rispettivo territorio, dalle Province di Trento e di Bolzano con l'osservanza delle norme indicate nel decreto. L'articolo del d.P.R. esplicitava le competenze che rimanevano in capo allo Stato, nonché quelle riservate alla Regione Trentino-Alto Adige e disciplinava le modalità di trasferimento delle competenze.

In conseguenza del predetto d.P.R., la Provincia inizia ben presto ad affrontare il tema della programmazione degli interventi nel settore ospedaliero. La Giunta provinciale costituisce un gruppo di lavoro che formula una prima proposta per l'elaborazione del piano di programmazione ospedaliera. Tali proposte sono esaminate e approvate dalla Giunta provinciale nel giugno 1973 con un provvedimento che costituisce il punto di riferimento per i successivi interventi in materia.

I primi interventi del legislatore provinciale sono caratterizzati sul piano dell'impostazione di un'autonoma politica sanitaria anticipatoria dei principi che in un momento successivo avrebbero ispirato la riforma del Servizio sanitario nazionale. La normativa provinciale introduce alcune significative modifiche al disegno tracciato nella legge n. 132/1968 ("Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera") e una sostanziale ridefinizione del ruolo dell'ente ospedalie-

ro nel contesto del sistema sanitario, anticipando in questo senso alcune linee di indirizzo che troveranno successiva affermazione nella legge statale n. 386/1974. Con la legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti") viene riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici ("enti ospedalieri") e disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie (zonali, provinciali, regionali), le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale e il finanziamento (costituendo il Fondo nazionale ospedaliero). La legge 17 agosto 1974, n. 386 estingue i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, scioglie i Consigli di amministrazione dei primi e ne dispone il commissariamento, trasferendo i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni. Con la legge 29 giugno 1977, n. 349 che sopprime in via definitiva le mutue, e con il d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 attuativo della legge 22 luglio 1975, n. 382 che provvede all'integrale devoluzione alle Regioni delle competenze definite nell'articolo 117 della Costituzione, sono compiuti altri passi fondamentali verso l'ormai prossima legge n. 833/78.

L'indirizzo seguito dal legislatore provinciale si è ispirato ad alcuni precisi orientamenti che andavano maturando a livello locale ma anche a livello nazionale a seguito del dibattito politico-culturale sviluppatosi all'indomani dell'approvazione della riforma ospedaliera. Come si vedrà, gli stessi orientamenti saranno in seguito alla base della riforma del Servizio sanitario.

Esempi significativi dell'indirizzo fortemente innovativo della legislazione provinciale sono le leggi 25 agosto 1973, n. 38 e 23 novembre 1973, n. 56. Con la prima, la Provincia autonoma di Trento supera il vecchio concetto assistenziale, stabilendo il diritto di tutti i cittadini residenti da almeno due anni nella provincia di Trento o aventi diritto al domicilio di soccorso a carico di uno dei Comuni della provincia



stessa, titolari di un reddito non superiore ad un certo limite, a fruire dell'assistenza di malattia tramite la Cassa mutua provinciale di malattia.

Si viene così ad anticipare in questo settore l'attuazione della riforma sanitaria nazionale che, come è noto, estenderà a tutti i cittadini il diritto all'assistenza sanitaria.

Anche il secondo provvedimento è anticipatore della riforma sanitaria. Esso pone due fondamentali principi: la priorità del momento preventivo su quello curativo e l'attribuzione ai Comprensori e Consorzi di Comuni della gestione dei presidi sanitari.

Viene così nuovamente anticipata la riforma sanitaria nazionale e in particolare sono poste le basi delle future Unità sanitarie locali.

Nel 1974 l'attività legislativa della Provincia si esplica soprattutto nel settore degli interventi finanziari. Si ricorda: la l.p. 6 settembre 1974, n. 10 "Intervento straordinario a favore delle amministrazioni ospedaliere" e la l.p. 9 dicembre 1974, n. 47 "Provvidenze a favore di opere destinate all'assistenza ospedaliera o specialistica poliambulatoriale".

## **1.2. L'avvio della riforma sanitaria: il trasferimento delle competenze alle Regioni**

La legge n. 386/1974 dispone il trasferimento, a partire dall'1 gennaio 1975, dei compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti mutuo-previdenziali alle Regioni a Statuto ordinario e speciale, le quali *«sono tenute ad erogare le relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata a tutti gli aventi diritto»*. Le mutue erano delle "assicurazioni sociali" a cui aderivano volontariamente o obbligatoriamente i cittadini (solitamente sulla base della loro attività lavorativa) e rappresentavano il

terzo pagante per le prestazioni di cui necessitavano i propri iscritti (nel 1976 si contavano circa 100 enti mutualistici maggiori e oltre 1.000 minori). La situazione non era più sostenibile, sia dal punto di vista dell'accesso alle prestazioni (parte della popolazione ne restava esclusa contravvenendo al dettame costituzionale) sia dal punto di vista finanziario (molte mutue erano al limite del tracollo in quanto il pagamento dell'assistenza ospedaliera assorbiva ingenti risorse). L'avvio della riforma sanitaria inizia quindi con l'attribuzione alle Regioni delle competenze nel settore dell'assistenza ospedaliera che, per l'espansione registrata, assorbiva gran parte delle disponibilità finanziarie degli enti mutualistici facendo emergere i limiti organizzativi e gestionali del modello preesistente. Si assisteva infatti da un lato alla cronica insolvenza degli enti mutualistici e dei Comuni che avevano accumulato una quota elevatissima di debiti, dall'altro al ricorso forzato delle amministrazioni ospedaliere al sistema creditizio per finanziare la gestione corrente, unitamente all'accumulo di debiti nei confronti dei fornitori.

Il timore che l'assistenza ospedaliera dopo aver prodotto il dissesto finanziario della gestione mutualistica potesse provocare analoghi effetti anche sulle Amministrazioni regionali era ben presente al legislatore nazionale, tanto più che la maggior parte delle Regioni non appariva adeguatamente preparata, né sotto il profilo organizzativo né sotto quello finanziario. È per questo che il legislatore modifica radicalmente il sistema di finanziamento delle funzioni ospedaliere. Il meccanismo di finanziamento dell'attività ospedaliera è rimasto incentrato, fino alla fine degli anni '70, sulla retta di degenza da determinarsi in base a una specifica regolamentazione risalente all'inizio degli anni '60, in parte aggiornata con la legge n. 132/1968. La retta di degenza era deliberata dal Consiglio di amministrazione dell'Ospedale e doveva tenere conto del costo complessivo dell'assistenza prestata. Tale meccanismo aveva comportato una certa deresponsabilizzazione delle amministrazioni ospedaliere a realizzare

economie di gestione, dal momento che quel sistema di determinazione della retta consentiva di riversare su quest'ultima tutti gli aumenti di costo, comunque prodotti.

La legge n. 386/1974 apporta una radicale trasformazione del sistema di finanziamento con l'istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, ripartito tra le Regioni e le Province autonome in base alla popolazione.

Dal punto di vista funzionale, la legge n. 386/1974 provvede a trasferire alle Regioni gli interventi rientranti nel campo di specifica competenza degli enti mutualistici (malattia comune) e degli enti previdenziali (l'INPS per le malattie di natura tubercolare e l'INAIL per le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro). Con l'assunzione dell'assistenza ospedaliera da parte di un'articolazione dello Stato, la Regione, ci si pone nello spirito dell'articolo 32 della Costituzione che afferma: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività*», prefigurando con ciò quell'intervento diretto dello Stato che si attuerà in maniera definitiva con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale; inoltre, decretando la scomparsa del regime mutualistico, si segna il passaggio da un sistema di assicurazione contro il rischio della malattia (sistema che si incentra quindi essenzialmente sulla cura) a un sistema di tutela della salute.

Non sono invece modificate le competenze già attribuite allo Stato, alle Regioni, alle Province autonome e ai Comuni in ordine a particolari eventi morbosi (quali le malattie veneree, le malattie infettive e diffuse, il parkinsonismo, il morbo di Hansen, le malattie mentali, ecc.) o a determinate categorie di soggetti (quali gli stranieri, i militari, i detenuti, gli invalidi civili, i profughi).

Le innovazioni più rilevanti apportate dalla citata legge riguardano:

- l'estensione a decorrere dal 1° gennaio 1975 dell'assistenza ospedaliera gratuita ai non abbienti assistiti a carico dei Comuni;

- la possibilità per i soggetti non assistiti da alcun ente di fruire dell'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli regionali dietro versamento di una quota pari all'ammontare della spesa media capitaria sostenuta dalla Regione;
- l'erogazione delle prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli iscritti e ai relativi familiari, con la possibilità per gli aventi diritto del ricovero presso ospedali pubblici o privati convenzionati di ogni altra Regione indipendentemente dal luogo di residenza o di iscrizione;
- le disposizioni per il ripianamento dell'esposizione debitoria degli enti mutualistici e dei Comuni nei confronti degli ospedali per le rette di degenza;
- l'abolizione, in relazione al finanziamento della spesa ospedaliera, delle rette di degenza di cui all'art. 32 della legge n. 132/1968;
- l'istituzione, a partire dal 1975, del "Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera", destinato al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera, nonché per l'impianto, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali, escluse le opere edilizie, e per il rinnovo e l'adeguamento delle loro attrezzature sanitarie;
- la disciplina delle modalità e dei criteri di alimentazione del suddetto Fondo;
- l'introduzione di un sistema di ripartizione tra le Regioni del Fondo basato su parametri determinati in base a elementi demografici, socio-sanitari e strutturali che, pur con il correttivo rappresentato dalla necessità di pervenire alla erogazione di prestazioni regionali uniformi, avrebbe dovuto determinare un flusso di disponibilità strettamente correlato al grado di adeguatezza, di organizzazione e di efficienza delle strutture ospedaliere esistenti nelle Regioni;
- il divieto di integrare da parte delle Regioni in via amministrativa gli stanziamenti annualmente assegnati per le spese correnti agli ospedali.

La legge n. 386 introduce alcune innovazioni sostanziali nell'estensione della copertura assistenziale, con la previsione dell'assistenza gratuita ai non abbienti. Come si è visto, in Provincia di Trento tale copertura era già stata garantita dalla l.p. n. 38/1973 con significativo anticipo.

Nel mese di agosto del 1975 il Ministero della Sanità presenta ai due rami del Parlamento il disegno di legge relativo alla "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" (che sarà avviato nel 1978); esso viene accolto favorevolmente dalle forze politiche e sociali (è il risultato di un percorso ampio e complesso) e investirà il dibattito politico-culturale per alcuni anni. Viene imputata al testo la mancanza di una linea decisa circa la prevenzione, l'educazione sanitaria, l'assistenza territoriale, mentre viene apprezzato l'inserimento di aspetti innovativi circa la formazione del personale.

Nel corso del 1975 l'attività legislativa nazionale introduce anche temi specifici in risposta a problemi largamente sentiti dall'opinione pubblica e dagli operatori sanitari. Si citano due ambiti rilevanti: l'istituzione dei Consultori familiari avvenuta con la legge 29 luglio 1975, n. 405 con la quale si prevede la creazione di un servizio che viene a coprire un grande vuoto assistenziale. Il servizio di assistenza, che si esplica su più attività, viene affidato alla competenza delle Regioni che possono così fissarne i criteri per programmare sia il funzionamento che la gestione e il controllo. I Consultori si configurano quindi come uno dei primi strumenti pubblici creati in Italia al quale sono affidati compiti di educazione sanitaria ai cittadini. In Trentino, la legge istitutiva dei Consultori familiari viene approvata nel 1977 (l.p. 29 agosto 1977, n. 20 "Istituzione e disciplina del servizio di consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia"). I Consultori sono collocati nell'ambito dei servizi sociali e sanitari affidati, come abbiamo visto in precedenza al paragrafo 1.1, ai Comprensori (ai sensi dell'art. 1 della l.p. 23 novembre

1973, n. 56) che provvedono all'istituzione e alla gestione del servizio pubblico di consultorio, organizzandone le relative funzioni in forma integrata con gli altri presidi socio-sanitari di base.

Inoltre, viene approvata la legge 22 dicembre 1975, n. 685 "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza". In quegli anni la diffusione di queste sostanze ha assunto in Italia proporzioni tali da costituire un serio problema sociale anche perché l'età media dei giovani che ne facevano uso si era notevolmente abbassata. La legge, che modifica decisamente il carattere spiccatamente repressivo della precedente risalente al 1954, privilegia la fase di prevenzione, della cura e del reinserimento sociale piuttosto che quella della penalizzazione e istituisce i CMAS (Centri Medici e di Assistenza Sociale). Inoltre, si compie una netta differenziazione di trattamento giuridico tra trafficante e consumatore. In Trentino la legge n. 685/75 viene parzialmente impugnata dalla Provincia autonoma avanti la Corte costituzionale perché lesiva dello Statuto di autonomia speciale in materia sanitaria. Quindi, nelle more dell'attuazione della legge nazionale, le funzioni assegnate ai CMAS vengono affidate, con deliberazione della Giunta provinciale n. 2289 del 1° aprile 1977, al Centro Antidroga (CAD), un'associazione senza scopo di lucro fondata da un ristretto gruppo di professionisti, tra i quali farmacisti, commercialisti, medici, avvocati e sacerdoti, per dare una risposta al problema della tossicodipendenza. Il CAD continuerà a svolgere dette funzioni fino all'applicazione della l.p. 29 ottobre 1983, n. 34 "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcoolismo": dal 1984, le attribuzioni conferite dalla legge n. 685/1975 ai centri medici e di assistenza sociale sono esercitate direttamente dalla Provincia, ad eccezione di quelle attinenti al recupero sociale dei tossicodipenden-

ti mediante l'accoglimento in comunità terapeutiche. La Comunità terapeutica di Camparta, gestita dal CAD, è una fra le prime comunità aperte in Italia (1977) e continua ad essere anche oggi, assieme ad altre Comunità presenti sul territorio provinciale, strumento essenziale per il trattamento e il recupero della dipendenza.

### **1.3. La nuova disciplina dell'assistenza ospedaliera in provincia**

In questo quadro legislativo le Regioni attivano immediatamente la loro competenza normativa con l'obiettivo di disciplinare da un lato i criteri e le modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e dall'altro le modalità di finanziamento della spesa.

La Provincia interviene con un articolato "pacchetto" di leggi all'inizio del 1975, leggi che affrontano in maniera sistematica gli aspetti di regolamentazione dell'assistenza ospedaliera (l.p. n. 20 del 3 maggio 1975 "Disciplina dell'assistenza ospedaliera in provincia di Trento"); gli aspetti di programmazione (l.p. n. 21 del 3 maggio 1975 "Piano ospedaliero della Provincia di Trento") e gli aspetti finanziari (l.p. 28 aprile 1975, n. 19 "Fondo per l'assistenza ospedaliera").

Con la legge n. 20 la Provincia assume le funzioni in materia di assistenza ospedaliera anteriormente svolte dalle Casse mutue e dagli altri enti assistenziali e previdenziali. Sono individuati i soggetti assistibili, istituita l'anagrafe generale degli assistiti della Provincia, gli strumenti di erogazione delle prestazioni, il livello delle prestazioni, limiti e condizioni per l'assistenza indiretta, gli adempimenti amministrativi in ordine alle ammissioni, dimissioni, notificazioni; le procedure per l'iscrizione ai ruoli regionali per fruire dell'assistenza ospedaliera per i soggetti non assistiti da alcun ente. Degna di nota è l'istituzione del "Ruolo provinciale per l'assistenza ospedaliera", al quale possono iscriversi cittadini

italiani e non residenti o stabilmente dimoranti in provincia, non aventi altro titolo all'assistenza ospedaliera. L'iscrizione prevede il pagamento di una quota annuale deliberata dalla Giunta provinciale.

La legge regola le prestazioni erogate in forma diretta negli enti ospedalieri ed enti convenzionati (senza limiti di durata ed erogate in modo uniforme qualunque sia la forma di assistenza goduta dal ricoverato) e le prestazioni erogate in forma indiretta, ossia a rimborso, se fruite presso altre strutture e subordinatamente a certe condizioni.

Della legge n. 20 merita di essere ricordata e sottolineata per la rilevanza sociale, ma anche per gli effetti finanziari che ne sono derivati, la scelta dell'abolizione delle camere speciali che *«devono essere utilizzate esclusivamente per il ricovero di infermi per i quali a giudizio dei sanitari curanti se ne ravvisi l'opportunità in base alla particolarità delle esigenze terapeutiche»*.

## 1.4. Il Fondo provinciale per l'assistenza ospedaliera

La parte finanziaria trova regolamentazione nella l.p. 28 aprile 1975, n. 19 "Fondo provinciale per l'assistenza ospedaliera (FPAO)".

Con essa il legislatore si propone di affrontare in maniera organica i vari problemi finanziari connessi al reperimento delle risorse e alla distribuzione delle stesse tra le diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera. L'intento è anche quello di far sì che l'aspetto finanziario divenga momento significativo di verifica delle scelte di erogazione dei servizi nonché strumento di governo e di controllo del settore in rapporto alle disponibilità e ai vincoli del bilancio provinciale.

La legge n. 19 del 28 aprile 1975 costituisce un provvedimento-ponte rispetto all'obiettivo della generale raziona-



lizzazione delle risorse in quanto, pur non potendo coinvolgere tutte quelle finalizzabili alla sanità, ne coordina la parte destinata all'assistenza ospedaliera che sicuramente è la quota più consistente.

Il Fondo provinciale per l'assistenza ospedaliera istituito con la l.p. n. 19/1975 è destinato al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera ed è alimentato:

- dalle assegnazioni dello Stato, determinate con i criteri previsti del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 (Riparto del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera - FNAO);
- da entrate relative a recuperi e rivalse, da entrate compensative delle spese per l'assistenza erogate mediante l'ospedale della Provincia (ospedale psichiatrico) e da eventuali ulteriori proventi. Queste entrate hanno comunque una rilevanza del tutto marginale.

Il Fondo è destinato al finanziamento delle spese correnti e in conto capitale degli enti ospedalieri, dell'ospedale della Provincia (ospedale psichiatrico di Pergine), delle spese per l'assistenza erogata tramite strutture convenzionate e per i rimborsi dell'assistenza in strutture non convenzionate e all'estero; per la formazione e per l'aggiornamento, per altre attività. Il riparto del Fondo tra gli enti ospedalieri è deciso annualmente sulla base delle previsioni di spesa determinate con i criteri fissati dalla Giunta provinciale.

La fondamentale attività del sistema sta nel fatto che si passa da un modello di finanziamento a piè di lista (retta di degenza) a un modello che dovrebbe consentire di governare a priori la destinazione delle risorse.

## 1.5. Le specificità del finanziamento statale alle Province

Particolarmente significativi, anche per le implicazioni sull'autonomia finanziaria della Provincia, sono i criteri seguiti per il riparto del Fondo ospedaliero nazionale, in ragione del fatto che la quota assegnata rappresentava la fonte più significativa di alimentazione del Fondo provinciale.

Il FNAO (art. 16 della legge n. 386) doveva essere ripartito tra le Regioni in base alla popolazione, al numero dei posti letto, alla durata media delle degenze, allo stato delle strutture, attrezzature e servizi ospedalieri, agli indici socio-economici, alla mobilità della popolazione. Erano previsti anche dei correttivi per assicurare nel tempo un riequilibrio, ossia per *«pervenire alla erogazione di prestazioni uniformi e di eliminare le differenze tra i servizi ospedalieri delle Regioni, in particolare, con riguardo a quelle meridionali ed insulari»*. Le modalità di ripartizione dovevano essere quindi tali da promuovere nel tempo una *«più equa ripartizione delle risorse sul territorio nazionale»*, in maniera da eliminare le sperequazioni esistenti, anche nella dotazione delle strutture e dei servizi ospedalieri tra le varie Regioni. Da un lato si doveva garantire la conservazione dei livelli assistenziali raggiunti e dall'altro, permettere l'utilizzo delle risorse «aggiuntive» per promuovere l'azione di riequilibrio e perequazione.

La concreta attuazione dei principi fissati dalla legge nazionale, anche per via dei dati utilizzati per il riparto non sempre aggiornati e corretti, produce a giudizio dei commentatori locali risultati che non rispecchiano né la realtà ospedaliera esistente alla data del trasferimento delle competenze alle Regioni, né lo spirito della legge intesa ad assicurare la conservazione dei livelli quali-quantitativi conseguiti in regime mutualistico.

In prima battuta (anno 1975) per la Provincia di Trento è determinato un coefficiente di riparto di poco superiore allo 0,83% che determina un finanziamento di poco superiore a 24 miliardi di lire. La spesa per il funzionamento del sistema ospedaliero provinciale era in realtà molto più alta. Nel 1975 era stata quantificata in poco meno di 40 miliardi, di cui oltre 29 miliardi per il finanziamento degli enti ospedalieri, 2,2 miliardi per l'ospedale psichiatrico, 4,1 miliardi per le case di cura convenzionate.

La prima applicazione del nuovo sistema di finanziamento si presenta dunque con un preoccupante disavanzo di quasi 16 miliardi, rispetto a una spesa di 40 miliardi.

A fronte di tale disavanzo la Provincia interviene per assicurare continuità di gestione con la legge n. 52 del 29 novembre 1975, autorizzando una speciale apertura di credito con il Tesoriere. L'apertura di credito era fondata sull'applicazione di una specifica norma prevista dalla legge n. 386 che garantiva l'applicazione per le Province di Trento e di Bolzano dei parametri di riparto rapportati al coefficiente popolazione/territorio ai sensi dell'art. 78 dello Statuto. In altri termini, in base a questa norma la Provincia oltre alle quote di riparto del Fondo ospedaliero nazionale con i criteri utilizzati per le altre Regioni (come visto lo 0,83%) rivendica una quota aggiuntiva calcolata in base al coefficiente popolazione/territorio (1,425%) previsto dall'art. 78 dello Statuto (meccanismo della quota variabile).

L'applicazione di questa norma, fortemente contestata dall'Amministrazione statale (ma rivendicata con determinazione dagli amministratori locali), consente alla Provincia di disporre di un finanziamento assai più considerevole rispetto a quello che le sarebbe derivato dalla semplice applicazione del parametro di riparto del Fondo ospedaliero nazionale, potendo in tal modo consolidare un livello di spesa nettamente superiore rispetto ai parametri nazionali.

## 1.6. Il Piano ospedaliero provinciale

La fase attuativa della "386" si caratterizza a livello nazionale per l'elaborazione dei Piani ospedalieri regionali, uno dei dati più salienti della politica regionale in campo sanitario; con essi, sia pure con i limiti insiti in un provvedimento settoriale (che non comprende tutta la parte relativa all'assistenza extra ospedaliera), si ritiene possibile frenarne alcuni degli aspetti distorsivi facendo perno su quelli più qualificanti. Le Regioni infatti erano relativamente concordi nel ritenere che non si dovesse scindere la programmazione ospedaliera da quella sanitaria. Tuttavia, l'emergere di gravi distorsioni nel sistema ospedaliero poneva il problema di un intervento che servisse a sanare alcuni dei fenomeni più gravi.

In Trentino, nell'ambito degli indirizzi di politica sanitaria fortemente anticipatori della riforma del Servizio sanitario nazionale si colloca quindi la l.p. 3 maggio 1975, n. 21 con la quale viene approvato il Piano ospedaliero della Provincia autonoma di Trento per il quinquennio 1975-1979.

Il Piano ospedaliero nella sua impostazione si dichiara coerente con gli obiettivi del piano economico provinciale e con gli obiettivi, gli indirizzi e le finalità della riforma sanitaria in via di elaborazione a livello nazionale.

La riforma prefigura l'istituzione del Servizio sanitario nazionale strutturato territorialmente in Unità sanitarie locali, aventi come compiti la gestione in senso unitario e coordinato dei tre momenti fondamentali nei quali si articola l'assistenza sanitaria: la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Nell'attesa dell'approvazione della riforma sanitaria e dell'istituzione delle Unità sanitarie locali, il Piano ospedaliero provinciale individua nei Comprensori, già previsti nel Piano urbanistico, la struttura territoriale atta a coordinare i servizi sanitari extra ospedalieri. Nel Piano gli ospedali

sono considerati «*strutture tecnico-sanitarie aperte*», non legate per quanto attiene al bacino di utenza alla dimensione comprensoriale e finalizzate all'erogazione di prestazioni di primo intervento di natura specialistica in relazione alle loro caratteristiche funzionali. A tale fine, il Piano individua tre "funzioni ospedaliere":

- a. la "funzione zonale", caratterizzata dall'erogazione di prestazioni sanitarie di carattere generale in riscontro alle necessità più diffuse e urgenti;
- b. la "funzione provinciale", caratterizzata dall'erogazione di prestazioni specialistiche plurime, con bacino di utenza esteso in buona parte della provincia;
- c. la "funzione regionale", esercitata da un ospedale dotato di alte specializzazioni medico-chirurgiche e apparecchiature diagnostico-terapeutiche d'avanguardia. Tale funzione competeva agli istituti ospedalieri di Trento e si sostanzialmente nell'erogazione di prestazioni specialistiche di seconda istanza a beneficio di un bacino di utenza di dimensione provinciale (e regionale per alcuni settori specialistici), oltre naturalmente alla prestazione delle cure ospedaliere di base per la popolazione del Comprensorio.

Il Piano formula dettagliate indicazioni circa le specialità mediche e chirurgiche assegnate a ciascun ospedale; circa il numero di posti letto, i servizi speciali di diagnosi e cura, i servizi particolari previsti per taluni ospedali, i poliambulatori specialistici che avrebbero dovuto essere allestiti presso gli ospedali generali e nei centri particolarmente distanti dai medesimi.

Prevede i programmi annuali di attuazione e regolamenta le modalità per la loro elaborazione e le forme di partecipazione, le verifiche degli stessi, gli aggiornamenti e i controlli sull'attuazione, le modifiche e gli aggiornamenti del Piano. Introduce limitazioni e divieti di incremento degli organici, fino all'attuazione della riforma sanitaria.

Significative sono le previsioni in merito al decentramento dei servizi di salute mentale dell'ospedale psichiatrico di Pergine presso le divisioni psichiatriche degli ospedali generali, con *«contemporanea riconversione del complesso ospedaliero di Pergine mediante l'istituzione di strutture, servizi sanitari e parasanitari nel quadro della ristrutturazione della rete ospedaliera e sanitaria della provincia»*<sup>1</sup>.

## 1.7. La liquidazione degli enti mutualistici

Il processo di avvicinamento alla riforma sanitaria, iniziato con la legge n. 386/1974 con il trasferimento alle Regioni e Province autonome delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera, si sviluppa con la legge 29 giugno 1977, n. 349 che, a partire dal 1 luglio 1977, ha trasferito alle Regioni le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria già proprie di enti, casse, servizi e gestioni autonome che sono stati estinti e posti in liquidazione con la nomina dei commissari liquidatori destinati a rimanere in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

Aspetto rilevante della legge n. 349 è anche quello di aver disciplinato i rapporti convenzionali con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i titolari di farmacia e altre categorie.

La fase aperta da questa legge nazionale rende in sostanza irreversibile il superamento del sistema mutualistico e

<sup>1</sup> Nel Piano risultano presenti in Trentino i seguenti ospedali per un totale di 4.526 posti letto: Ospedale di Fiemme (Cavalese); Ospedale Civile "S. Lorenzo" di Borgo Valsugana; Centro di rieducazione funzionale INAIL "Villa Rosa" di Pergine Valsugana; Istituti Ospedalieri di Trento (che comprendono l'Ospedale S. Chiara, l'Ospedale Infantile "Angeli Custodi", il Centro Traumatologico CTO "Villa Igea"; l'Ospedale "F. Filzi" di Mesiano con 300 posti letto); Ospedale "S. Giovanni" di Mezzolombardo; Ospedale Civile di Cles; Ospedale di Tione; Ospedale Civile dell'Alto Garda e Ledro (che comprende gli Ospedali Civili di Arco e di Riva del Garda e l'Ospedale sanatoriale specializzato in pneumotisiologia "L. Armani" di Arco); Ospedale Civile di Rovereto (che comprende l'Ospedale di Rovereto e l'Ospedale di Ala); Casa di Cura S. Camillo, Ospedale Classificato; Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana; Casa di Cura S. Pancrazio specializzato in pneumotisiologia.

pone l'esigenza di accelerare i tempi di approvazione della riforma al fine di completare il quadro istituzionale del Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni sono stimolate a sviluppare il loro impegno per il miglioramento dei servizi e a dare una più pregnante e intensa applicazione alla responsabilità politica loro attribuita. In questo senso la legge n. 349 consente alle Regioni di muoversi già nel quadro dei principi e degli obiettivi della riforma sanitaria, anticipando l'unitarietà e la globalità dell'intervento sanitario attraverso la programmazione e il coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione sul territorio.

Presupposto per la riorganizzazione è la possibilità di decentramento dei servizi sanitari e amministrativi in ambiti territoriali definiti, nei quali realizzare la saldatura delle attività già di competenza mutualistica con le strutture ospedaliere e con le attività di prevenzione gestite dagli enti locali, recuperando e potenziando le funzioni di igiene e sanità pubblica.

La fase aperta dalla legge n. 349 impone, come qualcuno ha osservato, una vera e propria "rivoluzione" nell'approccio alla politica sanitaria. Si tratta infatti non solo di razionalizzare il vecchio sistema mutualistico, ma anche e soprattutto di riorganizzare il territorio e spostare risorse verso gli interventi a tutela della salute dei cittadini e quindi verso le attività di prevenzione.

Alcune innovazioni introdotte dalla legge nazionale vanno annotate per la loro portata:

- il passaggio dal sistema a "notula" al sistema della quota capitaria per quanto riguarda i medici di base e i pediatri;
- la ricomposizione a livello dello stesso medico di tutte le funzioni fondamentali dell'assistenza;
- la regolamentazione della libera professione da esercitarsi nell'ambito delle strutture ospedaliere.

## 1.8. **La ristrutturazione dei servizi socio-sanitari**



livello nazionale, la mancata approvazione delle leggi di riforma della sanità e dell'assistenza, il carattere incompleto della delega di competenze da parte dello Stato, le difficoltà finanziarie nonché spesso la stessa inesperienza dei nuovi organismi regionali, limitano fortemente la possibilità per questi ultimi sia di realizzare interventi globali e unitari nel campo dei servizi sia di attuare politiche che non ripropongano schemi di intervento tradizionali. In alcune Regioni in quegli anni vengono emanate leggi regionali che tentano di anticipare alcuni aspetti delle riforme sanitaria e assistenziale prevedendo servizi unitari, territoriali, gestiti dall'ente locale, aperti alla partecipazione sociale e tesi a evitare l'emarginazione sociale di particolari categorie come gli anziani e gli inabili. Il Trentino, assieme ad alcune Regioni più evolute, approva ad esempio la l.p. 21 ottobre 1974, n. 29 "Iniziative per l'incremento economico, della produttività e dell'occupazione e per la salvaguardia della sicurezza e della salute nell'ambiente di lavoro", la l.p. 19 agosto 1973, n. 28 "Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani e delle amministrazioni ospedaliere, nonché per l'esecuzione di programmi annuali di opere pubbliche", nonché la l.p. 30 novembre 1974, n. 40 "Ulteriori provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani".

Dal punto di vista dell'organizzazione, il legislatore provinciale, come abbiamo visto in precedenza, ha anticipato l'esigenza di decentramento e coordinamento nella gestione dei servizi sanitari con la legge n. 56/1973 "Unificazione dei presidi sanitari di base", prevedendo la costituzione di Consorzi obbligatori tra i Comuni compresi nell'ambito dei Comprensori per la gestione unificata di una serie di uffici e servizi sanitari (uffici sanitari comunali, servizi comunali



di vigilanza igienica e profilassi, medicina scolastica, uffici veterinari, dispensari, consultori, centri per il recupero funzionale non gestiti dagli enti ospedalieri, ecc.).

La l.p. 25 settembre 1978, n. 40 "Provvedimenti per la ristrutturazione dei servizi socio-sanitari a livello comprensoriale", con l'obiettivo di favorire la ristrutturazione dei servizi socio-sanitari nella prospettiva della loro unificazione, prevede l'attribuzione ai medesimi Consorzi di Comuni di ulteriori funzioni in materia sanitaria e assistenziale:

- le funzioni proprie del Consorzio provinciale antitubercolare;
- le funzioni svolte dal Consorzio per l'attuazione di provvidenze a favore di persone affette da minorazioni psichiche;
- le funzioni in materia sanitaria già proprie della soppressa Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI).

Ai medesimi Consorzi sono attribuite anche le competenze per la gestione unificata dell'assistenza domiciliare, attuando i necessari interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. L'assistenza domiciliare, definita *«modalità operativa fondamentale dei servizi socio-sanitari di base»*, risponde alla finalità primaria di consentire alle persone che si trovano in determinate condizioni di conservare la propria autonomia di vita nel rispettivo ambiente familiare e sociale, allo scopo di evitare il determinarsi di situazioni di isolamento sociale (art. 8 della l.p. n. 40/1978).

Innovative le modalità di finanziamento degli interventi in materia socio-sanitaria che prevedono l'approvazione di un piano preventivo di interventi e la ripartizione di finanziamenti finalizzati a garantire uniformità e parità sostanziale tra gli utenti e uno sviluppo equilibrato dei servizi sul territorio provinciale.

## 1.9. Il sistema ospedaliero trentino alla vigilia della riforma sanitaria

**N**ei primi mesi del 1978 vengono presentati i dati di una indagine conoscitiva sulla situazione ospedaliera provinciale elaborata dalla IV Commissione legislativa del Consiglio provinciale.

L'indagine avviata nel 1976 si è sviluppata su tre filoni:

- a. esame dell'organizzazione della struttura ospedaliera;
- b. verifica delle situazioni di spreco, con valutazioni economiche dei costi di ricovero, indici di occupazione dei posti letto, giornate di degenza;
- c. studio sul *«trasferimento delle strutture ospedaliere nel contesto extra ospedaliero»* inteso come *«osmosi tra il servizio ospedaliero e la serie di strutture e servizi extra ospedaliери»*.

Il lavoro della Commissione si è sviluppato attraverso una serie di incontri conoscitivi con i rappresentanti degli enti ospedalieri, i rappresentanti sindacali, ecc.

L'indagine, sintetizzata in una pubblicazione, mette in evidenza una serie di problematiche di carattere generale e altre di contenuto più specifico significative per comprendere lo stato di salute e le criticità del sistema ospedaliero trentino alla vigilia della riforma sanitaria.

In particolare, per quanto riguarda le problematiche generali l'indagine rileva:

- a. la mancanza di un quadro di riferimento (pianificazione territoriale e programmazione dello sviluppo socio-economico) per impostare un discorso complessivo di tutela della salute nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione, con il sistema ospedaliero che funziona in generale come settore separato, con una sua logica incentrata esclusivamente sulla cura (e quindi tralasciando la prevenzione e l'integrazione con il sistema socio-sanitario);

- b. l'impressione che la legislazione nazionale (vedi in particolare la legge n. 132/1968 e le legge n. 386/1974) e quella regionale e provinciale abbiano inciso più sulle modalità di finanziamento e sulla distribuzione delle competenze che non sul ruolo dell'ente ospedaliero nel contesto dell'assistenza sanitaria e nella revisione dell'organizzazione interna. Anche per la mancanza di un Piano provinciale di riferimento, non si è tenuto sufficientemente conto delle rilevanti attribuzioni dell'ente ospedaliero contenute nell'art. 2 della legge n. 132/1968, disposizione recepita dalla l.r. n. 10/1969 ove si stabilisce, tra l'altro, che l'ente ospedaliero deve partecipare «*alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali*», anche istituendo fuori dall'ospedale ambulatori, servizi, centri specialistici finalizzati al conseguimento degli scopi istituzionali;
- c. la scarsa autonomia dei Consigli di amministrazione, da esercitare rendendo preventivamente chiare, da parte dei responsabili politici, le linee di politica sanitaria e tracciando indirizzi programmatici entro i quali operare gradualmente per l'attuazione degli stessi. Si rileva inoltre l'esigenza di coinvolgere direttamente nel processo di riforma sia gli operatori nelle diverse componenti sia i più larghi strati di popolazione.

I problemi specifici evidenziati dall'indagine si possono così sintetizzare:

- il rapporto tra ospedale regionale e ospedali di zona: l'ospedale regionale, come ospedale di secondo livello, dovrebbe organizzare un servizio di consulenza nei confronti degli ospedali zonali, rispetto ai quali emerge una concorde indicazione circa la loro "insopprimibile funzione" (tema, quello dell'accentramento/decentramento dell'attività degli ospedali, che rimarrà strategico fino ai giorni nostri);

- una carenza di coordinamento tra i vari livelli ospedalieri sia nell'azione medica sia per quanto riguarda gli approvvigionamenti e la manutenzione degli impianti;
- la difficoltà di reperimento di personale qualificato, in particolare per alcune specializzazioni mediche, e di infermieri professionali, ma anche uno stato di disagio delle categorie più basse in relazione al trattamento economico e alla qualificazione;
- l'attenzione alla cosiddetta "fuga di ammalati dalla provincia" verso altre regioni, che è stata indicata in un 8-10% di ricoveri in ospedali extra provinciali rispetto ai ricoveri complessivi in Trentino, al netto di quelli fruiti da parte di residenti di altre regioni.

L'indagine consigliare si sofferma anche sui costi del servizio ospedaliero e su altri fattori individuati come possibili determinanti della maggiore onerosità:

- il numero di ricoveri che *«non sempre sembrano giustificabili da un punto di vista sanitario»*;
- l'elevata durata delle degenze (rispetto alla media nazionale);
- l'elevato carico di esami diagnostici (spesso ripetitivi);
- l'eccessivo numero di posti letto.

Il numero di posti letto previsto dal Piano ospedaliero era di 4.526 rispetto a un dato ritenuto ottimale (9-10%) di 4.300. L'indagine evidenzia che influiscono sull'esuberanza dei posti letto il numero degli ospedali e la mancanza dei cosiddetti "filtri esterni" di supporto diretti alla prevenzione primaria e secondaria, cioè la mancanza di adeguati servizi socio-sanitari sul territorio atti a impedire l'ospedalizzazione impropria.

Un capitolo dell'indagine è dedicato alle problematiche dei Servizi di salute mentale con l'auspicio di un insieme coordinato di operazioni normative e amministrative e una serie di interventi organizzativi, la predisposizione del ser-

vizio domiciliare e delle strutture alternative, la riconversione dell'ospedale psichiatrico, il riutilizzo del personale nelle strutture periferiche, ecc.

## 1.10. Le grandi riforme nazionali di fine decennio

L'anno 1978 è di particolare rilevanza per il Paese in quanto vengono approvate tre grandi riforme: il superamento dei manicomi con la legge n. 180; la depenalizzazione dell'aborto e la tutela della maternità con la legge n. 194; infine, la riforma sanitaria con la legge n. 833.

Il 13 maggio il Parlamento italiano approva la legge n. 180/1978 (popolarmente conosciuta come "legge Basaglia" dal nome del suo promotore), provvedimento legislativo concernente gli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", che sarà incorporata nella legge n. 833/1978. Questa legge rappresenta una rivoluzione sia culturale sia mediatica della pratica della psichiatria. Il suo scopo principale è quello di garantire che i pazienti psichiatrici preservino la loro dignità attraverso il riconoscimento e la protezione dei loro diritti umani fondamentali. La riforma del 1978 concerne essenzialmente quattro aspetti: chiusura graduale degli ospedali psichiatrici; strutturazioni di unità di psichiatria ospedaliera per acuti; criteri più restrittivi e procedure amministrative nuove per le ammissioni obbligatorie; instaurazione di centri comunitari di salute mentale in rapporto con il territorio. Nel lungo percorso dell'assistenza psichiatrica, dopo la riforma in argomento, si può affermare che, fino ad oggi, in Trentino sono stati realizzati progetti/attività/sperimentazioni organizzative molto innovativi che pongono la Provincia di Trento fra le regioni più avanzate d'Italia. Sempre nell'anno 1978, il 22 maggio, viene approvata la legge n. 194, "Norme per la tutela sociale della materni-

tà e sull'interruzione volontaria della gravidanza", dopo una serie di iniziative popolari e proposte di legge che si susseguirono negli anni '70. Toccava un problema molto sentito a livello sociale, l'aborto, che in quegli anni causava centinaia di morti e migliaia di serie complicanze di salute alle donne. All'avvio, la sua applicazione presenta numerose difficoltà non solo per la sua valenza di tema sensibile nell'opinione pubblica, ma anche per concreti problemi come ad esempio l'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, le liste di attesa, la scarsa pubblicità che viene assicurata alla norma; in conseguenza, l'aborto clandestino resterà ancora presente soprattutto in alcune zone del Paese. La legge comporterà un rilancio dei Consultori familiari e della loro funzione pubblica a tutela dell'individuo e della responsabilità familiare attraverso strumenti che consentano la procreazione responsabile e il supporto con la rete di soggetti sul territorio che possano accompagnare le scelte. Il Consultorio, pur con le difficoltà di integrarsi concretamente con la rete dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio, diventa uno dei primi servizi nei quali si prevede di affrontare in modo globale la problematica sociale e sanitaria in cui si inserisce la specifica domanda di assistenza dell'utente attraverso il lavoro in équipe di professionisti provenienti dai due mondi.

Infine, il 23 dicembre dello stesso anno 1978, viene approvata la legge di riforma sanitaria n. 833, secondo il modello mutuato dal Servizio sanitario inglese (NHS) concepito dalla mente geniale dell'economista e sociologo William Beveridge e realizzato in quel Paese fin dal 1948. I risultati straordinari che ottenne indussero alcuni Governi socialdemocratici dei Paesi scandinavi ad adottarlo; nel 1978 si aggiunge l'Italia, primo Paese dell'Europa del Sud. L'introduzione di un sistema sanitario universalistico catapulta l'Italia, in breve tempo, ai vertici delle classifiche degli indicatori sanitari mondia-

li, con la maggiore aspettativa di vita dopo il Giappone, la forte riduzione della mortalità materna e, in alcune regioni, la più bassa mortalità infantile del mondo. Della legge n. 833 e della successiva adozione in provincia di Trento si tratterà nel prossimo capitolo.

## 2. **GLI ANNI '80:** L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

---



---

La nascita del Servizio sanitario nazionale (SSN). Il SSN, finanziato dalla fiscalità generale, si occupa sia della tutela della salute pubblica che dell'assistenza ai singoli (prima assicurata dalle mutue). In Trentino, in applicazione della legge n. 833/78, viene istituito il Servizio sanitario provinciale (SSP) e il relativo Fondo sanitario provinciale. Con legge regionale viene approvata la riforma ordinamentale delle USL.

---

## 2.1. **Presupposti e fondamenti della riforma sanitaria nazionale**

La riforma sanitaria costituisce l'epilogo di un processo innescato da una serie di provvedimenti che si sono succeduti nel corso del decennio precedente e che hanno toccato via via quasi tutti i settori dell'assetto sanitario, anticipando aspetti significativi del nuovo impatto generale del sistema.

La riforma ha il pregio di un dibattito politico culturale particolarmente intenso e in questo senso rappresenta la sintesi di aspettative condivise delle quali il legislatore nazionale si è fatto interprete.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale risponde anche all'esigenza di dare attuazione all'art. 32 della Costituzione che definisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e impone ai pubblici poteri di porre in essere tutti i mezzi e gli strumenti necessari per rendere tale tutela concreta ed effettiva, compatibilmente con le risorse disponibili. Tutte le funzioni di assistenza sanitaria, comunque erogata, vengono ricondotte all'organizzazione unitaria territoriale delle USL. Si realizza così il superamento di un modello di assistenza sanitaria caratterizzato da elementi di profonda separazione tra prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, da una enorme espansione delle attività diagnostico-curative, ospedaliere in particolare, da una decisa carenza di prestazioni correttamente orientate alla prevenzione. Si completa

la definitiva liquidazione degli enti mutualistici, già avviata con le leggi n. 386/1974 e n. 349/1977, si estendono a tutti i cittadini il diritto e l'obbligo dell'assicurazione di malattia e si unificano le prestazioni erogate dal SSN.

I principi che hanno ispirato l'istituzione del Servizio sanitario nazionale si possono così riassumere: universalità dei destinatari; eguaglianza di trattamento; globalità delle prestazioni; partecipazione; rispetto della dignità e della libertà della persona.

Il Servizio sanitario è definito e rappresentato come *«l'organizzazione pubblica in tutto il territorio nazionale dei servizi che erogano una completa azione sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa a tutti i cittadini»*.

Il Servizio è organizzato regionalmente, in base alle competenze attribuite ai sensi dell'art. 117 della Costituzione. Le esigenze di coordinamento sono assicurate attraverso il processo di programmazione e attraverso le direttive.

Le strutture fondamentali per la realizzazione delle finalità del Servizio sanitario nazionale sono individuate nelle Unità sanitarie locali, configurate come *«il complesso dei presidi in un determinato ambito territoriale»*. Viene istituito il Fondo sanitario nazionale formato dai contributi sociali e dalle erogazioni a carico della fiscalità generale.

Si inserisce qui un approfondimento circa l'istituzione delle USL e la loro evoluzione fino ai giorni nostri: le Unità Sanitarie Locali costituite a valle della legge n. 833/1978 sono 695. In Trentino, in prima applicazione sono costituite 11 USL<sup>1</sup>.

È interessante notare come negli anni, dall'attuazione della legge n. 833/1978 ad oggi, l'evoluzione dei principi dell'organizzazione sanitaria, tenuto conto dei molti fattori che la caratterizzano - competenze, tecnologie, professionalità, aspetti economici, ecc. - hanno condotto alla progressiva

<sup>1</sup> USL Valle di Fiemme; USL del Primiero; USL della Bassa Valsugana e Tesino; USL dell'Alta Valsugana; USL della Valle dell'Adige; USL della Valle di Non; USL della Valle di Sole; USL delle Giudicarie e Rendena; USL dell'Alto Garda e Ledro; USL della Vallagarina; USL della Valle di Fassa.

diminuzione del numero delle USL, ampliandone quindi l'area territoriale. Prendendo a riferimento gli anni in cui si sono attuate le riforme della legge n. 833, si evidenzia come, con i decreti legislativi n. 502/1992 e n. 513/1993, la nuova definizione dei confini porti il numero delle USL a circa un terzo dell'originario: 228 ASL. In Trentino, con la riforma della l.p. n. 10/1993 le 11 USL vengono ricondotte alla unica Azienda sanitaria provinciale.

Negli anni che precedono il federalismo sanitario (legge n. 42/2009) e con la riforma del '93 si assiste a ulteriori modifiche degli ambiti delle ASL (a cui sono affiancate le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici) che passano da 115 Aziende nel 1993 a 125 nel 2008, a 102 nel 2016 (ultimo dato disponibile).

L'avvio dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale impone una agenda molto complessa sia da parte del Governo e del Parlamento che da parte delle Regioni e dei Comuni singoli o associati. A livello nazionale, gli aspetti più complessi che qui vengono accennati riguardano: la disciplina dei rapporti con il personale, l'approvazione del Piano sanitario, le forme della partecipazione. Il Piano sanitario triennale 1980-82 assume un'importanza rilevante in quanto si tratta di un provvedimento di attuazione di portata non settoriale, bensì generale, che attraversa trasversalmente tutte le attività del SSN in quanto di ognuna indica i fini prossimi e lontani, i vincoli e gli ambiti di autonomia regionale e locale, le risorse finanziarie stanziare e ripartite geograficamente. Il Piano si articola a sua volta in Piani sanitari regionali. Esso rappresenta quindi la cornice indispensabile della riforma. La sostanza del PSN sta nell'affermazione che l'uso delle risorse e del personale sanitario deve essere programmato per rovesciare gli squilibri sociali e territoriali che in ambito sanitario si erano venuti accumulando nel tempo. In assenza del Piano (che tardava a essere approvato) e dovendosi comunque procedere, sono adottati alcuni provvedimenti parziali il cui contenuto riflette alcuni adempimenti propri del Piano (ad

esempio la legge n. 33/1980 sull'estensione dell'assistenza a tutti i cittadini, il livellamento delle prestazioni, ecc.; la distribuzione delle risorse finanziarie alle Regioni attraverso i decreti del CIPE; ecc.).

La legge di riforma n. 833/1978 acquisisce non solo il carattere di legge-quadro, cioè di normativa di principio che vincola l'esercizio delle competenze secondarie delle Regioni, ma anche di norma di riforma economico-sociale e in questo senso rappresenta un vincolo anche per l'esercizio delle competenze primarie attribuite alla Regione Trentino-Alto Adige in materia di ordinamento degli enti sanitari. La trasposizione a livello locale della riforma è realizzata attraverso una serie di provvedimenti legislativi della Regione e della Provincia.

