

**I SERVIZI SANITARI REGIONALI
A DUE ANNI DALLA RIFORMA COSTITUZIONALE
IL TRENTO**

di Matteo Cosulich*

1. Il quadro statutario e costituzionale delle competenze: dal sistema sanitario regionale ai sistemi sanitari provinciali

Al di là dell'apparente dato testuale, alla Regione Trentino-Alto Adige corrispondono due distinti sistemi sanitari provinciali, anziché un solo sistema regionale. E' ben vero che lo Statuto speciale¹ attribuisce alla Regione la competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento degli enti sanitari e ospedalieri» (art. 4, 1° c., n. 7), sembrando così ritagliare un ambito di competenza regionale nella più ampia materia dell'«igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera», che l'art. 9, 1° c., n. 10 affida alla competenza legislativa concorrente delle Province autonome. Ma la distribuzione delle competenze ora rammentata non poteva non risentire della progressiva atrofia della Regione Trentino-Alto Adige, divenuta ormai la mera somma delle sue Province, tanto con riferimento all'ente stesso (art. 116, 2° c. Cost., come sostituito dall'art. 2 legge costituzionale n. 3 del 2001), quanto a livello di Consiglio regionale (art. 25, 1° c. St. T-AA, come sostituito dall'art. 4, 1° c., lett. f legge costituzionale n. 2 del 2001) e anche - ad oggi, in un'ottica esclusivamente fattuale - di Giunta regionale e di sua Presidenza, sulla base dell'accordo politico raggiunto tra le due maggioranze provinciali, che prevede di attribuirle alternativamente ai Presidenti delle Province autonome di Bolzano e di Trento².

* Associato di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Trento.

¹ *Hinc inde* St. T-AA.

² Si vedano al sito internet www.regione.taa/giunta le *Dichiarazioni programmatiche* del 19 febbraio 2004 del neoeletto Presidente della Regione, Luis Durnwalder, che ricopre altresì la carica di Presidente della Provincia

Il processo di atrofizzazione si è tradotto sul piano delle competenze legislative nello svuotamento di quelle regionali a favore delle provinciali, coinvolgendo anche la materia oggetto del presente scritto. Così se la legge regionale n. 6 del 1980 «Ordinamento delle unità sanitarie locali» sostanzialmente recepiva la legge n. 833 del 1978, dettando una disciplina uniforme per l'intero territorio regionale, nel 1992 si registra un'inversione di tendenza. Da un lato, il decreto legislativo n. 267, all'art. 1, modifica le norme di attuazione in materia di igiene e sanità dettate dal d.p.r. n. 474 del 1975, nel senso di tradurre l'«ordinamento» degli enti sanitari e ospedalieri soltanto nel relativo «modello di organizzazione»³ (art. 2, 1° c., mentre il successivo 2° c. attribuisce alle Province autonome le potestà legislative attinenti al loro funzionamento e alla loro gestione)⁴, in modo da far prevalere un'interpretazione restrittiva della competenza

autonoma di Bolzano, mentre il suo omologo trentino, Lorenzo Dellai, è stato eletto Vicepresidente della Regione, in previsione di una rotazione tra i due a metà legislatura regionale.

³ Interpretazione restrittiva che sembra emergere nella giurisprudenza amministrativa anche anteriormente alle modifiche apportate dal decreto legislativo n. 267 al d.p.r. n. 474 (vedi Consiglio di Stato, decisione n. 193 del 30 marzo 1988, massima in *Il Consiglio di Stato*, 1988, 304).

⁴ Il testo originario dell'art. 2 d.p.r. n. 474 del 1975 definiva invece più estesamente la competenza legislativa regionale, riferendola sia al «modello di organizzazione e di funzionamento degli enti sanitari ed ospedalieri» sia all'approvazione dei loro statuti e relative modificazioni, «qualora tale approvazione sia prevista dalla legge», mentre nessuna competenza legislativa provinciale veniva indicata in materia. Così gli organi delle Unità sanitarie locali erano disciplinati a livello regionale dalla citata legge n. 6 del 1980, mentre la legge provinciale n. 33 del 1980, di disciplina del servizio sanitario provinciale, nulla disponeva a riguardo. Oggi invece gli organi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, succeduta alle Unità sanitarie locali, sono disciplinati dalla legge provinciale n. 10 del 1993.

Si noti che le questioni di legittimità costituzionale sia del testo originario dell'art. 2 d.p.r. n. 474 del 1975 sia dell'art. 1 decreto legislativo n. 267 del 1992, dilemmaticamente formulate dal G.i.p. di Rovereto nell'ordinanza di rimessione del 1° aprile 1997, sono state dichiarate manifestamente inammissibili dalla Corte costituzionale con ordinanza n. 384 del 1998, proprio in forza del loro carattere dilemmatico.

statutariamente attribuita alla Regione che non trova riscontro nelle altre competenze legislative ordinamentali regionali. Dall'altro, la riduzione della legislazione regionale alla scelta del modello di organizzazione pare delinearci nella legge regionale n. 1 del 1992 che, all'art.1, 1° c. (dopo aver premesso, a mo' di clausola di stile, «fermo restando quanto disposto dalla legge regionale 30 aprile 1980, n. 6»), ne aggiunge un altro, individuato nelle «aziende speciali con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile», la cui disciplina, al 2° c., è rimessa alla legge provinciale.

Si tratta di un modello - quello proposto dalla legge regionale n. 1 del 1992, ora richiamata - prontamente recepito dalla Provincia autonoma di Trento, che in tal senso disciplina il proprio servizio sanitario con legge provinciale n. 10 del 1993. A riguardo ci si può chiedere se la Provincia abbia legiferato esercitando la propria competenza concorrente in materia di sanità ovvero la competenza regionale esclusiva relativamente all'«ordinamento degli enti sanitari». Nella seconda ipotesi i vincoli incontrati dal legislatore provinciale nell'adeguare l'ordinamento della Provincia autonoma di Trento alla riforma sanitaria del 1992-1993 (e alla riforma sanitaria *ter*, quando si risolverà a farlo) sono minori non solo per definizione - almeno in astratto - ma anche secondo la lettera dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 che all'art. 19 (nel testo introdotto dal decreto legislativo n. 517 del 1993 e vigente anche a seguito delle novelle apportate dal decreto legislativo n. 229 del 1999) espressamente individua - sebbene con modalità costituzionalmente illegittime (sent. n. 354 del 1994) - le norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica (2° c.) tra i principi fondamentali della materia (1° c.).

I termini del discorso qui formulato non paiono mutare a seguito della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione poiché l'art. 10 legge costituzionale n. 3 del 2001 non sembra far venir meno il limite delle norme fondamentali di riforma per le Regioni a Statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano, laddove le Regioni ordinarie non hanno competenza primaria (sent. n. 536 del 2002)⁵; d'altra parte il citato art. 10 non pare neppure destinato a

⁵ Secondo il commento di A. AMBROSI, *La competenza delle Regioni*

influenzare la ripartizione della competenze tra le Province autonome e la Regione Trentino-Alto Adige, in quanto l'attribuzione della «tutela della salute» alla competenza legislativa concorrente *ex art. 117, 3° c. Cost.* non sembra prefigurare forme di autonomia più ampia rispetto a quelle statutariamente proprie - in materia - delle prime e della seconda.

A tutt'oggi dunque l'ipotesi di esercizio provinciale di competenza legislativa regionale esclusiva non può non suscitare perplessità in quanto presuppone la delega regionale di una funzione legislativa, non contemplata dallo Statuto - come può essere agevolmente argomentato *a contrario ex art. 18 St. T-AA* (che appunto prevede la delega regionale alle Province delle sole funzioni amministrative) - che nella specie non prevede eccezioni al principio *delegata potestas non potest delegari*. Meno problematica risulta invece la ricostruzione che vede nella disciplina legislativa provinciale del servizio sanitario null'altro che l'esercizio della relativa competenza concorrente in materia di sanità⁶; in tal modo però il *self-restraint* regionale alla sola individuazione del modello di organizzazione degli enti sanitari si traduce nella compressione della potestà legislativa esercitata per la loro disciplina, passandosi dalla competenza esclusiva (della Regione Trentino Alto Adige) a quella concorrente (delle Province autonome di Trento e di Bolzano), con risultati non proprio entusiasmanti quanto a salvaguardia del livello di autonomia complessivo del sistema trentino-altoatesino⁷.

Sul versante dell'integrazione socio-sanitaria va rilevato che, alla luce della disciplina statutaria, la ripartizione delle competenze

speciali e l'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001, in le Regioni, 2003, 828-829; contra P. CAVALERI, Diritto regionale, Padova, Cedam, 2003, 139-140.