## 2.2. I principi di riferimento

Come detto, l'attuazione a livello locale della riforma è stata condizionata dal rispetto di alcuni principi di riferimento fissati dalla normativa nazionale, che qui si sintetizzano per disporre di una chiave di lettura degli interventi del legislatore locale, in particolare:

- a. il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie (art. 2);
- b. lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale determina, con il concorso delle Regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria (art. 3);
- c. spetta allo Stato la funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria, attinenti a esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale e alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria (art. 5);

- d. il Consiglio sanitario nazionale è sentito obbligatoriamente in ordine alla determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie, alla ripartizione degli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale e alla programmazione del fabbisogno di personale necessario alle esigenze del Servizio sanitario nazionale (art. 8);
- e. le Regioni esercitano le funzioni legislative in materia sanitaria e ospedaliera attenendosi ai seguenti principi:
  - coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici e sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni;
  - assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici;
  - attenersi al metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le relative norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo predispongono Piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali (art. 11);
- f. le USL assicurano la più ampia partecipazione dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alla finalità del Servizio sanitario e agli obiettivi dei Piani sanitari triennali (art. 13);
- g. è istituito il Fondo sanitario nazionale destinato al funzionamento del Servizio sanitario; esso viene ripartito tra le Regioni in base a indici e standard tendenti a garantire uniformi livelli di prestazioni su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni. Le Regioni a loro volta in base a parametri numerici, tesi a unificare il livello delle prestazioni sanitarie e a garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio, provvedono a ripartire tra le USL la quota loro assegnata riservandone a fondo di riserva una percentuale non superiore al 5% (art. 51);

- h. gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione delle USL sono responsabili in solido delle spese disposte o autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro assegnata (art. 51);
- i. il Piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle Regioni meridionali; il Piano stabilisce gli indici e standard da assumere per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale una equilibrata organizzazione dei servizi anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento (art. 53);
- j. i Piani sanitari regionali sono finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei vari servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale (art. 55). Detti Piani devono prevedere le modalità per attuare nelle USL l'unificazione delle prestazioni sanitarie (art. 56).

## **2.3. L'applicazione della riforma a livello locale: l'istituzione del Servizio sanitario provinciale**

L'applicazione della riforma a livello locale è affidata, anche in questo caso, a un "pacchetto" di provvedimenti normativi della Regione per gli aspetti ordinamentali (l.r. 30 aprile 1980, n. 6) e della Provincia per la disciplina del Servizio (l.p. 6 dicembre 1980, n. 33) e per il finanziamento (l.p. 13 aprile 1979, n.5).

Punto forte della riforma, oltre a quanto già detto a commento della legislazione nazionale, è quello di aver ricondotto ad unità tutti gli interventi afferenti alla salute, supe-

rando definitivamente la vecchia logica della separazione dei diversi livelli assistenziali e recuperando la capacità di governo unitario dei diversi livelli di intervento.

## 2.4. Il Fondo sanitario provinciale

In ordine cronologico il primo provvedimento provinciale (l.p. 13 agosto 1979, n. 5) è finalizzato alla costituzione del Fondo sanitario provinciale destinato al finanziamento dell'assistenza ospedaliera e di tutte le forme di assistenza sanitaria gestite direttamente dalla Provincia e di quelle gestite da altri enti e soggetti. Esso comprende sia il finanziamento della gestione (parte corrente) che degli investimenti (conto capitale).

Con l'istituzione del Fondo sanitari provinciale cambia radicalmente il sistema di finanziamento degli enti sanitari nel senso che per la prima volta il finanziamento è ricondotto a un unico canale rispetto alla molteplicità degli interventi precedenti, a tutto vantaggio della chiarezza e della trasparenza ma anche a salvaguardia della uniformità delle prestazioni assistenziali.

## 2.5. Le Unità sanitarie locali: la legislazione regionale

Un altro aspetto della riforma, quello ordinamentale, è definito dalla l.r. 30 aprile 1980, n. 6 che istituisce e regola le Unità sanitarie locali, demandando tuttavia alle Province la determinazione del loro ambito territoriale.

La normativa regionale riprende quella nazionale per quanto riguarda gli aspetti ordinamentali (organizzazione e modalità di funzionamento), mentre introduce un elemento innovativo nel definire l'Unità sanitaria locale quale

strumento operativo non solo dei Comuni singoli o associati (come previsto dalla normativa nazionale) ma anche *«dell'ente di diritto pubblico previsto dall'art. 7 del d.p.r. 22 marzo 1974, n. 279»*.

Come è noto, tale ente si identifica nelle comunità montane previste dalla legge 3 dicembre 1971, n. 1102 ovvero negli *«altri enti di diritto pubblico aventi analoghi compiti di programmazione economica e di pianificazione urbanistica»* individuati dalla Provincia di Trento nei "comprensori".

La legislazione regionale, formulata in maniera flessibile, consente alle due Province autonome di organizzare il servizio con criteri e modalità diverse e coerenti con la loro organizzazione territoriale. Le Unità sanitarie locali si devono articolare territorialmente in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione delle prestazioni di primo livello e di pronto intervento. Le Unità sanitarie locali devono altresì gestire anche i servizi sociali eventualmente delegati dalle Province autonome. La Regione interviene successivamente per disciplinare la contabilità delle Unità sanitarie locali con la l.r. 11 gennaio 1981, n. 1.

La legge si inserisce nel vasto movimento normativo che a cavallo degli anni '80 modifica significativamente l'ordinamento contabile dello Stato, delle Regioni, delle Province, degli enti locali, introducendo nuovi istituti (bilancio annuale e pluriennale, bilancio di competenza e di cassa, ecc.).

La legge n. 1/1981 regola inoltre criteri e modalità di utilizzo del patrimonio.

## 2.6. La disciplina del Servizio sanitario provinciale

I terzo provvedimento con il quale si completa il processo normativo di recepimento della riforma nazionale è la legge provinciale 6 dicembre 1980, n. 33



con la quale si disciplina il Servizio sanitario provinciale. La normativa provinciale recupera i principi della riforma nazionale con alcune peculiarità:

- innanzitutto, il territorio della provincia è ripartito in ambiti coincidenti con i Comprensori individuati dall'art. 23 delle norme di attuazione del Piano urbanistico provinciale; per ogni ambito così individuato è prevista la costituzione della relativa Unità sanitaria locale;
- sono individuate le funzioni esercitate direttamente dalla Provincia, con la previsione di specifiche strutture organizzative da istituire nell'ambito dei Servizi Provinciali. In particolare, è creato il Servizio di prevenzione al quale sono attribuite, tra l'altro, le funzioni in precedenza svolte dal Laboratorio di Igiene e Profilassi, dall'Ispettorato del lavoro per i compiti di igiene del lavoro e prevenzione infortuni, dall'ENPI e dall'ANCC;
- la programmazione provinciale deve tenere conto dei contenuti e degli indirizzi del Piano sanitario nazionale e degli obiettivi del Programma di sviluppo provinciale; il Piano *«deve prevedere le modalità ed i vincoli per il conseguimento degli obiettivi, la previsione dei fondi ed i criteri per la loro ripartizione e gli indirizzi per raggiungere una equilibrata e coordinata organizzazione dei servizi»* (art. 5);
- le Unità sanitarie locali sono tenute a elaborare dei piani operativi annuali conformandosi agli indirizzi del Piano sanitario provinciale;
- la Giunta provinciale svolge funzioni di indirizzo e di coordinamento allo scopo di assicurare la conformità agli obiettivi prefissati; elabora indirizzi per assicurare gradualmente standard qualitativi omogenei eliminando gli squilibri territoriali esistenti (art. 7);
- per assicurare la realizzazione delle finalità del Servizio sanitario provinciale viene assunto il metodo della programmazione e il criterio della corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici (art. 10);

- è prevista l'istituzione del "Comitato provinciale per la programmazione sanitaria" con funzioni consultive e di proposta;
- è riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato, favorendone l'apporto allo scopo di un più responsabile coinvolgimento della popolazione nelle attività di educazione sanitaria e di prevenzione, nella gestione sociale della salute e negli interventi rivolti al superamento delle condizioni di emarginazione e di isolamento sociale;
- è demandato a un successivo provvedimento legislativo il complessivo riordino delle funzioni in materia socio-assistenziale e della organizzazione delle relative attività a livello territoriale. È prevista la delega ai Comprensori dell'esercizio delle funzioni provinciali, di quelle esercitate dagli ECA e di altri enti pubblici, da esercitare attraverso le Unità sanitarie locali, con istituzione di un apposito servizio. Per assicurare una maggiore integrazione degli interventi che incidono sulla promozione della salute i Comprensori sono chiamati a coordinare le attività e i servizi sociali gestiti da enti o istituzioni operanti nel loro territorio con quelle esercitate dai Comprensori stessi, con il concorso nelle attività di programmazione e con specifici accordi in fase di attuazione;
- le Unità sanitarie locali si articolano in Distretti sanitari di base secondo le indicazioni contenute nel Piano sanitario provinciale, nel cui ambito è assicurata la continuità delle prestazioni di primo livello (interventi di prevenzione, attività ambulatoriale e domiciliare, informazioni, promozione sociale ed educazione sanitaria);
- è prevista l'istituzione del Dipartimento come strumento organizzativo di integrazione di servizi e di unità operative da individuare da parte del Piano sanitario.

## 2.7. L'avvio della riforma sanitaria in Trentino

provvedimenti normativi richiamati consentono di avviare la riforma sanitaria con l'istituzione del Servizio sanitario provinciale, la costituzione delle USL e il graduale trasferimento alle stesse delle funzioni sanitarie.

Sul piano applicativo la Giunta provinciale approva una serie di provvedimenti, alcuni preparatori, altri di attuazione vera e propria:

- a. l'unificazione delle prestazioni sanitarie e l'adozione di modalità uniformi per la loro erogazione superando le sperequazioni del sistema mutualistico, anche attraverso momenti organizzativi unitari decentrati a livello comprensoriale. Tali interventi sono finalizzati alla realizzazione di un modello organizzativo e funzionale propedeutico alla gestione istituzionale delle USL;
- b. l'elaborazione della proposta di documento preliminare al Piano sanitario provinciale triennale che è poi diffusa agli enti, organismi, forze politiche, sociali e sindacali come "proposta culturale" per il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari;
- c. la predisposizione degli indirizzi tecnici per l'avvio delle USL per quanto riguarda la gestione del personale, del patrimonio, economico-finanziaria, nonché l'erogazione delle prestazioni sanitarie e l'organizzazione dei servizi. Tale intervento è realizzato sulla base delle norme e delle indicazioni programmatiche contenute nei documenti di cui al punto precedente;
- d. la costituzione delle USL con deliberazione della Giunta provinciale del 19 dicembre 1980 e trasferimento alle stesse con carattere di gradualità, a partire dal 1° gennaio 1981, delle funzioni sanitarie.

## 2.8. Il trasferimento delle funzioni alle USL

C ostituite sul finire del 1980 con la deliberazione n. 13465 del 19 dicembre 1980, le USL iniziano a operare il 1° gennaio 1981. Da tale data sono infatti alle stesse attribuite:

- le funzioni dei Comprensori e Consorzi sanitari di cui all'art. 1 della l.p. 23 novembre 1973, n. 56;
- le funzioni degli enti mutualistici di cui all'art. 12 bis della legge 17 agosto 1974, n. 386;
- le attività della Provincia per quanto concerne le autorizzazioni al ricovero ospedaliero presso strutture private di ricovero e cura convenzionate e l'esercizio dell'azione di rivalsa;
- le funzioni dei Comuni in materia di assistenza ostetrica.

Con data 1° luglio 1981 sono altresì trasferite alle USL le funzioni dell'INAIL in materia di assistenza specifica curativa e riabilitativa agli invalidi del lavoro, con alcune eccezioni (assistenza termalistica).

## 2.9. Problemi e contraddizioni nell'applicazione della riforma a livello nazionale

D opo il varo della legge n. 833/1978 vi è una prima fase caratterizzata da un impegno pressante, sia a livello nazionale che regionale, che porta alla realizzazione di una serie di adempimenti, quali la costituzione del Consiglio sanitario nazionale (già nei primi mesi del 1979), la predisposizione e presentazione al Parlamento della proposta di Piano sanitario nazionale (nell'estate di quell'anno), l'emanazione del d.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 sullo stato giuridico del

personale delle USL, del d.P.R. 14 luglio 1980, n. 595 sulla classificazione economica e funzionale della spesa e, infine, l'assegnazione di personale delle disciolte mutue ai vari enti (USL, Ministeri, Istituti previdenziali).

La gran parte delle Regioni in questo primo periodo formula le proprie leggi in materia di assetto istituzionale e organizzativo delle USL, di contabilità e di amministrazione del patrimonio e istituisce i ruoli nominativi del personale del servizio sanitario.

A questa prima fase attiva segue una fase notevolmente frenata.

L'attuazione della legge n. 833/78 subisce una brusca caduta di tensione ed è in parte stravolta nell'impianto e nella filosofia sull'onda di provvedimenti presi sotto la spinta dell'emergenza.

Ciò è causato anche dalla mancata emanazione del Piano sanitario nazionale nel quale dovevano essere definiti gli standard delle prestazioni e dei servizi, le dotazioni strumentali e strutturali, gli obiettivi, i tempi e i mezzi per il loro conseguimento. Questi ritardi pregiudicano seriamente il raggiungimento degli obiettivi della riforma volti alla trasformazione, riqualificazione e riequilibrio del servizio sanitario.

La 833, quindi, trova immediati ostacoli alla sua concreta applicazione. Essi sono determinati da alcune carenze insite nello stesso impianto legislativo che lascia spazio a una concezione assembleare dei poteri e favorisce la confusione tra le funzioni della parte politica e di quella tecnica. Sconta inoltre l'opposizione di una grossa fetta della classe medica, la categoria più importante, ed è complicata dalla scelta di considerare veramente universale solo il servizio a totale gratuità. Oltre a ciò, nel 1981 emergono pesantissimi buchi di carattere finanziario ereditati dagli enti soppressi e s'avvia una campagna contro la spesa considerata eccessiva, contro la quale a nulla vale informare che essa s'aggira mediamente per tutto il decennio attorno al 6% del prodotto interno lordo, molto al di sotto degli Stati Uniti (il 10%) e

della Germania (l'8%). La campagna tende ad avvalorare la tesi che la spesa sanitaria è improduttiva quando va bene e costituisce fonte di spreco e di sperpero quando va male e come tale rappresenta un costo intollerabile per i cittadini. Ancora più importante è il fatto che non si riesce a diminuire il disagio rappresentato dalle liste d'attesa che si accumulano in generale in tutti i servizi, creando fenomeni di clientelismo che accrescono la rabbia dei cittadini.

Ciò nonostante, il Servizio sanitario nazionale riesce a raggiungere risultati ragguardevoli anche per merito delle Regioni che, in molti casi, allargano le competenze delle USL ai settori socio-sanitari e socio-assistenziali. Le USL (Unità sanitarie locali) sono trasformate in ULSS (Unità locali socio-sanitarie) e sono loro affidate, tramite legislazione regionale, importanti compiti di assistenza nel campo dell'handicap, degli anziani e della famiglia.

Molte Regioni si dotano, molto prima che ci riesca lo Stato - il primo Piano sanitario nazionale vede la luce nel 1994 - di loro Piani sanitari o socio-sanitari. È un fenomeno molto consistente, fino ai primissimi anni '90 appannaggio prevalentemente delle Regioni settentrionali e poi esteso alle altre, sotto la spinta della riorganizzazione e dell'espansione dei servizi: l'Emilia-Romagna dal 1981 al 2001 approva quattro Piani socio-sanitari; il Piemonte, la Valle d'Aosta, l'Umbria e il Veneto ne approvano tre; l'Abruzzo, la Basilicata, le Marche la Toscana e la Provincia di Bolzano ne approvano due; la Calabria la Campania, il Friuli, la Liguria, il Molise, la Sardegna e la Provincia di Trento (1993-1995) ne approvano uno; il Lazio, la Lombardia, la Puglia e la Sicilia non se ne sono mai dotati.

A fronte della mancanza di scelte programmatiche e della definizione di indirizzi strategici, l'aspetto finanziario costituisce la spinta per la ricerca di soluzioni contingenti attraverso la proposta, con le varie leggi finanziarie, di diverse norme a contenuto anche programmatico e gestionale.

Questi provvedimenti tampone (proroghe delle gestioni

commissariali, ticket, blocco degli organici, contenimento delle spese, misure restrittive per l'accesso ad alcune prestazioni di alta specializzazione) contrassegnano l'avvio della riforma stravolgendo in qualche caso alcuni orientamenti dell'impianto originario. In particolare, questi provvedimenti rendono evidente la necessità di introdurre criteri di compatibilità tra impegni, efficacia del sistema e risorse in quanto alla prova dei fatti l'obiettivo di assicurare tutto a tutti senza limitazioni si è rivelato insostenibile per il sistema. Nel 1987, la risposta, da parte del Governo consiste nella presentazione di un progetto di legge che introduce nella sanità il concetto "aziendale". L'intendimento è di scorporare i grandi ospedali e trasformare le USL in aziende autonome finanziate dalle Regioni con il contributo integrativo dello Stato. Lo stesso ministro De Lorenzo intervistato in proposito, chiarisce che *«Le determinanti della spesa quali la modifica del quadro demografico e quindi epidemiologico, i costi delle tecnologie, i cambiamenti nel tessuto produttivo del Paese che non poteva più contare sull'onda lunga del boom economico, stavano rivelando, senza più spazio per ipocrisie e mistificazioni ad uso politico, il vero volto del diritto alla salute: quello di un diritto finanziariamente condizionato»*. Il progetto di legge decade per la fine della Legislatura, come pure nella successiva un altro simile che contiene in più la scomparsa dei Comitati di gestione. La politica ha distrutto la sanità, fuori la politica dalla sanità, dichiara il ministro De Lorenzo, ottenendo peraltro un buon consenso. Il suo progetto, comunque, non prevede lo smantellamento del Servizio sanitario nazionale ma la sua trasformazione in un'area di "mercato sociale", nella quale esistono i produttori (gli ospedali) e gli acquirenti di prestazioni (le USL per conto dei cittadini). È l'impostazione che Margaret Thatcher ha dato alla sua controriforma sanitaria. Nei fatti nemmeno la "Lady di ferro", coriacea sostenitrice della *deregulation* capitalistica, se l'è sentita di eliminare in Gran Bretagna il diritto alla tutela della salute.

A livello regionale, il processo attuativo della riforma prosegue, seppure a ritmi decelerati, con il completamento da parte di tutte le Regioni dell'assetto organizzativo e istituzionale e con il graduale trasferimento alle USL dei compiti svolti dai precedenti enti sanitari.

## **2.10. Il problema delle risorse: primi provvedimenti per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria**

**N**el complesso e articolato processo di attuazione della riforma sanitaria uno dei problemi maggiormente discussi e preoccupanti è quello della determinazione delle risorse finanziarie da destinare alla tutela della salute.

Nella provincia di Trento tale problematica assume una importanza del tutto particolare. Infatti, pur in presenza di situazioni specifiche che non trovano riferimenti analoghi in altre Regioni e pur non sottovalutando il notevole sforzo operato per equilibrare il livello generale dei servizi con l'ammontare delle risorse disponibili, non vi è dubbio che la situazione strutturale di determinate funzioni risulta sovradimensionata rispetto alla necessità mentre, per talune altre, presenta situazioni di carenza.

Per contro, le assegnazioni statali attribuite alla Provincia autonoma progressivamente diminuiscono in corrispondenza alla adozione di criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale tendenti a conseguire l'obiettivo del diretto rapporto fra assegnazione e popolazione, superando il riferimento alla spesa storica.

La progressiva riduzione delle disponibilità finanziarie impone alla Provincia e alle stesse Unità sanitarie locali l'assunzione di una serie di provvedimenti per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria, con scelte precise e ineludibili sulle priorità delle esigenze da soddisfare.



Lo strumento essenziale e basilare per tali scelte fondamentali non può che essere il Piano sanitario provinciale che nelle intenzioni della Giunta provinciale avrebbe dovuto trovare definizione già all'indomani dell'avvio della riforma, anche in assenza di quello nazionale, per consentire alla Provincia di assumere pienamente il suo ruolo di programmazione, coordinamento e verifica delle azioni volte alla tutela della salute. Con la l.p. 16 gennaio 1982, n. 2 è parzialmente modificato il sistema di finanziamento della spesa sanitaria. Obiettivo della nuova legge è quello di promuovere l'uso razionale delle risorse *«attraverso criteri di economicità e qualificazione della spesa»*.

La legge provinciale che ha disciplinato il sistema di finanziamento è significativa in quanto ha previsto la possibilità di apporti aggiuntivi della Provincia (rispetto ai finanziamenti statali) per specifiche finalità (es. case di riposo) e di ulteriori apporti integrativi a carico del bilancio della Provincia.

Come vedremo in seguito, queste previsioni normative hanno consentito nel tempo una gestione molto flessibile del Fondo sanitario garantendo continuità e regolarità di finanziamenti alle USL che nessuna altra Regione (neanche a Statuto speciale) ha saputo garantire.

All'indomani della riforma la provincia registrava infatti una spesa pro capite di 567.000 lire contro una media nazionale di 496.000 lire per abitante (la provincia di Bolzano all'epoca aveva una spesa inferiore alla media nazionale: 477.000 lire). Il livello e l'andamento della spesa costituivano aspetti di particolare preoccupazione all'inizio degli anni '80.

Il Programma di sviluppo provinciale aveva infatti delineato il principio della qualificazione della spesa corrente con l'obiettivo di liberare risorse da destinare agli investimenti. Nel settore sanitario era stato sancito il criterio di commisurare l'ammontare delle risorse destinabili alla sanità alle assegnazioni del Fondo sanitario provinciale determinato secondo i normali parametri CIPE, tendenzialmente riferiti alla popolazione (0,783%). Per contro, l'incidenza della

spesa provinciale su quella nazionale era di circa lo 0,895%. Per di più già a partire dai primi anni '80 era iniziata la tendenza, poi diventata prassi consolidata, di sottostimare la quantificazione del Fondo sanitario nazionale.

Nei documenti elaborati dall'Assessorato si legge, ad esempio, che il Fondo nazionale 1983 è stato fissato in 28.000 miliardi di lire, quando il consuntivo 1982 si era chiuso con 27.500 miliardi di spesa e le proiezioni 2003 facevano prevedere un fabbisogno di oltre 33.000 miliardi.

La palese sottostima del Fondo sanitario ha prodotto un effetto deleterio nella gestione dei servizi, creando un clima di incertezza ma soprattutto una sorta di "legittimazione" allo sfondamento del bilancio basato sulla certezza di integrazioni successive. Agli amministratori delle USL è mancato così qualsiasi incentivo a individuare politiche di risparmio e a predisporre azioni di razionalizzazione dei servizi.

A livello centrale si sono moltiplicati i "provvedimenti urgenti" per il contenimento della spesa sanitaria i quali, tuttavia, alla lunga non hanno esercitato una grande efficacia. La restrizione dei flussi finanziari è divenuto in tal modo lo strumento principale, se non esclusivo, di governo della spesa.

Ripetuti sono stati anche i provvedimenti assunti a livello nazionale per ripianare i debiti accumulati dalle USL con l'intento di azzerare la situazione debitoria e porre le premesse per un regolare svolgimento della gestione futura.

In realtà questi provvedimenti si sono sempre rivelati dei provvedimenti "tampone" capaci solo di evitare il tracollo finanziario ma inidonei a garantire il riequilibrio duraturo dei conti, posto che nel tempo si è comunque perpetuata la tendenza alla sottostima del Fondo sanitario.

A livello provinciale, pur a fronte della inadeguatezza dei finanziamenti statali rispetto ai fabbisogni (nel 1983, ad esempio, vi era un "disavanzo" di 24 miliardi di lire su una spesa di 285 miliardi), non si sono create le conseguenze dirompenti registrate in altre realtà regionali grazie a una

accorta e innovativa politica finanziaria della Provincia che ha caratterizzato anche gli anni successivi.

La Provincia ha accentrato a livello provinciale le insufficienze del Fondo sanitario anticipando con fondi propri le risorse finanziarie alle USL.

In tal modo le USL sono state messe in condizione di disporre di finanziamenti adeguati, di evitare i disavanzi di bilancio, di disporre di flussi di cassa tempestivi.

Per contro la Provincia ha assunto in carico al proprio bilancio l'onere per l'“anticipazione” del finanziamento per la copertura del disavanzo sanitario.

Questa impostazione dei rapporti tra Provincia e USL aveva un significato che chiaramente andava oltre all'aspetto economico-finanziario e assumeva uno spessore più squisitamente politico in un tempo (anni '80) caratterizzato da continue tendenze controriformiste e dal dilagare delle disfunzionalità del Servizio sanitario dovute o imputate alla carenza di finanziamento. Assicurando, nel concreto, la regolarità nell'erogazione dei finanziamenti si è potuta assicurare la regolarità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie a favore di tutti gli utenti.

## **2.11. I problemi aperti all'indomani dell'avvio della riforma in Trentino**

documenti interni elaborati in vista della predisposizione del Piano sanitario indicavano una serie di criticità e di esigenze prioritarie:

- ottimizzare il rapporto tra offerta di prestazioni e domanda sanitaria in relazione anche alla caratterizzazione territoriale;
- adottare modalità innovative di assistenza mista, ospedaliera ed extra ospedaliera, sanitaria e socio-assistenziale, potenziando i servizi poliambulatoriali a gestione pubblica anche in funzione di filtro al ricovero;

- precisare il ruolo delle strutture private individuando le aree di operatività, i limiti e le interconnessioni con quelle pubbliche;
- contenere il volume delle risorse finanziarie entro i limiti definiti dal Fondo sanitario nazionale in conformità agli obiettivi e alle indicazioni del Piano di sviluppo provinciale di cui alla l.p. 21 marzo 1983, n. 11 (Approvazione del programma di sviluppo provinciale per il triennio 1983-1985). Questo implica la necessità di introdurre strumenti per migliorare la produttività delle risorse impiegate, per controllare i processi organizzativi e per qualificare e razionalizzare la spesa;
- introdurre parametri e modalità di valutazione della produttività dei fattori disponibili e della qualità dei servizi resi ai fini delle necessarie analisi di efficienza e di efficacia;
- verificare l'organizzazione strutturale del servizio sanitario attraverso la ridefinizione delle localizzazioni ottimali sul territorio delle unità di offerta.

Il citato Piano di sviluppo 1983-1985 è il primo piano triennale varato a marzo del 1983 con le nuove norme che regolano la programmazione provinciale approvate nel 1980. Per quanto attiene alla sanità, nel Piano si rileva come accanto alla riqualificazione dei servizi uno degli obiettivi prioritari sia quello del contenimento della spesa e del miglioramento della sua produttività, essendo evidente un eccessivo consumo di risorse ospedaliere. Il confronto dei dati disponibili per la stesura del Piano mostra per il Trentino un numero più alto di posti letto negli ospedali pubblici (10,5 per 1.000 ab.) rispetto alla media nazionale (8,2) e una degenza media più alta (14 gg.) rispetto alla media italiana (12 gg.). Le considerazioni complessive sulla situazione del Trentino suggeriscono comunque cautela nell'assumere decisioni che indirizzino verso i dati nazionali (il Piano sanitario nazionale indica i seguenti parametri medi:

6 posti letto per 1.000 ab.; 9 gg. di degenza media; tasso di saturazione dell'85%). Le indicazioni programmatiche contenute nel piano triennale riguardano:

- l'evidenza che le politiche di prevenzione sono il punto centrale e prioritario;
- l'esigenza di analizzare i costi degli ospedali, soprattutto dei due maggiori, per evidenziare i costi variabili e quindi quelli riducibili, tenendo conto del notevole frazionamento del territorio e al netto dei posti letto psichiatrici;
- la necessità, al fine di alleggerire l'assistenza ospedaliera, di rivedere/sviluppare l'assistenza medica e assistenziale sul territorio;
- la necessità di disporre di un adeguato sistema informativo.

Al di là delle specifiche problematiche che avrebbero dovuto essere affrontate nell'ambito del Piano sanitario, il dibattito a livello provinciale (come anche nazionale) all'inizio degli anni '80 riguardava alcuni aspetti dell'attuazione della riforma sanitaria e in particolare:

- l'assetto istituzionale delle Unità Sanitarie Locali quali strutture operative dei Comuni singoli o associati o delle comunità montane e, nella nostra provincia, dei Comprensori. A questo riguardo a livello nazionale era maturato un progetto governativo che prevedeva un nuovo e diverso rapporto delle USL con i Comuni, quali "aziende speciali";
- il ruolo e le competenze degli organi delle USL, Assemblea e Comitato di gestione, con riguardo alla necessità di definire per detti organi competenze più propriamente politiche di programmazione, indirizzo e verifica di riservare agli organi tecnici le funzioni gestionali e di direzione dei servizi;
- la qualificazione della dirigenza amministrativa e medica delle USL col fine di disporre di personale in grado di svolgere funzioni di tipo manageriale e di adottare pro-

cedure e modelli organizzativi adatti alle caratteristiche dei servizi sanitari, col supporto di sistemi informativi automatizzati;

- la corresponsabilizzazione delle categorie mediche e tecniche nella gestione dei servizi e la garanzia di aggiornamento e riqualificazione permanente;
- la realizzazione degli obiettivi prioritari della riforma sanitaria concernenti la prevenzione primaria e secondaria quale momento privilegiato di intervento e di impegno, con conseguente progressivo spostamento delle risorse dal campo curativo a quello preventivo;
- l'attivazione del Distretto di base quale polo di erogazione dei servizi sanitari e sociali di primo livello, di aggregazione del personale, di partecipazione degli utenti;
- la valorizzazione della funzione del medico di base quale medico di fiducia e di libera scelta, in rapporto a tutte le altre articolazioni del sistema;
- la razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera, anche attraverso la riduzione del numero dei posti letto esistenti e la loro eventuale riconversione in servizi specialistici ambulatoriali.

È interessante ricordare che la mancata stesura del Piano sanitario provinciale, a fronte invece di periodiche assicurazioni da parte degli Assessori competenti che si erano succeduti su una sua presentazione sempre rinviata, è stata oggetto a giugno del 1987 di una sessione straordinaria del Consiglio provinciale per discutere una mozione di sfiducia alla Giunta presentata da otto consiglieri di minoranza. La mozione è stata respinta dopo sei ore di dibattito che ha coinvolto tutti i settori dell'aula. Nella storia dell'autonomia provinciale questa era la seconda mozione di sfiducia alla Giunta; unico precedente la mozione presentata nel 1983 su un tema che riguardava l'Assessore all'Industria di cui era stato, come in questo caso, ritenuto collegialmente responsabile l'intero Esecutivo.

Si deve tenere conto che nei primi mesi del 1987 la IV Commissione legislativa del Consiglio provinciale aveva condotto una ampia indagine conoscitiva sulla situazione della sanità attraverso una serie di incontri con operatori sanitari e amministrativi nonché con componenti sindacali, associative e politiche. Uno degli obiettivi dichiarati era proprio quello di acquisire importanti elementi di conoscenza e di valutazione su questioni nodali del settore anche in vista della presentazione del Piano sanitario. I temi trattati riguardavano sia l'organizzazione (mantenere le 11 USL ovvero diminuirne il numero), il miglioramento degli interventi per gli anziani, il ruolo da assegnare alle "strutture ospedaliere periferiche" (tema sul quale il Trentino periodicamente si è interrogato fino a oggi), la sanità pubblica, il potenziamento della prevenzione e dell'educazione sanitaria, altri temi specifici di interesse dei cittadini su livelli prestazionali. Era quindi nata una forte attesa circa la predisposizione del Piano provinciale che era stata annunciata improrogabilmente per il 15 aprile di quell'anno e che invece era stata ancora rinviata.

## 2.12. **Gli interventi in Trentino per completare l'applicazione della riforma**

Gli interventi legislativi nei primi anni '80 sono finalizzati a completare il trasferimento di funzioni sanitarie alle USL e anche alla qualificazione degli interventi e al miglioramento dei livelli di servizio.

Al primo gruppo si possono ricondurre: la l.p. 19 maggio 1982, n. 9 con la quale sono trasferite alle USL le funzioni in materia di trasporto infermi già esercitate dalla CRI, con trasferimento del personale e dei mezzi; la l.p. 27 agosto 1982, n. 19 con la quale sono trasferite le funzioni in materia veterinaria con la soppressione degli uffici del veterinario provinciale e dei veterinari condotti.

Di particolare importanza la l.p. 29 agosto 1983, n. 29 che disciplina le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, comprese quelle concernenti la tutela della salute nei luoghi di lavoro e la tutela sanitaria delle attività sportive con l'obiettivo di dare attuazione alle previsioni della riforma sanitaria. La legge n. 29/1983 prevede il passaggio alle USL delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica comprese quelle già di competenza dell'Ufficio del medico provinciale e degli uffici sanitari non espressamente riservati alla Provincia dalla l.p. n. 33/1980. Sono invece salvaguardate le attribuzioni del Sindaco quale autorità sanitaria locale.

La norma regola anche le attività di educazione sanitaria, la creazione dell'osservatorio epidemiologico, le funzioni in materia di medicina legale, i pareri sanitari.

Una particolare disciplina è dedicata alla tutela della salute nei luoghi di lavoro, con particolare riguardo alla attività di prevenzione, ricerca delle cause di rischio, mappe di rischio, controlli sanitari dei lavoratori.

Altro capitolo della legge è dedicato alla promozione dell'educazione sanitaria relativa all'attività sportiva.

Dal punto di vista organizzativo è prevista l'istituzione di un servizio multizonale di prevenzione con il compito di rafforzare l'attività delle singole USL.

Un ultimo capitolo è dedicato all'organizzazione del Servizio Farmaceutico con trasferimento alle USL delle relative competenze.

Singolare è il fatto che la legge n. 29 per quanto riguarda lo svolgimento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica non troverà mai applicazione.

Nel 1988 con la legge 5 settembre, n. 13 ("Modifiche ed integrazioni alla l.p. 6 dicembre 1980, n. 33") il legislatore provinciale interviene nuovamente per regolamentare la materia. L'art. 7 della suddetta norma prevede che *«nel Distretto sanitario di base è assicurata in modo globale ed unitario la continuità delle prestazioni di primo livello e di pronto intervento...»*; al Distretto saranno affidate inoltre, attraverso il



servizio per l'assistenza sanitaria di base, le seguenti attività: prime segnalazioni di situazioni di emergenza; interventi di prevenzione e profilassi nel campo delle malattie infettive e diffuse comprese le vaccinazioni obbligatorie; accertamenti e certificazioni sanitarie; libretti sanitari; accertamenti necroscopici; raccolta di dati igienico-ambientali.

Anche questa legge rimane lettera morta per quanto riguarda la riorganizzazione dei servizi di igiene e sanità pubblica. La Provincia di Trento è l'unica realtà a livello nazionale ad avere conservato fino agli inizi degli anni '90 le figure del medico provinciale e degli ufficiali sanitari a livello comunale (medici condotti).

Solo nel 1991, con la legge 5 novembre 1991, n. 23 "Norme transitorie in materia di igiene e sanità pubblica" sono individuate all'interno dell'Amministrazione provinciale le funzioni e gli organi competenti all'adozione di provvedimenti in materia di igiene e sanità pubblica, costituito un servizio per l'igiene e sanità pubblica ferme restando le competenze individuate nei Distretti, aboliti gli uffici igiene comunali e le figure di ufficiale sanitario e di medico provinciale.

Tra i provvedimenti diretti alla qualificazione degli interventi e al miglioramento dei livelli di servizio rientrano, tra gli altri, la l.p. 16 agosto 1982, n. 13 "Norme rivolte al miglioramento delle condizioni in cui avviene la nascita negli ospedali della Provincia di Trento e alla tutela dei bambini in cura o degenti in ospedale"; la l.p. 4 luglio 1983, n. 23 "Disciplina del trattamento domiciliare dell'emofilia"; la l.p. 29 ottobre 1983, n. 34 "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcolismo"; la l.p. 24 dicembre 1990, n. 34 "Nuova disciplina dei servizi di dialisi e disposizioni varie in materia sanitaria e socio-assistenziale"; la l.p. 31 agosto 1991, n. 20 "Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica ed ortodontica".

Gli anni '80 sono caratterizzati anche da una vivace produzione di disposizioni normative finalizzate a migliorare

l'organizzazione del servizio sanitario (l.p. 10/1984 di inquadramento delle puericultrici; l.p. 14/1984 Istituzione del Servizio Farmaceutico nelle USL; l.p. 9/1984 Programmazione delle iniziative in materia di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale socio-sanitario), nonché finalizzate a garantire più elevati livelli di assistenza (l.p. 15 marzo 1983, n. 6) che autorizza le USL ad assumere a proprio carico, secondo le direttive ed entro i limiti stabiliti dalla Giunta provinciale, la spesa relativa alle prestazioni di natura sanitaria erogate a favore di anziani non autosufficienti ricoverati presso le case di riposo pubbliche della provincia di Trento e aventi domicilio di soccorso in uno dei Comuni della provincia. Per il finanziamento delle citate prestazioni il Fondo sanitario provinciale di parte corrente è integrato con apporti aggiuntivi determinati con legge provinciale. L'intervento finanziario a favore delle Case di riposo si concretizza nella corresponsione di compensi rapportati al numero degli assistiti non autosufficienti presenti presso tali istituzioni e a parametri di assistenza aggiuntiva correlati alle dotazioni di personale delle singole case di riposo convenzionate. È interessante ricordare che il 14 giugno 1986 a Rovereto viene approvata la "Carta dei diritti del cittadino malato della provincia di Trento", in contemporanea con 31 Province italiane che approvavano altrettante "Carte dei diritti". L'iniziativa pubblica del Tribunale per i diritti del malato del Trentino ha il pieno appoggio delle istituzioni provinciali e comunali del Trentino (Il Tribunale, nato a Roma nel 1980, era presente a Trento dal 1982 e dal 1985 era stato fondato quello di Rovereto e Basso Trentino) e si svolge con il patrocinio della presidenza del Consiglio e della Giunta della Provincia autonoma di Trento, alla presenza di tutte le autorità. Nella premessa alla Carta del Trentino si sottolinea come il cittadino malato abbia diritto ad essere trattato come persona; con essa *«la società civile trentina intende affermare un nuovo diritto volto alla tutela degli interessi legittimi di tutti i cittadini»*, segnalando ai decisori trentini

*«una grande domanda di giustizia e di migliore qualità della vita che proviene dalle classi popolari»* che mostrano la maggiore fragilità nel rapporto fra cittadino malato e Servizio sanitario Provinciale. L'iniziativa è importante perché le criticità sollevate dai cittadini vengono presentata non come la segnalazione di errori/negligenze del personale o delle organizzazioni, quanto dovute a un sistema più complesso, fatto non solo di leggi e regolamenti ma anche di abitudini, di costume, di cultura. Quindi si ribadisce che il problema della salute è un grande tema politico che non può essere risolto se non partendo dalla conoscenza e dalla tutela dei diritti del cittadino malato e quindi da una azione per la modernizzazione delle strutture sanitarie che coinvolge tutti in un grande esercizio di democrazia (il cittadino come soggetto attivo nella gestione della malattia).

## 2.13. **Primi orientamenti per una nuova riforma del Servizio sanitario**

Sul finire degli anni '80 inizia a prendere forma a livello provinciale, come a livello nazionale, l'idea di una complessiva riorganizzazione del sistema sanitario attraverso un riordino dei servizi sul territorio ma anche attraverso un complessivo riassetto istituzionale. In documenti ufficiali del 1989 si legge che: *«le linee strategiche di politica sanitaria prevedono a livello provinciale, quale intervento prioritario, funzionale alla razionalizzazione e riqualificazione nel medio periodo dell'intero settore, il riassetto istituzionale ed organizzativo delle strutture con l'avvio di importanti processi di trasformazione che dovranno portare dapprima all'approvazione di un piano stralcio di riordino dei servizi per l'assistenza ospedaliera e specialistica ed in secondo luogo all'unificazione della gestione sanitaria in un solo organismo con natura aziendale ed all'emanazione del Piano sanitario provinciale, con indicazioni*

*su tutti i vari aspetti del servizio sanitario e delle necessarie forme di integrazione con gli altri settori interessati alla tutela socio-sanitaria della popolazione».*

L'obiettivo principale è quello di migliorare il rapporto tra Servizio sanitario e cittadini valorizzando l'attenzione al bisogno degli utenti e un approccio complessivo alle problematiche della tutela della salute.

L'esigenza tuttavia di un riassetto del Servizio sanitario provinciale trova fondamento anche nella volontà di migliorare l'efficienza organizzativa e l'uso delle risorse disponibili, in modo da poter tenere sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria con la salvaguardia dei livelli di servizio.

I documenti governativi di programmazione economico-finanziaria per il triennio 1991-1993 pongono con particolare enfasi l'obiettivo di riequilibrare i conti pubblici in relazione agli obblighi derivanti dall'integrazione dei mercati europei. A questo fine prevedono di accentuare gli interventi correttivi dei disavanzi rendendo più stringenti le misure di contenimento della spesa nonché di intervenire sull'efficienza dei processi di produzione dei servizi e sulla loro efficacia nella soddisfazione dei bisogni.

Con riferimento al primo aspetto, le misure di risparmio specificatamente adottate per il settore della sanità si basano su un ampio spettro di interventi finalizzati a ridurre il fabbisogno attraverso azioni in quasi tutti i settori funzionali in cui si articola il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, gli interventi specifici sono affidati a un disegno di legge di riordino del Servizio sanitario nazionale presentato nell'ottobre del 1989. Tale proposta di legge prevede la trasformazione della Unità sanitarie locali in Aziende pubbliche di servizi con autonomia amministrativa contabile e patrimoniale, il ridimensionamento dei posti letto ospedalieri e la conseguente ridefinizione degli organici del personale. Prevede inoltre la trasformazione del Fondo sanitario nazionale in Fondo sanitario interregionale con la dichiarata intenzione di dare

maggiore rilievo al ruolo finanziario delle Regioni e delle Province autonome anche sul versante dell'acquisizione delle risorse, assegnando alle Regioni adeguati poteri di organizzazione, di gestione e di controllo del sistema.

## 2.14. **Provvedimenti per il controllo della spesa: il taglio delle "assegnazioni" statali**

Nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria e a sostegno della manovra complessiva tesa a contenere il disavanzo del bilancio dello Stato, sono emanate con provvedimento collegato alla legge finanziaria 1990 una serie di misure (ticket sanitari, tetti all'incremento della spesa per beni e servizi, ecc.). Come ulteriore misura volta a incidere sul disavanzo del bilancio dello Stato, la stessa legge finanziaria prevede un abbattimento del Fondo sanitario nei confronti delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome, in misura variabile: 20% per la Valle d'Aosta e per Trento e Bolzano, 10% per la Sicilia e il Friuli-Venezia Giulia e 5% per la Sardegna. I minori finanziamenti devono essere compensati con apporti aggiuntivi delle medesime Regioni e Province autonome da autofinanziare con risorse proprie.

## 2.15. **La programmazione sanitaria nazionale negli anni '80**

La legge n. 833/1978 individua nel Piano sanitario nazionale lo strumento per definire il quadro di riferimento per l'azione delle Regioni e delle Province autonome.

Come abbiamo visto in paragrafi precedenti, per motivi di vario ordine negli anni successivi all'applicazione della riforma non è mai stato adottato un organico Piano sanitario nazionale. Di fatto però alcuni interventi normativi si configurano come strumenti programmatori anche strutturali, spingendo le Regioni e le Province autonome a sviluppare specifiche azioni programmatiche al loro livello territoriale. Gli interventi statali più significativi sono rappresentati dalla legge n. 595/1985 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-1988" e da alcune normative di "accompagnamento" delle leggi finanziarie. La legge 595/1985, oltre a introdurre alcuni correttivi alla legge 833/1978 per facilitare l'approvazione del Piano sanitario nazionale, disciplina alcuni contenuti programmatici quali: gli obiettivi generali; le prestazioni erogabili in forma indiretta e le prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria; i presidi e i servizi di alta specialità; le azioni programmate e i progetti-obiettivo; alcuni vincoli per i Piani sanitari regionali e delle Province autonome in modo da renderli conformi alle priorità stabilite dal Piano sanitario nazionale.

L'applicazione di questa norma programmatica fa emergere l'esigenza di incrementare la produttività e di qualificare le prestazioni, anche se l'assenza di un riferimento programmatico generale conduce - sia a livello centrale che periferico - a provvedimenti frammentari e settoriali, talvolta non pienamente coerenti fra loro che produrranno esiti contraddittori e scarsamente incidenti sui problemi che ci si proponeva di risolvere.

Con la legge n. 109/1988 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria" e con il successivo d.m. 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero" sono definiti obiettivi e vincoli in merito all'organizzazione dei servizi ospedalieri, prevedendo che le Regioni e le Province autonome assumano un Piano ospedaliero straordinario, anche in deroga ai Piani già in vigore.

Con la legge finanziaria n. 68/1988, con la previsioni di specifici finanziamenti pluriennali, è stimolato un rinnovamento complessivo della rete ospedaliera e delle attrezzature sanitarie, mentre piani e indirizzi settoriali sono adottati in merito e problematiche peculiari, quali quelle inerenti alla prevenzione e cura del diabete mellito (legge 115/1987), alla disciplina degli stupefacenti e alla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze (legge 162/1990 e d.m. 444/1990), alla prevenzione e alla lotta contro l'AIDS (legge 135/1990), alle attività trasfusionali relative al sangue umano (legge 107/1990). Con la legge 111/1991 "Norme sulla gestione transitoria delle Unità sanitarie locali" inoltre sono poste alcune condizioni istituzionali propedeutiche al riassetto complessivo del Servizio sanitario nazionale che è stato successivamente definito con il d.lgs. n. 502/1992.

## 2.16. **Gli indirizzi programmatici a livello provinciale**



livello provinciale, nonostante negli anni successivi all'applicazione della riforma sanitaria siano state formulate diverse proposte, nel decennio in esame non si arriverà mai all'approvazione da parte del Consiglio provinciale di un Piano sanitario. Alcuni interventi normativi tuttavia iniziano a introdurre cri-

teri e modalità programmatiche in contesti settoriali come ad esempio l'istituzione dei Consultori, interventi per la formazione del personale.

Inoltre, in base alle previsioni dell'art. 7 della l.p. 33/1980 "Disciplina del Servizio sanitario provinciale" è ampiamente utilizzato lo strumento della direttiva per sostituire (quando espressamente previsto dalla normativa di settore) o per surrogare ciò che sarebbe stato demandato al Piano, con alcuni evidenti problemi di coerenza rispetto a un organico disegno programmatico.

Nel frattempo, l'evoluzione del quadro di riferimento generale incide in maniera significativa nella realtà provinciale e induce la Giunta, all'inizio degli anni '90, a porre come obiettivo strategico la ridefinizione del complesso delle politiche sociali, avviando una fase di riqualificazione dell'azione pubblica e degli interventi tesi a promuovere la qualità della vita e il benessere della popolazione.

Obiettivo dichiarato, come si può ricavare dai documenti dell'Assessorato, è coniugare solidarietà e efficienza organizzativa e operativa, domanda di salute e offerta di servizi. All'interno di questo obiettivo si colloca l'esigenza di dare razionalità al governo della salute, in quanto condizione necessaria per assicurare la dinamica promozione del benessere nella vita quotidiana della comunità trentina.

Questo impegno si sviluppa su più versanti: primo aspetto ha riguardato il riordino dei servizi per l'assistenza ospedaliera e specialistica in attuazione della legge 109/1988 e del d.m. 13 settembre 1988, così come l'approvazione della legge che regola l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica (l.p. 23/1991), alla cui attuazione sono collegati l'allargamento e la qualificazione dell'organizzazione distrettuale e la riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali (l.p. 14/1991). Altri aspetti innovativi sono riferiti all'introduzione della modalità organizzativa del dipartimento in specifici settori di intervento (quali l'emergenza sanitaria e l'area materno-infantile), alla ristruttura-



zione e riqualificazione della rete delle strutture sanitarie e alla definizione di alcuni progetti tesi a migliorare la gestione del Servizio sanitario provinciale.

È interessante rilevare come a conclusione del decennio siano dibattuti ampiamente nella discussione politica il tema dell'assistenza agli anziani e il piano di riordino dell'assistenza ospedaliera e specialistica, per i quali erano in discussione in Consiglio provinciale provvedimenti che di fatto avrebbero anticipato le decisioni assunte con il Piano sanitario provinciale. Infatti, nell'ottobre del 1989 il Consiglio provinciale dopo lunga discussione approva una mozione per la realizzazione di un programma di assistenza domiciliare integrata per gli anziani attraverso un sistema che coordini le risorse territoriali con quelle specialistiche e ospedaliere, con le RSA e con i Servizi sociali, per garantire alla persona una valutazione specifica dei bisogni e le modalità di intervento, ivi compresi sostegni economici alle famiglie. Da un lato vengono sottolineate l'utilità sociale degli anziani e l'esigenza di promuovere il ruolo del volontariato, dall'altro si rileva il rischio di addossare alle famiglie il peso dell'assistenza alla persona. Già a fine 1988, la popolazione trentina sopra ai 65 anni costituiva il 15,3% del totale e si stimava che circa il 33% degli over 65 fossero portatori di bisogni di tipo sanitario. Si prevede quindi un'ampia gamma di strumenti di intervento, dal supporto domiciliare fino al ricovero nelle RSA, che negli anni successivi diventerà la vera sfida del Servizio sanitario provinciale.

Sempre a fine 1989, la IV Commissione legislativa del Consiglio provinciale esamina il provvedimento di riordino dei servizi per l'assistenza ospedaliera e specialistica presentato dall'Assessore competente. Nell'illustrazione del testo, l'Assessore spiega che si tratta di dare attuazione alla normativa nazionale che impone la razionalizzazione della rete e delle attività ospedaliere con una revisione della distribuzione delle specialità e con la riduzione dei posti letto, anticipando il programma più generale di riordino

istituzionale e strutturale del SSP. Si specifica che lo standard nazionale prevede 6,5 posti letto per 1.000 abitanti di cui 1 riservato alla riabilitazione, mentre il dato trentino si assesta su 8,24 posti letto. L'ipotesi proposta è quella di qualificare in senso specialistico gli ospedali di Trento e di Rovereto e di Pergine per quanto attiene alla riabilitazione ponendoli come centro di riferimento e supporto per il complesso delle attività specialistiche ospedaliere e territoriali. Si prevede quindi l'integrazione con gli ospedali di zona e con l'assistenza territoriale; inoltre si anticipano accordi con la Provincia di Bolzano per l'istituzione di Neurochirurgia e cardiocirurgia con bacino di utenza regionale. La discussione in Consiglio viene supportata anche da una serie di visite negli ospedali di valle avvenute nel corso del 1989 nelle quali si approfondisce la situazione specifica di ogni struttura. Ciò contribuisce a un ampio dibattito sul ruolo degli ospedali di valle in relazione a quello degli ospedali di Trento e di Rovereto secondo riflessioni e considerazioni che continueranno a interessare il dibattito politico fino ai nostri giorni.



### 3. **GLI ANNI '90:** L'AVVIO DELLA UNICA AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

---

---

Sono approvate ben due riforme del SSN: d.lgs. 502/92 (regionalizzazione e istituzione delle Aziende sanitarie) e d.lgs. 229/99 (nuova struttura organizzativa di tipo manageriale, con autonomia imprenditoriale). In Trentino, viene approvato il nuovo modello organizzativo del Servizio sanitario provinciale, con alcune specificità rispetto a quello nazionale. Si approva il Piano sanitario provinciale.

---

### 3.1. **La crisi delle Unità sanitarie locali**

Nel corso degli anni, in particolare di quelli successivi all'approvazione della riforma nazionale (legge 833/1978), il Servizio sanitario nazionale deve confrontarsi con richieste crescenti di maggiore assistenza e prestazioni e di sempre più elevata qualità dei servizi.

Ciò deriva in parte dall'evoluzione stessa del sistema che grazie alla innovazione scientifica e tecnologica ha ampliato notevolmente la possibilità di diagnosi e cura. Ma deriva anche dall'evoluzione della domanda che diventa sempre più consapevole e attenta nei confronti di scelte terapeutiche e servizi. Anche l'evoluzione demografica con il progressivo invecchiamento della popolazione contribuisce alla crescita della domanda assistenziale e a una tendenziale modificazione dei bisogni per far fronte ai problemi della cronicità.

Tentando di adeguarsi a questa evoluzione, il Servizio sanitario allarga notevolmente le dimensioni e la tipologia degli interventi, con una forte crescita del livello di complessità organizzativa e dei processi decisionali, sia sul versante terapeutico che su quello della gestione.

Questi processi evolutivi riguardano tendenzialmente l'insieme dei settori dell'intervento pubblico in tutti i Paesi sviluppati postindustriali, inducendo a ripensamenti, nelle diverse realtà nazionali, sul ruolo, la dimensione e la qualità delle politiche sociali. In riferimento a tale evoluzione, si è

infatti resa evidente la scarsa capacità di incidenza e di efficacia rispetto ai nuovi bisogni delle persone, delle politiche tradizionali proprie del *welfare state*, nonché la loro onerosità sul versante della spesa pubblica. È per questo che si impone la necessità di un radicale rinnovamento della concezione e delle modalità di realizzazione delle politiche sociali sia in senso generale sia nei vari settori di intervento nelle quali esse si articolano.

Per quanto concerne l'ambito sanitario, l'enfasi posta sulla qualità rispetto alla quantità, sulla centralità della persona, sulla molteplicità dei fattori che incidono sulla qualità della vita evidenziano come tali politiche debbano riuscire a coniugare equità distributiva e adeguatezza dei servizi, responsabilità e autonomia a livello individuale e a livello di comunità, ottimizzazione nell'uso delle risorse e modelli organizzativi adeguati per assicurare un'efficace ed efficiente erogazione dei servizi. Ciò conduce gran parte dei sistemi nazionali a sviluppare disegni di riforma, con significativi mutamenti di indirizzo e con una sempre più incisiva responsabilizzazione sia dei cittadini che degli operatori. È all'interno di questo quadro di riferimento che matura l'esigenza della revisione di una parte dei contenuti della legge 833/1978.

### 3.2. **Il progetto di riordino del Servizio sanitario**

Gia dopo la metà degli anni '80, come si è visto nel precedente capitolo, si avvia di fatto un processo di ripensamento e di revisione di alcuni aspetti della riforma con aggiustamenti successivi che tuttavia conducono, seppure gradualmente, a un profondo mutamento di scenario.

Il progetto organico di riordino del Servizio sanitario si sviluppa con passi successivi sul finire degli anni '80 sotto l'im-

pulso anche delle esigenze di riequilibrio dei conti pubblici in relazione agli obblighi derivanti dall'integrazione dei mercati europei.

In ogni caso è avvertita l'esigenza di intervenire tanto sull'efficienza dei processi di produzione dei servizi quanto sulla loro efficacia nella soddisfazione dei bisogni.

In attesa dell'approvazione della nuova riforma nazionale per regolare il processo di passaggio dal vecchio al nuovo sistema viene emanata la legge 4 aprile 1991, n. 111 che fissa alcune norme sulla gestione transitoria delle Unità sanitarie locali.

La legge 111/1991 introduce novità importanti per quanto riguarda gli organi delle Unità sanitarie locali. In particolare prevede:

- lo scioglimento dei Comitati di gestione;
- l'istituzione fino al riordino del Servizio sanitario nazionale di un Comitato di garanti composto da un numero di membri pari a quello dei componenti dei disciolti Comitati di gestione delle USL, con il compito di formulare in rappresentanza degli interessi delle comunità locali facenti capo a ciascuna USL le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività e di verificarne l'andamento, esprimendo pareri obbligatori sugli atti deliberativi delle USL stesse;
- l'affidamento sino al riordino del SSN di tutti i poteri di gestione compresa la rappresentanza legale a un "amministratore straordinario" nominato con decreto del Presidente della Giunta della Regione o della Provincia autonoma e coadiuvato nello svolgimento delle proprie funzioni dal coordinatore amministrativo e dal coordinatore sanitario della USL;
- l'affidamento dei poteri di controllo di merito sugli atti di alta amministrazione adottati dall'amministratore straordinario e sui bilanci, variazioni di bilancio e conti consuntivi delle USL alla Giunta della Regione o Provincia autonoma.

I principi del progetto di riordino sono posti con la legge delega 412/1992, adottata all'indomani della grave crisi finanziaria che aveva investito il nostro Paese.

Il progetto si propone di ridefinire il quadro di riferimento entro il quale promuovere la tutela della salute introducendo meccanismi atti a favorire una gestione più efficiente dei servizi, anche attraverso meccanismi concorrenziali sia all'interno del sistema dei servizi gestiti direttamente da enti pubblici, sia nel rapporto tra i servizi a gestione pubblica e quelli a gestione privata.

In tal modo si vuole promuovere la competizione dei vari soggetti operativi per dare ai cittadini la possibilità di scegliere e di condizionare con il loro gradimento il successo o meno dei servizi offerti.

Sulla base dei principi e dei criteri della legge delega è approvato il decreto legislativo di attuazione n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Il d.lgs. 502 ridefinisce i principi organizzativi dell'Unità sanitaria locale configurandola giuridicamente come Azienda, organismo strumentale della Regione a cui è affidata la gestione di funzioni regionali in materia sanitaria.

Alle Regioni e Province autonome è riconosciuta una posizione di centralità istituzionale nel governo della sanità sotto il profilo della programmazione, della finanza e dell'organizzazione del sistema con un rafforzamento dei loro poteri e delle loro responsabilità.

Nel contempo è affermata una ripartizione netta fra funzioni di indirizzo e controllo politico e funzioni di gestione.

Volontà dichiarata della riforma è riconoscere alle nuove Aziende sanitarie un elevato grado di autonomia gestionale a fronte di una precisa responsabilità di risultato. Esse sono infatti chiamate a rispondere del perseguimento di "obiettivi puntualmente definiti" e ad adottare criteri e modalità di gestione in grado di realizzare qualità ed economicità con l'obiettivo di migliorare il rapporto tra cittadini e servizi.



In questo modo si vogliono superare le carenze istituzionali, organizzative e operative delle vecchie USL, strutture operative dell'ente locale che non sono mai riuscite ad assumere connotati organizzativi diversi rispetto al modello dell'ente locale stesso. Il che aveva portato a una notevole laboriosità dei processi decisionali, un'alta incisività dell'influenza politica nella gestione, una scarsa attenzione alla necessità di perseguire le compatibilità economiche. Quest'ultima circostanza dovuta anche, come si è avuto modo di sottolineare, a un sistema di finanziamento quanto meno a livello nazionale scarsamente idoneo a responsabilizzare gli amministratori.

Per poter incidere in modo significativo su queste carenze, la nuova riforma prevede alcune innovazioni istituzionali e organizzative ma intende intervenire anche sui meccanismi tradizionali della domanda e dell'offerta di servizi, nonché sul rapporto fra cittadini e Servizio sanitario nazionale.

### **3.3. Il nuovo modello nazionale di finanziamento**

In sintonia con il passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni e Province autonome e il conseguente aumento dell'impegno e delle responsabilità di queste ultime, il d.lgs. 502/1993 individua nuovi meccanismi e modalità di finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Alle Regioni e alle Province autonome vengono direttamente attribuiti i contributi localmente riscossi, ma esse devono assumersi la responsabilità di provvedere al ripiano di debiti USL e al finanziamento dell'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi adottati con il Piano. Alle Regioni e Province autonome è consentito di aumentare le aliquote dei tributi locali e dei contributi di malattia e prevedere modifiche al regime di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Contestualmente, è ridotto il Fondo sanitario nazionale di parte corrente, che viene determinato annualmente tenendo conto dei contributi direttamente assegnati a ciascuna Regione e ripartito in quote capitarie sulla base di una serie di coefficienti parametrici volti ad assicurare i livelli uniformi di assistenza e quindi il riequilibrio tra le Regioni.

Per quanto riguarda la Provincia, come pure le altre Regioni a Statuto speciale, a partire dal 1990 le leggi finanziarie prevedono una progressiva decurtazione del Fondo sanitario nazionale, in percentuali variabili da Regione a Regione. Per la Provincia di Trento la decurtazione è inizialmente del 20%, poi elevata al 40%. I minori finanziamenti devono essere compensati con apporti aggiuntivi da finanziare con risorse del proprio bilancio.

### 3.4. **Gli orientamenti provinciali per la riforma**



livello provinciale, la scelta di ridefinire il modello istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale è posta con vigore nell'accordo di governo della IV Legislatura in

un momento in cui il disegno nazionale non è ancora pienamente spiegato. L'iniziativa della Provincia si basa quindi su valutazioni e prospettive che non sono del tutto coincidenti con quelle che hanno supportato il dibattito e le scelte nel resto del Paese.

L'esperienza delle Unità sanitarie locali in Trentino non ha infatti condotto a forme di malgoverno o a situazioni di utilizzo distorto delle risorse rispetto ai fini del Servizio sanitario nazionale, né a situazioni di disavanzo o di criticità sul piano gestionale. Per questo la Giunta provinciale non si riconosce nelle motivazioni che a livello nazionale portano - anticipatamente rispetto all'approvazione della legge di riforma - al "commissariamento" delle USL e tenta di utiliz-

zare i possibili spazi offerti dall'autonomia per perseguire un proprio autonomo e originale modello di organizzazione del Servizio sanitario provinciale.

I motivi di fondo che ispirano le scelte della Giunta provinciale nella presentazione della proposta di riforma sono riconducibili una serie di problematiche connesse all'efficacia organizzativa e all'efficienza operativa del vecchio impianto organizzativo.

La frammentazione istituzionale delle 11 USL come autonomi organismi di amministrazione e di gestione, si legge nella relazione al disegno di legge di riordino, aveva creato problemi sia sul versante della moltiplicazione del numero di servizi e delle strutture dirigenziali, sia una forte accentuazione dei servizi con valenza multizonale, mantenendo le rigidità organizzative del sistema e la sostanziale impossibilità strutturale di governare il rapporto costi-benefici. I tentativi di introdurre elementi di correzione non erano tuttavia mancati anche in precedenza.

Fin dall'inizio degli anni '80 infatti, sia con le molteplici proposte di Piano sanitario sia con interventi legislativi e progettuali, la Provincia si è mossa nel senso di stimolare forme di collaborazione fra USL per la gestione di servizi complementari e comuni, di avviare un rapporto operativo più continuativo e sistematico tra centro e periferia, tra servizi specialistici e attività di base, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Il progetto di ridefinizione dell'assetto istituzionale si sviluppa pertanto su un sistema in evoluzione, partendo dai principi generali della riforma sanitaria contenuti nella legge 833/1978 e nelle normative successive della Regione e della Provincia.

Questi principi rimarcano l'unitarietà, la globalità e la territorialità degli interventi, l'universalità nel diritto all'accesso delle prestazioni e ai servizi, l'accento sulla prevenzione e riabilitazione rispetto alla cura, l'adozione di forme di governo e di gestione regolate dalla programmazione, lo svi-

luppo della partecipazione democratica, il rispetto della dignità della persona umana, il superamento degli squilibri esistenti nei diversi territori e delle difformità nell'organizzazione dei servizi, l'esigenza di finalizzare con oculatezza la spesa sanitaria e di evitare gli usi impropri. Nell'aprile del 1992, in vista delle scadenze di revisione del sistema trentino, la IV Commissione del Consiglio provinciale organizza un viaggio di studio in Finlandia dove vigeva un «*sistema sanitario particolarmente avanzato che godeva di una ottima reputazione internazionale*»; le cronache di allora sottolineano le caratteristiche di quel modello che aveva saputo organizzare una pianificazione con una grande articolazione intersettoriale, responsabilità e decentramento notevoli e una fornitura di servizi basata sulla partecipazione dei cittadini, sul coinvolgimento dei gruppi e dei volontari e su un modesto ma apprezzato contributo del settore privato. Il modello inoltre era decisamente orientato verso i servizi sanitari di base e la prevenzione.

Il progetto provinciale di riforma si ispira, per gli aspetti organizzativi, alla concezione "aziendalistica" accolta nel disegno di legge depositato nel 1999 di riordino del Servizio sanitario nazionale. In questo senso si propone di costituire una prima - anche se non completa - attuazione dei principi contenuti nella normativa nazionale allora in corso di esame da parte del Parlamento.

La proposta di riforma, licenziata dalla Giunta provinciale il 5 agosto 1991, delinea una strategia fondata sulla necessità di reinterpretare il concetto di Stato sociale e in senso più specifico, quello di diritto alla salute.

È significativo anche notare come nel promuovere l'applicazione della legge di riforma la Provincia affermi e rivendichi la propria competenza a legiferare prescindendo dalla formale subordinazione temporale alla nuova legge nazionale. Per affermare le proprie competenze, la Provincia fa ricorso non tanto (e non solo) alla propria competenza (secondaria) in materia di sanità, quanto alle previsioni dell'art. 8,

n. 19 dello Statuto che attribuiscono una specifica competenza in materia di assunzione diretta di servizi pubblici e loro gestione a mezzo di aziende speciali.

Queste specifiche disposizioni statutarie, unite alle norme che riconoscono alla Provincia tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria (tranne quelle espressamente riservate allo Stato) consentono di esercitare queste funzioni mediante delega, ai sensi dell'art. 18 dello Statuto, delega che si era realizzata attraverso la l.p. n. 33 del 1980 a favore dei Comprensori-comunità montane. Le stesse disposizioni consentono anche a maggiore ragione di esercitarle direttamente, tramite un'Azienda speciale.

Sulla base di questo principio la Provincia ritiene percorribile l'adozione di un sistema organizzativo diffforme da quello delineato dalla l. n. 833/1978, pur in assenza nel momento in cui è stato presentato il disegno di legge, di una nuova normativa nazionale.

### 3.5. Il modello organizzativo del Servizio sanitario provinciale

Uno dei principi cardine della riforma deriva dalla convinzione che, anche nel settore sanità, sono maturi i tempi per procedere a organizzare il sistema in base a una netta distinzione fra la funzione e il momento politico e la funzione e il momento operativo gestionale.

La responsabilità di governo appartiene, nella sua interezza, alla Giunta provinciale e si realizza in primo luogo attraverso l'attività programmatica.

La responsabilità gestionale è invece affidata all'Azienda provinciale per i servizi sanitari individuata quale "ente strumentale" della Provincia ma con una propria autonomia gestionale, organizzativa e di bilancio.

L'impianto della riforma provinciale, approvato dal Con-

siglio nel 1993 e diventato legge provinciale n. 10, si caratterizza per numerosi elementi di originalità rispetto alla pressoché coeva riforma nazionale, che si è tradotta nel d.lgs. 30 dicembre 1991, n. 502 e successivamente corretto e integrato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

I punti qualificanti della riforma provinciale si possono così riassumere:

- la riduzione della frammentazione istituzionale e organizzativa attraverso l'istituzione di una unica Azienda sanitaria, ente strumentale della Provincia con competenza estesa a tutto il territorio provinciale, con conseguente assorbimento delle preesistenti 11 USL;
- la netta separazione di ruoli: alla Giunta provinciale spetta il ruolo di pianificazione triennale attraverso l'elaborazione della Proposta di Piano da sottoporre al Consiglio provinciale, di programmazione annuale con l'assegnazione all'Azienda di obiettivi specifici di attività; di definizione delle risorse finanziarie, di indirizzo e di controllo di alcune tipologie di atti, di verifica dei risultati. All'Azienda spetta invece il ruolo di gestore di tutte le attività sanitarie per l'intero territorio della provincia;
- la disciplina dettagliata dell'assetto organizzativo dell'Azienda sanitaria con soluzioni del tutto diverse da quelle previste a livello nazionale.

### 3.6. La specificità del modello provinciale

I modello di Azienda delineato dalla l.p. n. 10/1993 differisce, in alcuni aspetti anche sostanzialmente, da quello previsto dalla normativa nazionale:

- è previsto un Consiglio di amministrazione con «*responsabilità politica*» di cui fanno parte una rappresentanza del Consiglio provinciale e dei Comitati di Distretto. La normativa nazionale aveva invece individuato un unico organo di amministrazione, il Direttore generale;

- è previsto un decentramento sul territorio con l'individuazione di 13 Distretti<sup>1</sup>, definiti come strutture operative con responsabilità di fornire le prestazioni e le attività proprie del Servizio sanitario in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, compresa la gestione dei presidi ospedalieri presenti sul territorio, con obiettivi e risorse definiti dalla Direzione generale. A livello nazionale invece il Distretto era stato individuato come struttura responsabile dell'erogazione dei soli «servizi di assistenza territoriale», esclusa quindi l'assistenza ospedaliera, riabilitativa, ecc.;
- gli ospedali di Trento e di Rovereto sono collocati all'interno dell'Azienda come erogatori di servizi a favore dell'intero sistema, con autonomia di gestione delle risorse assegnate dalla Direzione generale. Anche in questo caso siamo di fronte a un modello organizzativo che non aveva corrispondenti nella legislazione nazionale dove l'autonomia degli ospedali si poteva realizzare solo attraverso la creazione di "aziende ospedaliere";
- le funzioni sanitarie e amministrative centralizzate sono strutturate su una pluralità di Direzioni, superando quindi il modello nazionale che prevedeva una concentrazione di funzioni nelle figure del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
- l'impostazione generale della legge provinciale prefigura un modello di "azienda divisionalizzata", le cui "divisioni operative" sono gli Ospedali e i Distretti e un sistema organizzativo di tipo "matrice" con incroci di competenze verticali (Ospedali e Distretti) e orizzontali (Direzioni centrali). Si tratta di una fattispecie sostanzialmente estranea ai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 che invece hanno previsto un modello verticale fortemente gerarchizzato;

<sup>1</sup> Distretto (D) della Valle di Fiemme; D. Valle di Fassa; D. del Primiero; D. della Bassa Valsugana e Tesino; D. dell'Alta Valsugana; D. di Trento e Valle dei Laghi; D. Rotaliana e Paganella; D. Valle di Cembra; D. Valle di Non; D. Valle di Sole; D. Giudicarie e Rendena; D. Alto Garda e Ledro; D. Vallagarina.

- la disciplina dell'assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda sanitaria si ispira da un lato alla natura di ente strumentale attribuita all'Azienda e quindi di ente attratto dalle regole di funzionamento della funzione pubblica, dall'altro all'esigenza di garantire una gestione di tipo manageriale con l'introduzione di principi e strumenti tipici: gestione per obiettivi, responsabilità sui risultati, budget, controllo di gestione, contabilità economica.

In sintesi, la nuova disciplina del 1993 ridefinisce il Servizio sanitario provinciale come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione e ne ha rivoluzionato l'organizzazione.

L'articolazione del sistema è drasticamente ridimensionata, concentrando la gestione sanitaria, prima affidata alle 11 USL (e in parte anche a Servizi direttamente dipendenti dalla Provincia) in un unico soggetto: l'Azienda Sanitaria Provinciale.

Il processo di accentramento gestionale è temperato con l'istituzione di 13 Distretti sanitari quali articolazioni territoriali dell'Azienda con competenze ampie e autonomia gestionale. È dato inoltre particolare rilievo agli ospedali di Trento e di Rovereto quali strutture organizzative pure dotate di autonomia gestionale.

Alla Giunta provinciale sono affidate le competenze di governo del Servizio sanitario provinciale ossia di indirizzo di natura politica e programmatica di definizione delle risorse finanziarie, di promozione, indirizzo e vigilanza e controllo. Tali competenze vengono esercitate:

- attraverso la predisposizione del Progetto di Piano sanitario provinciale (PSP) e le definizioni degli obiettivi specifici annuali;
- gli indirizzi per l'elaborazione del programma di attività e per la gestione dell'attività;
- la fissazione dei principi e vincoli di utilizzo delle risorse erogate e dei criteri per la remunerazione delle prestazioni;



- la nomina del Direttore generale dell'Azienda e del Collegio dei revisori;
- il controllo sugli atti aziendali relativi a bilancio e regolamenti;
- il coordinamento degli interventi sociali che incidono sullo stato di salute con quelli sanitari.

Al Consiglio provinciale è riservata l'approvazione con legge del Piano sanitario provinciale, la nomina di tre componenti nel Collegio dei revisori e l'esame della relazione generale sul Servizio sanitario presentata annualmente dal Presidente della Giunta provinciale.

Un ruolo di cerniera tra comunità territoriali e Giunta provinciale è affidato ai Comitati di Distretto, formati dai Sindaci dei Comuni compresi in ciascun Distretto, con compiti di formulazione di proposte e osservazioni in merito al Piano sanitario provinciale, agli obiettivi specifici annuali e allo stato dei servizi sanitari, anche sulla scorta delle informazioni dei Direttori di Distretto e della relazione annuale del Direttore generale.

La Giunta provinciale per l'espletamento dei suoi compiti si avvale anche di un organismo consultivo, il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria formato da funzionari, esperti e rappresentanti delle professioni sanitarie. Tutte le competenze gestionali, tranne che per pochi provvedimenti, sono svolte attraverso l'Azienda sanitaria, quale ente strumentale della Provincia.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa, contabile, organizzativa e tecnica. Ne sono organi il Direttore generale, il Collegio dei revisori dei conti e il Consiglio di amministrazione (poi soppresso).

Presso la Direzione generale è istituito il Consiglio dei sanitari che esprime parere obbligatorio sui bilanci e gli annessi programma di attività e sui regolamenti di organizzazione e funzionamento.

Al Direttore generale è attribuita la legale rappresentanza dell'Azienda.

La struttura organizzativa dell'Azienda prevede alcune articolazioni con responsabilità operative direttamente preposte all'organizzazione dei servizi verso l'esterno (Distretti, Ospedali, Direzione prevenzione), strutture con responsabilità di programmazione, controllo e supporto sanitario (Direzione cura e riabilitazione, Direzione prevenzione), strutture di supporto tecnico-amministrativo (Direzioni amministrative, Servizio rapporti con il pubblico).

Anche presso i Distretti sanitari sono previsti i Consigli dei sanitari, competenti a esprimere parere in ordine ai programmi annuali di attività, ai criteri per l'attuazione degli obiettivi stabiliti dal Direttore generale e alla valutazione dei risultati.

### **3.7. In preparazione della nuova riforma a livello provinciale**

In coerenza con il riassetto complessivo del Servizio sanitario provinciale e nella prospettiva di passaggio a un nuovo modello organizzativo sono emanati alcuni provvedimenti riguardanti settori specifici di cui è opportuno far menzione.

Si fa riferimento in particolare:

- alla l.p. 5 novembre 1991, n. 23 già richiamata che detta norme transitorie per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e regolamenta, seppure in fase transitoria, il settore della medicina del lavoro, l'ufficio del medico provinciale e il servizio di prevenzione, prevedendo l'istituzione di uno specifico servizio provinciale competente per l'intera materia;
- alle misure introdotte per lo sviluppo e il potenziamento dell'assistenza a favore degli anziani, sia a livello domiciliare che nelle case di riposo;

- all'approvazione da parte della Giunta provinciale del progetto "Trentino Emergenza" riguardante la riorganizzazione dei presidi dell'emergenza sanitaria;
- all'approvazione della l.p. 6 febbraio 1991, n. 4 recante interventi volti ad agevolare la formazione di medici specialisti e di personale infermieristico e della l.p. 24 dicembre 1990, n. 34 con la quale è emanata una nuova disciplina per i servizi di dialisi e sono disposti interventi particolari di assistenza integrativa.

### **3.8. Il Piano sanitario provinciale nella fase di transizione dal sistema USL all'Azienda sanitaria**

Nel corso del 1993, dopo l'approvazione della legge di riorganizzazione del Servizio sanitario provinciale, giunge a conclusione anche l'iter di approvazione del Piano sanitario provinciale (l.p. 6 dicembre 1993, n. 38). Si tratta di un evento atteso da tempo dato che, come si è commentato in altre parti del lavoro, nel decennio precedente dopo il varo della prima riforma del sistema sanitario nessuna iniziativa o proposta di pianificazione era mai approdata all'approvazione del Consiglio provinciale.

Il Piano sanitario provinciale 1993-1995 si viene a collocare nella fase di passaggio dal sistema delle USL a quello dell'Azienda sanitaria come uno strumento volto a governare gli aspetti fondamentali dell'organizzazione sanitaria trentina in modo flessibile e aperto al rinnovamento istituzionale e organizzativo.

Data l'accentuazione delle funzioni politiche e di indirizzo in capo alla Giunta provinciale e la creazione di uno strumento operativo agile, quale era l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, il Piano si propone essenzialmente di individuare i fondamentali obiettivi da conseguire in modo da

consentire alla Giunta stessa l'emanazione delle direttive annuali di attuazione del Piano e all'Azienda la piena assunzione delle responsabilità di gestire gli strumenti necessari a realizzare gli obiettivi.

L'altro elemento essenziale della programmazione è costituito dalla quantificazione delle risorse finanziarie ritenute necessarie e sufficienti per il conseguimento degli obiettivi, ossia dalla coerenza e adeguatezza degli strumenti finanziari.

Tra gli obiettivi strategici perseguiti dal Piano, di rilievo è quello di porsi come strumento per sviluppare armonicamente il Servizio sanitario provinciale *«ponendo la salute delle persone e della comunità come cardine delle scelte di governo e di gestione, dell'organizzazione dei servizi e dell'erogazione delle attività e delle prestazioni»*. Al tempo stesso, quello di sostenere la ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale creando un impianto e strumenti di governo e modalità di gestione finalizzati alla garanzia della razionalità nella tutela della salute.

Il Piano comprende una serie di indicazioni programmatiche raggruppate in macro-aree:

- indirizzi di organizzazione dei servizi finalizzati a definire alcune linee di intervento per promuovere innovazioni organizzative (dipartimenti, aree funzionali omogenee, ecc.);
- sviluppo delle attività nei vari settori (igiene e sanità pubblica, assistenza territoriale, attività farmaceutica, assistenza ospedaliera e specialistica);
- progetti obiettivi (anziani, materno-infantile, salute mentale, tossicodipendenze, alcoldipendenza, handicap);
- azioni programmate (lotta alle malattie neoplastiche, cardiovascolari, AIDS, nefropatie croniche, diabete, insufficienza respiratoria).

Il Piano affronta poi alcune tematiche specifiche (termalismo, volontariato e privato sociale, formazione e aggiornamento

del personale, ricerca sanitaria finalizzata) e ha definito il quadro delle risorse (fabbisogno di personale e finanziamento). Il Piano prevede anche una serie di indicazioni di tipo strutturale per quanto riguarda:

- dotazioni di posti letto (obiettivo 7,135 per 1.000 abitanti, partendo da una situazione leggermente superiore: 3.230 pl pari al 7,34%);
- indice di occupazione (75%);
- tasso di ospedalizzazione (173%);

con indicazioni generalmente superiori rispetto a quelle previste a livello nazionale, giustificate dalla particolare realtà ospedaliera e territoriale della provincia di Trento.

Il Piano contiene poi alcune indicazioni di dettaglio, dato che individuava le singole unità operative nei vari ospedali, con le relative dotazioni di posti letto.

Ulteriori indirizzi riguardano:

- la concentrazione delle funzioni ospedaliere specialistiche complesse in un numero limitato di ospedali;
- la netta distinzione tra presidi ospedalieri e strutture a valenza mista sanitaria e sociale;
- la definizione di parametri di attività in grado di garantire, unitamente a un corretto standard di efficienza, anche un adeguato livello qualitativo. In tal senso sono stati identificati per disciplina campi di variazione di posti letto per il corretto dimensionamento dei reparti, il numero minimo di interventi chirurgici, ecc.;
- la definizione di criteri per la programmazione delle attività di ospedalizzazione a ciclo diurno, di pre-ospedalizzazione e di dimissione protetta nonché la sperimentazione di forme di chirurgia a ciclo breve e di ospedalizzazione domiciliare;
- la programmazione di interventi rivolti al miglioramento delle condizioni di vita dei degenti;
- l'adeguamento delle norme di sicurezza;
- l'istituzione del comitato ospedaliero per le infezioni

nosocomiali anche con riferimento al decreto ministeriale 28 settembre 1990 sulla protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private;

- l'introduzione di modalità sistematiche per la verifica della regolare compilazione delle cartelle cliniche e delle schede nosologiche di dimissione, in previsione dell'annunciata adozione della metodica dei "raggruppamenti omogenei di diagnosi - ROD/DRGs" ai fini della valutazione della qualità delle prestazioni erogate nonché del volume di attività delle singole unità operative e delle aree funzionali omogenee nel loro complesso;
- la generale attivazione delle Commissioni per la verifica e la revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- l'attivazione di forme organizzative alternative alla tradizionale articolazione dell'ospedale in divisioni, sezioni e servizi di diagnosi e cura, prevedendo l'adozione di "aree funzionali omogenee" (art. 10 legge n. 595/1985 e art. 4 legge 412/1991) e di modelli dipartimentali come elementi atti a favorire forme di lavoro interdisciplinare e modalità più flessibili di utilizzazione dei posti letto.

### **3.9. L'applicazione della legge 10 del 1993 e i successivi interventi correttivi**

La l.p. n. 10 con la quale, come si è visto, è creata l'Azienda provinciale per i servizi sanitari in sostituzione delle preesistenti 11 USL ha avuto un'applicazione piuttosto lenta e problematica per una varietà di ragioni, ma principalmente per la complessità dell'operazione e per l'iniziale difficoltà a dare uno stabile assetto di vertice alla nuova azienda.

L'operazione di concentrazione in un unico soggetto di funzioni e servizi distribuiti in 11 USL e in alcuni servizi pro-

vinciali richiede infatti una grossa azione di cambiamento organizzativo e un pesante intervento di integrazione e omogeneizzazione dei settori gestionali.

In realtà si è di fronte a un complesso disegno di fusione contestuale e profonde modifiche nei comportamenti degli operatori della sanità, con l'introduzione di modelli gestionali completamente nuovi (es. budget) per i quali erano richieste capacità manageriali.

Questa operazione coinvolge ben 12 unità organizzative fino ad allora completamente staccate e indipendenti, con rilevante autonomia e origini anche storiche diverse. Ciò comporta una riorganizzazione di tutte le unità coinvolte con la completa modifica del sistema delle relazioni, delle deleghe e dei poteri e con il venire meno del sistema delle certezze rispetto ai riferimenti decisionali.

Pur mancando una previsione legislativa circa la possibilità di realizzare il passaggio attraverso una fase transitoria, di fatto dall'istituzione dell'Azienda (aprile 1993) sono trascorsi due anni prima dell'effettivo avvio con il trasferimento delle competenze delle USL e dei servizi provinciali.

Questo passaggio e quindi l'effettivo avvio dell'Azienda sanitaria avviene infatti con il 1° aprile 1995, data dalla quale hanno cessato di esistere le Unità sanitarie locali.

Prima ancora della sua piena applicazione, la legge 10 è oggetto di una proposta di modifica d'iniziativa della Giunta provinciale (d.d.l. n. 19) del 1994, poi sfociata nella l.p. n. 10 del 28 agosto 1995.

La proposta affronta uno dei nodi che avevano formato oggetto di discussione e di difformi valutazioni durante l'iter di approvazione della legge 10 e cioè quello relativo alla presenza del Consiglio di amministrazione tra gli organi dell'Azienda.

Tale organo, non previsto dalla normativa nazionale, era stato istituito in base al presupposto che fosse utilmente individuabile tra il livello politico rappresentato dagli organi della Provincia autonoma e il livello tecnico-gestionale

rappresentato dal Direttore generale dell'Azienda, un livello intermedio al quale corrispondesse una funzione di programmazione, indirizzo e controllo e nel quale fosse assicurata la rappresentanza - oltre che della Giunta provinciale e delle minoranze del Consiglio provinciale - dei Comitati di Distretto, organismi di partecipazione (a valenza politica e non tecnica) a livello periferico.

In un sistema in cui le funzioni di programmazione e indirizzo spettano alla Provincia che le esercita in primo luogo attraverso il Piano sanitario provinciale e poi attraverso le direttive della Giunta provinciale, mentre le funzioni tecnico-gestionali spettano interamente al Direttore generale e alla struttura posta alle sue dipendenze, risulta poco giustificato l'inserimento di un ulteriore livello intermedio, tanto più che tale organismo è sfornito di autentici poteri decisionali e comunque operativi, in quanto dotato soltanto di generiche funzioni di programmazione, indirizzo e controllo non in grado di incidere in maniera significativa né sugli indirizzi né sul concreto svolgimento dell'attività dell'Azienda.

Per di più, nonostante la qualificazione e la specifica professionalità richiesta dalla legge (e dagli indirizzi adottati ai fini della sua applicazione) per i membri del Consiglio di amministrazione, la natura e composizione di questo organo (rappresentativo di diverse sedi politico-istituzionali) vengono in qualche modo a indebolire la distinzione - che si voleva invece nettissima - tra la sfera dell'indirizzo politico e quella dell'attività di gestione.

La soppressione del Consiglio di amministrazione rende necessaria la modifica di numerose disposizioni della legge sopra citata tanto che, dei 21 articoli che compongono il disegno di legge, ben 19 sono rivolti a introdurre le modifiche richieste dalla soppressione del Consiglio di amministrazione, mentre soltanto tre (e precisamente gli artt. 6, 16 e 19) rispondono a diverse e più specifiche esigenze.



A seguito della soppressione del Consiglio di amministrazione i provvedimenti già demandati alla sua competenza sono attribuiti alla competenza del Direttore generale.

Il disegno di legge n. 19 si propone anche di rendere più semplice, chiaro e funzionale l'impianto complessivo definito dalla legge 10/1993 attraverso la modifica di una serie di disposizioni.

Oltre alla soppressione del Consiglio di amministrazione è modificata la disciplina per la nomina del Direttore generale per adeguarla alle nuove disposizioni nazionali.

In sede di discussione consigliare è proposta e accolta nel testo finale una nuova organizzazione delle funzioni di prevenzione attraverso l'istituzione di una nuova Direzione centrale (Direzione per la promozione e l'educazione alla salute) con la ridefinizione delle funzioni della Direzione (ridenominata) igiene e sanità pubblica.

La scelta è motivata con la volontà di dare una forte sottolineatura nei confronti di una politica della salute tesa a privilegiare la cultura e la pratica della prevenzione, nella convinzione, come affermano i proponenti, che il concetto di prevenzione implica anche una cultura di responsabilità che spetta all'ente pubblico diffondere al fine di promuovere la reale autonomia dell'individuo nel perseguimento della propria salute.

Un'altra importante modifica della legge 10/1993 è introdotta con un articolo della legge finanziaria 1998 (art. 44 della l.p. 3/1998). La norma, che intende dare attuazione a un principio della normativa nazionale, prevede l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale (bilancio privatistico) in sostituzione di quella finanziaria pubblica utilizzata dall'Azienda in regime transitorio.

Contestualmente è attribuita all'Azienda l'"autonomia patrimoniale" ed è trasferita alla stessa Azienda la proprietà dei beni immobili (ospedali, poliambulatori, ecc.) fino ad allora compresi nel patrimonio della Provincia.

Si evidenzia la centralità della programmazione anche at-

traverso la definizione dei LEA, da considerare come garanzia dell'esigibilità del diritto alla salute di tutti i cittadini. È curioso ricordare che, dopo l'approvazione del disegno di legge di riforma, il Consiglio respinge una proposta di legge che prevede la creazione dell'Azienda ospedaliera di Trento e di Rovereto per la gestione comune e sinergia dei nosocomi dei due centri, anche per il superamento delle contrapposizioni che spesso caratterizzavano i rapporti tra Trento e Rovereto. Si tratta, secondo il proponente, della realizzazione di un grande ospedale con annessa Facoltà di Medicina in grado di assicurare livelli di assistenza in linea con le moderne tecnologie.

Nel corso della seconda metà degli anni '90 sono introdotte, attraverso le varie leggi finanziarie e accompagnatorie al bilancio, una serie di disposizioni normative per disciplinare aspetti specifici o per dare attuazione a disposizioni normative nazionali.

In un caso le disposizioni sono utili a esercitare nuove competenze attribuite alla Provincia. In particolare è degna di nota la l.p. 3 aprile 1997, n. 7 che introduce uno specifico comparto di contrattazione per il personale sanitario. Con tale normativa la Provincia assume in proprio la competenza a negoziare in sede locale i contratti del personale del comparto sanitario.

Altri importanti provvedimenti riguardano:

- i requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione di quanto previsto dalla normativa nazionale;
- l'introduzione del sistema di remunerazione a "DGR" (ossia a tariffa per tipologia di ricovero) delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

### 3.10. **Le proposte programmatiche nella seconda metà degli anni '90**

**N**ella discussione in aula per l'approvazione della legge finanziaria 1997 l'allora Assessore alla Sanità traccia una dettagliata panoramica dell'andamento della spesa sanitaria palesando una forte preoccupazione sulla capacità di mantenere nel tempo il livello quali-quantitativo di spesa: nell'ultimo quinquennio si è passati dai 798 agli 855 miliardi, mentre la spesa pro capite è salita da 1.756.000 a 1.821.000 lire. Per l'anno 1997 a fronte di un fabbisogno di 875 miliardi lo stanziamento è di 855. Tale preoccupazione è motivata dall'impegno richiesto dalle azioni che saranno inserite nel Piano sanitario provinciale previsto per il 1998 (anno in cui è prevista anche la pubblicazione della prima Relazione sullo stato di salute della popolazione): l'avvio della cardiocirurgia, la risonanza magnetica nucleare a Rovereto; il potenziamento delle strutture psichiatriche sul territorio, dell'assistenza domiciliare e di quella territoriale; un ticket per l'uso improprio del Pronto soccorso; la riduzione del tempo di attesa per le prestazioni specialistiche; l'apertura del centro sperimentale per l'anoressia e la bulimia; l'avvio del Registro tumori; uno screening per la diagnosi precoce alla mammella. Nell'occasione, viene toccato anche il tema del futuro dell'Ospedale S. Chiara per il quale sono stati avviati approfondimenti con tutti i soggetti interessati, prima fra tutti la Giunta comunale di Trento. L'Assessore specifica inoltre l'obbligo di un adeguamento dei contenuti del Piano sanitario riguardo alla razionalizzazione della rete ospedaliera con un rientro nei parametri nazionali, pena una riduzione del 2% della quota spettante in sede di ripartizione del Fondo nazionale.

Infatti, la legge provinciale 10 individua due strumenti per garantire il governo e il funzionamento: il Piano sanitario

triennale e la determinazione annuale di obiettivi specifici che la Giunta provinciale assegna all'Azienda congiuntamente alle risorse finanziarie. Questo in coerenza con il riordino organizzativo e istituzionale del Servizio sanitario provinciale che ha rinforzato il ruolo di programmazione, indirizzo, finanziamento e controllo attribuito alla Giunta provinciale e ha demandato all'Azienda le funzioni di programmazione operativa e di organizzazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

All'indomani dell'avvio operativo dell'Azienda, la Giunta provinciale presenta una proposta di Piano sanitario per il triennio 1996-1998 che recepisce gli indirizzi contenuti nel Piano sanitario triennale 1994-1996.

La proposta di Piano, partendo dalla distinzione delle competenze previste dalla legge 10, definisce le politiche generali di intervento e gli obiettivi di miglioramento, mentre demanda alla programmazione operativa dell'Azienda *«la ridefinizione dell'assetto strutturale attraverso il dimensionamento dell'offerta sulla base dei volumi di attività obiettivo»*.

La proposta di Piano però non inizierà mai l'iter della discussione consigliare anche a seguito delle dimissioni della Giunta provinciale proponente. Il nuovo Esecutivo provinciale si fa carico di presentare una nuova proposta (Piano sanitario 1997-1999), anche questa mai arrivata alla discussione del Consiglio provinciale.

Nel frattempo, a livello nazionale è approvato il Piano 1998-2000 che propone la necessità di coniugare i principi fondamentali di eguaglianza nell'accesso ai servizi e di solidarietà con l'esigenza dell'utilizzazione efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

L'attenzione verso il raggiungimento di una migliore produttività del sistema (comunque necessaria) si affianca nella programmazione nazionale a un profondo ripensamento circa il funzionamento e l'organizzazione del sistema sanitario nel suo insieme.

Il Piano sanitario nazionale intende impegnare, accanto alle istituzioni preposte alla tutela della salute, una pluralità di soggetti, primi fra tutti i cittadini in quanto detentori del diritto di salute e portatori di bisogni, ma anche gli operatori sanitari, le altre istituzioni, il volontariato, i produttori di beni e servizi a carattere sanitario, i mezzi della comunicazione.

Tale profonda innovazione si articola nelle seguenti direttrici:

- rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti;
- promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute;
- favorire comportamenti e stili di vita orientati alla salute;
- contrastare le patologie più importanti;
- aiutare a convivere attivamente con la cronicità;
- percorrere le strade dell'integrazione socio-sanitaria;
- rilanciare la ricerca;
- investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

Con l'avvio della nuova Legislatura (1998-2003), la Giunta provinciale si fa carico di elaborare e proporre una nuova proposta di Piano sanitario.

Nel corso del 2000, dopo un ampio coinvolgimento delle varie realtà interessate, è approvata una proposta di Piano (Piano sanitario provinciale 2000-2002) che trae ampia ispirazione dai principi delineati dal Piano sanitario nazionale, reinterpretati alla luce della peculiare situazione territoriale, epidemiologica e sociale della provincia autonoma di Trento, tenendo conto dell'esperienza maturata nell'ambito del Servizio sanitario provinciale e del quadro di riferimento in cui si articola il sistema della salute nel contesto trentino.

Facendo propria la concezione della salute come stato di benessere fisico, psichico e sociale elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e coerentemente con la strategia della "salute per tutti" proposta dallo stesso organismo, la proposta di Piano, come si può leggere nella documentazione accompagnatoria, si pone come obiettivo primario il raggiungimento, il mantenimento e la tutela

della salute e della qualità della vita del cittadino e della comunità trentina. Ciò significa che ogni azione individuata nel Piano è finalizzata al raggiungimento di uno specifico ed esplicito obiettivo di salute (ovvero di un obiettivo che assicuri risultati in termini di guadagno di salute).

In tal senso, la proposta propone di riorientare l'intero sistema indirizzando l'uso delle risorse verso interventi di dimostrata efficacia per la salute.

La proposta di Piano non affronta tutte le problematiche della sanità trentina, ma evidenzia alcune aree strategiche e prioritarie:

- promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie;
- patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare;
- livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi;
- strategie per il miglioramento dei servizi, definendo per ciascuna di esse criticità per l'approvazione delle proposte di Piano sanitario, obiettivi e progetti.

Anche il disegno di legge 87/2000, per quanto già approvato dalla IV Commissione legislativa del Consiglio provinciale, non è posto all'ordine del giorno dei lavori dell'assemblea. A varie riprese sono avanzate proposte di delegificazione sulla scia di quanto avvenuto per il Piano socio-assistenziale e anche per il Programma di sviluppo provinciale.

L'approvazione con legge del Piano sanitario rimane una particolarità dell'ordinamento provinciale dato che ormai dovunque l'approvazione dei Piani sanitari è considerata atto di indirizzo proprio dell'Esecutivo.

### 3.11. **Gli obiettivi assegnati all'Azienda**

La legge 10, accanto alla conferma del sistema di programmazione pluriennale definita dalla legge attraverso il Piano sanitario, introduce un metodo di programmazione annuale definita con atto amministrativo con la quale vengono fissati gli obiettivi specifici assegnati all'Azienda sanitaria.

Accanto agli strumenti di programmazione dell'attività, la legge 10 introduce anche strumenti di programmazione economico-finanziaria che si realizzano con la fissazione annuale e pluriennale delle risorse sulla cui base l'Azienda elabora il proprio programma di attività e il proprio bilancio. In attesa dell'approvazione della legge di Piano sanitario, lo strumento degli "obiettivi specifici" annuali consente di tenere conto del contesto generale e di recepire gli aggiornamenti di programmazione sanitaria traducendoli in proposte di interventi da realizzare da parte dell'Azienda sanitaria in aggiunta all'obiettivo fondamentale di garantire ai cittadini i Livelli essenziali di assistenza ordinaria e aggiuntiva previsti dalle varie normative.

In questo senso anche gli indirizzi programmatici contenuti nel Piano sanitario provinciale 1993-1995 sono in gran parte attuati attraverso lo strumento degli "obiettivi annuali".

Attraverso il sistema degli obiettivi sono promossi e realizzati significativi interventi nei diversi livelli assistenziali.

Lo sviluppo di un nuovo approccio all'educazione alla salute, anche mediante il coinvolgimento e la collaborazione di supporti esterni (scuole, agenzia per la protezione dell'ambiente) e con riferimento ad alcune specifiche aree (materno-infantile, anziani), è uno dei più significativi.

Il problema dell'integrazione tra sanità e assistenza costituisce all'interno del Piano 1993-1995 uno dei nodi fondamentali da affrontare per giungere a un sistema di "assistenza globale" rivolta alla persona.

In questo ambito è affrontato il problema emergente della gestione della non autosufficienza e sono definite risposte adeguate al bisogno, curando l'aspetto di residenzialità protetta e fornendo al contempo le condizioni per la permanenza dell'anziano al proprio domicilio attraverso:

- la diffusione su quasi tutto il territorio dell'assistenza domiciliare e dei relativi connessi servizi;
- la sperimentazione e la diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare integrata;
- l'attuazione della l.p. 6/1998 "Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità".

Sono elaborati i presupposti per affrontare il fondamentale problema della valutazione del bisogno assistenziale della persona anziana allo scopo di fornire una risposta globale e individualizzata attraverso l'introduzione in tutte le strutture di una scheda di valutazione standardizzata (Bina). Più recentemente sono create le Unità di valutazione multidimensionali, strumento di valutazione dei bisogni assistenziali e di orientamento verso le più appropriate forme di risposta (lungodegenza, RSA, assistenza domiciliare integrata, ecc.). La l.p. 6/1998 istituisce di fatto le Residenze sanitarie assistenziali, definendole come struttura residenziale extra ospedaliera socio-sanitaria integrata a prevalenza sanitaria per anziani non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio, affetti da patologie cronico-degenerative, definendone i requisiti minimi per il funzionamento, nonché elencando i soggetti pubblici e privati che possono gestirle. Le Case di riposo attive in Trentino vengono quindi classificate mediante ascrizione a una o più delle tipologie individuate nella medesima legge. L'individuazione delle RSA costituisce un importante avvio per la costruzione della rete della residenzialità in Trentino, che anche attualmente si allinea, per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e la qualità dell'assistenza erogata, al livello dei Paesi più avanzati in Eu-



ropa, con conseguente impegno finanziario della Provincia che, a differenza di altre Regioni italiane, contribuisce con una quota maggiore, per posto letto, rispetto a quella corrisposta dalla persona/famiglia.

Il settore dell'igiene e sanità pubblica subisce grandi modificazioni istituzionali e organizzative a seguito della creazione dell'Azienda sanitaria e ciò favorisce l'accorpamento delle diverse aree di attività facenti capo al settore della prevenzione ponendo così le premesse per il graduale superamento della parcellizzazione degli interventi che caratterizzava questo ambito.