⁶ Si noti che tale ricostruzione attenuerebbe l'eccezione trentino-altoatesina rispetto alle altre autonomie speciali, che non dispongono di competenze legislative esclusive in materia sanitaria (vedi L. ZANETTI, *Commento all'art. 19 decreto legislativo n. 502 del 1992*, in F. ROVERSI MONACO (cur.), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, Maggioli, 2000, 622).

⁷ Sulla natura della competenza legislativa esercitata dalle Province autonome in materia di enti sanitari si vedano le considerazioni di G. PARODI, in questo volume.

legislative tra Regione Trentino-Alto Adige e Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di assistenza risulta speculare rispetto a quella in materia sanitaria, prima richiamata: ai sensi dell'art. 8, 1° c., n. 25 St. T-AA la competenza provinciale in materia di «assistenza e beneficenza pubblica» è esclusiva (e dunque non ulteriormente estensibile *ex art.* 10 legge costituzionale n. 3 del 2001, salvo - forse - con riferimento al venir meno dei limiti statutariamente previsti)⁸, mentre ad essere concorrente è stavolta la competenza ordinamentale regionale (relativamente alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, *ex art.* 5, 1° c., n. 2 St. T-AA). D'altra parte la competenza regionale ora richiamata - esercitata l'ultima volta con legge regionale n. 3 del 1996 - risulta ulteriormente svilita, rispetto a quella primaria in materia di «ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri», dalla constatazione che le Ipab costituiscono soltanto una delle componenti - e neppure la più significativa - del sistema socio-assistenziale provinciale (*ex art.* 6 legge provinciale n. 14 del 1991 «Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento»); ruolo delle Ipab destinato *de iure condendo* a comprimersi ulteriormente se la Regione Trentino-Alto Adige adeguerà la propria legislazione ai principi fondamentali stabiliti dalla legge n. 328 del 2000 ed eventualmente estraibili dal decreto legislativo n. 207 del 2001, ammesso e non concesso che sia ancora tenuta a farlo⁹.

2. La disciplina legislativa provinciale: in attesa della riforma *ter*

Nel quadro ora delineato, la disciplina del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento è a tutt'oggi dettata dalla legge provinciale n. 10 del 1993, che, nelle sue successive modifiche, ha di massima recepito la riforma sanitaria del 1992-1993 (vale a dire, il

⁸ Vedi *supra* nt. 5.

⁹ In forza dell'art. 10 legge costituzionale n. 3 del 2001, la competenza legislativa regionale trentino-altoatesina in discorso potrebbe oggi reputarsi primaria in quanto analoga natura parrebbe riconoscibile alla corrispondente competenza legislativa delle Regioni ad autonomia ordinaria *ex art.* 117, 4° c. Cost.

decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993); manca invece l'adeguamento del servizio sanitario provinciale alla riforma *ter* (attuata con il decreto legislativo n. 229 del 1999), sebbene sia stato preconizzato dallo stesso legislatore provinciale¹⁰ e proposto in alcuni disegni di legge della scorsa legislatura¹¹.

Di conseguenza, l'aria che si respira in Trentino in ambito sanitario è un po' *d'antan*, è quella pre-decreto legislativo n. 229. Così, come vedremo meglio tra breve: l'azienda sanitaria è priva di autonomia imprenditoriale e del connesso atto aziendale di diritto privato che ne disciplina l'organizzazione e il funzionamento; non è previsto un organo analogo alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (di cui all'art. 2, 2° *bis* c. decreto legislativo n. 502)¹², in grado di assicurare la partecipazione degli enti locali all'elaborazione del piano sanitario provinciale, che avviene esclusivamente per il tramite di proposte formulate dai Sindaci riuniti nei Comitati di distretto (art. 20 legge provinciale n. 10 del 1993), peraltro più dettagliatamente disciplinati rispetto alla previsione dell'art. 3 *sexies*, 1° c. decreto legislativo n. 502; l'integrazione socio-

¹⁰ Così l'art. 47 legge provinciale n. 3 del 1999 detta disposizioni transitorie e urgenti per il riordino del servizio sanitario provinciale «fino alla data di entrata in vigore della legge provinciale concernente il riordino del servizio sanitario provinciale, anche per l'adeguamento ai principi costituenti limite alla potestà legislativa della Provincia recati dalla legge 30 novembre 1998, n. 419», che contiene appunto la delega in base alla quale è stato adottato il decreto legislativo n. 229 del 1999.