Si verificano perciò l'espansione, la diffusione e la qualificazione delle attività del settore, in particolare nei contesti dell'igiene degli alimenti e delle bevande, delle indagini epidemiologiche sui fattori di rischio ambientale e sulla prevenzione infortuni sul lavoro nei settori più a rischio, dell'attuazione di attività formativa e di aggiornamento professionale mirata.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale distrettuale si assiste allo sviluppo in termini di qualità e quantità di quei servizi e di quelle strutture territoriali deputate alla prevenzione e all'assistenza terapeutico-riabilitativa per i soggetti affetti da problematiche tradizionalmente oggetto della programmazione sanitaria (salute mentale, tossicodipendenze, alcolismo, AIDS, handicap).

Le attuazioni maggiormente significative sono:

- lo sviluppo sul territorio di servizi di assistenza psichiatrica;
- le attività tese al superamento dell'ex ospedale psichiatrico;
- l'istituzione di sedi periferiche del Servizio per le tossicodipendenze;
- l'istituzione dei Centri di alcologia;
- l'aumento delle provvidenze economiche a favore dei portatori di handicap;
- l'introduzione nei settori della salute mentale e delle

tossicodipendenze di misure di razionalizzazione organizzativa finalizzate al miglioramento dei processi assistenziali.

È inoltre avviata la graduale presa in carico delle nuove emergenze patologiche e/o socio-sanitarie che caratterizzano in maniera significativa anche il profilo demografico, epidemiologico e sociale della provincia (anziani non autosufficienti, malati terminali, persone affette da disturbi del comportamento alimentare, immigrati) attraverso:

- l'individuazione di posti letto specifici per anziani non autosufficienti nelle RSA della provincia;
- l'istituzione del Centro provinciale per l'anoressia e la bulimia;
- l'attuazione della normativa in materia sanitaria per gli immigrati;
- la realizzazione di specifiche iniziative di assistenza sanitaria per i civili provenienti da zone di guerra;
- la sperimentazione di forme di assistenza domiciliare integrata limitata ad anziani non autosufficienti e malati terminali con il coinvolgimento dei medici di Medicina generale, con l'attivazione di una specifica unità per le c.d. "cure palliative".

Nel settore dell'assistenza specialistica e diagnostica erogate in sede ambulatoriale, dove la domanda è in continua espansione:

- sono introdotti strumenti (centro unificato di prenotazione, protocolli, raggruppamenti omogenei di attesa e linee guida e protocolli d'accesso per alcuni tipi di prestazioni) con l'obiettivo di razionalizzare il ricorso alle prestazioni in un'ottica di appropriatezza, di efficacia e di efficienza nell'erogazione;
- sono realizzati consistenti investimenti in attrezzature tecnologiche, sanitarie e biomedicali.

Quanto al settore dell'assistenza ospedaliera, va segnala-

to che in ordine agli investimenti strutturali e tecnologici, anche attraverso l'apposito accordo di programma con il competente Ministero, in quasi tutti gli edifici ospedalieri sono avviati radicali interventi di ristrutturazione, di adeguamento, talora di ampliamento e più spesso di accorpamento resi necessari da esigenze funzionali e organizzative. Tali interventi, accompagnati da un generale adeguamento tecnologico e da ingenti acquisizioni e rinnovi di attrezzature sanitarie, sono destinati a mutare in modo significativo l'assetto strutturale ospedaliero del Servizio sanitario provinciale.

Per quanto concerne la struttura dell'offerta ospedaliera, gli obiettivi di riduzione in termini di dotazione complessiva di posti letto previsti nel Piano sanitario 1993-1995 sono realizzati attraverso la progressiva eliminazione dei ricoveri impropri che consente il progressivo rientro rispetto alle indicazioni nazionali: infatti, il numero complessivo di posti letto per 1.000 abitanti a livello provinciale si assesta alla fine del 1992 su un valore di 7,2, passa a un valore di 6,8 alla fine del 1995 e a un valore di 5,69 alla fine del 2001.

Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 1.000 abitanti) dopo una fase di stabilizzazione si riduce sensibilmente negli ultimi anni, indice di un uso più appropriato delle strutture ospedaliere.

Relativamente all'organizzazione e alle modalità di lavoro in ambito ospedaliero, rispetto alle previsioni del Piano 1993-1995 sono emerse difficoltà a implementare efficacemente modalità di integrazione concreta con l'area dei servizi sanitari e sociali territoriali. Ma in questi ultimi anni sono sperimentate modalità organizzative ospedaliere innovative e più flessibili rispetto a quelle tradizionali.

Tra le diverse nuove realizzazioni, vanno in particolare segnalate:

- l'attivazione di nuove unità operative e servizi: cardiocirurgia presso l'ospedale di Trento a partire dal 1998, attività di emodinamica presso gli ospedali di Trento e di Rovereto, oncologia medica presso l'ospedale di

Trento, riabilitazione cardiologica in regime diurno presso il presidio di Mezzolombardo, gastroenterologia presso l'ospedale di Trento, dietologia, medicina nucleare e fisica sanitaria presso l'ospedale di Trento;

- l'attivazione di aree funzionali omogenee;
- l'attivazione di due dipartimenti trasversali di tipo strutturale (radiodiagnostica e diagnostica di laboratorio), di due dipartimenti strutturali intraospedalieri (medicina e capo-collo presso l'ospedale di Trento) e di numerosi dipartimenti funzionali destinati a migliorare l'intersettorialità e l'integrazione organizzativa e professionale;
- l'individuazione nell'ambito dei posti letto assegnati a ciascun ospedale di posti letto per attività diurna (*day hospital*) presso ciascuna unità operativa;
- l'istituzione di camere a pagamento;
- la realizzazione del programma nazionale di interventi per la lotta all'AIDS;
- l'istituzione delle figure del *transplant coordinator* e dell'ambulatorio trapianti presso l'ospedale di Trento.

Una significativa spinta al cambiamento sia sul piano assistenziale che su quello gestionale è scaturita dalla definizione da parte dell'Azienda sanitaria di un "programma di sviluppo strategico" costruito per conseguire la mission aziendale di tutela della salute, guidando l'operatività sanitaria e lo sviluppo delle attività su tre aree di orientamento strategico:

- promozione della salute;
- miglioramento continuo della qualità;
- affinamenti degli strumenti di gestione aziendale.

### 3.12. La terza riforma del Servizio sanitario nazionale

**C**on la legge 30 novembre 1998, n. 419, il Governo è delegato ad «*emanare disposizioni modificative ed integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifica-*

*zioni*». Il Governo esercita la delega con l'emanazione del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

Nella relazione accompagnatoria dello schema di decreto legislativo licenziato dal Consiglio dei Ministri in data 14 aprile 1999 vengono individuati quali punti centrali della legge di delega n. 419/1998:

- la conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale come strumento per perseguire il diritto alla salute;
- la scelta di completare i processi di regionalizzazione e di aziendalizzazione avviati negli anni 1992/93 con una ulteriore accentuazione delle responsabilità delle Regioni;
- la precisazione del ruolo di alcuni istituti (libera scelta, accreditamento, esclusività del rapporto di lavoro) in coerenza con l'impianto complessivo della riforma;
- la necessità di commisurare gli interventi alla disponibilità effettiva di risorse.

Aspetti significativi toccati da quest'ultima riforma riguardano la programmazione delle attività sanitarie, l'erogazione delle prestazioni, la qualificazione delle strutture e dei servizi sanitari e infine l'organizzazione delle Aziende Sanitarie. Circa la programmazione assume rilievo la concatenazione di livelli programmatori sovrapposti (Stato-Regioni) attraverso i quali dovrebbero precisarsi con continuità e coerenza, dal generale al particolare, gli obiettivi, gli strumenti e le azioni. A tutti i livelli è previsto, nella fase di elaborazione del Piano, il coinvolgimento dei soggetti più direttamente interessati:

le Regioni e gli organismi rappresentativi dei Comuni per l'elaborazione dei Piani sanitari regionali e dei relativi piani attuativi. Il decreto sottolinea l'importanza della partecipazione ai processi di formazione degli atti programmatori, non meno che a quelli di verifica degli esiti, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute. Il problema di commisurare gli interventi alle disponibilità effettive delle risorse (compatibilità finanziaria) porta a connotare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano sanitario nazionale come Livelli essenziali.

Sono perciò escluse dagli interventi a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni non connesse a necessità tutelate in base ai principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità, della validità, efficacia e appropriatezza delle cure e dell'economicità delle risorse.

A ciò si collegano sensibili modifiche al regime di erogazione delle prestazioni. Si dispone che i medici del Servizio sanitario nazionale quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici ai pazienti sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Si stabilisce inoltre per i predetti medici il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione non rimborsabili dal Servizio; inoltre, non possono essere prescritti a carico del Servizio sanitario nazionale medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione Unica del Farmaco, prevedendo conseguenze in caso di infrazione. Prestazioni aggiuntive rispetto a quelle contemplate dai Livelli essenziali e uniformi di assistenza, salvo che non siano assicurate con risorse proprie delle Regioni o dei Comuni, potranno essere erogate attraverso fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Nel caso di prestazioni innovative per le quali non esista sufficiente e definitiva evidenza scientifica, il Ministero della Sanità potrà autorizzare programmi di sperimentazione per la loro erogazione in strutture sanitarie accreditate.

Il decreto si sofferma a precisare la natura delle prestazioni socio-sanitarie, distinguendole in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ambedue volte comunque a soddisfare bisogni di salute alla persona. Le disposizioni mirano a definire il contesto e gli strumenti per integrare le attività erogate a carico del Servizio sanitario e quelle a carico degli enti locali.

Viene ripreso il tema della qualificazione delle strutture sanitarie attraverso la definizione di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi necessari per l'esercizio delle attività sanitarie, nonché tramite la definizione di criteri di accreditamento per l'instaurarsi di rapporti con il Servizio sanitario nazionale, tema già delineato nel d.lgs. n. 502/1992 e s.m., ma stavolta affrontato nell'ambito del sistema di programmazione dei fabbisogni.

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie da parte di qualunque soggetto sono subordinati ad autorizzazione rilasciata al soggetto interessato che sia in possesso dei requisiti minimi.

Le strutture sanitarie (pubbliche, equiparate e private lucrative e non) e i professionisti autorizzati, purché in possesso di ulteriori requisiti specifici, possono chiedere l'accreditamento istituzionale quale status indispensabile per l'erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'erogazione di prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale da parte di strutture e professionisti è regolata da accordi contrattuali. Viene quindi formalmente esplicitata la possibile separazione tra soggetto acquirente di prestazioni e soggetto fornitore accreditato, sia esso pubblico o privato. Il modello gestionale delle attività sanitarie impostato dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m., con la costituzione delle Unità sanitarie locali in Aziende Sanitarie sotto forma di Azienda

USL dotata o meno di presidi ospedalieri o sotto forma di Azienda ospedaliera, riceve ora una più calzante definizione. L'organizzazione funzionale, strutturale e operativa viene più decisamente orientata al conseguimento degli obiettivi secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

È riconosciuta all'Azienda l'autonomia imprenditoriale e le norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale sono informate ai principi del Codice civile, con obbligo di rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi.

L'Azienda ha la responsabilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, sebbene gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili siano assoggettati ad autorizzazione regionale e i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscano patrimonio indisponibile.

L'Azienda agisce mediante atti di diritto privato e le forniture di beni e servizi, salvo che per contratti di valore pari o superiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, sono appaltati o contrattati secondo le norme di diritto privato.

Sono organi dell'Azienda il Direttore generale e il Collegio sindacale (ex Collegio dei revisori).

Il Direttore generale, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione, adotta l'atto aziendale di diritto privato con il quale sono, tra l'altro, individuate le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

L'assetto organizzativo individua come struttura di vertice la Direzione strategica dell'Azienda formata dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario.



### 3.13. **Gli orientamenti provinciali**

Come si è avuto modo di osservare in precedenza, il processo di riordino del Sistema Sanitario Provinciale avviato con la legge 1° aprile 1993, n. 10 è proseguito sul piano normativo con una serie di modifiche e integrazioni al testo originario, alcune delle quali sono risultate particolarmente significative anche sul piano organizzativo.

La necessità di introdurre elementi di cambiamento e di innovazione nell'ordinamento sanitario è enunciata nelle dichiarazioni programmatiche della XII Legislatura: nel Programma di sviluppo provinciale vengono sottolineati gli impegni per l'area della sanità che riguardano in particolare:

- il perseguimento dei contenuti degli atti con i quali la Giunta provinciale ha elaborato un progetto di riorganizzazione e di miglioramento del Servizio sanitario provinciale, articolato nella proposta di Piano sanitario provinciale (disegno di legge n. 87 del 2 giugno 2000) e nella proposta di riordino dell'assetto organizzativo del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento (disegno di legge n. 96 del 29 settembre 2000). Con riguardo al Piano, si citano le linee guida che lo caratterizzano: la salvaguardia della salute e della vita umana e l'approccio globale alla persona; l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali; il perseguimento dell'equità nella salute e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate; lo sviluppo di iniziative intersettoriali di promozione della salute; l'orientamento verso la prevenzione e l'assistenza territoriale mediante la riallocazione delle risorse e il riorientamento dei servizi. Per quanto riguarda il disegno di legge di riordino del Servizio sanitario provinciale, si specifica che esso si pone nell'ottica di favorire un'or-

ganizzazione che riesca ad andare incontro ai bisogni e alle esigenze della popolazione attraverso: il rafforzamento della rete dei servizi territoriali, per assicurare risposte accessibili, continue nel tempo, unitarie, complementari e valutabili; la razionalizzazione delle strutture e dei servizi, dimensionando e qualificando l'offerta in relazione alle reali esigenze e avvalendosi delle potenzialità del territorio; la precisazione delle competenze dei diversi soggetti, nella semplificazione delle strutture, nella ridefinizione del loro ruolo; la valorizzazione del territorio e la rivalutazione del ruolo partecipativo delle comunità e delle loro espressioni istituzionali e sociali.

- Viene sottolineata la rilevanza degli impegni per la promozione della salute, intendendo per promozione della salute il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute per migliorarla. Essa consiste in un processo globale orientato alla trasformazione in senso favorevole alla salute delle condizioni sociali, ambientali, culturali, strutturali ed economiche e al rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute. La promozione della salute diventerà anche negli anni successivi tema fondamentale di tutti gli atti politici in linea con le acquisizioni scientifiche più avanzate che riconoscono che: la salute non è di sola competenza dei servizi sanitari, ma deve coinvolgere tutte le politiche; detta visione costituisce un investimento i cui utili sono non solamente benefici in salute, ma vanno considerati tutti gli altri benefici complementari (sociali, economici, ecc.) che una popolazione sana sarà in grado di apportare alla comunità di appartenenza.
- Nell'ambito dell'offerta, si ribadisce l'importanza della costruzione sul territorio del comune di Trento del

Nuovo ospedale del Trentino che dovrà costituire uno degli elementi decisivi per la modernizzazione dell'offerta sanitaria in coerenza con i nuovi bisogni e le nuove esigenze. La disponibilità della nuova struttura ospedaliera dovrà concorrere a una riorganizzazione complessiva dell'assistenza sanitaria integrando i miglioramenti attesi nell'assistenza ospedaliera provinciale, ma anche nell'area del territorio che dovrà essere gradualmente potenziata.

I temi più rilevanti riguardano quindi, in sintesi, la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse attraverso la riorganizzazione dell'Azienda sanitaria, la valorizzazione della medicina del territorio, l'integrazione delle attività socio-assistenziali e la definizione del ruolo degli ospedali.

La proposta di riforma presentata dalla Giunta provinciale il 29 settembre 2000 (con il disegno di legge sopra citato) parte dall'analisi degli aspetti problematici emersi dalla sperimentazione sul campo dell'impianto organizzativo previsto dalla legge n. 10/1993 alla luce anche dell'evoluzione del modello aziendale e dei principi introdotti dalla riforma nazionale del 1999. I principi cardine di detta riforma si possono così riassumere:

- accentuazione della distinzione tra funzioni di indirizzo politico e funzioni di gestione;
- conferma del modello che prevede una unica Azienda sanitaria per tutto il territorio provinciale;
- semplificazione del modello organizzativo dell'Azienda sulla falsariga di quello previsto a livello nazionale (direzione strategica, atto aziendale);
- accentuazione della valenza territoriale dell'organizzazione sanitaria con la ridefinizione del ruolo e delle competenze del Distretto quale soggetto strategico di direzione della sanità sul territorio a livello di medicina di base e specialistica e nella costruzione dell'integrazione sanità-assistenza;

- la valorizzazione degli strumenti di partecipazione a livello territoriale e professionale;
- ridefinizione degli ambiti territoriali dei Distretti;
- costituzione del Servizio ospedaliero provinciale che raggruppa e coordina in una unica rete tutti gli ospedali, con la previsione dei dipartimenti ospedalieri;
- regolazione di requisiti indispensabili per rivestire la qualifica di soggetti legittimati all'esercizio di attività sanitarie (autorizzazione, accreditamenti, accordi).

In contemporanea alla presentazione della proposta di iniziativa della Giunta provinciale sono presentate altre due proposte organiche di modifica della l.p. 19/1993 di iniziativa consiliare. La prima si muove dai principi del D. lgs. 502/1992 recuperando alcuni specifici istituti previsti nella normativa nazionale (Direttore sanitario, Direttore amministrativo). Il disegno di legge prevede il superamento del modello dell'Azienda unica con l'istituzione:

- dell'Azienda ospedaliera del Trentino ricomprendente la struttura ospedaliera di Trento;
- le due Aziende territoriali di Trento e di Rovereto.

La seconda proposta è invece incentrata sul principio della separazione tra produttori (Azienda ospedaliera di Trento e Azienda ospedaliera di Rovereto, che ricomprendono anche gli ospedali di Distretto) ed acquirenti (ASL della provincia di Trento) di matrice anglosassone oltre che sulla ricerca di una dimensione aziendale che "renda governabili le unità". Anche questa proposta prevede quindi il superamento dell'Azienda unica.

Altri contenuti significativi riguardano l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, l'istituzione di organismi di partecipazione (Conferenza sanitaria provinciale) con la presenza di rappresentanti degli ordini professionali e una rappresentanza del Consiglio dei sanitari.

L'ingorgo legislativo creatosi nel Consiglio provinciale non consente la discussione articolata dei tre disegni di legge che di conseguenza decadono con la conclusione della Legislatura nel novembre 2003.

# 4. IL PRIMO DECENNIO DEGLI ANNI 2000<sup>1</sup>: IL TITOLO V E LE PRIME MODIFICHE AL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

<sup>1</sup> Parte del testo è tratta dal capitolo "La sanità provinciale nell'ultimo decennio, fra devoluzione, controllo della spesa e maturità degli assetti organizzativi" di Guido Baldessarelli nel testo "Le politiche socio-sanitarie in quarant'anni di autonomia", a cura di M. Marcantoni, G.F. Postal, R. Toniatti, ed. FrancoAngeli.

---

---

La svolta devolutiva della riforma al Titolo V della Costituzione e l'avvio di un nuovo sistema di *governance* in sanità. L'avvio del sistema pattizio tra Stato e Regioni.

In Trentino: La responsabilizzazione di comunità e professionisti nella programmazione sanitaria. Due provvedimenti anticipatori di disposizioni nazionali: l'assistenza odontoiatrica, il supporto alla persona e alle famiglie per la demenza. L'avvio della Protonterapia.

---

## 4.1. Le riforme nazionali sulla sanità. La riforma del Titolo V della Costituzione



Al cavallo del 2000, vanno delineandosi spinte federalistiche che rivendicano poteri sempre maggiori (accompagnati dall'autonomia finanziaria) per le Regioni al fine di valorizzare le specificità locali del livello regionale. Questa svolta devolutiva in sanità produce peraltro, fra i primi effetti, proprio una nuova attenzione sia verso la salvaguardia del principio di equità fra i cittadini sia verso gli aspetti solidaristici propri delle politiche sanitarie e socio-sanitarie e fa maturare finalmente le condizioni per operare una rinnovata ricerca degli equilibri tra l'autonomia regionale e la garanzia dei diritti fondamentali dei singoli cittadini.

L'attenzione della politica viene quindi dirottata sulla riforma del Testo Costituzionale per fare in modo che la regionalizzazione del sistema sanitario possa realizzarsi nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti, appunto, nella Costituzione, che nell'articolo 32 sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività: nell'accezione del diritto sociale, prevede la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza.

Il primo passo verso una nuova definizione del Testo Costituzionale è compiuto con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di riforma del Titolo V, che si pone l'obiettivo di ridefinire l'assetto di competenze legislative tra Governo

centrale e Regioni. Questa riforma costituzionale (come pure la successiva legge 5 giugno 2003, n. 131 sull'applicazione del nuovo Titolo V) non ha comportato modifiche testuali esplicite nello Statuto speciale di autonomia del Trentino, poiché riguarda modifiche di disposizioni che formano l'ordinamento regionale comune, destinato quindi – in gran parte – alle sole Regioni ordinarie. È però evidente che sono stati innovati alcuni principi che reggevano lo Statuto al momento della riforma.

Il nuovo testo dell'art. 117 classifica le materie di intervento pubblico in tre nuove classi di competenze – a *legislazione esclusiva* dello Stato, a *legislazione concorrente* (le Regioni possono legiferare all'interno di un quadro di riferimento stabilito dal livello di governo centrale) e a *legislazione residuale* delle Regioni –, delineando quindi un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle Autonomie locali.

In particolare, la previsione della lettera m) dell'art. 117, al secondo comma, stabilisce la competenza esclusiva dello Stato per la determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni riguardanti diritti civili e sociali che vanno garantiti su tutto il territorio nazionale. Inoltre, tra le materie attribuite alla competenza concorrente Stato-Regioni vi è la «*tutela della salute*», mentre il precedente art. 117 limitava la competenza concorrente delle Regioni al più ristretto ambito dell'«*assistenza sanitaria e ospedaliera*».

La riserva dello Stato nella determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) riflette, dunque, l'esigenza per il livello normativo nazionale di assicurare che la tutela di tali diritti avvenga in maniera equa e uniforme, ovvero a parità di condizioni sul territorio nazionale, e implica la potenziale diversificazione organizzativa e funzionale dei sistemi deputati ad assicurare l'assistenza sanitaria, dato che la sede regionale è divenuta l'unica competente a regolamentare nel dettaglio e ad implementare i meccanismi, gli strumenti e gli aspetti organizzativi preposti ad assicurare il diritto alla salute.



Pertanto, il potere legislativo e regolamentare regionale in materia si sviluppa all'interno di un quadro normativo statale di principi fondamentali che stabiliscano standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi. Nel rispetto, ovviamente, della Costituzione e degli obblighi internazionali, analogamente a quanto avviene per lo Stato.

Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarità, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un federalismo sanitario atipico e artificioso. In altre parole la riforma del Titolo V che delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari puntava a un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo. Pur essendo ribadito e rinforzato quanto stabilito dal diritto costituzionale che garantisce *«universalità ed equità di accesso a tutte le persone»* (art. 32) oltre che dalla legge 833/78 che conferma la *«globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini»*, le conseguenze delle realizzazioni regionali mettono talvolta a rischio principi fondamentali su cui si basa il SSN. Si assiste infatti nel tempo a realizzazioni regionali diversificate in aspetti essenziali del diritto alla salute, come ad esempio nell'accesso ai servizi e nella loro fruizione, nella copertura dell'assistenza del SSN, nell'assicurare la centralità della persona, nel canalizzare in forma esplicita la partecipazione organizzata dei cittadini e delle loro organizzazioni, nella valorizzazione della professionalità degli operatori e nell'esercizio della integrazione socio-sanitaria. A riprova, negli anni si è assistito a un significativo contenzioso di fronte alla Corte costituzionale a causa dei non pochi problemi sulla corretta interpretazione del dettato costituzionale. Numerosi provvedimenti, pur avendo una stretta attinenza al settore sanitario, riguardano una pluralità di situazioni non omogenee, ricomprese in materie diverse sotto il profilo della compe-

tenza legislativa (ad esempio “coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario”; “professioni”; “ricerca scientifica e tecnologia”) rendendo quindi oggettivamente difficile l’esercizio della potestà legislativa.

In tali casi, la Corte ha fatto riferimento ai principi della prevalenza della materia e della leale collaborazione dei diversi livelli istituzionali e ha riconosciuto spazio, per quanto riguarda le Autonomie speciali, alla clausola di applicazione della norma più favorevole di cui all’articolo 10 della citata legge costituzionale n. 3/2001; si tratta di una garanzia per le Autonomie speciali, dove il principio di specialità (desumibile dall’art. 116 della Costituzione) si contempera con quello cronologico (la legge costituzionale successiva prevale sulla legge costituzionale che ha approvato lo Statuto speciale) fino a soccombere in presenza di condizioni più ampie e favorevoli per l’Autonomia.

Risulta quindi essenziale, al di là di una precisa individuazione della ripartizione delle competenze, mettere in campo tecniche e procedure di negoziazione tra Stato e Regioni e tra le Regioni per dare applicazione ragionata alla normativa, rimanendo prioritario prevenire le procedure di ricorso al contenzioso costituzionale: si pensi ad esempio al caso della mobilità sanitaria degli assistiti che certo non può essere risolta unilateralmente.

## **4.2. L’avvio del nuovo sistema di governance del SSN a seguito della modifica del Titolo V**

Nello sforzo applicativo delle norme nazionali citate nel capitolo precedente (d.lgs. 502/92 e 517/93; d.lgs. 229/99; d.lgs. 56/2000) si inserisce la approvazione dell’Accordo Stato-Regioni del’8 agosto del 2001 (relativo al Patto per la Salute 2002 - 2004 e propedeutico alla legge 405/2001) e all’Accordo

del 22 novembre 2001, relativo alla definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e propedeutico al DPCM del 29 novembre 2001) che segnano una fra le tappe più significative nelle relazioni tra i due principali attori istituzionali del Servizio sanitario nazionale: lo Stato e le Regioni. Infatti, la approvazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avviene attraverso l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Si ricorda che i LEA, introdotti nel 1992 con il decreto legislativo 502, rappresentano, come abbiamo visto in precedenza, lo strumento con cui vengono salvaguardati i principi di universalità nell'accesso alle prestazioni erogate e di equità del servizio. Contemporaneamente, definendo le attività finanziabili a carico del SSN, si punta a responsabilizzare le Regioni alla copertura delle spese e al governo della spesa pubblica.

Il sopracitato Accordo dell'8 agosto 2001, stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni e sostanzialmente recepito dal decreto-legge n. 347/2001, segna l'inizio della via pattizia per la *governance* del SSN, esercitando il principio della leale collaborazione nelle relazioni tra i livelli di governo, nazionale e regionale<sup>2</sup>. Esso, a differenza di altri accordi e intese sottoscritte in precedenza, ha avuto un carattere generale e sistemico, direttamente propositivo e, in alcune parti, anticipatore di disposizioni che il Parlamento ha poi ritenuto di condividere trasferendone il contenuto in norme di legge, anticipando gli assetti istituzionali che andranno poi in vigore con l'applicazione del nuovo Titolo V della Costituzione. Con la modifica costituzionale del 2001, si registra, ad esempio, la definitiva sta-

<sup>2</sup> Per un maggiore approfondimento di questa parte si rimanda a: Palumbo F., *"La storia dei Patti per la Salute"*, Quotidiano sanità (2018), da cui è stata tratta parte del testo.

bilizzazione della Conferenza Stato-Regioni e la sua evoluzione nel cosiddetto sistema delle Conferenze, potente strumento di condivisione tra gli attori del sistema-salute (*Conferenza Stato-Regioni; Conferenza Stato-Città; Conferenza Unificata*), per il quale si definisce una tipologia di atti configuranti: Pareri (funzione consultiva); Accordi e Intese (funzione di concertazione).

Tra le Intese rientrano quelle con cui vengono approvati i *Patti per la Salute*: si tratta delle Intese previste dalla legge 131/2003 con le quali si mira a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.

Dall'Accordo del 2001, la via pattizia - versione italiana dell'*Intergovernmental management* presente anche nei sistemi sanitari di altri Paesi - si caratterizza per aver fortemente contribuito a un processo che si sviluppa e si consolida attraverso numerosi provvedimenti.

Tralasciando una disamina approfondita della rilevanza che il sistema pattizio ha avuto nell'area della sanità a livello nazionale - collegato ovviamente alle criticità che via via Stato e Regioni evidenziavano - si può affermare che la modifica del quadro costituzionale ha prodotto rilevanti cambiamenti dell'assetto istituzionale del settore sanitario, per cui era opportuno riorientare il sistema di *governance* del SSN sempre più verso un approccio di concertazione tra Stato e Regioni.

In conseguenza dei vari accordi intervenuti in materia sanitaria tra Stato e Regioni e attraverso numerose disposizioni legislative si è strutturato il sistema regolatorio per la *governance* del SSN, tuttora sostanzialmente vigente. Esso è basato su un obiettivo prioritario e a carattere generale, cioè assicurare la erogazione dei LEA in condizione di uniformità in campo nazionale, di appropriatezza clinica e organizzativa, di rispetto di adeguati standard qualitativi e quantitativi, e di efficienza tecnica ed economica, essenzialmente attraverso:

- il potenziamento del sistema informativo del SSN (*NSIS*) che si è progressivamente riorientato integrando l'attenzione alle strutture sanitarie e alle loro attività (facenti capo al precedente *SIS*) con una rilevazione delle prestazioni erogate, successivamente arricchita per offrire informazioni anche sulla qualità delle prestazioni e sui processi assistenziali integrati offerti agli assistiti;
- il monitoraggio delle principali prestazioni comprese nei LEA, utilizzando il patrimonio informativo del *NSIS*, integrato dai flussi informativi del sistema Tessera Sanitaria;
- la messa a sistema, con il *SIVEAS*, sul piano funzionale e in quadro unitario, di tutte le attività di verifica dei risultati a livello nazionale e regionale, facenti capo, in particolare, al Ministero della Salute e all'*AGENAS*, compreso il *Programma Nazionale Esiti-PNE*.

Questo sistema si è così strutturato sulla base della competenza esclusiva dello Stato in materia di coordinamento della finanza pubblica e di definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ma anche sul principio della responsabilità dei diversi livelli di governo, statale e regionale, per le spese derivate da decisioni e comportamenti di ciascun livello, coerentemente con l'articolo 119 della Costituzione. Detto sistema di integrazione programmatica tra Stato e Regioni, il cui avvio è ascrivibile al predetto Accordo del 2001, continuerà ad essere applicato e ulteriormente sviluppato negli anni successivi fino ai nostri giorni, attraverso l'adozione di strumenti che nel corso degli anni diventano sempre più rilevanti per le politiche sanitarie in tutte le aree in cui si articolano. Per questa ragione e per continuità di ragionamento, inseriamo in questo paragrafo i più rilevanti strumenti di integrazione tra Stato e Regioni che si sono realizzati anche negli anni successivi al decennio che costituisce la nostra principale narrazione.

Infatti, attraverso questo sistema pattizio, oltre a definire, come abbiamo visto, Intese e Patti, vengono approvati do-

cumenti e assunti provvedimenti, tutti aventi un impatto politico programmatico sul Servizio sanitario nazionale. In particolare:

- i *Piani sanitari nazionali* successivi al 2001: il PSN 2003-2005 (d.P.R. 23 maggio 2003) e il PSN 2006-2008 (d.P.R. 7 aprile 2006) ma anche lo schema di PSN 2011-2013 (non esitato in d.P.R. e quindi privo di efficacia giuridica ma politicamente e tecnicamente rilevante essendo stato oggetto di esame favorevole, pur solo in prima lettura, da parte del Governo e di approvazione da parte della Conferenza delle Regioni), in quanto anche essi portatori di istanze programmatiche condivise che hanno svolto una importante funzione di metabolizzatori del cambiamento istituzionale orientandolo verso politiche sanitarie di conferma e rilancio dei caratteri e dei principi fondamentali del SSN;
- ideazione, predisposizione e approvazione di Piani e Programmi di ambito nazionale settoriali e intersettoriali. Si ricordano, tra gli altri, in particolare: il Programma *"Guadagnare salute"*, il *Piano nazionale di prevenzione (PNP)*, il *Piano sulla malattia diabetica*, il *Piano oncologico nazionale*, il *Programma nazionale esiti (PNE)*, il *Piano nazionale per le malattie rare (PNMR)*, il *Piano nazionale demenze*, il *Piano nazionale della cronicità*, il *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*, altri *Piani e Programmi in materia di Sanità Veterinaria e di Alimenti* e in materia di *Dispositivi medici*;
- il *progetto Mattoni del SSN*, che ha visto la collaborazione di centinaia di dirigenti, funzionari, esperti regionali ministeriali e dell'AGENAS con l'obiettivo di omogeneizzare i modelli organizzativi e le tipologie di servizi e attività e rendere possibile l'adozione di un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- le Agenzie nazionali a gestione condivisa Ministero del-

la Salute e Regioni. Si pensi alla *Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali* (AGENAS) con l'affidamento di fondamentali funzioni, di cui alcune di primario rilievo per i LEA, come quelle in materia di Qualità e appropriatezza, *Health Technology Assessment*, di supporto e affiancamento nell'attuazione dei Piani di rientro, Monitoraggio e valutazione e il Piano nazionale esiti. Si pensi ancora alla nascita dell'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA), titolare delle funzioni fondamentali relativa all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, segmento assai rilevante della complessiva linea dei LEA;

- provvedimenti legislativi e regolamentari per la cui predisposizione e approvazione vi è stato un coinvolgimento delle Regioni, come ad esempio: in materia di cure primarie e di libera professione la legge 8 novembre 2012, n. 189; conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158; in materia di standard ospedalieri: decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; in materia di federalismo fiscale sanitario: il d.lgs. 68/2011 (fabbisogno e costi standard) e il d.lgs. 118/2011 (armonizzazione dei bilanci);
- attività delle commissioni, degli organismi o sistemi di carattere nazionale e generale caratterizzati da una decisiva presenza dei rappresentanti regionali.


### 4.3. Altre normative nazionali

M

erita un cenno particolare il decreto-legge n. 347 del 2001, convertito nella legge 405/2001, con il quale si introducono importanti novità nell'ambito dell'assistenza farmaceutica: fino all'emanazione di detta legge, il sistema di erogazione di medicinali ai cittadini era nettamente distinto tra

il territorio (la distribuzione è affidata alle farmacie distribuite sul territorio e convenzionate con il SSN) e gli ospedali (i medicinali vengono forniti dalle farmacie interne agli ospedali per un uso quasi esclusivo ai cittadini degenti, salvo rari e specifici casi). Con la legge 405/2001, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali (articolo 8, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405). Detta disposizione, che nel corso degli anni subirà modifiche e integrazioni, viene applicata in Trentino, prima Regione in Italia, attraverso specifici accordi con le farmacie presenti su tutto il territorio provinciale, raggiungendo due obiettivi: una diminuzione della spesa per farmaci da parte del SSP e, soprattutto, l'accesso facilitato dei cittadini malati alle cure farmacologiche potendo la distribuzione dei farmaci contare sulla diffusa rete delle farmacie del territorio.

#### **4.4. Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 e i Patti per la Salute**

 on decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006, viene approvato il Piano sanitario nazionale 2006-2008 che nelle premesse afferma l'esigenza di strutturare in maniera forte tutte le iniziative che consentono di connotare in senso europeo l'organizzazione sanitaria italiana, adottando il motto: portare la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana. Vengono ribaditi i punti focali dell'azione del Servi-



zio sanitario nazionale e se ne individuano le priorità: 1) organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; 2) rimodellare le cure primarie; 3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale; 4) potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti, ecc.) sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie, ecc.); 5) promuovere l'innovazione e la ricerca; 6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale; 7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Il Piano sanitario nazionale deve fare i conti con il nuovo assetto del federalismo sanitario e quindi assume la necessità di definire un nuovo "grande sistema sanitario" nel quale non esiste più un solo attore istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità. Il Piano sviluppa, altresì, il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati nella definizione di politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute. Quindi, il Piano sanitario 2006-2008 pone l'attenzione più che sulle competenze di ciascun livello di responsabilità del sistema, sulla capacità di instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni.

Il Piano rileva una questione di fondo che diventerà sempre più cogente negli anni successivi, sia a livello nazionale che provinciale: la sua impostazione deve essere obbligatoriamente intersettoriale, favorendo la salute in tutte le politiche. Non si può più parlare di sanità in un contesto che non contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive. Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio

sanitario nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione. La politica socio-sanitaria del Paese deve integrarsi ed essere resa coerente al fine della promozione e tutela della salute collettiva e individuale con le politiche relative allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica e ai trasporti. Nel corso del decennio vengono inoltre stipulati due Patti per la Salute definiti dal Ministero della Salute come *«accordi finanziari e programmatici di valenza triennale tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio sanitario nazionale, finalizzati a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema»*<sup>3</sup>. In particolare, il Patto per la Salute 2006 (triennio 2007-2009) affronta una serie di tematiche finalizzate al miglioramento della funzionalità e dell'efficienza del SSN sia sotto il profilo economico-finanziario che sotto quello più strettamente tecnico (in particolare per quanto attiene all'assistenza farmaceutica, nonché riguardo all'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti).

Le principali tematiche affrontate dal Piano del 2006 riguardano:

- attenzione agli equilibri di bilancio, alla necessità di efficientare la spesa, di ridurre gli sprechi e di qualificare i servizi per un maggiore/migliore soddisfacimento del fabbisogno con contestuale individuazione di settori strategici su cui operare con priorità (riorganizzazione della rete ospedaliera, assistenza farmaceutica; governo del personale; qualificazione dell'assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post acuzie; rilancio delle

<sup>3</sup> Patto per la Salute 2006; Patto per la Salute 2009-2011; Patto per la Salute 2013-2015; Patto per la Salute 2014-2016.

- attività di prevenzione e di promozione della salute);
- razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza dei ricoveri;
- potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare per favorire la deospedalizzazione e un uso più appropriato del livello ospedaliero;
- sanità digitale e flussi informativi;
- individuazione di modalità di monitoraggio e di verifica dei LEA;
- Razionalizzazione della spesa per il personale, delle strutture semplici e delle strutture complesse.

## 4.5. Il federalismo fiscale

L
 approvazione della legge 5 maggio 2009, n. 42 di attuazione della delega costituzionale sul federalismo fiscale relativo alle Regioni a Statuto ordinario e, in particolari ambiti, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano, pone le basi per il federalismo fiscale in Italia, incentrato sui principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; essa disciplina l'istituzione e il funzionamento del Fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale per abitante nonché le risorse aggiuntive e l'effettuazione degli interventi speciali perseguendo lo sviluppo delle aree sottoutilizzate nella prospettiva del superamento del dualismo economico del Paese, disciplina i principi generali per l'attribuzione di un proprio patrimonio alle Regioni e agli enti locali. La norma stabilisce il passaggio dal sistema dei trasferimenti fondato sulla spesa storica a quello di attribuzione di risorse basate sull'individuazione dei fabbisogni standard necessari a garantire il finanziamento integrale dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali delle funzioni fondamentali degli enti locali.

## 4.6. Le manovre finanziarie nazionali

Le manovre finanziarie nazionali che si sono succedute nel primo decennio del 2000 si sono concentrate essenzialmente sul sistema di governo della spesa farmaceutica (che aveva mostrato un trend preoccupante) attraverso provvedimenti che regolavano: l'introduzione in commercio di nuovi medicinali; la concedibilità a carico del Servizio sanitario nazionale (applicando criteri di costo efficacia); la definizione di tetti di spesa che dal 2004 comprende sia la spesa territoriale che quella in regime di ricovero (nel 2004 il tetto è fissato al 16% della spesa sanitaria); la riduzione graduale della durata della copertura brevettuale delle specialità medicinali con il conseguente sviluppo del mercato dei medicinali generici/equivalenti e di un nuovo metodo di erogazione e di rimborso degli stessi; l'adozione della ricetta a lettura ottica per alimentare la banca dati dei medicinali presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Nel 2004 con il decreto-legge 269 vengono introdotte, tra l'altro, due importanti novità: l'istituzione dell'*Agenzia Italiana del Farmaco*, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, patrimoniale, finanziaria e gestionali sottoposta alle funzioni di indirizzo del Ministero della Salute e alla vigilanza dei Ministeri della Salute e dell'Economia. All'Agenzia sono attribuiti compiti e funzioni di alta consulenza tecnica in materia di politiche del farmaco, al fine di garantire l'unitarietà delle attività in materia di farmaceutica e di favorire gli investimenti in ricerca e sviluppo. Il medesimo decreto-legge assegna alle Regioni compiti di monitoraggio e controllo sull'assistenza farmaceutica e specialistica verificando l'appropriatezza delle prescrizioni.

Merita un cenno il tentativo di ridurre le liste di attesa per gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche opera-

to con la legge finanziaria per il 2003 che prevedeva per le Regioni l'esigenza di adottare iniziative perché gli ospedali pubblici svolgano continuativamente l'attività per 7 giorni alla settimana. Il tema del governo delle liste di attesa sarà oggetto di obiettivi e azioni dei Governi che si sono succeduti, sia a livello nazionale che a livello provinciale. Con detta legge, si prevede inoltre la decadenza dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie, ospedaliere e ospedaliere autonome che non conducano le medesime all'equilibrio economico. Altro aspetto di notevole portata programmatica - che troverà graduale sviluppo anche negli anni successivi - è adottato nel 2008 quando si stabilisce il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni e delle relative risorse per l'assistenza ai detenuti.

#### **4.7. I temi indicati nelle priorità dei Programmi di sviluppo provinciali**

I Programma di sviluppo per la XIII Legislatura, nel ribadire che la salute, quale stato di benessere fisico, psichico e sociale, costituisce un diritto fondamentale di tutti, enfatizza il ruolo del cittadino che deve diventare protagonista delle scelte di salute che lo riguardano, secondo una nuova visione del rapporto tra cittadini, istituzioni e professionisti che si evolverà nel tempo - e fino ai nostri giorni - diventando uno dei temi più dibattuti e più importanti nei Paesi avanzati. Detto nuovo ruolo deve accompagnarsi alla responsabilizzazione degli operatori sanitari da coinvolgere nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione delle decisioni in ambito sanitario. Nel solco di riflessioni che erano già emerse nella precedente Legislatura, si tratta di passare da una politica sanitaria basata sulla gestione dell'offerta a una politica incentrata sull'autoresponsabilizzazione dei cittadini e della comunità nella protezione della propria e della altrui salute. Nel Pro-

gramma si enfatizza inoltre il fatto che la tutela della salute ha bisogno di interventi di tipo intersettoriale, nella convinzione che la qualità dello stato di salute dipende dalla qualità di vita in senso più ampio: dall'ambiente agli stili di vita, alle abitudini alimentari.

Il legame tra salute e benessere e condizioni di vita/stili di vita degli individui e della comunità diventerà, negli anni successivi, un tema di grande rilievo in tutta la programmazione sia nazionale che provinciale (ritroveremo qualche accenno nei capitoli successivi). A questi principi, qui solo accennati, si ispirano le Linee guida programmatiche di Legislatura, approvate con deliberazione della Giunta provinciale a novembre del 2004. Il documento contiene i principi di riferimento, lo scenario, gli obiettivi strategici, i temi prioritari di intervento e gli strumenti attuativi che dovranno caratterizzare la sanità del Trentino negli anni. Esse hanno l'ambizione di costituire la bussola per orientare le azioni dei soggetti che formano il servizio sanitario del Trentino - Assessorato alle Politiche per la Salute, Azienda provinciale per i servizi sanitari e soggetti privati che operano all'interno della sanità - nonché di tutti coloro che, individualmente o in collaborazione, svolgono attività finalizzate alla promozione, alla tutela e al recupero della salute dei cittadini della provincia di Trento.

Oltre a questi obiettivi strategici, il Programma prevede attività specifiche: ridurre i tempi e le liste di attesa per le diagnostiche e la specialistica; il miglioramento della Emergenza-urgenza; il recupero parziale della mobilità sanitaria interregionale; l'attivazione di nuove specialità (Neurochirurgia e Reumatologia); la riqualificazione di Ortopedia; l'assistenza odontoiatrica e protesica-odontostomatologia; il potenziamento delle attività dei Consultori per il singolo, la coppia e la famiglia; migliorare i servizi per le persone non autosufficienti; sviluppare il progetto cure palliative.

Il Programma prevede inoltre la prosecuzione del progetto del Nuovo ospedale del Trentino completando lo studio e

l'elaborazione del documento preliminare alla progettazione, oltre che proseguire nella ristrutturazione dell'Ospedale S. Chiara (secondo le disposizioni contenute nel Piano degli investimenti per l'edilizia sanitaria). Nell'attesa della realizzazione del nuovo ospedale, la ristrutturazione di detto ospedale sarà vincolante e quindi sarà inclusa, per fasi, anche nei Piani per l'edilizia relativi agli anni successivi, fino ai giorni nostri.

In considerazione dei bisogni sempre più ampi e delle risorse pubbliche in diminuzione, il Programma, oltre che richiamare all'esigenza di una revisione delle procedure di finanziamento dell'offerta dei servizi orientata all'efficienza, alla qualità e alla responsabilizzazione, introduce il tema dell'opportunità di promuovere l'istituzione di nuove forme assicurative (come nel caso della non autosufficienza), nonché di accrescere il coinvolgimento dei privati nella produzione di beni e servizi pubblici e di interesse collettivo. Si delinea inoltre l'esigenza di distinguere i servizi da assicurare gratuitamente da quelli per i quali è richiesta la compartecipazione da parte del cittadino, secondo criteri di equità (anche attraverso il sistema ICEF che era stato poco prima adottato dalla Giunta provinciale).

Il Programma di sviluppo provinciale della XIV Legislatura indica le seguenti linee di azione: si ribadisce l'esigenza di riformare la legge che disciplina il Servizio sanitario provinciale (più accentuate separazione tra funzioni di programmazione, valutazione e controllo in capo alla Provincia e quelle operative in capo all'Azienda provinciale per i servizi sanitari; maggiore coinvolgimento della componente medico-sanitaria nella direzione della Azienda sanitaria; maggiore integrazione tra ospedale e territorio; delegificazione del Piano pluriennale per la salute). Inoltre, si intende approvare il Piano provinciale per la Salute, attivando nuove forme di partecipazione delle istituzioni locali e delle professioni sanitarie; attivare un programma di lungo periodo per la costituzione di un fondo per le malattie invalidanti;

il governo delle liste di attesa per la specialistica; il potenziamento dell'assistenza territoriale in tutte le sue forme; l'integrazione tra ospedale e territorio; la riqualificazione della rete ospedaliera (realizzazione del Nuovo ospedale del Trentino-NOT), valorizzando tutti gli ospedali identificando il livello di offerta che essi devono assicurare.

Inoltre, il Programma enfatizza l'esigenza di assicurare l'integrazione socio-sanitaria citandone gli strumenti (Punto unico di accesso, Unità di valutazione multidimensionale, continuità assistenziale) e rileva l'importanza di adottare sistemi di comparazione delle performance del servizio sanitario trentino con le Regioni italiane ed europee più avanzate, nonché di individuare azioni strategiche di collaborazione con le Regioni confinanti per mettere in rete le diverse eccellenze.

## 4.8. La produzione normativa provinciale

Nel corso del decennio, la legislazione provinciale inerente la sanità interviene sia per adottare a livello locale le previsioni normative di livello nazionale - che peraltro, in qualche caso, vengono anticipate in Trentino e successivamente introdotte nel resto del Paese - sia per disciplinare aspetti dell'assistenza sanitaria che costituivano una criticità nel sentire della popolazione e quindi erano ampiamente attese (come ad esempio la disciplina degli interventi per l'odontoiatria oppure a supporto di pazienti e familiari nella prevenzione e cura delle demenze). Sono avviati in questo decennio anche progetti innovativi di largo respiro, come la Protonterapia, piuttosto che provvedimenti finalizzati a realizzare l'integrazione socio-sanitaria.

Sono state qui selezionate alcune leggi provinciali approvate nel decennio in argomento, ritenute particolarmente significative, distinguendole in: norme di modifica all'asset-



to istituzionale del Servizio sanitario provinciale, provvedimenti che disciplinano specifiche aree cliniche, norme finalizzate a promuovere e migliorare l'integrazione fra sanità e sociale.

## 4.9. **Modifiche all'assetto del Servizio sanitario provinciale**

La l.p. 28 luglio 2005, n. 12 ha inteso introdurre nel sistema sanitario trentino una maggiore partecipazione delle istituzioni locali e delle professioni sanitarie per la realizzazione delle politiche per la salute e ha inoltre operato modificazioni alla l.p. 10/1993 che, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, aveva disciplinato il Servizio sanitario provinciale. Nella relazione illustrativa della norma vengono sintetizzate le motivazioni alla base del provvedimento: recuperare alla politica le funzioni di indirizzo e programmazione e valorizzare un appropriato impiego delle risorse umane e materiali, nonché adeguare il SSP ai principi dettati per la riforma sanitaria dalla legge delega 30 novembre 1998 n. 419 e alle indicazioni attuative della stessa recate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, tenendo conto inoltre dei mutamenti introdotti con la riforma del Titolo V della Costituzione e delle disposizioni di legge emanate su singole tematiche sanitarie nei primi anni del 2000. La proposta di legge intende inoltre recuperare e dare formalizzazione a una delle questioni maggiormente rappresentate dai professionisti sanitari in quegli anni: quella della partecipazione, da migliorare anche nei confronti delle istituzioni locali nella convinzione che l'aperto confronto preventivo sugli orientamenti e sulle conseguenti decisioni in materia sanitaria da parte del Governo provinciale costituisca prerequisito necessario per il successo delle politiche promosse. La l.p. 12/2005 punta quindi sull'*Assemblea dei Presidenti dei Comitati di Distretto* e sul *Consiglio sanitario*

*provinciale*, specifici organismi attraverso i quali le aspettative fondate e ragionevoli delle comunità rappresentate dalle istituzioni locali e i bisogni scientifici, tecnici e operativi, che condizionano l'esercizio delle professioni sanitarie, possano essere esplicitati in modo costante e relativamente al più ampio spettro delle problematiche connesse alle politiche per la salute.

L'Assemblea dei Presidenti dei Comitati di Distretto, fungendo da raccordo tra l'Amministrazione provinciale e i Comitati di Distretto, si candida ad essere la sede dove la Amministrazione provinciale può agevolmente e costantemente dibattere delle scelte future di politica sanitaria o socio-sanitaria e della tutela della salute e dove le comunità possono illustrare le complessive esigenze del territorio e documentare l'opportunità di orientamenti ad esse coerenti. Anche per dare maggiore forza alle istituzioni locali nel rappresentare le esigenze dei cittadini, la norma prevede l'ampliamento della estensione territoriale dei Distretti e la loro riduzione numerica. Si tratta di assicurare a ciascun Distretto una dimensione ottimale per una razionale organizzazione delle risorse e un efficiente funzionamento dei servizi. Va ricordato che l'Azienda sanitaria aveva già preposto un unico Direttore a gruppi di Distretti limitrofi (passando quindi, di fatto da 13 Distretti a 6), anticipando così, sotto il profilo organizzativo-direzionale, una riforma coerente con le indicazioni della legge nazionale e la tendenza in atto anche nelle altre Regioni.

Il Consiglio sanitario provinciale costituisce un organismo interlocutore da coinvolgere nella programmazione quale legittimo interprete di quelle stesse professioni sanitarie cui viene commessa l'attuazione concreta degli indirizzi e delle direttive provinciali in ambito sanitario e di cui è dunque fondamentale acquisire e valutare suggerimenti e critiche con riguardo alle decisioni per lo sviluppo e il miglioramento del Servizio sanitario provinciale. Il Consiglio sanitario provinciale, quale organismo consultivo tecnico-scientifico,

oltre che nei confronti della Giunta provinciale può inoltre operare per il Consiglio provinciale, esprimendo, su richiesta, propri pareri su provvedimenti e su proposte di provvedimenti legislativi concernenti la materia sanitaria. Quindi, il Consiglio è chiamato a esprimere il proprio parere e a formulare eventuali proposte nelle funzioni principali della Giunta provinciale, tra le quali la funzione di programmazione da realizzare soprattutto attraverso il Piano sanitario provinciale. Attribuendo la sua approvazione alla Giunta provinciale (e quindi delegificandolo), si consente a questo strumento di venire adeguato nel tempo in relazione alle obiettive condizioni esistenti e rilevabili; quindi si assicura la sua flessibilità sulla base della verifica degli esiti favorevoli o sfavorevoli delle azioni condotte così come accertabili anche nel contraddittorio con gli organismi consultivi. Il Piano sanitario provinciale, quindi, come espressione della funzione di governo, benché soggetta, nei suoi effetti, a consuntivo, alla valutazione di merito politico del Consiglio provinciale. La norma assegna al Piano una diversa nuova denominazione: quella di "Piano provinciale per la Salute dei cittadini" (non più quindi Piano sanitario), volendo con ciò sottolineare quello che è il vero traguardo finale delle azioni di programmazione.

La l.p. 12/2005 sarà abrogata dalla riforma del Servizio sanitario provinciale introdotta con la l.p. 10/2016 di cui si parlerà nel prossimo capitolo.

#### **4.10. La produzione normativa provinciale: la programmazione in aree specifiche**

**N**el corso del decennio sono adottate norme che disciplinano il sistema di prevenzione e presa in carico in alcuni specifici ambiti clinici; in particolare vengono qui citate le norme che si occupano delle prestazioni di odontoiatria e di demenze,

norme che, modificate e migliorate negli anni successivi a seguito della loro implementazione, sono tuttora alla base di servizi particolarmente importanti e apprezzati dalla popolazione trentina.

Nel 2007 sono depositati quattro disegni di legge, che confluiscono in un testo unico di iniziativa del governo provinciale. Il Consiglio provinciale approva la legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 che disciplina l'assistenza odontoiatrica, assistenza per la quale il Servizio sanitario nazionale (SSN) ha tradizionalmente dedicato un impegno limitato nonostante rilevanti implicazioni sanitarie e sociali caratterizzino quest'ambito di tutela soprattutto in termini di qualità della vita e di sostenibilità economica. Infatti, il settore è caratterizzato da alti costi delle prestazioni offerte nel libero mercato e da indicazioni nazionali (decreto legislativo n. 229/1999 e DPCM 29 novembre 2001) che limitano la competenza del Servizio sanitario nazionale ai «*programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva*» e alla «*assistenza odontoiatrica e protesica a favore di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità*». La l.p. 22/2007 provvede, in particolare, a:

- definire i diritti esigibili da parte dei cittadini nel settore delle cure odontoiatriche;
- stabilire l'impegno prioritario rivolto a categorie di persone in condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria e sociale;
- consolidare lo sviluppo dell'assistenza protesica e dell'ortodonzia;
- definire il campo di operatività dei Fondi integrativi, che saranno potenziati e sviluppati soprattutto nel decennio successivo a seguito dell'approvazione della l.p. 16/2010.

La legge provinciale n. 22/2007 assegna alla Giunta provinciale il compito di individuare con propria deliberazione – annualmente e per ciascuna tipologia di prestazione –

condizioni, limiti e modalità d'accesso, ivi inclusa l'eventuale compartecipazione degli assistiti alla spesa e le tariffe da applicare.

Per quanto attiene alle modalità di erogazione, sono riconosciute tre tipologie: l'assistenza diretta negli ambulatori dei Distretti APSS (ambulatori dei Distretti sanitari e unità operative ospedaliere); assistenza diretta da parte di studi privati convenzionati (che accettano nomenclatore tariffario delle prestazioni, linee guida operative e budget); assistenza indiretta (con il nulla osta del Distretto sanitario di riferimento, solo se APSS e studi convenzionati non avviano il piano di cura entro il 45° giorno dalla richiesta dell'utente beneficiario).

Annualmente la Giunta provinciale, oltre a definire la regolamentazione per l'erogazione dell'assistenza, predispone una Relazione sullo stato di attuazione della legge stessa.

Altro tema di grande rilievo per le persone e per le loro famiglie è costituito dalle demenze, in particolare della malattia di Alzheimer, che costituisce l'oggetto della l.p. 22 luglio 2009, n. 8. Nella relazione illustrativa al disegno di legge di proposta si evidenzia come la malattia di Alzheimer sia diventata sempre più una patologia cui prestare attenzione per molti motivi: il costante aumento di anziani affetti da forme di demenza e in particolare da "malattia di Alzheimer"; la malattia è causa negli anziani di disabilità medio-grave che rende difficili/impossibili le attività di vita quotidiana; nel corso dell'evoluzione della malattia, oltre al deficit cognitivo, insorgono gravi problemi comportamentali e psichici (agitazione psicomotoria, deliri, allucinazioni), che diventano causa primaria di stress familiare e della richiesta di ricovero in strutture residenziali; nella maggior parte dei casi la famiglia è costretta a fornire l'assistenza, con gravi ripercussioni sulle persone coinvolte. Si tratta quindi di una malattia degenerativa a lungo decorso che impegna progressivamente il contesto familiare (la maggior parte delle persone che si ammalano vengono curate

in casa) e che è destinata ad aumentare anche in relazione all'aumento della speranza di vita. Tale situazione rende evidente il grande impegno richiesto alla famiglia ed è causa a sua volta di conseguenze di malattia sulle persone che assistono il malato.

A livello italiano, le risposte date dalle Regioni alle esigenze di malati e famiglie sono molto diversificate; con il disegno di legge si intende intervenire al fine di dare ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie tutte le forme di appoggio possibili al fine di meglio affrontare una grave situazione di sofferenza. Gli interventi indicati in legge riguardano i molti aspetti che caratterizzano il tema delle demenze: la prevenzione, la comunicazione e la formazione sul tema; la cura a partire dal momento diagnostico che costituisce l'avvio per le famiglie della presa in carico; i servizi e le prestazioni da erogare; gli interventi di supporto ai familiari.

Nel decennio successivo, con deliberazione della Giunta provinciale n. 719 del 5 maggio 2015, la Giunta provinciale approverà "Il Piano provinciale per le demenze" della XV Legislatura - di cui si accennerà nel capitolo successivo - che affronterà nella sua interezza l'argomento delle demenze con un approccio sistematico e integrato nel quale saranno coinvolti e responsabilizzati la sanità e il sociale, il terzo settore, le associazioni di volontariato e tutti i livelli assistenziali. Detto Piano, con le opportune integrazioni e modifiche, è tuttora vigente.

Altro tema oggetto di normativa provinciale (l.p. 6 maggio 2008, n. 4) è numericamente molto meno rilevante dei temi sopracitati, ma di grande impatto mediatico: la disciplina dell'utilizzo di sostanze psicotrope su bambini e adolescenti. In quegli anni, era stato sollevato a livello mondiale il tema della prescrizione di detti medicinali per il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) che si sosteneva fosse una eccessiva diagnosi psichiatrica nel campo di disturbi infantili relativi al comportamento e all'apprendimento. La l.p. 4/2008 intende quindi perseguire la fina-

lità di tutelare i bambini e gli adolescenti dalla somministrazione di sostanze psicotrope fuori dai casi clinici in cui siano ritenute indispensabili e di promuovere una corretta informazione indirizzata in primo luogo ai genitori e agli educatori sugli effetti a lungo termine dell'utilizzo, anche temporaneo, di tali sostanze, sulla loro reale composizione e sulla disponibilità di terapie e trattamenti alternativi che non contemplino l'uso di farmaci.

#### 4.11. **L'avvio della Protonterapia**

**C**on la legge 1 agosto 2003, n. 5 (legge finanziaria 2004), all'art. 22 si approvano le disposizioni per l'attivazione di un centro di Protonterapia medica. La Protonterapia è una tecnologia complessa e innovativa attivata in Trentino per rispondere a un bacino d'utenza anche extra provinciale; è un trattamento oncologico radiante di precisione effettuato con particelle pesanti (protoni) e rivolto a pazienti affetti da patologie tumorali. Al fine di favorire la progettazione, la realizzazione e l'attivazione di un Centro di Protonterapia medica nella provincia di Trento, viene costituita l'Agenzia provinciale, dotata di autonomia amministrativa e contabile di cui sono organi: il Direttore; il Comitato tecnico-scientifico composto da esperti nominati dal Direttore, tre dei quali designati, rispettivamente, dall'Istituto Trentino di Cultura, dall'Università degli Studi di Trento e dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, nonché da ulteriori esperti, entro il numero massimo stabilito dal regolamento dell'Agenzia; il Collegio dei revisori dei conti.

La Giunta provinciale è incaricata di approvare apposito regolamento per: l'organizzazione, il funzionamento e la denominazione dell'Agenzia, nonché le funzioni e i compiti attribuiti al Direttore, al Comitato tecnico-scientifico e al Collegio dei revisori dei conti; le indennità di carica e

i rimborsi delle spese, anche di missione. Il regolamento, inoltre, disciplina i poteri di direttiva, di controllo, sostitutivi e di scioglimento degli organi attribuiti alla Giunta provinciale, le modalità per assicurare il coordinamento dei piani, dei programmi e delle attività dell'Agenzia con quelli dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, nonché la sua gestione finanziaria e contabile, nel rispetto della normativa vigente in materia di contabilità.

I rapporti giuridici e finanziari tra la Provincia e l'Agenzia sono regolati da un apposito contratto di servizio di durata quinquennale che prevede in particolare: gli obiettivi da realizzare per ciascun quinquennio, suscettibili di aggiornamento; le risorse finanziarie messe a disposizione dell'Agenzia, con riferimento a ciascun esercizio finanziario indicato dal contratto di servizio, per la realizzazione degli obiettivi assegnati; le modalità di controllo e di verifica dei risultati raggiunti, nonché quelle per l'aggiornamento e l'adeguamento degli obiettivi o delle risorse. La l.p. 6/2003 disciplina inoltre le modalità con cui l'Agenzia può instaurare rapporti di collaborazione, stipulare contratti e convenzioni, gestire il proprio personale dipendente e non.

La norma prevede infine che il Regolamento determini la data dalla quale l'Agenzia sarà soppressa e i rapporti giuridici di cui essa è titolare saranno trasferiti all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Vedremo che ciò avverrà nel 2014, a conclusioni di un lungo percorso di modifiche normative, provvedimenti, azioni, progetti che renderanno possibile l'avvio concreto della Protonterapia come uno dei servizi erogati dalla Azienda sanitaria trentina nell'area oncologica.



## 4.12. **Norme per favorire l'integrazione socio-sanitaria**

| esigenza di integrare l'area della sanità con quella del sociale al fine di dare concrete e utili risposte ai bisogni dei cittadini diventa, negli anni, sempre più evidente e troverà la sua più ampia e completa realizzazione, per quanto attiene alla normativa provinciale, nella riforma del Servizio sanitario provinciale che sarà introdotta dalla l.p. 16/2010 di cui si parlerà nel prossimo capitolo.

Nel decennio in argomento, meritano intanto di essere ricordate almeno due leggi provinciali: la l.p. 27 luglio 2007, n. 13 "Politiche sociali nella provincia di Trento" e la l.p. 21 dicembre 2007, n. 23 (legge finanziaria 2008).

La prima, l.p. 13/2007, è un testo di forte riferimento per l'ambito sociale ma, nella convinzione condivisa ampiamente sull'esigenza di individuare strumenti adeguati per integrare sociale e sanità, con gli articoli 41 e 42 sono introdotti strumenti operativi per facilitare detta integrazione. In particolare, l'articolo 41 affronta direttamente il tema dell'integrazione socio-sanitaria: il testo approvato prevede che la Giunta provinciale, con proprie deliberazioni, individui criteri, modalità e strumenti per assicurare l'integrazione dell'azione dei servizi sociali e di quelli sanitari, qualora lo stato di bisogno da affrontare sia connotato da condizioni che richiedono l'intervento congiunto dei servizi. Le suddette deliberazioni possono individuare, tra l'altro: specifici criteri e modalità per l'accertamento e la valutazione dello stato di bisogno e del grado di non autosufficienza, nonché per la definizione del profilo funzionale della persona interessata e del progetto individualizzato d'intervento; la composizione e le modalità di funzionamento di specifiche unità valutative multidisciplinari da costituire sul territorio; le caratteristiche, i contenuti e le modalità di

erogazione degli interventi integrati, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata (ADI). La norma individua quindi i soggetti titolati a erogare le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza sanitaria da erogare nell'ambito dei servizi sociali: professionisti della Azienda sanitaria, attraverso l'intesa con l'erogatore dei servizi sociali; professionisti esterni all'Azienda, dipendenti dei soggetti erogatori dei servizi sociali o convenzionati con essi. In tal caso gli oneri relativi alle prestazioni sono comunque posti a carico del Fondo sanitario provinciale, previa intesa con l'Azienda. Nella discussione del disegno di legge, in IV Commissione è stato dibattuto il tema su come assicurare un efficace spazio di confronto tra il soggetto erogatore della prestazione e l'Azienda sanitaria con un preciso vincolo per quest'ultima. Si è optato, infine, per una soluzione che, pur mantenendo la necessità del confronto, salvaguarda il potere decisionale dell'Azienda sanitaria come soggetto cui la legge provinciale attribuisce la funzione e la responsabilità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

In particolare, è emersa l'esigenza di mettere in relazione i servizi sociali e sanitari sia a livello centrale attraverso un *Piano sociale provinciale* elaborato in raccordo con la *programmazione sanitaria*, oltre che in coerenza con le linee di sviluppo della programmazione socio-economica; sia a livello locale, mediante la previsione che ai tavoli territoriali sia assicurata la presenza del Distretto sanitario, dei servizi educativi e scolastici nonché delle parti sociali. Gli strumenti per l'integrazione socio-sanitaria sono arricchiti, infine, con la *Commissione provinciale per l'integrazione socio-sanitaria*, individuata quale organo consultivo della Provincia per l'individuazione dei criteri per il coordinamento e la reciproca integrazione degli strumenti programmatori in materia sociale e sanitaria. Le modalità di funzionamento della Commissione, ivi compresi la scelta del Presidente e la possibilità di partecipazione alle riunioni di ulteriori tec-

nici ed esperti, sono disciplinate dalla Giunta provinciale con propria deliberazione.

L'art. 42 sarà abrogato con la l.p. 6/2015, testo fondamentale per la programmazione integrata delle politiche sanitarie e delle politiche sociali, di cui parleremo più diffusamente nel prossimo capitolo. La l.p. 6/2015 apporterà modifiche, nell'ambito del processo di programmazione, sia in ambito sanitario (modifiche quindi alla l.p. 16/2010) che in ambito sociale (alla l.p. 13/2007), individuando un solo documento di *Piano provinciale per la Salute* sulla base del quale originano, successivamente, i documenti di programmazione dei due ambiti.

La seconda legge provinciale che qui si intende citare, la l.p. 6/2007, introduce il Fondo per la non autosufficienza al fine di dare evidenza anche contabile agli interventi in favore delle persone non autosufficienti, attraverso l'istituzione di un Fondo nel quale confluiscono le risorse già destinate dalla legislazione provinciale a interventi a favore della non autosufficienza, in modo da garantire una regia sempre più coerente e unitaria da parte della Giunta provinciale nell'ambito di tali interventi. Inoltre, la norma intende consentire in via anticipata l'erogazione delle prestazioni attraverso le quali si attuano gli interventi a favore della non autosufficienza mediante l'utilizzo di buoni di servizio, in attesa dell'attivazione del nuovo sistema di accreditamento previsto dalla legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13.

#### 4.13. **Dal Piano sanitario al Piano per la Salute**

**P**roprio all'avvio del decennio, la Giunta provinciale approva la proposta di Piano sanitario provinciale 2000-2002 che pone particolare enfasi sulla prevenzione delle malattie, sulla territorializzazione dei servizi, sull'integrazione socio-sanitaria e, in partico-

lare, sulla promozione della salute, promozione che, da quegli anni in poi, diventerà uno dei temi fondamentali dei provvedimenti nazionali e provinciali sulla salute. Detto Piano 2000-2002 è portato all'attenzione del Consiglio provinciale a fine 2002 e in quella sede aggiornato al triennio 2002-2004 senza proseguire l'iter di approvazione.

Peraltro, a seguito della approvazione della l.p. 12/2005 già citata, la Giunta provinciale approva il Piano per la Salute dei cittadini per la XIII Legislatura, elaborato in collaborazione con l'Azienda sanitaria e con il Consiglio sanitario provinciale, che individua gli interventi volti a migliorare in quantità e qualità la salute della popolazione trentina e costituisce un patto di solidarietà per la salute e il benessere dei cittadini. La bozza di Piano percorre le procedure di consultazione previste dalla legge provinciale n. 12 del 2002, ma anche questo documento non riuscirà ad entrare nella programmazione dei lavori del Consiglio.

Si sottolinea peraltro che nella programmazione provinciale (e quindi in ambedue i documenti sopra citati) assume una importanza strategica la promozione della salute intesa come processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute per migliorarla. Essa consiste in un processo globale orientato alla trasformazione in senso favorevole alla salute delle condizioni sociali, ambientali, culturali, strutturali ed economiche e al rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute. Essa viene vista ancora come risorsa della vita quotidiana e come investimento e, di conseguenza, il suo perseguimento non risulta più di esclusiva pertinenza del settore sanitario. Va sottolineato che le risorse che si spendono in salute sono solo una piccola parte delle risorse totali che possono essere incanalate nella promozione della salute. Ciò significa che gli utili degli investimenti nella promozione della salute non sono costituiti solamente dai benefici in salute, ma da tutti gli altri benefici complementari

(sociali, economici, ecc.) che una popolazione sana sarà in grado di apportare alla comunità di appartenenza. Il Piano sanitario diventa dunque "Piano per la Salute".

Oltre alla promozione della salute, i principi di riferimento per la programmazione sono inoltre: la centralità del cittadino; l'equità e il superamento delle disuguaglianze nella salute in occasione dell'accesso e della fruizione dei servizi sanitari; l'universalità e la globalità dell'assistenza.

La programmazione sanitaria si avvale, nelle more dell'adozione del documento di Piano per la Salute, dello strumento dell'assegnazione annuale alla Azienda provinciale per i servizi sanitari (art. 7, comma 5, della l.p. 10/1993) di "obiettivi specifici" di miglioramento, riqualificazione, razionalizzazione e sviluppo del Servizio sanitario provinciale. In conformità ai contenuti degli atti di assegnazione, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari adotta il proprio "Programma di attività", il cui contenuto è riferito a tutte le attività e funzioni svolte nel rispetto delle risorse assegnate.

#### 4.14. **Le linee guida programmatiche approvate a metà decennio**

Nel novembre 2004, la Giunta provinciale approvava le "Linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute" (Progetto salute). Esse stabiliscono, in coerenza con il Piano sanitario provinciale, i principi di riferimento per il sistema-salute del Trentino, declinano i principali obiettivi strategici, individuano i temi prioritari di intervento, definiscono gli strumenti per l'attuazione degli obiettivi.

Sono definiti, come obiettivi strategici: la promozione della salute e la prevenzione delle malattie; la comunicazione per la salute; il sistema dei servizi - la rete; la qualità delle risorse umane; la formazione; la ricerca; la qualificazione

delle strutture sanitarie. Sono inoltre indicati come temi prioritari di intervento: i tempi e le liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e specialistiche, l'emergenza-urgenza, la mobilità sanitaria interregionale, l'attivazione di nuove specialità (Neurochirurgia e Reumatologia), la riqualificazione di Ortopedia, l'assistenza odontoiatrica e protesica-odontostomatologia, i Consultori per il singolo, la coppia e la famiglia, i servizi per le persone non autosufficienti, il progetto cure palliative, i servizi veterinari.

#### 4.15. I tempi e le liste di attesa per prestazioni specialistiche



Anche nel decennio in argomento, e negli anni successivi, viene dato risalto al tema molto sentito dai cittadini della riduzione dei tempi e delle liste di attesa. Vi si provvede con la definizione di "Piani provinciale per il contenimento dei tempi di attesa" che prevedono: l'estensione dell'offerta di prestazioni specialistiche anche nei giorni di sabato gestendo presso il CUP tutte le agende delle prenotazioni e potenziando la rete provinciale delle attività di prelievo e della diagnostica di laboratorio; la messa a regime del sistema di assistenza indiretta per l'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e del sistema dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" (RAO) per la gestione. Vengono inoltre definiti, annualmente, per determinate prestazioni ambulatoriali e di ricovero, il tempo massimo entro il quale l'Azienda assicura la prestazione, anche in soprannumero rispetto alle attività programmate. Qualora la prestazione non sia assicurata in 120 giorni, la stessa potrà essere richiesta a strutture private ponendo a carico del sistema sanitario la spesa affrontata dall'utente. Inoltre, dal 2006 la Provincia aderisce al progetto nazionale pilota "Prenotazione on line", che si propone di implementare un nuovo sistema per l'integrazione

e il potenziamento dei "CUP territoriali", con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa, con più efficienti modalità di prenotazione sia per le prestazioni specialistiche sia per i ricoveri ospedalieri.

#### 4.16. **La rete degli ospedali e il Nuovo ospedale del Trentino**

Nel 2005 la Giunta provinciale approva gli indirizzi per il potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza in provincia di Trento, quali azioni per il miglioramento dei servizi di urgenza ed emergenza, cui seguirà l'approvazione di un programma attuativo. Inoltre, nel 2007, è messo a punto un modello organizzativo per la gestione degli eventi di emergenza sanitaria nella provincia di Trento, teso a garantire su tutto il territorio la qualificazione delle attività di soccorso mediante l'assistenza di personale sanitario infermieristico o medico in relazione alle necessità rilevate.

Viene disposta l'attivazione di due eliambulanze, entrambe in servizio per tutto l'anno, e il potenziamento delle sedi di Pronto soccorso con personale dedicato, al fine di ridurre ulteriormente i tempi di accesso e cura. Per il personale dedicato, è inoltre definita la disciplina per la formazione degli operatori in attività nel sistema di emergenza e urgenza in Trentino<sup>21</sup> e attivati i relativi corsi.

In punti strategici del territorio vengono installati defibrillatori attraverso un piano specifico che prevede inoltre la formazione e l'addestramento del personale addetto all'utilizzo di tale strumentazione.

Nel 2005 vengono approvate "Linee guida per la riorganizzazione e la qualificazione della rete ospedaliera provinciale", che delineano il ruolo dell'ospedale e, più in generale, della funzione ospedaliera all'interno del sistema sanitario trentino indicando gli indirizzi strategici da perse-

guire: autosufficienza territoriale, specializzazione, eccellenza, organizzazione.

Nella rete ospedaliera vengono potenziate Reumatologia e Odontostomatologia (anche per dare attuazione alla l.p. 22/2007) e viene attivata la Neurochirurgia. Presso l'ospedale di Arco è attivato, a partire da maggio 2006, il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita, centro di riferimento per tutto il territorio provinciale. Nel 2006, l'attività del Centro Ortopedico Traumatologico (CTO) collocato in sede distaccata a Villa Igea, viene trasferito presso l'Ospedale S. Chiara. In conseguenza, nel 2007 viene disposta la riconversione funzionale del presidio ospedaliero di Villa Igea attraverso l'attivazione del nuovo Centro di chirurgia polispecialistica a ciclo di ricovero diurno (*day surgery*), centro destinato a un crescente sviluppo di attività nel corso degli anni successivi. A fine 2007 la Giunta provinciale approva l'attività del gruppo tecnico interdisciplinare costituito nel 2004 per predisporre il documento preparatorio tecnico-progettuale. Gli approfondimenti effettuati prospettano la realizzazione di una struttura a elevata tecnologia, in grado di operare sia nei servizi ordinari sia nella ricerca e di assicurare pertanto l'assistenza sanitaria per acuti, polispecialistica e interdisciplinare integrata con altre strutture. Gli elementi tecnico-progettuali individuati prevedono un ospedale di 650 posti letto, organizzato nei diversi dipartimenti: medicina, chirurgia, materno infantile, terapia intensiva, ecc. mediante la realizzazione di strutture flessibili, con un volume complessivo di circa 500.000 m<sup>2</sup> su un'area di circa 20 ettari, situata a sud-ovest della città di Trento, in località al Desert. Per la realizzazione della nuova struttura è prevista la compartecipazione tecnico-finanziaria fra pubblico e privato.



## 4.17. La programmazione nell'assistenza territoriale e l'avvio delle APSP

Nel 2005 vengono approvate "Linee di indirizzo per la qualificazione dell'assistenza sanitaria primaria" che formulano indicazioni-guida per il miglioramento dell'assistenza sanitaria primaria all'interno del livello essenziale di assistenza distrettuale. In particolare, si assiste a un potenziamento dei Consultori per il singolo, la coppia e la famiglia che vengono attivati in modo diffuso sul territorio provinciale, collegandoli in rete per alcune funzioni non attivabili in tutte le sedi.

L'assistenza domiciliare vede l'estensione a tutta la provincia della prestazione ADI-Cure palliative che aveva dimostrato da un lato di consentire ai professionisti del settore di curare e assistere i malati al loro domicilio e dall'altro di essere particolarmente apprezzata dalle famiglie. Le cure palliative possono contare sull'Hospice di Mezzolombardo attivato nel 2005; è programmata per gli anni successivi la realizzazione degli hospice di Mori e di un terzo a Trento Sud.

Per quanto attiene all'assistenza assicurata dalle Residenze sanitarie assistenziali, nel 2006 viene attivato il nuovo sistema di finanziamento orientandolo verso un modello a tariffa (in luogo della quantificazione della spesa a consuntivo) e aggiornando i parametri di programmazione sanitaria dei posti letto. Il nuovo sistema è indicato da uno specifico Protocollo d'intesa sottoscritto da UPIPA e sindacati; esso si propone di favorire la determinazione della certezza di finanziamento per agevolare la gestione di bilancio delle RSA, il superamento dell'oneroso sistema di rendicontazione, la piena responsabilizzazione nella gestione delle RSA, incentivando altresì l'investimento delle economie di gestione per il costante miglioramento della qualità del servizio. Inoltre, nel 2004

è costituita la "Commissione per la definizione di criteri e principi per la progettazione delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA)". Essa elabora il documento concernente "Direttive per la progettazione delle Residenze sanitarie assistenziali. Principi e criteri" che la Giunta provinciale fa proprio nel 2005.

Per quanto attiene all'ambito delle RSA, nel 2008 si conclude la trasformazione delle IPAB in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, APSP (l.r. 7/2005). I principi fondamentali che reggono le nuove Aziende, dettati dalla legge regionale n. 7/2005, sono quelli previsti dalla legge n. 328/2000, ovvero:

- a. la previsione per tali Aziende di autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- b. l'applicazione di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e l'applicazione dei principi relativi alla distinzione dei poteri di indirizzo e programmazione dalle funzioni di gestione;
- c. la possibilità per le Aziende di adottare strumenti, anche di natura contrattuale, che consentano loro di operare con criteri imprenditoriali informando la propria attività di gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi;
- d. l'applicazione di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, nonché l'applicazione degli strumenti di controllo di regolarità amministrativa e contabile, di gestione, di valutazione della dirigenza e di valutazione e controllo strategico.

Anche le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona sono considerate rientranti tra i soggetti del settore pubblico provinciale soggetti al Patto di stabilità interno indicato dall'art. 79, comma 3 dello Statuto di autonomia, come modificato dalla l.p. 191/2009, che attribuisce alla Pro-

vinca la competenza in merito alla definizione degli obblighi relativi al Patto di stabilità interno e alla funzione di coordinamento della finanza degli enti e soggetti del settore pubblico provinciale.

Le APSP, rientrando nel novero degli enti del Sistema Territoriale Provinciale Integrato, concorrono anch'esse agli obblighi di finanza pubblica e sono soggette alle disposizioni provinciali in materia di indebitamento (art. 31, c. 8 l.p. 7/1979; deliberazione della Giunta provinciale n. 206 del 26 febbraio 2016 modificata dalla deliberazione n. 2450 del 29 dicembre 2016).

#### **4.18. I requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento**

**P**rosegue nel decennio la realizzazione degli interventi di adeguamento ai requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture del sistema ospedaliero trentino. Da un lato, proseguono le attività di valutazione e verifica del possesso dei requisiti minimi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private (ospedali, ambulatori, case di cura, residenze sanitarie e assistenziali, studi e ambulatori odontoiatrici) con conseguente rilascio dell'autorizzazione definitiva all'esercizio di attività sanitaria in dette strutture, se riscontrate in possesso dei requisiti richiesti, ovvero con invito a provvedere all'attivazione di piani di adeguamento dove è stato riscontrato il mancato possesso di tutti i requisiti. Dall'altro, per quanto attiene all'accreditamento istituzionale, sono approvati i requisiti ulteriori di qualità e i relativi criteri per la verifica del loro possesso con riferimento alle strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza ambulatoriale, residenziale e ospedaliera e sono avviate le relative procedure.

## 4.19. **La promozione della salute**

Nell'ambito della promozione della salute, nel decennio vengono avviate numerose linee di lavoro che saranno proseguite, con evoluzioni, anche negli anni successivi.

Nel 2004 è approvato il programma triennale di promozione della salute "Vivere meglio, vivere di più", orientato a contrastare le principali malattie croniche; vedremo nel capitolo successivo che il tema della cronicità diventerà oggetto di uno specifico Piano nazionale e della conseguente declinazione provinciale. Anche sulla base del contenuto del Piano nazionale di prevenzione 2006-2008, frutto dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, viene approvato il "Piano provinciale di prevenzione attiva 2007-2008", con il quale prendono l'avvio progetti per la prevenzione delle patologie cardiovascolari, la diagnosi precoce dei tumori, la prevenzione degli incidenti (stradali, nei luoghi di lavoro, domestici), la prevenzione vaccinale.

A seguito del protocollo quadro d'intesa tra tutti i soggetti rappresentati nel Comitato di coordinamento in materia di salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro, la Giunta provinciale approva, nel 2005, il "Nuovo piano operativo per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro", contenente gli obiettivi per la Legislatura. Il "Pacchetto sicurezza", varato nel 2007, integra e amplia i contenuti del piano operativo, prevedendo un'azione ancora più incisiva nei confronti della problematica infortunistica, a cominciare dagli eventi più gravi, invalidanti e mortali. Il documento individua un pacchetto d'interventi - da svolgere in modo coordinato da parte dei diversi soggetti coinvolti - che vanno dalle azioni di sensibilizzazione, formazione e informazione, al rafforzamento delle attività di vigilanza e ispezione con azioni specifiche per il settore delle costruzioni. Esso sarà aggiornato

con l'approvazione del "Programma straordinario triennale di controllo e di prevenzione degli infortuni" (2007-2010), relativo sia allo svolgimento dei controlli nei luoghi di lavoro di competenza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, sia all'elaborazione di indirizzi per un'intensa campagna di formazione e di informazione delle imprese e delle maestranze.

## 4.20. **Le nuove tecniche di comunicazione in sanità e la ricerca**

Le conoscenze sempre più avanzate nell'ambito della sanità digitale portano anche in Trentino allo sviluppo della *eHealth* ("salute elettronica") che include un vasto spettro di applicazioni necessarie a supportare il governo del sistema sanitario e la pratica delle cure sanitarie, attraverso il supporto di strumenti informatici e nuove tecniche di comunicazione medico-paziente. Il Sistema Sanitario Provinciale investe quindi in una serie di iniziative e azioni di *eHealth*, potenziando e integrando i sistemi informativi esistenti e sviluppando progetti nell'ambito della tele-medicina.

Nel 2007, la Giunta provinciale approva il progetto per l'introduzione della cartella clinica del cittadino (Progetto TreC). Si tratta di una cartella clinica virtuale, caratterizzata da significative garanzie di tutela della privacy, dove possono essere raccolte, aggiornate e conservate le informazioni cliniche che il cittadino di volta in volta acquisisce sulla base dei suoi rapporti con le strutture che erogano servizi sanitari. Altra importante progettualità, di cui il Trentino diventerà una delle prime Regioni italiane a dotarsi, è costituita dalla interoperabilità telematica tra le strutture del Servizio sanitario provinciale, i medici di Medicina generale e i pediatri di libera scelta (progetto "Ampere"), nonché la diffusione della firma digitale presso gli operatori sanitari

(progetto "Carta operatore"). Infine, viene avviata l'interoperabilità tra i sistemi informativi dell'Azienda sanitaria e quelli delle RSA (progetto "Intersa"). Dette modalità, partite con progetti sperimentali, dimostrano subito la potenzialità nella facilitazione del lavoro sia dei professionisti (che possono accedere alla "storia" clinica dei propri pazienti migliorando la cura) che dei cittadini, agevolandone i percorsi di cura e assistenza.

Nel 2006 la Giunta provinciale approva l'atto di indirizzo per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata che prevede, in particolare, la costituzione di un Comitato scientifico con il compito di predisporre la proposta del programma di ricerca sanitaria finalizzata. Il primo Programma per il periodo 2007-2008 è varato nel 2007 e ha come obiettivo rispondere al fabbisogno di conoscenze scientifiche del Servizio sanitario provinciale con riguardo alla diagnosi e cura delle principali patologie, assicurando ricadute dei risultati delle attività di ricerca in termini di miglioramento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.



# 5. **IL SECONDO DECENNIO DEGLI ANNI 2000:** LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

---



---

La “quasi riforma” Balduzzi; la qualificazione dell’assistenza ospedaliera, con la definizione di standard; la nuova versione dei Livelli essenziali di assistenza; la sanità digitale. In Trentino: la riforma del Servizio sanitario provinciale con nuovo modello organizzativo della Azienda sanitaria, gli ospedali in rete; il Distretto e l’integrazione socio-sanitaria; i Fondi integrativi; il Piano della salute 2015-2025. L’anno 2020 sconvolto dalla pandemia.

---

| anno 2010 si apre a gennaio con una notizia davvero particolare per il Trentino: i controlli operati dagli uffici tecnici dell’Azienda sanitaria (in applicazione di una norma nazionale sulla sicurezza) riscontrano gravi deficienze nelle parti strutturali dell’ospedale San Giovanni di Mezzolombardo, a seguito delle quali viene disposta l’evacuazione immediata di tutti i pazienti (che vengono trasferiti attraverso un notevole sforzo organizzativo all’ospedale S. Chiara di Trento o all’ospedale di Cles) e il trasferimento dei servizi presenti (riabilitazione cardiologica, Hospice, ecc.) su altri poli della rete. A seguito di detto repentino intervento, l’ospedale viene demolito. Nel frattempo la Giunta provinciale, con il coinvolgimento, oltre che della Azienda sanitaria, dei Comuni, della Comunità di Valle, di professionisti, di soggetti a vario titolo interessati, provvede alla ri-progettazione dell’opera. Non senza iniziali perplessità dei Sindaci della zona, si decide di non ricostruire un ospedale, bensì di far nascere una struttura polivalente e funzionale che risponda alle esigenze sanitarie del territorio. Il *Centro Sanitario di Mezzolombardo* (che in conclusione costerà circa 30 milioni di euro) verrà riaperto nella seconda metà del 2018, trasferendovi l’insieme delle cure primarie, garantendo la continuità assistenziale, spazi per i medici di famiglia, attività di prevenzione e riabilitazione, ambulatori anche per la diagnostica, il Centro di salute mentale. Inoltre, torna a Mezzolombardo l’Hospice (che era stato temporaneamente spostato a Villa Igea); viene inoltre attivato il nuovo servizio di cure intermedie.

## 5.1. La “quasi riforma” Balduzzi e altri provvedimenti nazionali

**N**ei primi anni del decennio si assiste a un contesto politico-economico particolarmente difficile nel quale le norme sono essenzialmente adottate con l'obiettivo di un significativo contenimento della spesa pubblica. Si ritiene essenziale a tale proposito citare due decreti-legge adottati dal Governo Monti: il decreto-legge n. 158/2012, convertito con modificazioni in legge n. 189/2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” e noto come “riforma Balduzzi”; il decreto-legge n. 95/2012, c.d. decreto sulla *spending review*, convertito con modificazioni in legge n. 135/2012. Detti decreti, e in particolare il decreto Balduzzi, pur essendo finalizzati a un più serrato controllo della spesa, agiscono più ampiamente sull'organizzazione e sul sistema nel suo complesso con la finalità di assicurare un più alto livello di tutela della salute. Quindi, il decreto-legge 95/2012 viene spesso citato come “riforma” perché disciplina aspetti del SSN di tipo strutturale, integrandosi con la riforma del Titolo V della Costituzione e il federalismo fiscale.

I principali aspetti trattati dalla normativa in argomento riguardano: l'assetto delle cure primarie e dell'assistenza territoriale; la libera professione nell'ambito del SSN; la responsabilità professionale dei sanitari (che nel 2017 sarà oggetto della legge 8 marzo 2017, n. 24) volta a contrastare la medicina difensiva, causa di un aumento di contenzioso con il SSN e quindi, in definitiva, di una incrinatura del rapporto medico-paziente, nonché di spese inappropriate; la scelta della dirigenza nelle Aziende sanitarie, sulla base di un criterio di valutazione dei vertici dell'Azienda sanitaria e di una loro responsabilizzazione collegiale sulle scelte;

l'aggiornamento dei LEA in cui viene inclusa la ludopatia; norme che disciplinano le strutture ospedaliere; la sicurezza alimentare; la disciplina del settore farmaceutico; la sperimentazione clinica dei farmaci. Il decreto-legge n. 95/2012 integra dette disposizioni con altre che riguardano per gran parte la riduzione di singole voci di spesa, ma contiene anche norme "sostanziali" in tema di prezzi unitari di beni e servizi acquistati dalle Aziende sanitarie, di monitoraggio della spesa farmaceutica, di prescrizione di medicinali equivalenti e così via.

Con riguardo all'assistenza ospedaliera, vengono approvati nel decennio in argomento provvedimenti nazionali rilevanti in merito alla razionalizzazione/riqualificazione dell'assistenza ospedaliera in un'ottica di efficientamento della spesa, di riduzione degli sprechi e di garantire in sicurezza prestazioni appropriate, di qualità ed efficaci, in base alle migliori evidenze scientifiche. In conseguenza, anche il Trentino assumerà al proposito scelte importanti nell'organizzazione ospedaliera di cui si farà cenno più avanti. Uno dei principali provvedimenti, nel quale si fa specifico riferimento alla costruzione della rete ospedaliera, è costituito da decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Allo scopo di garantire la sostenibilità della spesa, nonché l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie, detto decreto dispone che le Regioni e le Province autonome adottino i provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera, tenendo conto dei seguenti parametri: livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post acuzie; tasso di ospedalizzazione entro il 160 per mille abitanti.

Con successivo decreto 2 aprile 2015, n. 70, il Ministero della Salute approva il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Esso è centrato su una riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'ottica

di una sempre maggiore accessibilità, appropriatezza e razionalità organizzativa, ponendo in capo alle Regioni e Province autonome l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra gli altri, del raggiungimento di standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto. Su questo punto il regolamento conferma gli standard dei posti letto indicati dal decreto-legge 95/2012 e individua standard organizzativi qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera; focalizza l'attenzione sulla necessità che la riorganizzazione della rete ospedaliera sia accompagnata dal contestuale potenziamento dei servizi territoriali e da un processo di integrazione ospedale-territorio, in un'ottica di continuità assistenziale, appropriatezza delle prestazioni sanitarie e presa in carico dei bisogni di salute, anche in chiave preventiva e di promozione della salute.

Merita di essere citato anche il decreto-legge 179/2012 convertito con modificazioni nella legge 221/2012 in tema di sanità digitale, il quale ha previsto la possibilità di unificare sul medesimo supporto la carta di identità elettronica e la tessera sanitaria, il cosiddetto "documento digitale unificato", che consente la registrazione e il riconoscimento del cittadino da parte della Pubblica amministrazione e l'accesso ai servizi online della Pubblica amministrazione.

Nel 2018 (legge 3/2018, cosiddetta "legge Lorenzin") viene inoltre riformato il sistema ordinistico delle professioni sanitarie in base al quale tutte le 22 professioni sanitarie vengono attribuite a un Ordine di riferimento; si tratta di una riforma che ha avuto una gestazione molto lunga, ma di grande importanza perché promuove sia una sempre maggiore valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie sia una migliore tutela del diritto alla salute dei cittadini.

## 5.2. La programmazione nazionale

**P**ur essendo ampiamente affermato, anche nei documenti di livello nazionale, che «*il principale strumento di pianificazione è rappresentato dal Piano sanitario nazionale, strumento fondamentale della programmazione pluriennale in materia di tutela della salute ed uno degli elementi qualificanti del Servizio sanitario nazionale*», il Piano del 2006 non è stato aggiornato; nella primavera del 2010 vengono avviati i lavori per la stesura di un nuovo Piano per la Salute, che però non viene approvato in via definitiva. Quindi, quello del 2006 è l'ultimo Piano approvato a livello nazionale e la programmazione nazionale avviene, come abbiamo ampiamente visto nel capitolo precedente, attraverso Intese, Accordi, Patti in Conferenza Stato-Regioni.

Attraverso Intese, vengono ad esempio approvati i *Piani nazionali della prevenzione*, parte integrante del Piano sanitario nazionale (ancorché "virtuale"). Si tratta di un documento di respiro strategico che a livello nazionale stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali. Il Piano è finalizzato, ad esempio, a contrastare le malattie croniche non trasmissibili (MCNT): malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica e la Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Si stima che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possano prevenire. Inoltre, prevede azioni e interventi per la prevenzione/riduzione dei molti fattori che inducono effetti dannosi sulla salute e sul benessere.

L'ultimo Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 è stato approvato nell'agosto del 2020; esso rafforza una vi-

sione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

Sempre attraverso accordi Stato-Regioni nel 2016 viene approvato il "Piano nazionale per la cronicità (PNC)", che nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento condiviso con le Regioni che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona e orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. La rilevanza delle malattie croniche ha indotto tutti i Paesi avanzati (nei quali si stima che le malattie croniche assorbano oggi il 70-80% delle risorse sanitarie) a promuovere piani/programmi di prevenzione, cura e assistenza focalizzati su di esse. Il Piano si pone la finalità di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche a partire dalla prevenzione e migliorandone la gestione clinico-assistenziale, riducendone il peso clinico, sociale ed economico.

Il vigente Patto per la Salute 2019-2021 viene approvato da parte della Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019. I temi trattati del Patto riguardano: la revisione degli standard ospedalieri previsti dal decreto ministeriale 70/2015 in ragione delle criticità di implementazione riscontrate da alcune Regioni, l'aggiornamento delle linee guida sulla *governance* dei farmaci e dei dispositivi medici, la definizione delle linee d'indirizzo per l'assistenza territoriale (medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri e farma-

cie) oltre che per l'integrazione socio-sanitaria, la previsione di sviluppo della farmacia dei servizi e dell'infermiere di famiglia.

Infine, a gennaio 2017 i LEA vengono aggiornati (DPCM 12 gennaio 2017) dopo un notevole lavoro di revisione a cui partecipano Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche (e dopo che la legge di stabilità 2016 ha introdotto lo specifico finanziamento delle novità introdotte, vincolando 800 milioni di euro). Il decreto del 2017<sup>1</sup>, discostandosi dal precedente approvato nel 2001 meramente ricognitivo e per certi versi generico, ha carattere effettivamente costitutivo, proponendosi come fonte primaria per la definizione delle «attività, dei servizi e delle prestazioni» garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni possono garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie. In Trentino la Giunta provinciale, nel corso degli anni, ha inserito nei LEA provinciali prestazioni/servizi di assistenza aggiuntiva che spesso hanno anticipato di qualche anno l'inserimento di dette forme di assistenza nel sistema nazionale dei LEA (come ad esempio per alcuni medicinali resi concedibili in Trentino anticipatamente rispetto al livello nazionale). Vengono, infatti, valutate richieste provenienti sia dalle associazioni dei malati e/o delle loro famiglie sia dall'Azienda sanitaria e l'inserimento nei LEA provinciali è approvato dopo i necessari approfondimenti tecnici da parte della competente struttura provinciale.

### 5.3. **Gli orientamenti provinciali per la riforma del Servizio sanitario provinciale definita dalla l.p. 10/1993**

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, a cavallo tra il 2009 e il 2010 si avvia il processo che porterà alla riforma del Servizio sanitario provinciale approvata con legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16. L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale (SSP) consegue alle disposizioni della legge provinciale 1° aprile 1993, n. 10 "Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale" che ha rappresentato una tappa importante per la razionalizzazione istituzionale e organizzativa ed è stato il presupposto per le performance positive che hanno caratterizzato il Servizio sanitario provinciale per molti anni.

Nel frattempo però erano emersi profondi cambiamenti sia dal punto di vista normativo che di percezione sociale delle problematiche legate alla salute e al benessere. Il progressivo affermarsi di un concetto positivo di salute intesa come "condizione di benessere fisico, psichico e sociale" in antitesi rispetto all'ormai superata concezione di "assenza di malattia", aveva moltiplicato il numero delle variabili e dei fattori di cui tenere conto ai fini di un'efficace programmazione e implementazione dei servizi sanitari.

Erano inoltre sempre più evidenti fattori - che impattano anche tuttora in modo esponenziale sulle scelte di politica sanitaria - che imponevano una rivisitazione dell'assetto del SSP, come ad esempio la situazione demografica con un rilevante aumento dell'aspettativa di vita (ma anche della conseguente disabilità); i nuovi modelli sociali; il sempre più rapido sviluppo della tecnologia (nuovi prodotti tecnologicamente avanzati sono messi a disposizione così rapidamente che le loro applicazioni generalizzate nelle organizzazioni sanitarie sono spesso in ritardo rispetto alle



successive evoluzioni); il nuovo ruolo che i cittadini intendono assumere nel sistema-salute e nel protagonismo della gestione della propria salute.

Si era quindi prospettata da tempo (erano stati presentati negli anni numerosi disegni di legge provinciale) l'esigenza di approvare una nuova riforma, esigenza supportata da diverse motivazioni:

- il mutare dei bisogni di salute e delle aspettative delle persone, lo sviluppo di nuove sensibilità e modalità assistenziali e il conseguente modificarsi delle priorità assistenziali;
- l'esigenza di garantire la tenuta e la sostenibilità del sistema di offerta di servizi sanitari a fronte del trend in costante crescita dei costi, legati in particolare all'offerta di tecnologie sanitarie, e del continuo aumento della domanda, non sempre appropriata, di prestazioni sanitarie;
- il costante progresso della medicina, frutto della ricerca di nuove metodologie diagnostiche e di sempre più sofisticate tecnologie terapeutiche e la conseguente esigenza di adeguamento dei modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi sanitari;
- le aspettative degli operatori per una loro maggiore valorizzazione e coinvolgimento in una logica di "governo clinico";
- l'esigenza di adeguamento istituzionale e organizzativo rispetto all'evoluzione della normativa di settore;
- la necessità di dare concretezza e strumenti ai principi di attenzione ai bisogni e alle aspettative dei cittadini.