¹¹ Si fa riferimento soprattutto al disegno di legge n. 96 del 29 settembre 2000, in quanto di iniziativa della Giunta provinciale; ma nella stessa direzione si vedano altresì i disegni di legge n. 95 del 26 settembre 2000 e n. 108 del 15 dicembre 2000, d'iniziativa di alcuni consiglieri d'opposizione. Quanto alla presente legislatura, sebbene non siano ancora stati depositati disegni di legge in materia, l'impegno a modificare la vigente legge provinciale n. 10 del 1993 è stato assunto in sede di programma elettorale dal candidato Presidente della Provincia eletto nell'ottobre 2003, Lorenzo Dellai.

¹² Sulla quale vedi G. CARPANI, *Commento all'art. 2 decreto legislativo n. 502 del 1992*, in F. ROVERSI MONACO (cur.), *Il nuovo servizio*, cit., 84-87.

sanitaria, prevista dall'art. 3 *septies* decreto legislativo n. 502¹³, risulta, almeno a livello normativo, piuttosto limitata nella Provincia autonoma di Trento, che non ha neppure dato attuazione ai principi posti dalla legge n. 328 del 2000.

La minor autonomia attribuita all'azienda sanitaria, da un lato, e, dall'altro, il ruolo più limitato riconosciuto agli enti locali se discendono - si diceva poc'anzi - dal mancato adeguamento al decreto legislativo n. 229, corrispondono altresì a una meno contingente caratteristica del sistema (non solo sanitario) trentino: la forte incidenza dei poteri e delle funzioni della Provincia autonoma, con riferimento sia al Consiglio sia soprattutto alla Giunta e ancor più - oggi - al suo Presidente, a seguito dell'introduzione dell'elezione popolare diretta di quest'ultimo. A riguardo, si noti come in Trentino siano precluse agli enti locali funzioni loro riconosciute, nelle Regioni ad autonomia ordinaria, sia dal testo originario del decreto legislativo n. 502 del 1992, sia da quello modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Si fa riferimento in particolare al concorso degli enti locali alla formazione del collegio dei revisori, prima della riforma *ter* (art. 3, 13° c., primo periodo decreto legislativo n. 502), e del collegio sindacale dopo (art. 3 *ter*, 3° c. decreto legislativo n. 502, inserito dall'art. 3, 3° c. decreto legislativo n. 229)¹⁴, al quale si contrappone il collegio dei revisori dei conti dell'Apss, formato esclusivamente da componenti di nomina provinciale e ministeriale (art. 17, 1° c. legge provinciale n. 10 del 1993)¹⁵.

¹³ L'art. 3 *septies*, l'art. 3 *sexies* e il 2° *bis* c. dell'art. 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992, citati nel presente capoverso, sono stati rispettivamente introdotti dall'art. 3, 3° c. e dall'art. 2 decreto legislativo n. 229 del 1999.

¹⁴ Si noti come attraverso tale rappresentanza si sia «voluto assicurare un collegamento (...) con gli enti locali» (G. SANVITI, *Commento all'art. 3 ter decreto legislativo n. 502 del 1992*, in F. ROVERSI MONACO (cur.), *Il nuovo servizio*, cit., 132).

¹⁵ Si noti che sia il disegno di legge n. 96 del 2000 sia il disegno di legge n. 108 del 2000 prevedono la designazione da parte di un non meglio precisato «organismo maggiormente rappresentativo dei Comuni» di un componente (rispettivamente su cinque e su tre) del collegio sindacale

Conformemente al disegno del decreto legislativo n. 502 del 1992 (art. 3, rispettivamente 1° c. e 5° c., lett. *a*), nella legge provinciale n. 10 del 1993 l'aziendalizzazione procede di pari passo con la *reductio ad unum* delle aziende sanitarie in ambito provinciale; in luogo delle dodici Unità sanitarie locali previste, in corrispondenza di altrettanti comprensori, dalla legge provinciale n. 33 del 1980, l'art. 11 legge provinciale n. 10 del 1993 istituisce una sola azienda sanitaria, il cui ambito territoriale coincide appunto con l'intero territorio provinciale: l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss).