Erano stati inoltre evidenziati aspetti di tipo ordinamentale che dovevano essere migliorati/integrati:

- insufficiente raccordo fra il piano delle competenze provinciali (in particolare per quanto riguarda la programmazione e il controllo) e quello della gestione (in capo all'Azienda provinciale per i servizi sanitari). La legge 10/1993 non offriva infatti strumenti sufficienti per ga-

rantire la corretta realizzazione del processo: programmazione - attuazione (gestione) - verifica (controllo), essendo concentrata sul passaggio dalle 11 USL all'unica Azienda sanitaria;

- la l.p. 10/93 garantiva soprattutto la conformità alle disposizioni di legge degli atti di gestione, prevedendo in particolare misure di controllo formale e giuridico; meno risalto veniva invece dato al controllo inteso come verifica e valutazione dei risultati di salute;
- le indicazioni della legge rispetto all'assetto organizzativo si limitavano a definire l'organigramma e il funzionamento senza un'adeguata distinzione fra le funzioni di direzione strategica e quelle operative: tali competenze risultavano infatti distribuite su un elevato numero di direzioni centrali;
- l'Azienda si articolava sul territorio in Distretti che però avevano un ruolo poco incisivo; nella normativa nazionale di cui al d.lgs. 502/1992, come modificato dal d.lgs. 229/1999, i Distretti costituiscono invece soggetti strategici per la direzione della sanità sul territorio;
- il d.lgs. 229/1999 offriva inoltre importanti elementi per l'equilibrio fra domanda e offerta di prestazioni sanitarie; in particolare il decreto introduce una distinzione tra livelli uniformi di assistenza garantiti a tutti dal Servizio sanitario nazionale - considerati essenziali - e prestazioni aggiuntive finanziabili con fondi integrativi pubblici e privati.

## 5.4. I principi ispiratori della riforma del 2010

**S**i arriva quindi all'approvazione della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 che, nello stabilire il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario provinciale, tiene conto dei

seguenti principi di carattere generale, da declinare con la finalità di conciliare domanda e offerta secondo logiche di sostenibilità, equità, appropriatezza:

- attenzione ai bisogni, ai diritti e alle aspettative delle persone;
- distinzione fra le funzioni della Provincia (definizione delle politiche sanitarie, programmazione, valutazione, controllo) e quelle dell'Azienda (programmazione operativa e gestione);
- sostenibilità della spesa sanitaria, rendendo compatibile il diritto alla salute con le risorse disponibili e con le diverse condizioni di ricchezza;
- spinta all'integrazione, quale modalità organizzativa di riferimento tra le attività, i professionisti, i servizi, le strutture;
- sobrietà normativa, con l'individuazione dei principi fondamentali, dei soggetti necessari e delle relazioni essenziali.

Nella norma è introdotto un diverso rapporto fra l'autorità provinciale di governo, che determina il livello dei servizi sanitari e il relativo finanziamento, e la struttura operativo-gestionale che assicura le attività sanitarie. La responsabilità di chi gestisce diviene allora centrata sugli esiti dei processi e delle attività, per cui la funzione di verifica e valutazione propria della Provincia si esplica rispetto agli obiettivi e ai risultati di salute. In questa logica l'autonomia "imprenditoriale" dell'Azienda sanitaria (autonomia organizzativa, autonomia contrattuale, autonomia di bilancio quale persona giuridica) è lo strumento per la ricerca di efficienza e flessibilità gestionale, e l'azione dell'Azienda stessa si raccorda in maniera complementare e interdipendente con le altre parti del Sistema Sanitario Provinciale.

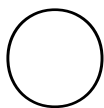
## 5.5. Il Servizio sanitario provinciale dopo la l.p. 16/2010

La l.p. 16/2010 ribadisce che la Provincia autonoma di Trento garantisce la tutela e la promozione della salute come diritto fondamentale del cittadino e interesse della comunità, assicurando la coerenza della legislazione provinciale, in particolare di quella in materia sociale e ambientale, con gli obiettivi di tutela e promozione della salute e promuove il coordinamento e l'integrazione funzionale dei servizi e delle attività sanitarie e sociali. Viene inoltre affermato l'impegno della Provincia a promuovere l'esercizio responsabile dei diritti e dei doveri individuali e collettivi in ordine alla tutela della salute e l'adozione di idonee iniziative volte ad assicurare ai pazienti spazi di autonomia, capacità di autogestione nelle cure e possibilità di reinserimento sociale e lavorativo, oltre che l'esecuzione di interventi solidali e di mutuo aiuto. La norma riconosce ai Comuni e alle Comunità la concorrenza nella programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie e nella valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie sullo stato di salute della popolazione. In sintesi, le linee strategiche introdotte dalla l.p. 16/2010 riguardano:

- la riforma dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario provinciale attraverso: più accentuata separazione tra funzioni di programmazione, valutazione e controllo in capo alla Provincia e quelle operative in capo all'Azienda provinciale per i servizi sanitari; maggior coinvolgimento della componente medico-sanitaria nella direzione strategica aziendale; riduzione e razionalizzazione dei livelli di governo dell'Azienda; assetto istituzionale volto a favorire l'integrazione tra il livello ospedaliero di erogazione di servizi sanitari e il livello territoriale; delegificazione e semplificazione del Piano pluriennale per la Salute;

- dare attenzione all'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, e al contenimento delle liste e dei tempi di attesa delle principali prestazioni ambulatoriali e diagnostiche;
- potenziare l'assistenza domiciliare, l'assistenza domiciliare integrata e le cure palliative;
- migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio, garantendo l'effettiva presa in carico dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere;
- riqualificare e riorganizzare la rete ospedaliera attraverso la realizzazione del Nuovo ospedale del Trentino (NOT) quale centro di eccellenza per l'intero sistema sanitario provinciale, nonché la ridefinizione, conseguentemente, del ruolo degli ospedali esistenti, da considerarsi quali nodi di una rete integrata di servizi ospedalieri, con l'identificazione delle funzioni ad alta specialità tecnologica nell'ospedale centrale e con la definizione del livello di offerta per gli ospedali di valle;
- accentuare i meccanismi gestionali volti a favorire la mobilità sul territorio dei professionisti sanitari;
- il completamento del processo di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- assicurare l'integrazione socio-sanitaria attraverso la definizione di modelli organizzativi basati sulla filiera: punto unico di accesso, valutazione multidimensionale e continuità assistenziale intesa come collegamento tra i servizi territoriali sanitari e sociali;
- potenziare il principio della valutazione delle performance del sistema sanitario trentino in comparazione con le Regioni italiane ed europee più avanzate, e più in generale effettuare valutazioni orientate a garantire la sostenibilità economica delle scelte organizzative individuate.

## 5.6. I pilastri del nuovo assetto del Servizio sanitario provinciale



ltre all'enfasi data nella norma al tema della promozione della salute funzionale all'obiettivo della valorizzazione e dell'empowerment della persona quale soggetto attivo e centrale nei

percorsi di salute e di cura, si sottolineano in particolare i temi introdotti dalla l.p. 16/2010 che costituiranno anche per gli anni successivi veri cambiamenti nel sistema-salute trentino:

- a. la costituzione del "Servizio ospedaliero provinciale" (SOP) che raggruppa e coordina in un'unica rete tutti gli ospedali dell'Azienda sanitaria. Tale modello, insieme alla previsione dei dipartimenti quale modello ordinario di gestione, mira a conseguire sinergia operativa e un potenziamento dell'assistenza ospedaliera mediante la facilitazione della circolazione di conoscenze e competenze professionali. L'obiettivo è che, indipendentemente dal punto di accesso, il paziente possa essere valutato e tempestivamente indirizzato alla struttura in grado di garantire in condizioni di sicurezza cure qualificate e appropriate, adeguate al livello di complessità. Inoltre, questa soluzione rappresenta un approccio efficace nella prospettiva della razionalizzazione delle risorse. Negli anni successivi all'emanazione della l.p. 16/2010 l'Azienda sanitaria sarà impegnata nella realizzazione, per fasi successive, della rete degli ospedali; l'aspetto qualificante e distintivo della rete è che essa non è costituita dalla sommatoria delle strutture componenti, ma opera per macro-funzioni ospedaliere (principio di trasversalità) e si realizza tramite processi di accentrimento/decentramento della casistica basati su percorsi clinici (principio della concorrenza). In quest'ottica, viene ripensata la funzione e l'organizzazione dell'attività chirurgica dei diversi ospedali: l'erogazione di tale atti-

vità nei diversi punti della rete non può infatti prescindere dalla garanzia di un'adeguata *expertise* dei singoli operatori (che necessitano di casistica per mantenere il livello di competenza) e dalle indispensabili competenze multidisciplinari e multiprofessionali per garantire la necessaria qualità e sicurezza delle cure. La Giunta provinciale nel corso degli anni approva direttive di riordino della rete ospedaliera fissando, tra l'altro, per le strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuo e diurno, i parametri di fabbisogno ai fini dell'accreditamento istituzionale. L'organizzazione ospedaliera in unico Servizio si accompagna con lo sviluppo di *reti cliniche*<sup>2</sup> di livello provinciale che connettono livelli assistenziali (ospedale-territorio), punti di erogazione di prestazioni e professionisti (pubblici e privati convenzionati) per qualificare e ottimizzare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone. Nel decennio, vengono attivate le seguenti reti: Rete odontoiatrica, Rete clinica disturbi cognitivi e demenze, Rete clinica Breast Unit, Rete clinica otorinolaringoiatrica, Rete cure palliative e terapia del dolore, Rete terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Rete malattie rare, Rete riabilitativa, Rete cronicità e non autosufficienza, Rete clinica neuroncologica, Rete allergologia pediatrica, Rete provinciale delle cure intermedie, Rete della salute mentale e delle dipendenze, Rete clinico-assistenziale del trauma (ReTra, nell'ambito delle Reti tempo dipendenti). Di alcune di queste, che rientrano in specifici provvedimenti programmatori della Giunta provinciale, si farà cenno più avanti;

- b. in questo quadro si inserisce una profonda trasformazione del Distretto rispetto alla situazione antecedente, il quale è destinato a diventare il luogo elettivo dove la

domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale e nel quale sono attivabili tutti i percorsi per l'accesso del cittadino ai servizi sanitari. È presso il Distretto che i processi per l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sono promossi e realizzati, in particolare attraverso la creazione in ogni Distretto di Punti unici per l'informazione, la presa in carico e l'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (PUA). La funzione distrettuale mira quindi a garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. La definizione del numero e dell'estensione territoriale dei Distretti, individuati con deliberazione della Giunta provinciale n. 350 del 25 febbraio 2011, è stata oggetto di un confronto ampio e articolato prima dell'adozione da parte della Giunta provinciale del relativo atto amministrativo. L'aspetto complesso della scelta era costituito dall'esigenza da un lato di aggregare territori in modo da prevedere, per il Distretto, una dimensione tale da assicurare la massimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa e gestionale (oltre che una economia di scala), dall'altro lato era fondamentale che l'organizzazione dei Distretti non fosse così ampia da "annacquare" le specificità dei singoli territori che paventavano una scarsa rappresentatività e una difficoltà a mantenere forti, continui e tempestivi i contatti necessari tra il rappresentante del Distretto (Direttore di Distretto) e le istituzioni locali (Sindaci e Presidenti di Comunità);

- c. nella norma si pone la dovuta enfasi sull'esigenza di lavorare, sanità e sociale, a un alto livello di *integrazione socio-sanitaria* non solo dedicando a detto tema uno specifico articolo, ma anche prevedendo l'istituzione di una direzione aziendale specificamente dedicata. Era infatti fortemente sentita l'esigenza di assicurare ai cittadini risposte integrate e unitarie su aspetti vitali per le persone e per le famiglie nelle situazioni di fragilità, di cronicità, di disuguaglianza sociale, di co-presenza di



problematiche di natura sanitaria e contestualmente assistenziali o di protezione sociale, che impongono alle persone un faticoso lavoro di "connessione" tra servizi. La norma intende dunque favorire risposte complessive ai bisogni sanitari e socio-assistenziali, senza dimenticare l'aspetto finanziario (che suggerisce di trovare soluzioni per mantenere elevato il livello delle prestazioni evitando però sovrapposizioni e ridondanze). La Giunta provinciale attraverso successivi atti amministrativi emana direttive per disciplinare gli strumenti organizzativi principali dell'integrazione socio-sanitaria: i Punti unici di accesso (PUA) e le Unità di valutazione multidimensionale (UVM). Detti strumenti consentono, nelle situazioni di particolare complessità, di creare condizioni che possono favorire lo sviluppo di un progetto per le persone e per le famiglie, permettendo una presa in carico più coordinata, strutturata e condivisa attraverso il coinvolgimento responsabile di professionisti (di sanità e sociale), del terzo settore, della famiglia, di altri soggetti. Uno degli aspetti sui quali si è incentrata maggiormente la discussione per l'approvazione della legge ha riguardato proprio le disposizioni sull'integrazione socio-sanitaria. Questo a dimostrazione da un lato di quanto questo tema sia riconosciuto dalle istituzioni come centrale nella legge di riforma del Servizio sanitario provinciale, dall'altro lato della complessità della ricerca di una linea comune che sia in grado di contemperare culture, storie, sensibilità, soggettività diverse, che inevitabilmente vengono sollecitate quando sono in gioco aspetti fondamentali della vita dei cittadini;

- d. la legge provinciale n. 16 del 2010 modifica il precedente assetto del finanziamento: la Provincia espone interamente la spesa sanitaria nel Fondo sanitario provinciale (di cui all'art. 16) e nel Fondo per l'assistenza integrata (di cui all'art. 18); in questo modo viene garantita unitarietà di *vision* e di *destinazione* alle risorse che risultano

totalmente iscritte nell'ambito dei due Fondi; in particolare il primo Fondo è destinato al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre il secondo è destinato all'assistenza sanitaria aggiuntiva e alla copertura della spesa per le aree dell'integrazione socio-sanitaria materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze e salute mentale. Una volta quantificati con la legge provinciale di bilancio, i due Fondi vengono assegnati all'APSS attraverso il riparto annuale delle risorse per il Servizio sanitario provinciale (SSP) disposto dalla Giunta provinciale.

## 5.7. **La gestione dei tempi di attesa per l'assistenza specialistica**

Il tema dell'accesso alle prestazioni specialistiche e del controllo e il contenimento dei tempi di attesa è di forte impatto sui cittadini e sulle organizzazioni sanitarie in tutto il Paese; è un tema complesso che costituisce da sempre una sfida e un impegno, da parte di tutti gli attori coinvolti nel sistema. Fin dal 1998, in Trentino si sono ricercate idonee modalità di intervento: il Centro unico di prenotazione (CUP) è stato istituito dall'Azienda sanitaria nel 1999 ed è stato perfezionato nel 2003. Negli anni successivi, la Provincia ha adottato misure atte a facilitare l'accesso alle prestazioni e nel contempo a evitare un utilizzo non appropriato delle risorse (ad esempio definendo linee di indirizzo per la libera professione, consentendo il ricorso all'assistenza indiretta in caso di prestazioni urgenti non eseguite in tempo adeguati, assegnando annualmente al Direttore generale della Azienda sanitaria specifici obiettivi). Inoltre, a partire dal 2004 la Provincia con deliberazione n. 861/2004 ha adottato il metodo "Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO<sup>3</sup>) per la definizione del grado di ur-

<sup>3</sup> RAO (Raggruppamenti d'attesa omogenei): categorie di attesa per prestazioni

genza di una prestazione (operando quindi nell'ottica dell'appropriatezza delle risposte alle prenotazioni).

L'art. 26 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 rinforza l'interesse delle politiche pubbliche sul tema, incaricando la Provincia di promuovere tutte le iniziative atte a garantire ai cittadini l'esecuzione degli accertamenti diagnostici, delle visite e degli interventi terapeutici appropriati, entro tempi che garantiscano la migliore gestione dei problemi clinici e un corretto sistema di prevenzione, mediante specifici interventi diretti a definire i tempi di attesa, monitorare e verificare i risultati raggiunti.

Con deliberazione n. 1071 di data 7 maggio 2010 la Giunta provinciale approva il Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa - aggiornamento per il triennio 2010/2012. Mediante tale provvedimento, tra l'altro, viene dato mandato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di predisporre uno specifico programma operativo pluriennale per l'attuazione delle direttive e per il raggiungimento degli obiettivi previsti (adottato con deliberazione della APSS 561/2010). Il Piano definito in Trentino anticipa i contenuti del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 (Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 28 ottobre 2010). Inoltre, con deliberazione n. 2029 di data 23 settembre 2011 la Giunta provinciale recepisce le linee guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi, di cui al Piano nazionale delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.

La traduzione operativa delle indicazioni provinciali avviene attraverso la modalità prevista all'art. 26 della l.p. 16/2010 laddove si specifica che il conseguimento di obiettivi inerenti al rispetto dei tempi massimi è una responsabilità del

---

specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, quindi annualmente la Provincia affida al Direttore generale obiettivi specifici riguardanti il rispetto dei tempi di attesa, a cui è legata la commisurazione di trattamento aggiuntivo.

Nel 2019 viene approvato il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, a seguito di Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome. In conseguenza, la Giunta provinciale con deliberazione n. 696/2019 approva il nuovo Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa che prevede azioni fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Promuove inoltre, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di attesa omogenea - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, già adottato dalla Provincia autonoma di Trento<sup>4</sup>. Per facilitare l'accesso alle prestazioni, il Piano prevede che la Provincia, nell'ambito della programmazione strategica, possa individuare, in raccordo con l'APSS, soluzioni organizzative atte a garantire l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

Tutte le agende di prenotazione sono gestite dal sistema CUP e suddivise per classi di priorità; la gestione delle agende deve essere flessibile, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Il CUP gestisce in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e

<sup>4</sup> Il sistema RAO per le prestazioni ambulatoriali prevede le seguenti categorie: U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque, entro le 72 ore; B (Breve) da eseguire entro 10 giorni; D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni sia per le visite che per gli accertamenti diagnostici; P (Programmata) da eseguire entro 90 giorni. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente).

private accreditate e prevede funzionalità atte a intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, con appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica. Negli anni, il sistema di prenotazione è arricchito da modalità sempre più sofisticate rendendo il modello Trentino fra i più avanzati a livello nazionale; inoltre, la Provincia adotta misure idonee per agire a livello dell'offerta (nelle strutture pubbliche e in quelle private), in modo da compensare eventuali difficoltà di risposta ai cittadini. Il sistema prevede il monitoraggio continuo dei processi e il confronto periodico con la Consulta della salute (art. 5 della l.p. 16/2010), composta dalle associazioni di volontariato che operano a tutela del diritto alla salute, con compiti di consulenza, impulso e proposta alla Giunta provinciale.

Per quanto attiene ai ricoveri programmati, l'inserimento nella lista di attesa, secondo criteri di appropriatezza e priorità clinica, avviene tramite procedura informatizzata utilizzando quattro classi di priorità. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (ad esempio, informazioni circa il pre-ricovero). La Provincia, nell'ambito della programmazione, individua, in raccordo con l'APSS, soluzioni organizzative atte a garantire l'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri e dei fattori produttivi.

La Provincia include inoltre nel Piano la prenotazione di specifici pacchetti di prestazioni ambulatoriali complessi (PAC) indicati nei Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) in ambito oncologico e cardiovascolare ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei percorsi (*day service*) nella idonea tempistica.

## 5.8. Il Nuovo ospedale del Trentino

I decennio 2011-2020 vede concretizzarsi le valutazioni iniziate nelle Legislature precedenti che considerano prioritario l'avvio della realizzazione del Nuovo ospedale del Trentino-NOT. Nel 2011 la Giunta provinciale approva il "Piano di lavoro per la realizzazione del NOT"<sup>5</sup> dando il via alle complesse fasi di appalto dell'opera. Nel provvedimento, nel quale viene stimata una prima valutazione dei costi, si evidenzia che la motivazione della scelta di realizzare un nuovo ospedale è legata soprattutto alla vetustà dell'ospedale S. Chiara e alla sua attuale collocazione che non consente ulteriori sviluppi rispetto all'evoluzione della domanda di salute. Il nuovo ospedale dovrà garantire la centralità del paziente, una dotazione tecnologica all'avanguardia e tale da rispondere al modello organizzato "per intensità di cura", una flessibilità organizzativa capace di rispondere ai mutamenti sempre più veloci della domanda di salute della popolazione. Inoltre, il NOT viene individuato come centro di eccellenza per l'intero sistema sanitario provinciale, indicando l'esigenza di ridefinire, conseguentemente, il ruolo degli ospedali esistenti, da considerarsi quali nodi di una rete integrata di strutture, con l'identificazione delle funzioni ad alta specialità tecnologica nell'ospedale centrale e con la definizione del livello di offerta per gli ospedali di valle. Si conferma, nel provvedimento del 2011, il ricorso alla finanza di progetto scegliendo quindi un rapporto tra pubblico e privato motivato da una miglior allocazione dei rischi e da una certezza dei tempi di realizzazione. La Giunta provinciale individua questa modalità per una motivazione legata alla sostenibilità finanziaria dell'operazione che, in una prospettiva di raziona-

lizzazione e riqualificazione della spesa pubblica, vede con favore l'apporto di capitale privato.

Purtroppo, come forse era da attendersi visti gli interessi in gioco per la costruzione di una grande opera, le vicende giudiziarie che si sono succedute riguardo ai complessi passaggi amministrativi del percorso di aggiudicazione hanno di fatto bloccato il processo e ad oggi il NOT, il cui progetto iniziale è stato sottoposto a rivisitazioni sia organizzative che finanziarie, pur considerato una priorità dalla programmazione provinciale, resta ancora un obiettivo a tendere<sup>6</sup>.

## 5.9. I Fondi sanitari integrativi

L'attività dei Fondi sanitari integrativi in Trentino ha registrato una significativa crescita negli ultimi dieci anni. Tra le esperienze più originali vi è certamente l'istituzione del fondo provinciale Sanifonds Trentino, promosso dalla Provincia autonoma di Trento e dalle parti sociali, segnatamente Associazione albergatori e imprese turistiche della provincia di Trento, Confcommercio-Imprese per l'Italia Trentino, Associazione artigiani e piccole imprese della provincia di Trento, Confe-sercenti del Trentino, Cooperazione Trentina, Confindustria Trento, CGIL del Trentino, USR CISL del Trentino, C.S.R. UIL di Trento, CISPEL-Federservizi Trentino-Alto Adige. Sanifonds è un fondo, senza scopo di lucro, che ha la finalità di garantire forme integrative di assistenza per i casi di malattia e/o assistenza in favore degli iscritti, ossia i dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati, che svolgono la propria attività prevalentemente all'interno del territorio della provincia di Trento e che, per effetto di normative contrattuali, iscrivono i propri dipendenti al Fondo.

<sup>6</sup> Per chi è interessato ad approfondire l'argomento potrebbe essere utile consultare la deliberazione della Giunta provinciale 1392 del 1.8.2018 e succ.

Istituito nel 2013 in conseguenza dello specifico protocollo di intesa sottoscritto dalle parti istitutive, il Fondo ha avviato l'erogazione delle prestazioni nel 2016, con una popolazione iscritta in partenza pari a 26.500 persone. Ad oggi, il numero degli iscritti al Fondo è cresciuto fino a superare le 63.000 persone. Ciò anche in relazione agli ingressi di nuove categorie di lavoratori (le ultime fusioni riguardano la SIA3 artigiani e la mutua dei lavoratori ex CARITRO): nel 2020 rispetto al 2019 l'incremento di iscritti è stato del 34,3% (120% in più rispetto al primo anno di vita del Fondo).

Le prestazioni erogate sono elencate in specifico Nomenclatore: oltre il 50% dei rimborsi è concentrato in prestazioni non coperte dal sistema sanitario pubblico (in primo luogo, le cure odontoiatriche), il che conferma la vocazione di complementarietà rispetto al pilastro pubblico.

Importante segnalare come Sanifonds sia il primo Fondo territoriale sanitario in Italia che gestisce una *Long Term Care*, garantendo al lavoratore una rendita vitalizia media di euro 7.200. Per ora infatti il Fondo agisce sulla non autosufficienza degli under 65enni (la quota annua di adesione di euro 128 non consente coperture maggiori), quindi ancora in età lavorativa (in conseguenza di malattie neurologiche, incidenti sul lavoro o extra professionali, ecc.). Sanifonds intende, per il futuro, estendere la copertura anche ai lavoratori trentini il cui contratto nazionale di lavoro non preveda la copertura per la non autosufficienza: la Regione Trentino-Alto Adige ha allo studio un progetto specifico.

L'aspetto peculiare di Sanifonds Trentino è la sua natura di fondo territoriale, ossia destinato esclusivamente ai lavoratori trentini, e multicomparto, aperto cioè a tutti i comparti produttivi pubblici e privati. Vi sono, infatti, esperienze - in Alto Adige, Veneto e Lombardia - di fondi sanitari territoriali, ma concentrati su un unico comparto produttivo (ad esempio, l'artigianato); oppure di fondi sanitari aperti a più comparti, ma di carattere nazionale e non territoriale.

Concentrando l'attenzione sulla natura territoriale del Fon-



do, essa garantisce la coincidenza tra la raccolta della contribuzione e l'erogazione delle risorse ai cittadini trentini sotto forma di rimborsi. Non vi è un euro, quindi, che sia raccolto in Trentino e rimborsato ad iscritti di aziende/enti operanti in altre regioni. Viceversa, nei Fondi nazionali le contribuzioni raccolte su scala nazionale alimentano un patrimonio unico e indistinto, cosicché accade frequentemente che in alcune regioni le risorse retrocesse sul territorio sotto forma di rimborsi siano significativamente inferiori rispetto alle contribuzioni raccolte.

Infine, importante segnalare come Sanifonds abbia sviluppato - insieme all'Università di Trento - una banca dati proprietaria sui consumi sanitari dei cittadini iscritti, che consente di studiare l'evoluzione dei "comportamenti d'acquisto" degli iscritti in tema di prestazioni sanitarie (visite specialistiche, cure odontoiatriche, terapie fisiche e riabilitative, ecc.).

## **5.10. L.p. 16/2010: il nuovo modello organizzativo e gestionale della Azienda provinciale per i servizi sanitari**

La legge provinciale n. 16 del 2010 "Tutela della salute in provincia di Trento" identifica nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (Azienda) un ente strumentale della Provincia, dotato di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, preposto alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie, secondo quanto previsto dalla programmazione provinciale, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale. In attuazione dell'art. 37 della legge provinciale n. 16 del 2010, l'Azienda adotta il Regolamento di organizzazione (soggetto alla approvazione della Giunta provinciale) che, nel rispetto dei principi di efficienza, economicità e semplificazione, definisce la struttura organizzativa e funzionale aziendale e le modalità di

partecipazione degli operatori alle funzioni di governo, oltre che ogni altro aspetto organizzativo, economico e gestionale demandato alla competenza dell'Azienda e funzionale al raggiungimento degli obiettivi istituzionali e di quelli previsti dalla programmazione provinciale in materia sanitaria e socio-sanitaria.

Anche l'APSS, quale organizzazione appartenente al Servizio sanitario provinciale, si ispira ai principi definiti dall'art. 2 della l.p. 16/2010, ovvero: universalità, equità e solidarietà; dignità e libertà della persona; centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute; uguaglianza sostanziale e accessibilità ai servizi su tutto il territorio provinciale; continuità assistenziale e approccio unitario ai bisogni di salute.

L'Azienda sanitaria adotta quali strumenti di pianificazione, programmazione e rendicontazione: il programma di attività e gli altri documenti di bilancio elaborati in coerenza con i contenuti della programmazione strategica e degli obiettivi generali, degli obiettivi specifici e delle direttive della Giunta provinciale, previa definizione delle risorse da impiegare; i piani settoriali pluriennali per la gestione di attività specifiche (per esempio, formazione, personale, sicurezza, edilizia, attrezzature, informatica, beni e servizi); i budget operativi delle articolazioni aziendali.

Sul fronte degli strumenti di rendicontazione, l'Azienda adotta entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento il Bilancio di esercizio con annessa Relazione sulla gestione e, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento, il Bilancio di missione<sup>7</sup>, strumento previsto dalla l.p. 16/2010 con cui rende conto, ai cittadini e alle altre parti interessate, dei risultati di salute raggiunti.

## 5.11. Le ragioni per una revisione organizzativa dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari



distanza di quattro anni dalla riforma del Servizio sanitario provinciale operata dalla l.p. 16/2010 e dalla conseguente definizione dell'assetto strategico, organizzativo e dell'al-

ta dirigenza dell'APSS, si fa sempre più impellente l'esigenza di sviluppare nuovi modelli organizzativi dei servizi sanitari orientati al miglioramento dell'integrazione fra ospedale e territorio tramite una rete di servizi diffusi, nonché di rafforzare ulteriormente il modello di rete ospedaliera *hub & spoke*.

Nel 2015 il Governo provinciale, ritenendo opportuna una revisione dell'assetto organizzativo dell'APSS, intende muoversi su queste direttrici:

- a. orientare e rafforzare l'integrazione fra ospedale e territorio tramite lo sviluppo di una rete di servizi, in grado di soddisfare i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione a 360°;
- b. riconfigurare l'offerta degli ospedali di rete per garantire prestazioni di ricovero e ambulatoriali fortemente integrate con le attività territoriali e domiciliari;
- c. rafforzare il governo della domanda sul territorio, tenuto anche conto del tasso di ospedalizzazione che colloca la Provincia autonoma di Trento tra i più alti del Nord Italia;
- d. assicurare un efficiente funzionamento dell'APSS e una piena funzionalità/fluidità dei processi decisionali;
- e. dare una prima effettiva applicazione al Piano provinciale per la Salute del Trentino 2015-2025 laddove individua tra le azioni prioritarie il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, la riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete delle cure primarie sul territorio per rispondere alla crescente differenziazione dei bisogni.

## 5.12. **La sperimentazione di un nuovo modello organizzativo dell'Azienda sanitaria**

L'intento della revisione è quello di avere la possibilità di incidere direttamente, qualora necessario, anche sui nodi principali dell'organizzazione che, nella l.p. 16/2010, sono puntualmente disciplinati dagli articoli 31 (Consiglio di Direzione), 32 (Dipartimento di Prevenzione), 33 (Distretti) e 34 (Servizio Ospedaliero Provinciale). Per queste ragioni, il Governo provinciale decide di intervenire sull'assetto dell'APSS mediante una disposizione di legge e non tramite semplice atto amministrativo.

Nello specifico, con la deliberazione n. 1947/2015 (collegata alla finanziaria 2016) la Giunta provinciale presenta una proposta di modifica della legge sulla tutela della salute che autorizza la Giunta provinciale a emanare direttive all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per modificare in via sperimentale il proprio assetto organizzativo, anche in deroga a quanto previsto dalla legge provinciale sulla tutela della salute. Dopo la discussione in Consiglio provinciale (che porta essenzialmente a ridurre il periodo di sperimentazione), il testo di legge approvato stabilisce che la Giunta provinciale può approvare, in via sperimentale, un nuovo modello organizzativo dell'Azienda anche in deroga a quanto previsto in materia dagli articoli 31, 32, 33 e 34 della l.p. 16/2010, nel rispetto dei principi contenuti nella legislazione statale e sentiti la competente Commissione permanente del Consiglio provinciale, il Consiglio sanitario provinciale e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del comparto sanità. Il nuovo modello deve essere coerente con i seguenti principi e obiettivi: chiarezza nella definizione della struttura organizzativa con riferimento alla positiva ricaduta sulla catena decisionale e

gerarchica; presenza di una apposita struttura di governo della rete ospedaliera e di raccordo con la sanità collettiva, territoriale e ospedaliera, a tutela dei percorsi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione; produzione di risparmi per il Servizio sanitario provinciale.

La norma stabilisce inoltre che le modifiche all'assetto organizzativo adottate ai sensi della deroga sopra citata cessano di avere effetto decorsi trenta mesi dalla data di entrata in vigore della legge in assenza di modifiche della legislazione provinciale coerenti con la positiva valutazione delle deroghe introdotte in via sperimentale ai sensi di questo comma e, in particolare, dei risparmi ottenuti.

In applicazione della disposizione normativa, la Giunta provinciale (deliberazione n. 2539 del 29 dicembre 2016) definisce la nuova macro-organizzazione dell'APSS. È previsto un modello organizzativo articolato secondo un "approccio per processi", finalizzato a favorire una visione globale dell'organizzazione aziendale in cui il paziente/utente è coinvolto e parte attiva.

Gli obiettivi concreti che l'intervento si prefigge si sostanziano quindi in:

- una migliore integrazione ospedale-territorio;
- un governo unitario del Servizio ospedaliero provinciale che valorizzi la rete dei servizi offerti con il modello *hub & spoke*, con riduzione di costi e aumento della sicurezza per gli utenti e i professionisti;
- una maggiore omogeneità dei servizi offerti sul territorio provinciale;
- un potenziamento delle azioni e delle politiche orientate alla prevenzione;
- un contenimento dei costi attraverso l'utilizzo integrato delle risorse.

Con la riorganizzazione, la Giunta supera il modello di Distretto sanitario - quale Articolazione organizzativa fondamentale (AOF) e organo "produttore" di servizi sanitari

e socio-sanitari per il proprio ambito territoriale di riferimento - verso un modello organizzativo "per processi", che abbatta i confini tra territori e tra ospedale/territorio, semplifica e omogeneizza i percorsi per l'utenza e uniforma i sistemi di gestione interna negli ambiti territoriali e ospedalieri.

Viene quindi istituito il nuovo "Servizio territoriale" con un ruolo di promozione e coordinamento della rete territoriale provinciale e di attuazione dei processi di integrazione ospedale-territorio; a detto Servizio sono affidate le competenze prima previste a carico dei Distretti.

A supporto (e rinforzo) del nuovo accentuato orientamento verso il territorio viene inoltre individuata la nuova figura del "Coordinatore dell'integrazione ospedale-territorio", con dipendenza gerarchica diretta dal Consiglio di Direzione dell'Azienda; questa funzione garantisce il presidio continuo dei percorsi clinico-assistenziali trasversali alla dimensione territoriale e ospedaliera, il monitoraggio delle attività, nonché l'integrazione piena tra ospedale e territorio<sup>8</sup>.

Durante il 2017 e il 2018 sono attuate dall'APSS le azioni e rimodulazioni organizzative previste. In seguito, per varie ragioni, il termine definito in norma per la conclusione della sperimentazione e la verifica dei risultati ottenuti viene più volte spostato nel tempo. La legge collegata alla manovra di bilancio per il 2021 ha fissato, da ultimo, il termine della sperimentazione al 31 agosto 2021, termine entro il quale la Provincia e l'Azienda sanitaria definiranno il nuovo assetto organizzativo di quest'ultima.

<sup>8</sup> Il nuovo e sperimentale modello organizzativo è stato trasferito nel nuovo Regolamento della APSS, introducendo modifiche anche nell'assetto interno della Azienda sanitaria (Dipartimenti, assetto amministrativo e tecnico) per le quali, se di interesse, si rimanda alla lettura della deliberazione citata.

## 5.13. La normativa provinciale sulla sanità

Nel corso del 2012 emerge la necessità anche per il Trentino di adottare azioni di riqualificazione del Servizio sanitario provinciale al fine di garantirne la sostenibilità, mantenendo e/o incrementando, peraltro, l'efficacia e l'appropriatezza delle cure. Infatti, il "Piano di miglioramento della pubblica amministrazione", indicato dall'art. 3 della l.p. 10/2012, dispone che le misure di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema pubblico provinciale siano estese anche alle agenzie e agli enti strumentali fra i quali l'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Quindi anche l'APSS, su specifiche direttive approvate dalla Giunta provinciale<sup>9</sup>, adotta il proprio Piano di miglioramento<sup>10</sup>, introducendo misure di razionalizzazione dei fattori produttivi attraverso misure di efficientamento, nell'ottica primaria di assicurare un miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati agli utenti pur in presenza di consistenti riduzioni nei trasferimenti correnti provinciali.

Quindi, la progressiva attuazione della riforma del Servizio sanitario provinciale, nelle sue parti più qualificanti e innovative, è attraversata dall'esigenza di adottare le misure previste nel Piano di miglioramento. Si può parlare di una sinergia positiva tra i due "strumenti di programmazione" almeno per quanto attiene all'organizzazione dell'attività ospedaliera - mediante il completo sviluppo della rete ospedaliera, delle reti cliniche e della rete dell'urgenza-emergenza - nonché attraverso una forte azione di riqualificazione della spesa corrente con l'adozione di misure specifiche (relative ad esempio alla rivalutazione di contratti/appalti esistenti). Il Piano di miglioramento prevede inoltre una nuova prospet-

<sup>9</sup> Deliberazioni n. 2679 dd. 7 dicembre 2012 e 109 dd. 25 gennaio 2013.

<sup>10</sup> Il Piano è stato approvato con deliberazione della Giunta provinciale 1493 del 19 luglio 2013.

tiva per l'assistenza sanitaria territoriale e alcune misure di tipo finanziario.

Per quanto attiene a normative che interessano specifiche aree, si citano in particolare le seguenti:

- a. la l.p. n. 15/2012 "Tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie" introduce per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie benefici economici e/o servizi essenziali per supportare le progettualità a domicilio. La norma intende favorire la permanenza dell'assistito nel proprio domicilio (infatti è incompatibile con la residenzialità) attraverso un beneficio, l'assegno di cura, che è correlato alla misura del bisogno della persona non autosufficiente da garantire in ambito domiciliare e semiresidenziale, nonché alle condizioni economiche del nucleo familiare.

Esso consiste di norma in buoni di servizio per l'acquisizione di prestazioni di assistenza domiciliare e servizi semiresidenziali erogati, nel territorio provinciale, da strutture e soggetti accreditati ovvero nell'erogazione di una somma di denaro relativa all'attività svolta debitamente documentata. I benefici vengono corrisposti in proporzione sia alla gravità dei casi che alla condizione economico patrimoniale (ICEF) dei singoli richiedenti e delle loro famiglie. A differenza dell'indennità di accompagnamento (che è un diritto esigibile e uniforme su tutto il territorio nazionale), l'assegno di cura (che è incluso tra le prestazioni sanitarie aggiuntive di cui alla l.p. 16/2010) è improntato a un universalismo selettivo in ragione dei vincoli di bilancio e della necessaria sostenibilità di questo tipo di spesa a fronte dell'incertezza dell'andamento delle fonti di finanziamento di questa spesa: le entrate fiscali. La spesa annuale è superiore ai 10 milioni di euro. Uno degli aspetti di novità introdotti dalla normativa provinciale in argomento è l'inclusione dell'attività degli assistenti familiari (badanti) nel Sistema integrato dei servizi socio-sanitari accreditati,



attraverso l'inserimento dell'assistente familiare in un Registro provinciale (istituito dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1862 del 3 novembre 2014). La norma quindi fornisce il contesto giuridico attraverso il quale l'attività delle badanti (che sono ampiamente presenti anche in Trentino e che supportano molte famiglie nel gravoso lavoro di cura<sup>11</sup>) e il conseguente impegno economico delle famiglie sono riconosciuti dal sistema: l'assegno di cura può essere utilizzato dalle famiglie per compensare, anche parzialmente, la spesa per la badante, purché iscritta nel Registro e purché detto lavoro sia ufficialmente attribuito dalle famiglie.

La norma relativa all'assegno di cura è approvata nel periodo in cui tutti i soggetti pubblici e privati convenzionati (della sanità e del sociale) sono fortemente impegnati nella progettazione, organizzazione, gestione dell'integrazione socio-sanitaria così come innovata dalla l.p. 16/2010. Essa si rivela quindi un catalizzatore della ricerca di modi condivisi per lavorare insieme; i Regolamenti di attuazione fissati dalla Giunta provinciale affidano proprio ai due strumenti principali indicati dalla l.p. 16/2010, Punti unici di accesso e Unità di valutazione multidisciplinare, l'attività principe del processo di assegnazione dell'assegno di cura: la valutazione delle condizioni della persona ai fini dell'assegnazione al livello di bisogno per l'erogazione economica, con la conseguente predisposizione del Piano Individualizzato di Intervento;

- b. nei primi anni del decennio, si assiste anche in Trentino al dilagare del fenomeno del gioco d'azzardo; è questa la motivazione dell'approvazione della l.p. n. 13/2015 con la quale vengono approvati interventi per la *prevenzione e la cura della dipendenza da gioco*. La norma in-

<sup>11</sup> Si stima che le badanti in Trentino siano circa 6.000; a fine 2021 risultano iscritti al Registro assistenti familiari del Trentino 343 persone.

tegra gli interventi disposti dal decreto Balduzzi citato in altro paragrafo. La motivazione della presentazione del relativo disegno di legge è rappresentata dall'esigenza di assumere precise responsabilità per contrastare il trend della diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo e la forte preoccupazione per le ricadute che comporta a livello personale, familiare, sociale ed economico, nonché i risvolti patologici che sempre più spesso produce nelle persone. La necessità di farsi carico di questo fenomeno da parte di tutti gli attori sociali e istituzionali competenti appare infatti in tutta la sua urgenza politica e sociale anche osservando la crescente contraddizione tra l'aumento della disoccupazione e della povertà nella popolazione e il comportamento di tanti cittadini che tentano al gioco la fortuna dissipando ulteriormente le poche risorse a loro disposizione. La norma ha la finalità di limitare la diffusione del gioco e promuovere la prevenzione e il contrasto delle dipendenze da gioco e la cura della dipendenza patologica da gioco. La norma intende inoltre diffondere una responsabilità condivisa tra i vari attori sociali (del mondo della sanità, del sociale, della scuola e del mondo educativo, delle associazioni familiari, degli esercenti, delle forze dell'ordine, degli amministratori e dei cittadini) che costruisca una alleanza verso un cambiamento culturale teso alla prevenzione e al contrasto al gioco d'azzardo;

- c. nel maggio del 2016, viene approvata la l.p. 5/2016 che rinforza l'offerta del *servizio di assistenza e consulenza psicologica* con l'obiettivo prioritario di dare risposte adeguate al bisogno di assistenza e consulenza psicologica individuale, di coppia, familiare e di gruppo attraverso una riqualificazione complessiva dell'assetto degli interventi di sostegno destinati in modo coordinato e integrato alla tutela e promozione della salute psichica della persona in tutte le fasi della vita per il trattamento di sintomatologie specifiche afferenti alle

capacità cognitive, affettive e relazionali dell'individuo, alla prevenzione del disagio emotivo e alla promozione del benessere psico-fisico della persona. Si ritiene infatti essenziale integrare i servizi già erogati dai servizi pubblici, con particolare riferimento all'Azienda sanitaria, per ampliare la risposta appropriata al bisogno di trattamenti psicologici e di ridurre le liste di attesa. Attraverso l'erogazione, oltre che dalle strutture sanitarie pubbliche, da realtà del privato sociale, aggregazioni professionali formalmente costituite e studi associati di psicologia e psicoterapia accreditati e convenzionati con il Servizio sanitario provinciale attraverso un regolamento definito dalla Giunta;

- d. l'ampiezza e la qualità dei servizi per anziani presenti nella provincia autonoma di Trento rendono il territorio una delle eccellenze italiane nelle politiche di welfare per la terza età. Tuttavia, nel 2017, a seguito di un complesso lavoro di condivisione con tutti i soggetti pubblici e privati interessati, viene approvata la *riforma del welfare anziani* (l.p. 16 novembre 2017, n. 14), nella consapevolezza che stando alle proiezioni demografiche anche la popolazione trentina, in analogia con quanto succede in tutti i Paesi europei, nel medio-lungo periodo sarà caratterizzata da un elevato numero di persone over 65, con conseguenze rilevanti rispetto al tema della non autosufficienza e quindi della sostenibilità dei sistemi pensionistici, sanitari e assistenziali in genere. La domanda sanitaria e socio-sanitaria è destinata a crescere e le risorse pubbliche destinate ai servizi "tradizionali" non potranno crescere con lo stesso trend. La norma intende rispondere ai seguenti obiettivi:

- migliorare la capacità di visione d'insieme dei servizi per gli anziani, in modo da consentire una programmazione delle politiche e dei servizi equa e più efficace, rendendo flessibile l'uso delle risorse per sviluppare i servizi in base alle esigenze delle persone;

- porre sempre più al centro dei servizi la persona e la sua rete familiare offrendo loro un interlocutore unico in grado di attivare e personalizzare le migliori risorse secondo le esigenze personali e le specifiche situazioni;
- rafforzare l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria in modo da poter migliorare l'efficienza, la qualità delle cure e la presa in carico della persona;
- attuare una ricomposizione volta a migliorare l'impiego delle risorse valorizzando le interdipendenze già esistenti e ottimizzando i servizi in analogia con l'evolversi delle singole situazioni personali.

La legge è il risultato del lavoro di un gruppo tecnico allargato con il coinvolgimento di soggetti interessati a vario titolo (UIIPA, Consiglio delle Autonomie locali, responsabili Servizi sociali delle Comunità, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Consolida, Confederazioni sindacali e sindacati anziani, Consulta per la salute, IPASVI, Ordine dei Medici, Coordinamento circoli anziani e pensionati, ACLI) che ha formulato una proposta di riforma che prevede la costituzione di un soggetto locale specializzato nel settore welfare anziani denominato "Spazio Argento".

Spazio Argento, collocato presso le comunità, costituisce il punto di riferimento unico per le persone anziane e per le loro famiglie diventando il *front office* di tutte le esigenze sia socio-sanitarie che socio-assistenziali degli anziani e dei loro *caregiver* garantendo loro ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio dei servizi forniti. Si occuperà anche di invecchiamento attivo e di prevenzione con un ruolo di coinvolgimento e valorizzazione di tutte le risorse territoriali che a vario titolo si occupano dell'anziano e della sua famiglia. Il funzionamento di Spazio Argento sarà definito dalla Giunta provinciale, anche sulla base dei risultati delle sperimentazioni attualmente in corso presso alcune comunità.

## 5.14. **La programmazione provinciale: i Programmi di sviluppo**

La programmazione provinciale si avvale di più strumenti per rendere esplicite, al complesso mondo dei soggetti coinvolti primi fra tutti i cittadini, le linee di azione delle politiche per la salute.

Le principali linee di azione da adottare nel corso della Legislatura sono evidenziate nel “Programma di sviluppo strategico” approvato dalla Giunta provinciale nell’area sanitaria e socio-sanitaria, anche se influiscono sulla salute dei cittadini trentini anche altre azioni strategiche, non afferenti direttamente all’area della salute, ma strettamente ad essa connesse, che sono declinate in altre aree rilevanti per la vita delle persone (welfare, ambiente, lavoro, ecc.).

Le principali azioni strategiche in tema di sanità che caratterizzano la XIV Legislatura riguardano: la riforma della legge che disciplina il Servizio sanitario provinciale; la definizione del Piano per la Salute dei cittadini; l’attivazione di un programma di lungo periodo per la costituzione di un fondo per le malattie invalidanti (che sarà incluso nella l.p. 16/2010); riqualificare e riorganizzare la rete ospedaliera, attraverso la realizzazione del Nuovo ospedale del Trentino (NOT) e la conseguente ridefinizione del ruolo degli ospedali sul territorio; il potenziamento dell’assistenza domiciliare, l’assistenza domiciliare integrata e le cure palliative, anche attraverso interventi incentivanti per favorire la scelta di curare a domicilio.

Il Programma di sviluppo della XV Legislatura evidenzia in particolare: l’importanza di puntare sulla prevenzione e la promozione della salute; dotarsi di un unico strumento, il Piano per la Salute del Trentino 2015-2025 che costituisca la radice dalla quale far nascere la programmazione sia sanitaria che sociale; puntare su un modello di “rete ospedaliera” capace di rispondere ai bisogni di cura dei cittadini

su tutto il territorio provinciale; sviluppare e potenziare la medicina territoriale anche introducendo nuovi modelli aggregativi dei professionisti; sviluppare modelli organizzativi integrati tra servizi sanitari e servizi sociali.

Il Programma di sviluppo provinciale della XVI Legislatura definisce essenzialmente le seguenti aree strategiche: la prevenzione e promozione della salute; l'integrazione e la flessibilità dell'assistenza sul territorio con il coinvolgimento dei professionisti convenzionati nonché rivedendo e riorganizzando alcune funzioni che presuppongono un'alta vocazione infermieristica al fine di assicurare una capillare diffusione nelle valli di alcuni servizi sanitari; assicurare la presa in carico integrata del paziente cronico; potenziare l'unica rete ospedaliera secondo il modello *hub & spoke* che valorizzi gli ospedali di valle nelle proprie specificità e lo scambio tra i professionisti, nonché attraverso la realizzazione del Nuovo polo ospedaliero del Trentino e del Nuovo ospedale di Fiemme e Fassa a Cavalese; ridurre i tempi di attesa per gli accertamenti specialistici; sviluppare ulteriormente la ricerca e l'innovazione avvalendosi in particolare delle nuove tecnologie digitali; valorizzare le eccellenze della sanità pubblica e privata accreditata trentina (potenziamento del Centro di Protonterapia per la cura dei tumori dando impulso alla promozione dello stesso su contesti nazionali e internazionali; sviluppo dell'Ospedale Villa Rosa di Pergine Valsugana quale centro di rilievo nazionale per la riabilitazione intensiva ad alta specializzazione anche attraverso forme di partnership pubblico-privato).

Gli impegni assunti nell'ambito dei Programmi di sviluppo si traducono in atti provinciali legislativi o amministrativi che vengono trasferiti alla Azienda provinciale per i servizi sanitari per la loro declinazione operativa.

## 5.15. Il Piano provinciale per la Salute

Programmi di sviluppo della PAT delle Legislature XIV e XV contengono entrambi uno specifico riferimento all'esigenza di predisporre e approvare il Piano per la Salute come principale strumento programmatico e attuativo delle politiche per la salute. Dopo il Piano sanitario approvato nel 2006 non si era riusciti, negli anni successivi, a portare a conclusione gli iter per il suo aggiornamento. La legge provinciale n. 13 del 2007, "Politiche sociali nella provincia di Trento" (integrata dalla l.p. 6/2015) assegna al Piano provinciale per la Salute il compito di definire gli obiettivi strategici per la promozione della salute, gli indirizzi e le linee di intervento da perseguire per migliorare la salute e il benessere della popolazione e per ridurre le disuguaglianze, sviluppando sistemi sociali e sanitari sostenibili, integrati e coordinati, in coerenza con le strategie di riferimento nazionali e internazionali e con gli obiettivi del Programma di sviluppo provinciale, tenuto conto del contesto epidemiologico e sociale del Trentino. Esso dunque rappresenta lo strumento di pianificazione strategica delle politiche sociali e delle politiche sanitarie provinciali, in un'ottica di programmazione integrata di questi due ambiti, concepiti fino a quel momento come istituti separati ma ripensati invece in modo più innovativo e coordinato. Il legislatore provinciale, infatti, attraverso il Piano per salute, fa proprio il concetto di "alleanza per la salute", introducendo uno strumento di pianificazione, di respiro decennale, volto a garantire pari dignità agli aspetti sociali e sanitari, al fine della promozione piena ed effettiva della salute delle persone sulla base del principio di uguaglianza. In quest'ottica, il legislatore prevede che il Piano provinciale per la Salute possa comprendere anche progetti di miglioramento del benessere collettivo che coinvolgono altri settori di competenza della Provincia, secondo l'approccio della salute in

tutte le politiche. Infatti, la promozione della salute e la prevenzione non sono un tema della sola sanità, afferendo a molti ambiti: dall'agricoltura ai trasporti pubblici, dalla scuola alle politiche sociali.

Dopo un ampio confronto che vede la partecipazione di molti soggetti, la Giunta provinciale approva il "Piano per la Salute 2015-2025" (deliberazione n. 2389 del 18 dicembre 2015) al quale i singoli settori devono ispirarsi per declinare i propri specifici atti di programmazione. Il Piano affronta tutti i determinanti della salute, intesi come quell'insieme dinamico e interdipendente di fattori individuali, ambientali e socio-economici (tra cui ovviamente anche la qualità dei servizi sanitari e sociali) dai quali risulta lo stato di salute. Quindi, la cornice concettuale all'interno del quale è sviluppato il Piano fa riferimento alla strategia Salute 2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si ispira ai concetti di sviluppo sostenibile ed è in linea con l'approccio della "Salute in tutte le politiche".

## 5.16. **La programmazione provinciale su temi specifici**

**S**i innestano nel Piano per la Salute sopra citato alcuni provvedimenti della Giunta provinciale, di cui si citano alcuni esempi, su temi rilevanti sia per la diffusione dei bisogni a cui fanno riferimento sia per l'impatto che essi hanno sulla vita delle persone e delle famiglie. La realizzazione degli interventi oggetto delle deliberazioni programmatiche citate avviene attraverso l'assegnazione annuale di obiettivi specifici al Direttore generale della Azienda sanitaria, quindi attraverso fasi successive che vengono implementate annualmente nei documenti di programmazione e di verifica dell'Azienda sanitaria.



#### **a. La Rete riabilitativa provinciale**

La Rete riabilitativa provinciale è costituita da strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private accreditate, in grado di garantire sull'intero territorio provinciale le attività di riabilitazione a tutte le persone in condizioni di bisogno, mediante una rete di servizi ospedalieri e territoriali. Nel 2017 la Giunta provinciale<sup>12</sup>, anche per provvedere all'adeguamento richiesto da normative nazionali, definisce con apposito provvedimento i criteri di funzionamento, gli standard dei livelli prestazionali e qualitativi della rete riabilitativa provinciale, con l'obiettivo di valorizzare e specializzare i punti di erogazione dell'assistenza tra i livelli di ricovero e territoriale, di provvedere all'individuazione di standard di qualità, nonché di introdurre un nuovo livello di assistenza costituito dalle cosiddette "strutture intermedie" come interfaccia tra l'ospedale e il territorio per assicurare al paziente la continuità di cura e assistenza in condizioni di sicurezza. Le strutture sanitarie private accreditate del settore riabilitativo entrano a tutti gli effetti nella Rete della riabilitazione quali strutture che operano in chiave di sussidiarietà e di complementarietà con le strutture pubbliche, nel rispetto degli atti di programmazione della Giunta provinciale, dei protocolli e dei percorsi definiti dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, nonché nel rispetto degli accordi contrattuali definiti annualmente.

All'interno della Rete riabilitativa, viene confermato il mandato istituzionale dell'Ospedale di Villa Rosa quale unica struttura ad alta specializzazione e polo riabilitativo di riferimento provinciale deputata a garantire riabilitazione intensiva ad alta specializzazione. Tra le azioni strategiche del Programma di sviluppo provinciale per la XVI Legislatura, per la valorizzazione delle eccellenze, si

prevede lo sviluppo della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione anche mediante forme di partnership pubblico-privato. Sul punto, il Programma di gestione per l'anno 2019 (deliberazione della Giunta provinciale n. 1135 dell'1 agosto 2019), prevede espressamente di valorizzare le funzioni e il mandato istituzionale dell'Ospedale Villa Rosa, quale centro di eccellenza di rilievo nazionale nell'ambito della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, attraverso una nuova funzione che preveda attività ambulatoriali e di degenza specificamente orientate alla presa in carico di gravi patologie neuromuscolari e neurodegenerative, di casi gravi di infortunio/traumatismo e patologie polmonari, in sinergia con soggetti di riconosciuta esperienza ed eccellenza nazionale e/o internazionale. In conseguenza, con deliberazione 29 novembre 2019 n. 1932 la Giunta provinciale autorizza l'avvio di un programma di sperimentazione gestionale, basato sulla partnership tra l'APSS e Fondazione Serena Onlus, per la realizzazione presso l'Ospedale Villa Rosa di Pergine Valsugana di un polo sanitario di eccellenza di alta specializzazione di rilievo nazionale per la presa in carico, anche in un'ottica riabilitativa, di gravi disabilità neuromuscolari e neurodegenerative, attraverso la costituzione di un Centro clinico NeMO (*NeuroMuscular Omnicentre*) in rete con gli altri Centri attivi sul territorio e attraverso l'applicazione e la messa a disposizione del *know how* di Fondazione Serena.

**b. La Rete cure palliative, la Rete di terapia del dolore, la Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche**

La legge n. 38 del 15 marzo 2010, che reca "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore che rientrano nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, al fine di

assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge prevede l'istituzione della Rete nazionale per le cure palliative e della Rete nazionale per terapia del dolore, definendo le modalità di intervento con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari. Con successivi provvedimenti nazionali, sono definiti nel corso degli anni il modello organizzativo della Rete da istituire nelle singole realtà regionali. A decorrere dal 2012, inoltre, è definita a livello nazionale la Rete del dolore e delle cure palliative pediatriche, con la specificazione delle caratteristiche che detta rete deve assicurare al bambino e alla famiglia includendo tutti gli aspetti clinici, assistenziali, etici, operativi che le famiglie si trovano ad affrontare in tali frangenti. Anche in applicazione alla normativa nazionale, in Trentino la Giunta provinciale approva un primo provvedimento "Cure palliative: modello organizzativo e potenziamento della rete di assistenza"<sup>13</sup> contenente specifici indirizzi per ricalibrare il modello organizzativo delle cure palliative caratterizzando la Rete provinciale come un'organizzazione su base territoriale, collocata a livello distrettuale, al fine di garantire omogeneità di trattamento ed equità di accesso su tutto il territorio provinciale. Negli anni, la Rete costituita nel 2011 è integrata<sup>14</sup> dalla "Rete per la terapia del dolore" e dalla "Rete di

---

**13** Deliberazione n. 1597 del 22 luglio 2011.

**14** Deliberazione della GP n. 2515 del 30 dicembre 2015, "Istituzione di un organismo provinciale di coordinamento della Rete per le Cure Palliative, della Rete per la Terapia del dolore e della Rete di Terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche". Sull'argomento vedi anche le deliberazione della APSS: n. 412 del 24 agosto 2011, Istituzione del Servizio cure palliative (che ne ha definito la strutturazione organizzativa e la relativa mission; deliberazione n. 351 del 25 giugno 2013 "La rete per le Cure Palliative: indirizzi e linee applicative"; deliberazione n. 554 del 13 novembre 2013 di istituzione della Rete provinciale per la Terapia del Dolore; deliberazione n. 271 del 15 luglio 2014 l'APSS ha istituito la "Rete provinciale di terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche".

terapia del dolore e delle cure palliative pediatriche”; attualmente esse sono coordinate da un Organismo provinciale di coordinamento della Rete per le cure palliative, della Rete per la terapia del dolore e della Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche<sup>15</sup>. La rete mantiene il modello *hub & spoke* già introdotto per l’assistenza ospedaliera, volto a garantire la continuità dell’assistenza al paziente dall’ospedale all’ambulatorio specialistico, al medico di Medicina generale e al domicilio, attraverso una rete costituita dall’insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, presso le quali operano le figure professionali previste per l’erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici dedicati al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia.

#### **c. L’Area Vasta delle Malattie Rare**

Le malattie rare (MR) sono un ampio ed eterogeneo gruppo di patologie definite dalla bassa prevalenza nella popolazione<sup>16</sup>. La rete delle malattie rare offre un esempio molto evidente dei vantaggi per i cittadini e per le organizzazioni di mettere insieme, in modo coordinato e integrato, conoscenze, saperi, tecnologie, esperienze, ampliando l’ambito di riferimento anche a strutture/servizi di territori extra provinciali specializzati.

Benché si differenzino tra di loro per numerosi fattori, molti sono i tratti, oltre la sporadicità, che accomunano queste malattie e che ne fanno una realtà unitaria: cronicità ed elevata mortalità, effetti disabilitanti e difficoltà di cura, complessità della gestione clinica e forte impatto emotivo su pazienti e familiari. Per queste caratteristiche, queste malattie sono accomunate dalla loro

<sup>15</sup> Deliberazione n. 786 del 28 settembre 2018 “Modello organizzativo, indirizzi operativi e requisiti di accreditamento della rete, degli ambulatori e dei centri di terapia del dolore”.

<sup>16</sup> A livello europeo così come in Italia, in base alle indicazioni del “Programma d’azione comunitario sulle malattie rare 1999 2003”, si definisce “rara” una malattia che colpisce non più di 5 pazienti su 10.000 abitanti.

complessità e dalla difficoltà di effettuare una tempestiva e corretta diagnosi; infine, solo una piccola percentuale di esse può contare su terapie risolutive. Gli strumenti di programmazione nazionale, fin dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, hanno quindi indicato tra le priorità la tutela dei soggetti colpiti da malattie rare, prevedendo la costruzione di una rete nazionale delle malattie rare con compiti di prevenzione, sorveglianza, diagnosi, terapia dedicata specificatamente a quest'area di patologie.

Dal 2004 la Provincia di Trento partecipa a un accordo di Area Vasta sulle MR con il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e la Provincia di Bolzano. In base a tale accordo l'area del Nord Est (con capofila il Veneto) si qualifica quale contesto territoriale omogeneo all'interno del quale realizzare, con il supporto di un Gruppo tecnico di coordinamento, una politica unitaria in tema di MR. Per ciascun gruppo di MR, all'interno dell'Area Vasta, sono stati individuati i Centri interregionali di riferimento (per la Provincia di Trento è l'Ospedale S. Chiara).

- d. Per rispondere all'emergenza del trend in continuo aumento di casi di demenza nella popolazione anziana, la Giunta provinciale con deliberazione n. 719 del 6 maggio 2015 approva il "Piano provinciale demenze" nel quale sono indicate le strategie e le azioni per la cura, l'assistenza, il supporto delle persone con demenza e per le loro famiglie. Il Piano è predisposto attraverso un'ampia e articolata partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, dalla Azienda sanitaria nelle sue varie articolazioni ai Servizi sociali, alle RSA, alle associazioni dei familiari. Il Piano comprende interventi, azioni, progetti utili per ciascuna delle fasi che compongono il percorso di malattia, dalla prevenzione alla diagnosi, alle varie forme di assistenza e accompagnamento. Rimandando alla lettura del Piano per un approfondimento, in questa sede vengono evidenziate alcune azioni di particolare interesse:

- la costruzione e il mantenimento della rete di professionisti/servizi che, a partire dalla diagnosi, hanno un ruolo nel percorso di malattia;
- la definizione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale;
- la valorizzazione delle associazioni di familiari a cui sono, tra l'altro, affidate azioni specifiche di informazione e consulenza e la valorizzazione degli strumenti presenti sul territorio (Centro diurni, Centri di ascolto, ecc.) e dei soggetti che li gestiscono;
- l'attenzione alle specificità dell'anziano con demenza nell'ambito della residenzialità (RSA, ricoveri ospedalieri);
- il consolidamento degli interventi a domicilio specifici per l'anziano con demenza (Assistenza domiciliare per persone con demenza, ADP);

L'attuazione delle complesse attività indicate dal Piano è un percorso per fasi successive che vengono puntualmente trasferite nel Programma annuale di attività dell'Azienda sanitaria lungo tutto il decennio. Le azioni previste nel Piano sono monitorate costantemente dal Tavolo di monitoraggio, formato dai rappresentanti dei soggetti istituzionali coinvolti nella cura e assistenza dei pazienti con demenza, anche al fine di mantenere alto il livello di attenzione e di impegno da parte di tutti, individuando i nodi o i collegamenti della rete più fragili, sollecitando gli interventi della comunità locale.

- e. Per favorire il migliore percorso di avvio alla vita delle persone, con deliberazione n. 545 del 7 aprile 2015, la Giunta provinciale adotta il "Percorso nascita" su tutto il territorio provinciale quale nuovo modello organizzativo centrato sulla presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica di riferimento ("dedicata") e volto ad assicurare l'accompagnamento e il sostegno alla donna e al nucleo familiare lungo la gravidanza, il

parto e il puerperio. Questa nuova modalità di assistenza alla donna, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fonda su modelli di assistenza già sperimentati in altri Paesi europei ed extra europei con ottimi risultati per la salute materna e neonatale.

- f. Il Percorso nascita accompagna la progettualità provinciale in tema di "punti nascita", argomento che da anni costituisce un tema "caldo" che contrappone diverse visioni circa l'esigenza di concentrarne la presenza sul territorio vs. l'opportunità di mantenerli aperti anche negli ospedali di valle. Nel 2010 viene stipulato l'Accordo Stato-Regioni che individua precisi standard operativi, di sicurezza e tecnologici delle unità operative di Ostetricia e delle unità operative di Pediatria/Neonatologia di I (500-1.000 parti-nati/anno) e di II livello (parti/anno > 1.000) nonché specifiche misure di politica sanitaria tra i quali la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno e *«la possibilità di mantenimento di punti nascita con una numerosità inferiore comunque non al di sotto di 500 parti/anno unicamente per motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche»*. Le soglie minime di attività previste dall'Accordo 2010 per i punti nascita vengono recepite dal decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 di adozione del Regolamento recante gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, entrato in vigore il 19 giugno 2015; le soglie minime di attività dei punti nascita sono vincolanti a tutti gli effetti per tutte le Regioni, anche quelle a Statuto speciale e le Province autonome, in quanto attengono direttamente ai requisiti di sicurezza e all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). All'indomani dell'entrata in vigore del decreto 70/2015, gli ospedali

di Arco, Cles, Cavalese e Tione avevano un'attività con volumi al di sotto dei 500 parti/anno (gli ultimi due, ben al di sotto) e quindi non risultavano esserci gli spazi tecnico-giuridici per il loro mantenimento in attività. Il Governo provinciale, consapevole dell'obbligo di garantire in tutti i punti nascita le soglie minime di attività (e quindi del rischio di chiusura), si mostra subito determinato a voler salvaguardare questi «*importanti presidi per la montagna*» anche quali simboli tangibili dell'autonomia e delle peculiari caratteristiche morfologiche, orografiche del Trentino. Insieme ad altre Regioni si muove presso il Ministero della Salute per far valere la propria specialità fino ad arrivare al decreto dell'11 novembre 2015 con cui il Ministero introduce la possibilità per le Regioni e Province autonome di presentare richieste di mantenimento in attività di punti nascita con volumi di attività inferiore ai 500 parti/anno secondo uno specifico iter. Con detto provvedimento viene introdotta una deroga al limite minimo dei 500 parti/anno per la sopravvivenza di un punto nascita a fronte di specifiche e documentate caratteristiche del relativo territorio e bacino d'utenza, ferma restando comunque la presenza di tutti gli standard organizzativi, di personale, strutturali e tecnologici previsti dall'ASR 16 dicembre 2010.

A seguito di un lungo e articolato iter (costituito da richieste/indicazioni ministeriali e da risposte tecniche e adozione di specifici interventi da parte della Provincia), l'attuale assetto vede la presenza dei punti nascita in tutti gli ospedali tranne che a Tione e ad Arco. Presso l'ospedale di Arco, peraltro, è stato istituito il Centro per la Procreazione medicalmente assistita (PMA), parte integrante della rete materno-infantile. Questa prestazione a livello nazionale è inserita nei nuovi LEA nel 2017, ma il Trentino ha anticipato detta decisione di qualche anno inserendo la PMA nell'assistenza aggiuntiva (integrativa, come abbiamo visto nei precedenti capitoli, ai LEA na-



zionali, con costi a carico del bilancio provinciale) al fine di dare risposte concrete alle attese delle coppie che intendevano ricorrervi. Negli anni il Centro adotta metodiche e prestazioni sempre più avanzate rafforzando la propria struttura, la competenza tecnica e le tecnologie.

- g. Sempre nell'ambito dell'assistenza pediatrica, il Governo provinciale negli ultimi anni assegna all'Azienda sanitaria l'obiettivo di accreditare tutte le strutture ospedaliere e territoriali al sistema *OMS/Unicef Baby Friendly Hospital and Community (BFHC)*: esso si colloca all'interno dei programmi di qualità di promozione della salute materno-infantile basati su pratiche di provata efficacia, sinergiche e intersettoriali. I citati programmi, ancora in fase di attuazione, hanno l'obiettivo da un lato di assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel miglior modo possibile i bambini neonati e che divengano centri di sostegno per l'allattamento materno, e dall'altro di sostenere i genitori nelle scelte consapevoli e informate sulla salute e l'alimentazione dei propri figli e offrano supporto e aiuto concreto alle famiglie, investendo sulla formazione dei propri operatori e impegnandosi nella diffusione di buone pratiche.
- h. Nel 2016 viene approvato dalla Giunta provinciale il "Piano della fragilità dell'età evolutiva" (deliberazione n. 432 di data 25 marzo 2016); si tratta di un piano pluriennale che individua le principali problematiche da affrontare prioritariamente nell'area della salute mentale in età evolutiva, suddividendole per fasce di età, dalla prima infanzia alla tarda adolescenza e le relative proposte di intervento, con la finalità di rispondere all'intensificarsi dei bisogni socio-sanitari complessi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza, quali il disagio psichico, la patologia psichiatrica in età evolutiva, i disturbi comportamentali, i disturbi specifici dello sviluppo e i

disturbi specifici dell'apprendimento. Il documento costituisce atto di indirizzo per l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e nello stesso vengono individuate anche le risorse necessarie (all'avvio erano state dedicati euro 1.789.750,00) per l'attuazione delle misure e delle azioni per la prevenzione e la promozione dello sviluppo in età evolutiva. Il tema della fragilità nell'infanzia e adolescenza era già stato oggetto di atti programmatori provinciali (anche in coerenza con il livello nazionale).

- i. Nell'ambito degli obiettivi assegnati all'Azienda sanitaria figura l'*Innovazione* e la *Sanità digitale*: il Servizio sanitario provinciale è infatti impegnato da anni nell'implementazione di un modello integrato di gestione della sanità digitale per fare fronte ai cambiamenti legati all'evoluzione demografica e ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Le nuove tecnologie rappresentano un'occasione utile per rivedere i processi e i percorsi di cura, sperimentare nuovi modelli di promozione della salute, di prevenzione, clinici e organizzativi e per ridisegnare le infrastrutture dei servizi. Il Trentino si è sempre distinto a livello nazionale per l'adozione (spesso come prima Regione italiana) di strumenti/supporti informatici per facilitare i professionisti della salute e/o l'accesso alle cure da parte dei cittadini (il periodo pandemico vissuto dal 2020 ha evidenziato l'importanza di poter disporre di un sistema informatizzato di supporto nei molti fattori che caratterizzano un piano così complesso come quello che si è andato realizzando). Dal dicembre 2013, ad esempio, la Provincia autonoma di Trento, tramite l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ha dato via al servizio di "dematerializzazione" delle prescrizioni dapprima farmaceutiche e successivamente anche specialistiche; ha attivato l'ecosistema di sanità digitale TreC che consente l'accesso al Fascicolo sanitario elettronico - FSE (che rende visibile la propria documentazione sanitaria prodotta

dalle strutture del Servizio sanitario provinciale, compreso lo storico a partire dal 2007, oltre a consentire altri servizi per il cittadino). I cittadini trentini hanno a disposizione anche una soluzione più veloce e complementare a TreC: FastTreC, il servizio per tutti i possessori di tessera sanitaria (non solo residenti in Trentino) che permette di visualizzare referti di laboratorio, prenotare il prelievo del sangue e verificare per i minori di 16 anni lo stato vaccinale. Sono inoltre attivi o in sperimentazione altri utilizzi della piattaforma TreC finalizzati a garantire continuità nella cura e un'assistenza più tempestiva ed efficace nei confronti dei malati cronici (ad esempio per la presa in carico e la cura dei pazienti con Diabete di tipo I).

Cuore nevralgico di tutte le attività di *information technology* applicate alla sanità è il centro di competenza TrentinoSalute4.0, nato con l'obiettivo di creare uno spazio condiviso e un laboratorio congiunto capaci di supportare lo sviluppo della sanità digitale nella provincia autonoma di Trento, attraverso un approccio di sistema (deliberazione della Giunta provinciale n. 2412 di data 20 dicembre 2016). Attori di TrentinoSalute4.0 sono la Provincia autonoma di Trento, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e i Centri di ricerca (Fondazione Bruno Kessler), che mettono a fattor comune le proprie competenze ed esperienze e rappresentano lo strumento di coesione tra gli indirizzi della programmazione sanitaria, i bisogni di innovazione espressi dal Servizio sanitario provinciale e le opportunità offerte dalla ricerca e dalle nuove tecnologie digitali.

- j. Altro ambito interessato da obiettivi assegnati annualmente dalla Provincia all'Azienda sanitaria ha riguardato il trasporto infermi e l'elisoccorso. La riorganizzazione degli ospedali articolati in una unica rete secondo criteri di sussidiarietà e di efficienza con Trento come riferimento provinciale e gli altri ospedali che vi fan-

no riferimento può essere adottata se a tutti i cittadini del Trentino è assicurato l'accesso alle cure nei tempi adeguati per ottenere la migliore assistenza (particolarmente importante per le prestazioni sanitarie "tempo-dipendenti" come ad esempio per talune malattie cardiovascolari ovvero per l'ostetricia o la traumatologia maggiore). In altre parole, è essenziale garantire a tutti i cittadini un'architettura del servizio capace di garantire coerenza tra i bisogni sanitari dei pazienti e i servizi disponibili sull'intero territorio provinciale, coordinando le prestazioni erogate all'interno dell'organizzazione e pianificando le dimissioni e i controlli successivi. Quindi diventa essenziale avere a disposizione, nell'ambito dell'area di urgenza-emergenza, un efficiente ed efficace sistema di trasporto sanitario attivo nelle 24 ore che garantisca la continuità delle cure, la sicurezza del paziente e modalità omogenee di presa in carico.

È infatti anche attraverso il potenziamento delle funzioni di urgenza-emergenza che risulta possibile concretizzare la dicotomia di funzioni fra gli ospedali di primo livello e quelli di secondo livello della rete ospedaliera e consentire un utilizzo efficiente delle risorse tecniche, umane e finanziarie complessivamente a disposizione del Servizio sanitario provinciale in un contesto di decrescita della finanza provinciale che impone (e imporrà in prospettiva) l'adozione di azioni di razionalizzazione anche rilevanti.

Proprio in ragione della rilevanza che un efficiente sistema di trasporto sanitario ha sulla efficacia delle cure e quindi sul risultato di salute per i cittadini, in Trentino - terra di montagna e quindi con possibili criticità nella viabilità - il sistema di trasporto sanitario ha sempre goduto di una particolare attenzione nell'ambito delle politiche sanitarie ed è da tempo organizzato a rete con la collaborazione delle numerose associazioni di volontariato per l'attività di soccorso, trasporto sanitario e attività correlate distribuite su tutto il Trentino e con una

“regia” centrale (Centrale operativa 118), modalità riconosciuta come eccellenza anche a livello nazionale. Il Trentino è stato fra le prime regioni italiane ad introdurre l’elisoccorso, che all’avvio del servizio non era attivo nelle ore notturne. Nel corso degli anni dal 2013 al 2014 la Provincia ha dunque progressivamente adottato le necessarie misure per assicurare l’elisoccorso H24, nella convinzione che l’attivazione di una rete di soccorsi e di trasporti veloci e con elevata professionalità fosse presupposto per garantire la massima accessibilità di tutti i cittadini, anche i più periferici, ai servizi e ai trattamenti d’emergenza, consentendo inoltre agli ospedali periferici di assolvere pienamente al proprio ruolo nell’ambito della rete ospedaliera provinciale, così come delineato dalla l.p. 16/2010, con standard adeguati di qualità e sicurezza per i cittadini, potendo contare sulla possibilità del trasferimento tempestivo di quei pazienti i quali, per la complessità/criticità della patologia, necessitassero di trattamento in sedi più appropriate.

L’elisoccorso H24 ha comportato per la Provincia un notevole sforzo organizzativo e finanziario: oltre all’acquisto di elicotteri di tipologia adeguata secondo specifici standard internazionali, sono state adeguate le piazzole di atterraggio e decollo distribuite su tutto il territorio provinciale sia dal punto di vista strutturale che di personale dedicato ai fini della sicurezza. Sono inoltre state riviste le dotazioni di personale di assistenza (equipe di soccorso) e le procedure di intervento.

#### **k. La protonterapia**

La protonterapia è una tecnologia complessa e innovativa attivata in Trentino per rispondere ad un bacino d’utenza anche extra provinciale; è un trattamento oncologico radiante di precisione effettuato con particelle pesanti (protoni) e rivolto a pazienti affetti da patologie tumorali. Come abbiamo visto nel capitolo relativo al decennio

di riferimento, la legge provinciale 1° agosto 2003, n. 5 che, all'art. 22 ne ha previsto la realizzazione, affidando le attività di progettazione, realizzazione attivazione del Centro di Protonterapia medica all'Agenzia provinciale per la protonterapia (ATreP). L'Agenzia negli anni successivi provvede alla realizzazione della Protonterapia; negli anni 2013-2014, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) subentra (al posto di ATreP) nel contratto principale con R.T.I. IBA S.A. (mandatario) con sede in Belgio e Mantovani S.p.A. (mandante) con sede in Italia, per la fornitura e l'installazione del sistema di protonterapia e i lavori edilizi connessi e nella gestione della locazione dell'impianto, nonché nei relativi oneri finanziari. In conseguenza l'agenzia ATreP viene soppressa. Il Centro di Protonterapia si inserisce quindi nell'articolazione organizzativa dell'ospedale S. Chiara di Trento nell'ambito della cura delle malattie oncologiche; il primo paziente viene trattato il 22 ottobre 2014 e l'anno successivo viene trattato il primo paziente pediatrico. Infatti, dal 2014 la Giunta provinciale inserisce i trattamenti di protonterapia nell'elenco delle prestazioni sanitarie aggiuntive garantite dal Servizio sanitario provinciale ai residenti da almeno 3 anni in provincia di Trento.

A partire dal 2014, il Centro incrementa progressivamente la propria attività clinica e di ricerca. In particolare, dal 2017 le prestazioni di protonterapia vengono inserite dal Ministero della Salute nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) anche se, a tutt'oggi, non sono di fatto erogabili a tutti i cittadini italiani in quanto non ne è stata ancora definita la tariffa da parte dello Stato. In attesa che ciò avvenga, la provincia di Trento ha stipulato specifici accordi con alcune Regioni italiane per l'erogazione delle prestazioni ai propri cittadini (Marche, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, altre) oltre che con ospedali pediatrici per il trattamento di pazienti oncologici (Ospedale Meyer di Firenze, Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma) e

con Centri fuori del territorio nazionale. In particolare, la Giunta provinciale approva uno schema di accordo euro-regionale tra la Provincia autonoma di Trento, la Provincia autonoma di Bolzano e il Land Tirolo per la valorizzazione del Centro di Protonterapia di Trento e per l'accesso ai trattamenti di protonterapia dei pazienti residenti nella provincia di Bolzano e nel Land Tirolo. È molto recente l'accordo per i trattamenti di protonterapia con l'Advanced Care Oncology Center di Al Furjan di Dubai.

Dall'avvio della attività, sono stati trattati circa 300 pazienti all'anno per un totale (a gennaio 2021) di 1.453 tra bambini e adulti. Il Centro è una struttura unica in Italia dal punto di vista tecnologico e uno tra gli oltre 80 Centri di Protonterapia nel mondo. A partire dal 2017, Trento è il primo centro in Europa e secondo al mondo ad aver sviluppato e implementato trattamenti di radiochirurgia con protoni per trattare tumori localizzati in parti dell'encefalo non operabili chirurgicamente.

Il Centro di Trento ospita anche una importante attività di ricerca attraverso l'*Institute for fundamental physics and applications (Tifpa)*, un centro nazionale dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (INFN) nato grazie alla collaborazione tra l'Azienda sanitaria, l'Università degli Studi di Trento e la Fondazione Bruno Kessler.

## 5.17. Il finanziamento della spesa sanitaria provinciale<sup>17</sup>

La Provincia, ai sensi dell'art. 34 comma 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, provvede sul proprio territorio all'erogazione del servizio sanitario senza alcun apporto a carico del bilancio dello

<sup>17</sup> Il testo di questo paragrafo riprende il lavoro di Andrea Maria Anselmo in *Le politiche della Provincia autonoma di Trento (1971-2019)*, vol. 5 *Sanità*, a cura di S. Fedrigotti, P. Maccani, M. Marcantoni, G. Ruscitti, per TSM (2020).

Stato; questo significa che in Trentino, in quanto Provincia autonoma, la Sanità è finanziata interamente dal bilancio provinciale e non beneficia di trasferimenti statali, diversamente da quanto avviene nelle altre Regioni ordinarie ove lo Stato assegna e trasferisce annualmente a ciascuna Regione, sulla base della popolazione residente, la quota spettante del Fondo sanitario nazionale (FSN) per la copertura dei Livelli essenziali di assistenza (cosiddetta "quota capitaria"), mentre il finanziamento dei Livelli aggiuntivi e ulteriori di assistenza rimane a carico della fiscalità regionale. In realtà la Provincia fino al 2009 ha beneficiato di alcuni marginali trasferimenti statali sulla sanità su specifiche leggi di settore (vedi legge 67/1988 in materia di edilizia sanitaria); con l'Accordo di Milano del 30 novembre 2009 questo canale di finanziamento statale è venuto meno.

Oggi il bilancio provinciale assicura integralmente (sulla Missione 13) le risorse per la copertura della spesa sanitaria corrente di funzionamento e per gli investimenti in attrezzature e strutture sanitarie.

L'applicazione del d.lgs. 118/2011 ha reso obbligatoria per i bilanci delle Regioni la cosiddetta perimetrazione, ossia la rappresentazione nella sezione delle entrate dei trasferimenti spettanti sul Fondo sanitario nazionale (in base al relativo riparto) e delle entrate aggiuntive che la singola Regione impiega per la copertura dei Livelli aggiuntivi e ulteriori di assistenza. Per la Provincia questo obbligo non sussiste in quanto, come detto, non beneficia di assegnazioni sul Fondo sanitario nazionale; sussiste però l'obbligo di rappresentare separatamente, nella sezione della spesa, la quota di finanziamento dei Livelli essenziali e dei Livelli aggiuntivi di assistenza.

Un altro aspetto rilevante in tema di spesa sanitaria è quello del coordinamento della finanza pubblica e del controllo e contenimento della spesa sanitaria.

Anche dopo la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 permane infatti la necessità di rendere la spesa sani-



taria compatibile con la limitatezza delle disponibilità finanziarie; in particolare preme qui evidenziare che, secondo la Corte costituzionale, spetta allo Stato il compito di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria attraverso la determinazione dei principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, realizzando un bilanciamento tra l'esigenza di uguaglianza connessa al godimento del diritto alla salute e quella di raggiungere tale scopo in presenza di una limitata disponibilità finanziaria. L'autonomia legislativa e organizzativa delle Regioni in tema di tutela della salute e in particolare nella gestione del proprio servizio sanitario può dunque incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento degli obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari. La Corte costituzionale è costante nel ritenere che i principi di "coordinamento della finanza pubblica" recati dalla legislazione statale si applicano, di regola, anche ai soggetti ad autonomia speciale, poiché funzionali a prevenire disavanzi di bilancio, a preservare l'equilibrio economico-finanziario del complesso delle Amministrazioni pubbliche e a garantire l'unità economica della Repubblica, dato che la finanza delle Regioni e Province a Statuto speciale è parte della finanza pubblica allargata (da ultimo: sentenza 80/2017, 132/2017). Lo Stato può dunque imporre alle Autonomie speciali vincoli alle politiche di bilancio, sia quando l'obiettivo consiste nel contenimento della spesa in sé sia quando l'obiettivo consiste nell'efficientare la spesa. La Corte ha chiarito che i rapporti tra lo Stato e le Autonomie speciali sono regolati dal principio dell'accordo declinato nella forma della leale collaborazione; lo Stato non può però imporre alle Province autonome vincoli alla spesa sanitaria in quanto lo Stato non concorre in alcun modo al finanziamento del Servizio sanitario provinciale, che si sostenta totalmente con entrate provinciali (sent. 75/2016,

132/2017) e per questo motivo l'esercizio delle competenze legislative da parte dello Stato in via esclusiva (in materia di LEA) o concorrente (in materia di tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica) non può mai giustificare, nei confronti delle Province autonome, l'imposizione di vincoli di spesa in materia sanitaria.

La modifica all'ordinamento finanziario statutario contenuta nella legge n. 190/2014, che ha recepito i contenuti del Patto di garanzia - siglato il 15 ottobre 2014 tra la Regione Trentino-Alto Adige, la Provincia autonoma di Trento, la Provincia autonoma di Bolzano e lo Stato - ha poi introdotto come elemento innovativo nella regolazione dei rapporti finanziari tra le Autonomie del Trentino-Alto Adige e lo Stato il riferimento al sistema territoriale regionale integrato, costituito dalla Regione, dalle Province, dagli enti locali, dai relativi enti e organismi strumentali, pubblici e privati, dalle Aziende sanitarie, dalle Università, dalle Camere di Commercio e dagli altri organismi a ordinamento regionale e provinciale finanziati in via ordinaria dalla Regione e dalle Province.

In buona sostanza si prevede che gli enti del sistema territoriale di ciascuna Provincia, nei quali rientra ovviamente l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, garantiscano un concorso complessivo unitario agli obiettivi di finanza pubblica, concorso quantificato nell'ambito del Patto di garanzia recepito appunto nella legge n. 190/2014. In questo contesto il comma 4 dell'articolo 79 dello Statuto prevede una clausola di esaustività riguardo agli oneri posti a carico del sistema territoriale integrato che sottrae gli enti che lo compongono alle disposizioni dello Stato che prevedono obblighi, oneri, accantonamenti e riserve all'erario o concorsi comunque denominati, ivi inclusi quelli afferenti il Patto di stabilità interno, diversi da quelli previsti dal nuovo ordinamento finanziario statutario. La clausola di esaustività trova applicazione in quanto la Provincia adotta per sé e per gli altri enti del sistema autonome misure di razionaliz-

zazione e di contenimento della spesa, attraverso le *direttive annuali*, finalizzate ad assicurare il controllo e il monitoraggio della spesa e il rispetto delle dinamiche della spesa aggregata delle Amministrazioni pubbliche previsto a livello nazionale, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea. In occasione della manovra di bilancio la Giunta provinciale destina all'Azienda sanitaria le risorse disponibili per l'attuazione delle politiche annualmente indicate; da ultimo, con deliberazione 2170/2019 ha approvato le direttive all'APSS per il triennio 2020-2022.

Per quanto attiene alla spesa sanitaria provinciale (al netto della spesa cosiddetta *out of pocket*, ossia la spesa privata che viene sostenuta direttamente dalle famiglie "di tasca propria" per la diagnosi e le cure mediche), si ricorda che essa comprende sia quella destinata ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza sia la spesa per le (eventuali) spese/risorse che la Provincia destina per assicurare Livelli aggiuntivi ulteriori di assistenza alla propria popolazione e/o per adottare propri modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni dell'assistenza. In proposito si ricorda infatti la spesa che la Provincia sostiene costantemente per l'assistenza sanitaria aggiuntiva protesica, per l'assistenza odontoiatrica di cui legge provinciale 22/2007, per il Centro di Protonterapia, per il mantenimento degli ospedali periferici in considerazione della morfologia/orografia del territorio e per il mantenimento dei posti letto e degli standard di assistenza nelle RSA.

La Provincia, già a seguito della riforma del 2010, espone interamente la spesa sanitaria nel Fondo sanitario provinciale (di cui all'art. 16 della l.p. 16/2010) e nel Fondo per l'assistenza integrata (di cui all'art. 18); in questo modo viene garantita unitarietà di *visione* e di *destinazione* alle risorse che risultano totalmente iscritte nell'ambito dei due Fondi; in particolare il primo Fondo è destinato al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre il secondo è destinato all'assistenza sanitaria aggiuntiva e alla copertu-

ra della spesa per le aree dell'integrazione socio-sanitaria materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze e salute mentale. Una volta quantificati con la legge provinciale di bilancio, i due Fondi vengono assegnati all'APSS attraverso il riparto annuale delle risorse per il Servizio sanitario provinciale (SSP) disposto dalla Giunta provinciale.

Un altro elemento importante riguarda la tipologia della spesa sanitaria, ossia se si tratta di spesa corrente o di spesa d'investimento. La prima riguarda i costi che sono sostenuti per il funzionamento di un servizio sanitario, mentre la seconda - che dipende dal volume di risorse che la Giunta provinciale mette a disposizione sui piani e sui programmi di ogni Legislatura - fa riferimento alla spesa che viene sostenuta per l'acquisizione di attrezzature e la realizzazione di infrastrutture sanitarie, spesa che poi viene imputata sui singoli anni di utilizzo del cespite attraverso l'ammortamento. Per quanto attiene alla spesa per investimenti, essa dipende dal volume di risorse che la Giunta provinciale mette a disposizione sui piani e sui programmi di ogni Legislatura; in ogni caso si può dire che, almeno per le attrezzature sanitarie, essa ammonta a circa 10/15 milioni di euro all'anno.

## 5.18. Anno 2020: la pandemia da Covid-19



seguito dell'identificazione in Cina di un *cluster* di casi di polmonite dovuto a un nuovo Coronavirus SARS-CoV-2, il 31 gennaio 2020 il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio 2020, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, proclama lo stato di emergenza e mette in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale. In Trentino il primo caso di Covid-19, proveniente dalla Lombardia, viene rintracciato il 3 marzo 2020.

La Provincia autonoma di Trento adotta il 22 febbraio 2020 la prima ordinanza avente ad oggetto interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza sanitaria. A partire da quella data, la Provincia deve affrontare il complesso e articolato tema del contrasto alla pandemia, da tanti punti di vista, tutti ugualmente rilevanti: gli aspetti di sanità pubblica, la cura e la riabilitazione dei cittadini contagiati, gli aspetti economici, la regolamentazione di aspetti della vita quotidiana finalizzata alla limitazione dei contagi (la scuola, i trasporti, la mobilità, gli esercizi pubblici, il lavoro). Inevitabilmente anche la programmazione sanitaria provinciale è completamente rivista, dovendo dare la priorità all'assunzione di provvedimenti per la riorganizzazione complessiva del sistema sanitario idonea a fare fronte a una situazione tanto sconosciuta (almeno all'inizio) quanto devastante dal punto di vista organizzativo. In conseguenza, la Giunta provinciale a luglio 2020 modifica e integra gli obiettivi già assegnati per il 2020 al Direttore generale in applicazione dell'art. 26 e 28 della l.p. 16/2010, introducendo la valutazione sulla realizzazione dei piani e dei programmi previsti per affrontare l'epidemia Covid-19 a livello nazionale e provinciale.

In questa sede si sceglie di non dare puntuale riscontro di tutti gli interventi operati a livello provinciale nell'ambito della sanità e, in conseguenza, da parte dell'Azienda sanitaria. In considerazione della straordinarietà dell'anno 2020 in tutto il mondo per effetto della pandemia, non è possibile, peraltro, non citare il grande sforzo che anche il Trentino deve agire. Quindi, si ritiene rilevante mettere in risalto, seppure in estrema sintesi, le azioni di programmazione che hanno interessato l'ambito della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera e specialistica e dell'assistenza territoriale.

L'organizzazione sanitaria trentina, a differenza che in altre Regioni, ha potuto affrontare la pandemia attraverso un potenziamento delle risorse presenti negli ospedali, ma soprattutto potendo contare su una organizzazione territoriale integrata (Dipartimento Prevenzione e Unità operative

di Assistenza territoriale) già presente e strutturata prima del contagio e quindi in grado, con alcuni rinforzi specifici, di trattare la maggior parte dei pazienti a domicilio, scongiurando (come è avvenuto in alcune Regioni italiane) il ricorso massiccio agli ospedali. Anche l'importante sviluppo delle tecnologie informatiche a supporto del Servizio sanitario provinciale - che negli anni in Trentino è stato sostenuto dalla Provincia - è di grande aiuto nell'affrontare aspetti cruciali dell'assistenza sanitaria, facilitando molti dei processi di interesse dei cittadini (ad esempio, per molta parte dell'anno alcuni percorsi per ottenere certificazioni/autorizzazioni all'erogazione di prestazioni si sono svolte su base documentale solo in via elettronica).

I primi provvedimenti assunti dalla Provincia riguardano in particolare:

- la riorganizzazione della rete degli ospedali del Servizio ospedaliero provinciale e la definizione del ruolo di supporto delle strutture convenzionate con il SSP;
- L'assegnazione di funzioni specifiche al Dipartimento Prevenzione e alle Unità operative di Assistenza territoriale;
- la predisposizione di Protocolli/Linee guida per la prevenzione e per la presa in carico di pazienti affetti da Covid-19 nei vari contesti degli ambiti sanitari e sociali, ma anche nei contesti di vita e di lavoro dei cittadini (scuola, trasporti, esercizi commerciali, ecc.);
- l'individuazione di nuove modalità erogative dell'assistenza specialistica che, sospese per un lungo periodo di tempo (erano garantire solo le urgenze improcrastinabili) nel rispetto della impossibilità di accesso alle strutture, hanno utilizzato i sistemi di Telemedicina;
- l'attivazione delle USCA, unità a supporto della rete dei medici di famiglia per l'assistenza a domicilio ai pazienti affetti da Covid-19;
- la pubblicazione di campagne informative per i cittadini (anche con modalità di contatto nuove e immediate) e

l'organizzazione di eventi formativi via web con i professionisti sanitari;

- il potenziamento dei Laboratori di diagnostica per far fronte alla gestione di un numero sempre più elevato di esami da processare;
- la revisione temporanea delle attività chirurgiche, riservate per periodi determinati dell'anno agli interventi di urgenza-emergenza, e l'effettuazione dei parti solo negli ospedali di Trento e Rovereto;
- il supporto per le attività di prevenzione e di cura nei confronti delle Residenze sanitarie assistenziali.

Sulla scorta di provvedimenti nazionali che indicano alle Regioni e alle Province autonome di predisporre specifiche azioni, la Giunta provinciale (deliberazione 457 del 9 aprile 2020) assegna all'Azienda sanitaria prime risorse per fare fronte all'acquisto di materiali, di servizi, di attrezzature, di interventi strutturali necessari ad affrontare l'infezione. Vengono pertanto costituiti nuovi capitoli di bilancio, per le spese correnti e per gli investimenti, ai quali imputare i costi finalizzati all'emergenza Covid-19.

Con successiva deliberazione n. 489 del 17 aprile 2020, la Giunta provinciale prende atto dei decreti nazionali che prevedono il potenziamento del Servizio sanitario nazionale attraverso il finanziamento di specifiche misure/linee di intervento al quale accedono le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le Autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario. Detti decreti assegnano alla Provincia un finanziamento statale di 12.937.383,00 euro da utilizzare per le seguenti voci di spesa:

- per il reclutamento di professionisti sanitari e per incrementare le ore di specialistica convenzionata;
- per la remunerazione di prestazioni di lavoro straordinario per il personale dipendente direttamente impegnato nella lotta alla Covid-19;

- per la stipula/aumento dei contratti negoziali con le strutture convenzionate per l'incremento dei posti letto da dedicare ai pazienti Covid-19 e per eventuali collaborazioni con strutture autorizzate ma non convenzionate;
- per l'attivazione/realizzazione di opere edilizie sanitarie utili alla gestione dell'emergenza.

## L'assistenza ospedaliera

Un successivo decreto-legge (n. 34 del 19 maggio 2020, cosiddetto "Decreto Rilancio", convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77) prevede di intraprendere azioni finalizzate a potenziare e rafforzare strutturalmente l'offerta sanitaria attraverso un organico Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, garantendo l'incremento immediato delle disponibilità di letti di terapia intensiva e ad alta intensità di cure al fine di adeguare i sistemi sanitari regionali ad affrontare la pandemia.

Il conseguente Piano provinciale, sottoposto all'approvazione del Ministero della Salute, dispone di risorse finanziarie correnti statali di 3.836.677,00 euro; inoltre è previsto un finanziamento statale in conto capitale di 16.249.428,00 euro per gli interventi di edilizia sanitaria e per l'acquisto degli automezzi per i trasporti secondari (quindi risorse per: posti letto in terapia intensiva e semi intensiva, separazione dei percorsi, ristrutturazione dei Pronto soccorsi, potenziamento della rete dell'emergenza). La Giunta provinciale, con deliberazione n. 808 del 16 giugno 2020, approva il "Piano di riorganizzazione della rete degli ospedali" sulla base della proposta dell'Azienda sanitaria.

Il Piano prevede l'individuazione dell'Ospedale di Rovereto come "Covid Hospital" mentre gli altri ospedali garantiscono l'accoglienza e la gestione dei pazienti a minore intensità di cura e l'utilizzo degli Ospedali di Trento e di Rovereto quali riferimento di terapia intensiva. La riorga-



nizzazione impone la progressiva trasformazione dei mandati di numerose unità operative e l'adattamento logistico di alcuni settori ospedalieri, interessati anche da un progressivo aumento dei posti letto di media e altra intensità assistenziale di posti letto di terapia intensiva. Successivamente, il modello organizzativo messo in campo consente un adeguamento flessibile alle esigenze di accoglienza di pazienti, con il potenziamento della rete provinciale, alla quale hanno fornito un contributo anche le strutture convenzionate presenti in Trentino.

Al potenziamento delle strutture ospedaliere si accompagna, ovviamente, il rinforzo delle risorse costituite dai professionisti sanitari, la realizzazione di opere edilizie di adeguamento, la riorganizzazione e il potenziamento del Pronto soccorso e dei trasporti sanitari.

## L'assistenza territoriale

Il già citato decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, prevede inoltre che per l'anno 2020 le Regioni e le Province autonome adottino piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale allo scopo di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19. Detto decreto stabilisce che il previsto potenziamento dovrà permettere di implementare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti, al fine di:

- operare un'azione di sorveglianza attiva, definire i protocolli di comportamento e monitorare tutte le situazioni di rischio epidemiologico, intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus e porre in essere le azioni di contenimento;
- assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbliga-

torio, dimessi o pauci-sintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario;

- potenziare ulteriormente l'assistenza domiciliare e introdurre nuove forme di assistenza a favore dei pazienti fragili e affetti da patologie croniche, con l'attivazione di nuovi modelli di "infermiere di famiglia" (o "infermiere di comunità").

Per l'attuazione delle misure previste sulla rete territoriale, è previsto un finanziamento statale complessivo di parte corrente a favore della Provincia autonoma di Trento pari a 13.322.284,00 euro per l'anno 2020, a integrazione delle risorse già attribuite su alcune delle misure previste dal Programma operativo di cui alla deliberazione n. 489/2020.

Con deliberazione n. 1422 del 18 settembre 2020, la Giunta provinciale approva il Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Provincia autonoma di Trento, precisando che detto provvedimento costituisce, in base al principio "salute in tutte le politiche", programma stralcio del programma sanitario e socio-sanitario di cui all'art. 13 della l.p. 16/2010 inerenti al macro-obiettivo 1. Più anni di vita in buona salute (Malattie infettive, Sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche) e al macro-obiettivo 3. Un sistema socio-sanitario con la persona al centro (Promuovere e sostenere l'umanizzazione delle cure, Riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio) del Piano per la Salute del Trentino 2015-2025. Il Piano include attività che la Provincia e l'Azienda sanitaria avevano già messo in campo durante lo svolgersi della pandemia, nonché azioni/progettualità di nuova realizzazione.

Il Piano prevede essenzialmente:

1. il potenziamento e la ridefinizione del ruolo del Dipartimento Prevenzione (al quale viene assegnato direttamente il personale che svolge compiti di igiene e sanità pubblica, prima dipendente dalle Unità operative di Assistenza territoriale);

2. la stretta collaborazione e integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e Cure primarie, con una gestione centralizzata delle chiamate, finalizzata a garantire l'identificazione dei casi a livello centrale e la presa in carico sul territorio;
3. la riorganizzazione della medicina convenzionata con la valorizzazione del lavoro in *equipe* con le altre figure sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, garantendo tuttavia la necessaria flessibilità organizzativa, in ragione delle esigenze dei diversi territori, previo confronto in sede sindacale;
4. il coordinamento unitario degli interventi sul territorio attraverso l'attivazione della Centrale operativa e del Numero europeo armonizzato 116117 (NEA) alla quale affidare, oltre ai servizi di tipo informativo, ulteriori servizi finalizzati a garantire il coordinamento unitario degli interventi sul territorio, affidati a operatori dedicati del Dipartimento Prevenzione (Nucleo Operativo Covid attivo 7 giorni su 7 dalle 8.00 alle 18.00) e dei servizi di Cure primarie;
5. il potenziamento temporaneo delle risorse del Dipartimento di Prevenzione e delle Unità operative di Cure primarie con *equipe* (medici, assistenti sanitari, infermieri, OSS e supporto amministrativo) per la gestione dei contagi e per la presa in carico dei pazienti a domicilio, anche attraverso risorse mediche denominate Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), unità che costituiscono una innovazione organizzativa utile anche per "proteggere" i medici convenzionati da possibili rischi infettivi e conseguentemente consentire agli stessi di continuare a operare a favore degli utenti cronici, anche con modalità di interazione quali la Telemedicina;
6. l'introduzione nella *equipe* di assistenza territoriale della figura dell'assistente sociale che svolge una funzione di raccordo con i Servizi sociali e intercetta situazioni di fragilità, al fine di attivare gli strumenti disponibili per la loro presa in carico. L'assistente sociale è una figura

determinante nella valutazione multidimensionale dei bisogni non solo per la popolazione anziana, ma anche in generale per le situazioni di disagio mentale e intellettuale nelle varie fasce d'età, anche associato a forme di dipendenza o difficoltosa gestione della funzione genitoriale, eventualmente contraddistinte da un decadimento della rete relazionale intrafamiliare o del nucleo monocomponente;

7. l'allestimento di punti (*drive through*) per l'erogazione di attività di diagnosi e di screening (tamponi virologici) e supporto informatico per il contatto con i cittadini;
8. il potenziamento dell'assistenza territoriale con strumentazioni da utilizzare a domicilio (strumenti per il monitoraggio della saturazione d'ossigeno, kit di monitoraggio, ecografi, elettrocardiografi, app di telefonia) che hanno dimostrato grande efficacia nella cura;
9. per far fronte alla situazione di emergenza che limita l'accesso dei cittadini alle strutture di offerta delle prestazioni (anche a protezione dei professionisti), l'utilizzo formalizzato della Telemedicina per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria da remoto (collegamento telefonico ovvero tramite il ricorso a tecnologie innovative, ICT) al fine di consentire e facilitare la gestione routinaria di attività assistenziali e specialistiche, a cominciare dai pazienti cronici e fragili in una logica di presa in carico e di continuità assistenziale. In conseguenza, la Giunta provinciale (deliberazione n. 456 del 9 aprile 2020) aggiorna il Nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (NT) con le prestazioni di Telemedicina: visite da remoto (primo accesso e, prevalentemente, visita di controllo) di diverse specialità, immediatamente attivabili, che affiancano l'analoga prestazione erogata in modalità tradizionale;
10. il potenziamento dei Servizi infermieristici territoriali con l'"Infermiere di famiglia" (art. 1 comma 5 decreto-legge 34/2020). L'infermiere di famiglia/di comunità ha un

forte orientamento alla gestione proattiva della salute favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, può fornire prestazioni dirette sulle persone assistite e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. A livello organizzativo, opera con continuità ed è di riferimento per tutta la popolazione, in stretta sinergia con la Medicina generale, il Servizio sociale e tutti i professionisti coinvolti nei *setting* di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie e ambiti professionali e di interrelazione e integrazione multiprofessionale. Il progetto permette la concreta implementazione di un modello di "Ambulatorio di prossimità/Ambulatorio cronicità", in una logica che unisca medicina diffusa e medicina d'iniziativa con l'apertura/il potenziamento di una rete di ambulatori in prossimità ai luoghi naturali di vita delle persone; il Piano quindi di fatto consente di estendere la sperimentazione che la Giunta provinciale aveva già promosso con l'assegnazione all'Azienda per l'anno 2020 dell'obiettivo "1.A.2 - Innovazione organizzativa nelle cure primarie", che aveva già richiesto l'attenzione sulla valorizzazione, all'interno di *equipe* di lavoro multidisciplinari, delle risorse infermieristiche del territorio e sul miglioramento della risposta sanitaria ai cittadini nel servizio di continuità assistenziale. In sintesi, una forte evoluzione del Servizio infermieristico che la pandemia ha accelerato: l'infermiere di famiglia/di comunità, in integrazione con il medico di famiglia, presente in modo programmato presso la comunità/comune di riferimento per l'attivazione di *follow up* di monitoraggio delle patologie croniche (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione insufficienza renale, patologie respiratorie) e programmi di promozione attiva della salute, secondo un piano assistenziale personalizzato condiviso con il MMG.

## L'assistenza nelle Residenze sanitarie assistenziali

Il Piano prevede inoltre specifiche azioni per la Sorveglianza e l'assistenza nella Residenze sanitarie assistenziali (RSA). La Provincia, fin dai primi riscontri di casi di infezione, attiva specifici provvedimenti di supporto alle RSA; la pandemia evidenzia per dette strutture alti livelli di qualità nei modelli organizzativi e negli strumenti di monitoraggio per affrontare la cronicità polipatologica e sul programma di cure palliative secondo indirizzi, linee guida, indicatori e percorsi tarati a misura dei grandi anziani, salvaguardando massimamente l'obiettivo di rendere le strutture sempre più rispondenti alla necessità di assicurare benessere e qualità di vita al massimo livello possibile compatibile con una situazione di residenzialità, considerando *in primis* la struttura come la casa dell'anziano, il luogo di vita, anche affettivo e relazionale. La pandemia però evidenzia anche la necessità di rafforzare la capacità delle RSA di adottare tempestivamente misure igienico-sanitarie per affrontare una problematica infettiva. Il Piano approvato dalla Giunta provinciale con la deliberazione citata afferma l'esigenza di un ripensamento nei modelli di *governance* e assistenza a livello provinciale puntando a una maggior qualificazione e integrazione organizzativa e professionale tra RSA e APSS; il percorso di riorganizzazione, da adottare progressivamente, prevede l'inserimento nelle RSA di una figura con funzioni di direzione medica e una valorizzazione del medico a cui affidare l'assistenza clinica degli ospiti. All'APSS spetta di valorizzare e integrare maggiormente le competenze mediche specialistiche (geriatria, demenza, psichiatria, cardiologia, neurologia, riabilitazione, igiene e sanità pubblica, infettivologia, ecc.) che possono supportare le RSA attraverso consulenze o prestazioni specialistiche attivabili tempestivamente, da garantire mediante logiche di reti assistenziali integrate tra ospedale e territorio.

Nel corso dell'anno, il sistema delle RSA è duramente provato dalla pandemia, come era da attendersi in ragione della fascia di età degli ospiti, delle polipatologie da cui sono affetti (negli anni il livello di complessità clinica è andato sempre aumentando), del sistema di vita comunitario che caratterizza la residenzialità. La Provincia fin da aprile 2020 istituisce un gruppo di esperti "Task force RSA/APSP" a supporto degli enti gestori di RSA e di centri residenziali per disabili gravi in maggiore difficoltà a causa dell'epidemia, ampliandone nel tempo i compiti: dalla consulenza ai medici delle RSA sugli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici, alla consulenza sulla logistica da attivare per limitare i contagi; dalla formazione dei professionisti ai pareri per il trasferimento dei malati nelle RSA Covid; dalla valutazione sull'opportunità di inviare personale aggiuntivo alla gestione delle modalità con cui effettuare i tamponi, all'assistenza alle RSA per il reperimento di strumenti e ausili utili ad affrontare la gestione dei malati.

L'Azienda sanitaria supporta le RSA nella funzione igienistica in fase di emergenza, attraverso la consulenza di proprio personale medico e infermieristico. Inoltre, interviene nella fase di picco emergenziale, distaccando proprio personale presso le strutture più colpite, per garantire un adeguato livello di assistenza clinica e infermieristica agli ospiti Covid-19.

Dal punto di vista organizzativo, la Provincia individua alcune strutture dedicate esclusivamente all'assistenza ai pazienti Covid (RSA Covid) e attiva RSA/nuclei di transito (dedicati alla funzione di "quarantena") e di sollievo.

La forte integrazione tra Azienda sanitaria e sistema RSA consente di attivare presso le strutture i cosiddetti "letti temporanei" finalizzati (in deroga al sistema vigente di accesso tramite le Unità di valutazione multidisciplinare) all'ingresso diretto dagli ospedali di pazienti che hanno superato la fase acuta di malattia Covid ma non sono ancora in condizione di rientrare a domicilio. Questa modalità consente di "liberare" gli ospedali dall'eccessivo carico di degenti e di rendere quindi più fluido l'accesso all'assistenza ospedaliera.

## I tempi di attesa per prestazioni di ricovero e specialistiche

A metà agosto 2020 viene approvato il decreto-legge 104/2020 che all'art. 29 prevede che, a decorrere dalla sua entrata in vigore e sino al 31 dicembre 2020, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale, al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 e contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa. Il decreto-legge precisa quali possono essere gli strumenti sia contrattuali da adottare per rinforzare l'erogazione di prestazioni tramite i professionisti dipendenti e convenzionati sia straordinari per incrementare il numero di specialisti. Il decreto citato autorizza contestualmente un finanziamento per tali finalità anche alla Provincia autonoma di Trento, previa presentazione di un Piano operativo provinciale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse, da calare nell'ambito del Programma operativo approvato con deliberazione n. 489 del 17 aprile 2020. È da precisare che questa Provincia rispetto al recupero delle liste di attesa è già intervenuta con la previsione del ricorso alle strutture private accreditate per lo smaltimento in particolare delle prime visite e di quelle di controllo, come da deliberazione della Giunta provinciale n. 1195/2020 che come di seguito specificato ha rappresentato un primo intervento non sufficiente a coprire l'intero fabbisogno. Il Piano operativo provinciale per il recupero dei tempi di attesa trasmesso dalla Provincia al Ministero definisce le strategie e



le azioni da adottare sia per l'attività di ricovero ospedaliero sia per le visite specialistiche e per gli screening, precisando che il Piano non potrà ottenere il risultato del recupero dei tempi entro l'anno 2020, ma dovrà continuare anche per l'anno 2021. Infatti, ambedue gli ambiti, i ricoveri e le visite specialistiche, hanno subito una significativa riduzione di attività, soprattutto in alcune discipline, pur avendo adottato da tempo alcune misure straordinarie (ad esempio, coinvolgendo le strutture convenzionate). Il Piano, a cui si rimanda per approfondimenti, delinea quindi le attività/progettualità intraprese e da mantenere anche per l'anno 2021.

## Il futuro

La vera novità sulla quale si basano le speranze di tutto il mondo per contrastare l'epidemia è costituita dai vaccini; al momento attuale sono in commercio in Italia 3 prodotti commerciali, ma nei prossimi mesi ne saranno disponibili altri. La loro disponibilità, come è noto, avviene secondo accordi stipulati a livello europeo con la distribuzione secondo quantità concordate. In Trentino la vaccinazione è iniziata negli ultimi giorni del 2020 nelle RSA (si è infatti partiti con la vaccinazione del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale e con gli ospiti e gli operatori delle RSA) ed è tuttora in svolgimento - per fasi definite a livello nazionale - attraverso una complessa operazione organizzativa che intende, sulla base delle scorte consegnate al Trentino, procedere nel più breve tempo possibile alla vaccinazione dell'intera popolazione. La vaccinazione e la contestuale adozione delle misure di contenimento dell'infezione - ormai ben note a tutti i cittadini e ai sistemi regolatori nazionali e provinciali - dovrebbero consentire il graduale ritorno alla normalità e quindi anche la ripresa delle progettualità per il miglioramento continuo di servizi per i cittadini.

# APPENDICE



Nel presente testo si è privilegiato evidenziare l'evoluzione della sanità in Trentino, anche in rapporto alla situazione nazionale, soprattutto con riferimento: alle politiche assunte nelle Legislature che si sono succedute; ai temi sui quali più ampio è stato il dibattito; alle trasformazioni che ciclicamente hanno attraversato l'organizzazione sanitaria in Trentino anche in relazione alla introduzione di nuove tecnologie e/o all'adeguamento ai nuovi paradigmi sociali, culturali, economici.

Molte delle argomentazioni contenute nel testo avrebbero potuto essere corroborate da dati di tipo demografico, epidemiologico, sociale, economico, ecc. che avrebbero dato conto della grande trasformazione che il Trentino ha subito con esiti in generale positivi, se rapportati agli analoghi risultati nelle altre Regioni italiane; risultati che sono stati riconosciuti, per il Trentino, da più studi/ricerche di soggetti/agenzie indipendenti di livello nazionale.

In considerazione della vastità dei fattori in gioco e della complessità delle valutazioni da esporre, si è scelto di non inserire nel testo i dati in argomento, sia per non appesantirne la lettura sia per non correre il rischio che una inevitabile selezione potesse essere considerata troppo semplificatoria e, in conclusione, non utile.

Si è ritenuto però opportuno in questa appendice riportare almeno una sintesi estrema di alcuni dati di fondo che hanno il solo scopo di mostrare da un lato l'evoluzione che, nei decenni, si è registrata in Trentino, e dall'altro di far nascere la curiosità di approfondire il tema della storia della sanità in Trentino come conseguenza sia delle innovazioni tecnologiche e scientifiche che caratterizzano l'ambito della sanità sia del progressivo e sempre più rapido miglioramento delle condizioni socio-economiche della comunità trentina.

## PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI

Indicatori	1962	1972	1982	1992	2002	2012	2020
Indice di vecchiaia (1)	43	53	72	113	124	152	163,1
Carico sociale (2)	53	57	50	45	50	53	57,4
<b>Età media</b>							
M	33,32	34,07	35,68	38,19	40,31	42,45	46,4
F	35,59	36,83	39,05	41,87	43,51	45,12	43,7
Popolazione	34,46	35,45	37,36	40,03	41,91	43,78	45,1

(1) Indice di vecchiaia: il numero di anziani (da 65a in poi) in rapporto al numero di giovani (fino a 14a compiuti), rapportato a 100.

(2) Carico sociale: totale numero di persone in età non attiva ogni 100 persone in età attiva; totale perché costituito da entrambe le componenti, giovanile e anziana.

(Dati elaborati da Vincenzo Bertozzi - ISPAT).

## SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Genere	1962	1972	1982	1992	2002	2012	2018	2020
M	64,61	67,73	70,15	73,78	76,39	79,24	82	80,53
F	71,78	74,83	78,32	81,65	84,11	86,47	86,2	85,20

Fonte: Provincia autonoma di Trento, Servizio Statistica "Evoluzione della struttura demografica in provincia di Trento dal 1961 al 2030".

Nota: ISTAT negli "Interventi e approfondimenti su scenari legati all'emergenza sanitaria" ha stimato per il Trentino-Alto Adige calo atteso nella speranza di vita alla nascita in -1,3 anni.

## STRANIERI RESIDENTI IN TRENTINO

Anni	N. stranieri residenti	Totale residenti	Inc. %
1988	1.496	446.030	0,3
2000	14.380	477.859	3,0
2010	48.622	529.457	9,2
2020	46.576	542.166	8,6

Fonte: ISPAT, Tav. 2.07.

## COMPONENTI DELLE FAMIGLIE

Anni	N. famiglie	Componenti delle famiglie	Componenti per famiglia
1990	172.105	445.063	2,6
2000	194.473	473.464	2,4
2010	225.316	524.771	2,3
2019	238.029	536.552	2,1

Fonte: ISPAT, TAV. 2.10.

## DATI DI STRUTTURA E ATTIVITÀ ASSISTENZA OSPEDALIERA

Ospedali	1974			1985			1991		
	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza
Pubblici	5.413	70.656	1.598.515	3.278	73.459	860.547	2.719	77.431	743.030
Convenzionati	994	8.006	262.618	630	10.365	217.913	642	13.221	224.514
Totale	6.407	78.662	1.861.133	3.908	83.824	1.078.460	3.361	90.652	967.544

Ospedali	2001 (1)			2011 (2)			2020 (3)		
	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza	N. posti letto	Casi di ricovero	GG di degenza
Pubblici	1.937	80.604	562.563	1.737	78.509	486.924	1.393	56.189	369.123
Convenzionati	672	16.044	218.694	683	17.246	216.669	828	10.298	162.638
Totale	2.609	96.648	781.257	2.420	95.755	703.593	2.221	66.487	531.761

(1) L'ospedale infantile di Trento (Angeli Custodi) è attivo fino al 1991; l'ospedale Villa Igea è attivo fino al 1995.

(2) L'ospedale di Mezzolombardo e l'ospedale Armani di Arco sono attivi fino al 2004.

(3) L'ospedale di Ala è attivo fino al 2014 e l'Ospedale Sacra Famiglia di Arco è attivo fino al 2015.

Fonte: ISPAT, Serie storiche, cap. IV Sanità e Salute, tav. IV.08.

Fonte dati 1974: La spesa ospedaliera in provincia di Trento (1974-1976) - PAT, Assessorato alle Attività sociali e sanità, a cura di Ermanno Franzoi e Ivano Dalmonego.

## INDICATORI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

	Area	1974	1985	1991	2001	2011	2020
<b>N. posti letto</b>	Acuti		3.377	2.845	1.944	1.757	1.620
	Riabilitazione funzionale	6.407	171	146	409	444	405
	Lungodegenza		360	370	256	219	196
<b>GG di degenza</b>	Acuti		897.711	795.368	541.519	483.667	381.122
	Riabilitazione funzionale	1.861.133	40.607	37.632	149	128.988	86.220
	Lungodegenza		131.069	134.544	90.674	91.459	64.419
<b>Degenza media</b>	Acuti		11,4	9,5	6,4	5,6	6,3
	Riabilitazione funzionale	27,71	25,0	23,4	17,6	19,4	20,5
	Lungodegenza		36,1	25,2	28,0	33,9	39,2

Fonte: ISPAT, Serie storiche, cap. IV Sanità e Salute, tav. IV.10.

Fonte dati 1974: La spesa ospedaliera in provincia di Trento (1974-1976) - PAT, Assessorato alle Attività sociali e sanità, a cura di Ermanno Franzoi e Ivano Dalmonego.

## MEDICI DI FAMIGLIA

Distretto	1985	1991	2001	2011	2020
Ovest (1)	36	43	48	54	44
Centro Nord (2)	116	114	145	160	153
Centro Sud (3)	126	126	144	174	141
Est (4)	77	83	97	119	108
Totale	355	366	434	507	446

(1) Valli di Non e di Sole.

(2) Trento e Valle dei Laghi, Rotaliana e Paganella, Valle di Cembra.

(3) Giudicarie e Rendena, Alto Garda e Ledro, Vallagarina, Altipiani Cimbri

(4) Valle di Fiemme, Primiero, Bassa Valsugana e Tesino, Alta Valsugana, Ladino di Fassa.

Fonte: ISPAT, Serie storiche, cap. IV Sanità e Salute, tav. IV.13.

## STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI PRINCIPALI

	1980 (1)	1990 (1)	1999 (1)	2001 (2)	2011	2020 (3)
N. strutture	35	41	44	43	56	57
N. posti letto	3.004	3.688	4.240	4.049	4.391	4.596

(1) Fino al 1999 la denominazione delle strutture indicate è "Istituti per adulti inabili ed anziani".

(2) Dal 2001 la denominazione è "RSA".

(3) Fonte: deliberazione della GP n. 2175 del 20 dicembre 2019

Fonte: ISPAT, Annuari statistici dei relativi anni, Tav. III.23



## SPESA SANITARIA PROVINCIALE (IN €)

	1974	1982	1992	2002	2012	2020
<b>Spesa sanitaria corrente</b>	nd	129.710.000,00	418.000.000,00	847.663.000,00	1.264.692.000,00	1.400.680.303,00
<i>di cui:</i>						
ass. collettiva	nd	nd	nd	31.451.000,00	34.819.000,00	47.420.823,00
distrettuale	nd	nd	nd	376.949.000,00	635.893.000,00	715.748.685,00
ospedaliera	20.640.000,00*	nd	nd	439.263.000,00	593.980.000,00	637.510.795,00
<b>Spesa sanitaria in conto capitale</b>	1.120.000,00*	8.640.000,00	26.860.000,00	87.000.000,00	33.000.000,00	16.700.000,00
<b>Indicatori</b>						
<i>Incidenza spesa sanitaria su spesa corrente PAT</i>		44,82	36,14	40,17	44,31	41,34
<i>Incidenza spesa sanitaria su pil provinciale</i>	3,85	6,62	4,85	7,32	7,76	7,08
<i>Costo medio ricovero</i>	273,56	nc	nc	4.845,38	6.303,51	9.588,50
<i>Spesa sanitaria pro-capite</i>		293,11	923,8	1.754,43	2.384,83	2.583,34
<b>Fonte dati</b>	La spesa ospedaliera in Provincia di Trento	Annuario ISPAT	Annuario ISPAT	Annuario ISPAT	Annuario ISPAT	Annuario ISPAT

NB: (\*) I dati si riferiscono esclusivamente alla spesa ospedaliera.

# **PROFILO DI SALUTE DEL TRENTINO - 2020**



Si ritiene utile inserire la sintesi del *Profilo di salute del Trentino* relativo al 2020, pubblicazione che la Provincia autonoma di Trento cura annualmente; la pubblicazione ha l'obiettivo di mettere a disposizione un insieme di indicatori facilmente consultabili su alcuni degli aspetti più rilevanti dello stato di salute della popolazione residente sul territorio trentino. Per gli approfondimenti si rimanda alla lettura dei testi pubblicati sul sito ([www.trentinosalute.it](http://www.trentinosalute.it)). Essi danno conto degli obiettivi fondamentali contenuti nel *Piano per la Salute del Trentino 2015-2025*: prolungare ulteriormente la vita vissuta in buona salute, ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile. La salute quindi come risultato degli investimenti sulle risorse per la salute e del contrasto ai principali fattori di rischio, sociali e individuali (attraverso iniziative sui singoli ma anche sul contesto di vita) nonché ottimizzando il sistema dei servizi. Il *Profilo di salute del Trentino* utilizza in maniera integrata i diversi flussi e fonti di dati disponibili fornendo informazioni a livello provinciale che comprendono: i determinanti di salute di natura socio-economica e ambientale, i comportamenti individuali legati alla salute, le principali cause di morte e le malattie più diffuse in provincia di Trento.

## Demografia

Il più  
aspetto più rilevante è l'invecchiamento della popolazione dovuto soprattutto all'aumento della vita media che ha superato abbondantemente gli 80 anni. Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono anche più anni in condizioni di disabilità. La popolazione con più di 64 anni costituisce il 22% dei residenti, mentre quella con meno di 15 anni è appena il 15%. Un apporto importante nel rallentamento del proces-

so di invecchiamento della popolazione è dato dalla presenza della popolazione straniera, più giovane della popolazione italiana e con più alti livelli di fecondità. La presenza straniera ha però cominciato a ridursi a partire dal 2014.

## Occupazione

**N**onostante un solido tasso di occupazione (70%), il mercato del lavoro trentino presenta delle criticità. Da un lato, la disoccupazione giovanile rimane sensibilmente più alta di quella della popolazione generale (15% vs 5%). Dall'altro, permangono accentuate disuguaglianze di genere a sfavore delle donne: rispetto agli uomini, ci sono più donne che non lavorano o che non cercano lavoro, le donne hanno più spesso contratti atipici o a tempo parziale (40% vs 7%) e sono più spesso occupate in posizioni a bassa retribuzione e raramente in quelle apicali.

## Benessere economico

**I**l reddito familiare è più alto di quello medio italiano ma la distanza tra i più ricchi e i più poveri si è accentuata. Le situazioni di povertà sono presenti anche in Trentino: il 5% della popolazione adulta dichiara di avere molte difficoltà economiche e l'8% delle famiglie è in condizioni di povertà relativa.

## Istruzione

**I**n generale, l'istruzione e i livelli di competenza dei trentini sono buoni: il 70% degli adulti ha completato almeno la scuola secondaria di secondo grado e i pun-

teggi Invalsi sono mediamente più alti di quelli del resto d'Italia. Esistono tuttavia forti dinamiche di genere: gli uomini si diplomano meno (68% vs 73%), abbandonano di più gli studi (9% vs 4%) e si laureano meno frequentemente.

## Stili di vita

### Fumo di sigaretta

In Trentino la metà degli adulti non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (23%) e fumatori (25%; di cui 1% occasionali e 1% in astensione).

Sia per le donne che per gli uomini, l'abitudine al fumo è più diffusa tra i più giovani, tra chi ha difficoltà economiche e tra le persone con basso titolo di studio.

Solo quattro fumatori su dieci hanno ricevuto il consiglio da un medico o da un operatore sanitario di smettere; il 44% dei fumatori ha tentato di smettere almeno una volta nel corso dell'ultimo anno, fallendo nella maggior parte dei casi (80%).

### Consumo di alcol

Un adulto su tre consuma alcol a maggior rischio. È un'abitudine più frequente negli uomini e tra i giovani. I 2/3 dei giovani tra i 18 e i 24 anni (73% dei ragazzi e 57% delle ragazze) consuma alcol a maggior rischio in conseguenza a comportamenti e consuetudini come il *binge drinking* e il consumo di alcol fuori pasto (ad esempio, l'happy hour). L'attenzione degli operatori sanitari sul consumo di alcol è estremamente limitata, solo una piccola minoranza dei consumatori a maggior rischio riceve dal proprio medico il consiglio di ridurre il consumo.

## Sedentarietà

In provincia di Trento il 36% degli adulti è fisicamente attivo, il 45% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 19% è completamente sedentario. La sedentarietà aumenta al crescere dell'età ed è un'abitudine più diffusa tra i cittadini stranieri e tra le persone con titoli di studio medio/bassi.

Un comportamento efficace per incrementare i propri livelli di attività fisica è spostarsi per le attività della vita quotidiana a piedi o in bicicletta. Il 42% della popolazione adulta trentina si sposta abitualmente a piedi, il 6% in bicicletta e l'11% sia a piedi che in bici.

## Sovrappeso e obesità

Il 27% degli adulti trentini è in sovrappeso e l'8% obeso. L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini, tra i cittadini stranieri, all'aumentare dell'età e al diminuire del titolo di studio. Segue una dieta per perdere peso il 37% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 14% di chi non ha ricevuto alcun consiglio.

Tutti i trentini adulti mangiano ogni giorno almeno una porzione di frutta e/o verdura, ma solo il 13% consuma le cinque porzioni quotidiane raccomandate, abitudine più comune tra le donne (17% vs 9%).

L'abitudine al fumo, il consumo di alcol a maggior rischio, la sedentarietà e il sovrappeso e obesità aumentano significativamente il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari e di tumori o di morire per un incidente.

I fattori di rischio comportamentali, largamente responsabili delle principali malattie croniche, notoriamente si distribuiscono nella popolazione secondo un gradiente sociale. Anche in Trentino l'appartenenza a un basso livello socio-economico espone maggiormente le persone ad alcuni

comportamenti dannosi per la salute, come l'abitudine al fumo, la sedentarietà e il sovrappeso e obesità. Intervenire sulle disuguaglianze sociali e sulle situazioni di povertà, garantire opportunità lavorative e stabilità del posto di lavoro, investire su istruzione e formazione sono elementi centrali per il benessere delle persone.

## Mortalità

Nel 2018 sono decedute 5.014 persone residenti in provincia di Trento, con un tasso di mortalità del 9,3‰, uno dei più bassi in Italia. Le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (34%) e i tumori (31%), soprattutto del polmone, del colon-retto e della mammella. Circa 700 decessi all'anno (uno ogni sei) potrebbero essere evitati con miglioramenti nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura. La mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini (colpiti soprattutto da tumore del polmone, malattie ischemiche del cuore e traumi) per i quali i decessi evitabili sono oltre il doppio di quelli delle donne (colpite in particolare da tumore del polmone, della mammella e del colon-retto).

## Infortunati stradali, domestici e sul lavoro

Ricoveri e accessi in Pronto soccorso per traumi sono spesso conseguenza di incidenti domestici, stradali e sul lavoro. Nel corso del 2018 si sono verificati sulle strade trentine 1.390 incidenti stradali che hanno comportato 1.915 feriti e 30 morti. Gli incidenti coinvolgono soprattutto gli uomini, che sono il 67% dei feriti e l'84% dei morti.

La maggioranza delle persone ha un comportamento responsabile alla guida: il 92% non ha guidato sotto l'effetto

dell'alcol, il 94% usa sempre la cintura di sicurezza nei sedili anteriori, l'81% assicura i bambini al seggiolino o all'adattatore alzacribino e il 97% indossa sempre il casco. Una quota inferiore di persone fa uso della cintura di sicurezza posteriore (44%).

Il rischio di subire un infortunio domestico è considerato basso ma gli incidenti domestici rappresentano il principale motivo di accesso in Pronto soccorso per eventi traumatici (10.568 nel 2018). Interessano prevalentemente i bambini e le persone anziane. Per i bambini si tratta essenzialmente di cadute in casa durante i giochi, mentre tra le persone anziane gli incidenti avvengono in casa svolgendo le attività domestiche e della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, ecc.).

Nel 2018 in Trentino le denunce per infortunio sul lavoro sono state 8.344, di cui 7 per infortunio mortale. Il 65% degli infortuni riguarda lavoratori di genere maschile e il 20% di lavoratori stranieri. Nella grande maggioranza dei casi l'accesso in Pronto soccorso è avvenuto a causa di un incidente di gravità lieve.

## Salute mentale

| Il 5% della popolazione adulta manifesta sintomi depressivi. Generalmente le donne chiedono aiuto con più facilità degli uomini (66% vs 58%).

## Suicidi

Nel quinquennio 2012-2016 ci sono stati circa 46 suicidi all'anno. L'80% dei decessi per suicidio interessa uomini ed è una delle più frequenti cause di morte nella fascia di età 15-44.



## Violenza di genere

La violenza di genere riguarda soprattutto la rete di relazioni più intime e vicine alle vittime. In Trentino, circa 400 donne sono state supportate dai servizi antiviolenza nel corso del 2017. Le donne che si rivolgono ai servizi residenziali sono generalmente giovani, di cittadinanza straniera ed economicamente vulnerabili.

# BIBLIOGRAFIA



## Principali fonti/testi consultati

Consiglio provinciale di Trento (maggio 2020), *Vademecum delle leggi e dei regolamenti provinciali* - sito web.

Consiglio provinciale di Trento, *Codice delle leggi provinciali* - sito web.

Regione Trentino-Alto Adige, *Codice delle leggi regionali* - sito web.

Giunta provinciale di Trento, *Programmi di sviluppo provinciale* (varie Legislature) - sito web.

Giunta provinciale di Trento, *Relazioni sulla realizzazione dei Programmi di sviluppo provinciale* (varie Legislature) - sito web.

Giunta provinciale di Trento (vari anni), *Deliberazioni annuali di assegnazioni di obiettivi al direttore generale della APSS e valutazione* - sito web.

Consiglio provinciale, *Consiglio provinciale cronache* (a partire dal 1979) - sito web.

Camera dei Deputati, Documenti, *Il federalismo sanitario* - sito web.

Ministero della Salute, *Riforma costituzionale: le competenze in materia di salute* - sito web.

Ragioneria generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, 2019*.

Camera dei Deputati, XIII Legislatura, Documenti, *Dalla*

833/78 *Istituzione del Servizio sanitario nazionale al D. Lgs 229/99 di razionalizzazione del SSN* - sito web.

Ministero della Salute (2010), *L'evoluzione del Servizio sanitario nazionale: le strategie per lo sviluppo* - sito web.

Ministero della Salute (vari anni), *Relazione sullo stato sanitario del Paese* - sito web.

Camera dei Deputati, Documenti, Temi dell'attività parlamentare, *Il federalismo fiscale* - sito web.

Camera dei Deputati, XVII Legislatura (2014), *Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica* - sito web.

Azienda provinciale per i servizi sanitari (vari anni), *Programma di sviluppo strategico*.

Azienda provinciale per i servizi sanitari (vari anni), *Relazione al Bilancio*.

Azienda provinciale per i servizi sanitari (vari anni), *Bilancio sociale, Bilancio di missione*.

CENSIS (vari anni), *Rapporto sulla situazione sociale del Paese*.

CERGAS BOCCONI (vari anni), *Rapporti OASI*.

Donatella Morana, Corti Supreme e Salute (2018), *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria* - sito web.

Renato Balduzzi e Davide Paris, Corti Supreme e Salute (2018), *La specialità che c'è, ma non si vede - la sanità nelle Regioni a statuto speciale* - sito web.

Fabrizio Politi, Corti Supreme e Salute (2018), *La razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale nel 1999* - sito web.

Istituto Superiore di Sanità, a cura di Walter Ricciardi, Enrico Alleva, Paola De Castro, Fabiola Giuliano, Sandra Salinetti (2018), *1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica* - sito web.

Natalia Buzzi, Iolanda Mozzetta, a cura di, Nebo Ricerche PA, *SSN 40, Rapporto Sanità 2018, 40 anni del Servizio sanitario nazionale* - sito web.

Istituto Superiore di Sanità, a cura di Elvira Agazio, Paolo Salerno e Domenica Taruscio (2018), *Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/78 alla devolution* - sito web.

Istituto Superiore di Sanità, Epicentro (2018), *L'epidemiologia all'alba dei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale* - sito web.

Francesco Taroni, Politiche Sanitarie, vol. 12, n. 2 (2011), *Tempi moderni*, Il Pensiero scientifico ed.

Paola Adinolfi, CESIT (2012), *L'evoluzione del Servizio sanitario nazionale: dimensioni culturali e modelli organizzativi* - sito web.

Nino Cartabellotta, Salute Internazionale (2015), *Diritto alla salute e riforma del Titolo V* - sito web.

Nino Cartabellotta, GIMBE, *Il Servizio sanitario nazionale compie 40 anni: Lunga vita al SSN!* - sito web.

Franco Debiasi (2011), *Le politiche socio-sanitarie* in "Quarant'anni di autonomia", a cura di Mauro Marcantoni, Gian Franco Postal, Roberto Toniatti, ed. FrancoAngeli.

Silvio Fedrigotti, Paola Maccani, Mauro Marcantoni, Giancarlo Ruscitti, a cura di, per TSM (2020), *Le politiche della Provincia autonoma di Trento (1971-2019), vol. 5 Sanità*.

Renata Brolis, Paola Maccani, Annamaria Perino (2018), *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*, Maggioli ed.

Mauro Lando (2008), *Dizionario trentino*, vol. I, ed. Curcu e Genovese.

Annalisa Pinamonti, Provincia autonoma Di Trento, Soprintendenza per i Beni librari e archivistici, Ufficio Archivio provinciale (2007), *Laboratorio di Igiene e Profilassi - sezione chimica. Inventario dell'archivio (1919-1964)* - sito web.

Filippo Palumbo, Quotidiano Sanità (2018), *La storia dei Patti per la salute* - sito web.

Garavaglia, Delorenzo, Turco, Sirchia, Sacconi, Bindi, Lorenzin, Quotidiano Sanità (2019), *40 anni di Servizio sanitario nazionale. La parola agli ex Ministri della sanità* - sito web.

## Sitografia

[www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it)

[www.consiglio.provincia.tn.it](http://www.consiglio.provincia.tn.it)

[www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)

[www.salute.gov](http://www.salute.gov)

[www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.censis.it](http://www.censis.it)

[www.regione.taa.it](http://www.regione.taa.it)

[www.ispat.it](http://www.ispat.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.cergas.unibocconi.eu](http://www.cergas.unibocconi.eu)

## Normativa nazionale citata nel testo

---

Legge 12 febbraio 1968, n. 132	Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera
Legge 3 dicembre 1971, n. 1102	Nuove norme per lo sviluppo della montagna
D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4	Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici
D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670	Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino - Alto Adige
D.P.R. 22 marzo 1974, n. 279	Norme di attuazione dello statuto speciale per la regione Trentino - Alto Adige in materia di minime proprietà culturali, caccia e pesca, agricoltura e foreste
Legge 17 agosto 1974, n. 386	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.
D.P.R. 28 marzo 1975, n. 474	Norme di attuazione in materia di igiene e di sanità
Legge 18 aprile 1975, n. 148	Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128
Legge 29 luglio 1975, n. 405	Istituzione dei consultori familiari
Legge 22 dicembre 1975, n. 685	Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza
Legge 29 giugno 1977, n. 349	Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria
D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616	Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382
Legge 13 maggio 1978, n. 180	Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Legge 22 maggio 1978, n. 194	Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza
Legge 23 dicembre 1978, n. 833	Istituzione del servizio sanitario nazionale
D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761	Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali
D.P.R. 14 luglio 1980, n. 595	Attuazione dell'art. 9 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, recante norme sulla classificazione economica e funzionale della spesa, sulla denominazione dei capitoli delle entrate e delle spese, nonché sui relativi codici, delle unità sanitarie locali
Legge 23 ottobre 1985, n. 595	Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88
Legge 16 marzo 1987, n. 115	Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
Legge 13 marzo 1988, n. 68	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 gennaio 1988, n. 2, recante modifiche alla legge 28 febbraio 1985, n. 47, concernente nuove norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere abusive
Legge 8 aprile 1988, n. 109	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria
DM 13 settembre 1988	Determinazione degli standard del personale ospedaliero
Legge 4 maggio 1990, n. 107	Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati
Legge 5 giugno 1990, n. 135	Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS
Legge 26 giugno 1990, n. 162	Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza



DM 30 novembre 1990, n. 444	Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali
Legge 4 aprile 1991, n. 111	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, recante norme sulla gestione transitoria delle unità sanitarie locali
Legge 30 dicembre 1991, n. 412	Ripubblicazione del testo della legge 30 dicembre 1991, n. 412, recante: "Disposizioni in materia di finanza pubblica", corredato delle relative note. (Legge pubblicata nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 305 del 31 dicembre 1991). Entrata in vigore della legge: 31/12/1991
D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502	Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517	Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
Legge 30 novembre 1998, n. 419	Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale
Accordo 8 agosto 2001	Conferenza unificata Stato-Regioni e Stato-Città ed Autonomie locali (ex art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281) Accordo tra Governo e regioni concernente il trasferimento delle risorse a regioni ed enti locali in materia di salute umana e sanità veterinaria
Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3	Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione
Decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347	Testo del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 218 del 19 settembre 2001), coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale - alla pag. 3), recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"

Accordo 22 novembre 2001	Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni
DPCM 29 novembre 2001	Definizione dei livelli essenziali di assistenza
Legge 27 dicembre 2002, n. 289	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)
D.P.R. 23 maggio 2003	Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005
Legge 5 giugno 2003, n. 131	Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3
Decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269	Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici
D.P.R. 7 aprile 2006	Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008
DPCM 1 aprile 2008	Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria
Legge 5 maggio 2009, n. 42	Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione
Legge 8 novembre 2012, n. 189	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute
Legge 7 agosto 2012, n. 135	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini
Legge 17 dicembre 2012, n. 221	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.
Decreto 2 aprile 2015, n. 70	Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Accordo 15 settembre 2016	Conferenza Statp-Regioni del 15.09.2016: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. (SALUTE)
Legge 8 marzo 2017, n. 24	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
DPCM 12 gennaio 2017	Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
Legge 11 gennaio 2018, n. 3	Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute
Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019	Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021

---

## Normativa provinciale citata nel testo

L.p. 7 settembre 1972, n. 22	Provvidenze a favore delle amministrazioni Ospedaliere
L.p. 7 settembre 1972, n. 23	Garanzia a favore degli Ospedali civili della provincia
L.p. 22 gennaio 1973, n. 4	Norme di integrazione delle previdenze per i ciechi civili
L.p. 29 gennaio 1973, n. 6	Integrazione degli stanziamenti previsti dalla LR 4 luglio 1969, n. 3 concernente l'assistenza farmaceutica ai coltivatori diretti, artigiani e commercianti pensionati e loro familiari a carico, iscritti alle rispettive casse mutue provinciali di malattia
L.p. 9 aprile 1973, n. 14	Disciplina dei nuovi compiti e del trattamento delle ostetriche condotte
L.p. 19 agosto 1973, n. 28	Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani e alle amministrazioni ospedaliere, nonché per l'esecuzione di programmi annuali di opere pubbliche

L.p. 20 agosto 1973, n. 29	Concorso della Provincia alle spese per l'estensione dell'assistenza farmaceutica a favore degli artigiani e degli esercenti attività commerciali
L.p. 25 agosto 1973, n. 36	Assistenza farmaceutica ai pensionati coltivatori diretti, artigiani e commercianti, iscritti alle rispettive casse mutue provinciali di malattia
L.p. 25 agosto 1973, n. 37	Intervento per il miglioramento del servizio trasporto infermi
L.p. 25 agosto 1973, n. 38	Estensione dell'assistenza di malattia ai cittadini residenti o aventi domicilio di soccorso in provincia di Trento
L.p. 10 settembre 1973, n. 43	Assistenza economica integrativa per natalità alle lavoratrici madri coltivatrici dirette, alle lavoratrici madri artigiane e alle lavoratrici madri esercenti attività commerciali
L.p. 23 novembre 1973, n. 56	Unificazione dei presidi sanitari di base
L.p. 6 settembre 1974, n. 10	Intervento straordinario a favore delle amministrazioni ospedaliere
L.p. 21 ottobre 1974, n. 29	Iniziative per l'incremento economico della produttività e dell'occupazione e per la salvaguardia della sicurezza e della salute nell'ambiente di lavoro
L.p. 30 novembre 1974, n. 40	Ulteriori provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani
L.p. 9 dicembre 1974, n. 47	Provvidenze a favore di opere destinate all'assistenza ospedaliera o specialistica poliambulatoriale
L.p. 28 aprile 1975, n. 19	Fondo per l'assistenza ospedaliera
L.p. 3 maggio 1975, n. 20	Disciplina dell'assistenza ospedaliera in provincia di Trento
L.p. 3 maggio 1975, n. 21	Piano ospedaliero della provincia di Trento
L.p. 29 novembre 1975, n. 52	Provvedimento di variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1975 e disposizioni finanziarie per l'assistenza ospedaliera
L.p. 29 agosto 1977, n. 20	Istituzione e disciplina del servizio di consultorio per il singolo, la coppia, la famiglia
L.p. 25 settembre 1978, n. 40	Provvedimenti per la ristrutturazione dei servizi socio-sanitari a livello comprensoriale
L.p. 13 aprile 1979, n. 5	Fondo sanitario provinciale

L.p. 6 dicembre 1980, n. 33	Disciplina del Servizio sanitario provinciale
L.p. 16 gennaio 1982, n. 2	Finanziamento del servizio sanitario provinciale
L.p. 19 maggio 1982, n. 9	Disciplina dell'esercizio delle funzioni in materia di trasporto infermi da parte delle unità sanitarie locali
L.p. 16 agosto 1982, n. 13	Norme rivolte al miglioramento delle condizioni in cui avviene la nascita negli ospedali della provincia di Trento e alla tutela dei bambini in cura o degenti in ospedale
L.p. 27 agosto 1982, n. 19	Esercizio delle funzioni in materia veterinaria e riordino dei servizi veterinari
L.p. 15 marzo 1983, n. 6	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Provincia autonoma di Trento (legge finanziaria)
L.p. 21 marzo 1983, n. 11	Approvazione del Programma di sviluppo provinciale per il triennio 1983-1985
L.p. 4 luglio 1983, n. 23	Disciplina del trattamento domiciliare dell'emofilia
L.p. 29 agosto 1983, n. 29	Disciplina dell'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e norme concernenti il servizio farmaceutico
L.p. 29 ottobre 1983, n. 34	Nome per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e alcolismo
L.p. 5 novembre 1984, n. 9	Programmazione delle iniziative in materia di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale addetto ai servizi socio-sanitari per il periodo 1984-1985
L.p. 5 novembre 1984, n. 10	Nuovo inquadramento delle puericultrici in servizio di ruolo presso le unità sanitarie locali, che abbiano conseguito il diploma di infermiere professionale
L.p. 24 dicembre 1984, n. 14	Istituzione del servizio farmaceutico nelle unità sanitarie locali
L.p. 5 settembre 1988, n. 13	Modifiche ed integrazioni alla LP 6.12.1980, n. 33
L.p. 24 dicembre 1990, n. 34	Nuova disciplina dei servizi di dialisi e disposizioni varie in materia sanitaria e socio-assistenziale
L.p. 6 febbraio 1991, n. 4	Interventi volti ad agevolare la formazione di medici specialisti e di personale infermieristico
L.p. 12 luglio 1991, n. 14	Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento

L.p. 31 agosto 1991, n. 20	Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica ed ortodontica
L.p. 5 novembre 1991, n. 23	Norme transitorie in materia di igiene e sanità pubblica
L.p. 1 aprile 1993, n. 10	Nuova disciplina del Servizio sanitario nazionale
L.p. 6 dicembre 1993, n. 38	Approvazione del piano sanitario provinciale 1993-1995
L.p. 28 agosto 1995, n. 10	Ulteriori modifiche alla legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 concernente "Nuova disciplina del servizio sanitario provinciale"
D.d.l. 13 novembre 1995, n. 85	Approvazione del Piano sanitario provinciale 1996-1998
L.p. 3 aprile 1997, n. 7	Revisione dell'ordinamento del personale della Provincia autonoma di Trento
D.d.l. 26 novembre 1997, n. 172	Approvazione del Piano sanitario provinciale 1997-1999
L.p. 23 febbraio 1998, n. 3	Misure collegate con la manovra di bilancio di previsione per l'anno 1998
L.p. 28 maggio 1998, n. 6	Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità
D.d.l. n. 87 del 2 giugno 2000, n. 87	Approvazione del piano sanitario provinciale per il triennio 2000 - 2002
D.d.l. 29 settembre 2000, n. 96	Disciplina del Servizio sanitario provinciale
L.p. 1 agosto 2003, n. 5	Disposizioni per la formazione dell'assestamento del bilancio annuale 2003 e pluriennale 2003-2005, nonché per il bilancio annuale 2004 e pluriennale 2004-2006 della Provincia autonoma di Trento (legge finanziaria)
L.p. 1 agosto 2003, n. 6	Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2003 e del bilancio pluriennale 2003-2005, nonché bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e bilancio pluriennale 2004-2006 della Provincia autonoma di Trento
L.p. 28 luglio 2005, n. 12	Partecipazione delle istituzioni locali e delle professioni sanitarie per la realizzazione delle politiche per la salute e modificazioni della legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 (Nuova disciplina del servizio sanitario provinciale)
L.p. 23 marzo 2007, n. 6	Approvazione del rendiconto generale della Provincia autonoma di Trento per l'esercizio finanziario 2005
L.p. 27 luglio 2007, n. 13	Politiche sociali nella provincia di Trento

L.p. 12 dicembre 2007, n. 22	Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento
L.p. 21 dicembre 2007, n. 23	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2008 e pluriennale 2008-2010 della Provincia autonoma di Trento (legge finanziaria 2008)
L.p. 6 maggio 2008, n. 4	Disposizioni in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini e adolescenti
L.p. 22 luglio 2009, n. 8	Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'Alzheimer e di altre malattie neurodegenerative legate all'invecchiamento e per il sostegno delle famiglie nonché modificazioni dell'articolo 49 della legge provinciale 1 aprile 1993, n. 10 (legge sul servizio sanitario provinciale), in materia di personale
L.p. 31 maggio 2012, n. 10	Interventi urgenti per favorire la crescita e la competitività del Trentino
Deliberazione GP 5 maggio 2015, n. 719	Piano provinciale per le demenze della XV Legislatura
L.p. 2 aprile 2015, n. 6	Modificazioni della legge provinciale sulla tutela della salute 2010 e della legge provinciale sulle politiche sociali 2007: programmazione integrata delle politiche sanitarie e delle politiche sociali
L.p. 23 luglio 2010, n. 16	Tutela della salute in provincia di Trento

---

## Normativa regionale citata nel testo

---

L.r. 31 ottobre 1969, n. 10	Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera
L.r. 30 aprile 1980, n. 6	Ordinamento delle unità sanitarie locali
L.r. 11 gennaio 1981, n. 1	Disciplina della contabilità delle unità sanitarie locali
L.r. 21 settembre 2005, n. 7	Nuovo ordinamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza - aziende pubbliche di servizi alla persona

---







Finito di stampare nel mese di marzo 2022  
da La Grafica, Mori (Trento)



1971 1972  50° anniversario  
II STATUTO  
di AUTONOMIA



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

**Fondazione  
Museo storico  
del Trentino**