Sia l'aziendalizzazione sia l'abbandono del comprensorio come ambito territoriale di riferimento subiscono però una qualche attenuazione nella legislazione provinciale trentina.

Quanto alla prima, non si estende direttamente alla dimensione ospedaliera, dove non si va oltre l'assimilazione degli ospedali maggiori - Trento e Rovereto - ai distretti sanitari; gli uni e gli altri, articolazioni organizzative dell'unica azienda sanitaria, l'Apss (art. 23 legge provinciale n. 10). Il che attenua, dal punto di vista strutturale, la distinzione tra i presidi ospedalieri (e, in particolare, gli ospedali distrettuali di Arco-Riva, Borgo, Cavalese, Cles, Tione), da un lato, e gli ospedali di Trento e Rovereto, dall'altro, in quanto tutti «non costituiti in azienda ospedaliera», per riprendere il lessico dell'art. 4, 9° c. decreto legislativo n. 502, sebbene solo i primi siano gestiti dai distretti sanitari, ai quali i secondi - come si è detto poc'anzi - sono invece equiparati. Risulta dunque più sfuocato - come vedremo - almeno tale profilo della ristrutturazione ospedaliera. Neppure *de iure condendo* sembra profilarsi l'aziendalizzazione degli ospedali trentini, in quanto il disegno di legge n. 96 del 2000 non la prevede, a differenza del disegno di legge n. 95 del 2000, che, all'art. 2, istituisce l'Azienda ospedaliera del Trentino; si tratta però di un disegno di legge presentato da consiglieri di Alleanza nazionale, all'opposizione sia nella precedente sia nell'attuale legislatura provinciale, mentre il n. 96 era di iniziativa della Giunta, la cui maggioranza politica è stata confermata dall'ultimo responso elettorale dell'ottobre 2003.

La dimensione comprensoriale sopravvive nei tredici distretti

dell'Azienda sanitaria provinciale (art. 23, 1° c., lett. *b* di entrambi i disegni di legge).

sanitari, che su di essa sono appunto modellati, sebbene non vi si uniformino completamente¹⁶. Il che comporta una popolazione per distretto sanitario generalmente e significativamente inferiore a quella di 60.000 abitanti prevista dall'art. 3 *quater*, 1° c. decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dall'art. 3, 3° c. decreto legislativo n. 229 del 1999, sebbene la disposizione stessa ne preveda la derogabilità «in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente». Entrambe le condizioni sono presenti in Trentino, legittimando (oggi, dopo il decreto legislativo n. 229) l'ampia deroga alla soglia dei 60.000 abitanti, che soltanto due distretti sanitari superano¹⁷; sempreché naturalmente si reputi il 1°c. dell'art. 3 *quater* vincolante, in quanto principio fondamentale, la legislazione della Provincia autonoma, che avrebbe quindi esercitando la propria competenza legislativa concorrente e non la competenza legislativa regionale primaria in materia di enti sanitari¹⁸.

Poiché ad ogni distretto sanitario è preposto un direttore, come pure ad ogni altra articolazione organizzativa dell'Apss, ex art. 49, 3° c. legge provinciale n. 10 del 1993, ne risulta un elevato numero di direttori (quasi a compensare la mancata previsione, nella struttura

¹⁶ Si vedano rispettivamente l'Allegato alla legge provinciale n. 10 del 1993 e l'art. 3 delle norme di attuazione del piano urbanistico provinciale approvato con legge provinciale n. 7 del 1967. Si noti in particolare che al comprensorio della Valle dell'Adige corrispondono il distretto sanitario Trento e Valle dei Laghi e quello Rotaliana-Paganella. Attraverso l'istituzione del distretto sanitario ladino di Fassa, viene invece mantenuta l'individuazione di un ambito territoriale corrispondente alla minoranza ladina, introdotto a livello comprensoriale dalla legge provinciale n. 16 del 1977.

¹⁷ La popolazione media dei distretti sanitari trentini è di 36.705 abitanti e due distretti (Primiero e Fassa) hanno una popolazione inferiore ai 10.000 abitanti (si veda *I numeri della sanità in Trentino*, in Giunta della Provincia autonoma di Trento, *Infosanità*, 25, 2003, 13, tabella 1); va peraltro rammentato che all'istituzione del distretto sanitario meno popolato (Fassa con appena 9.117 abitanti) non è probabilmente estranea la sua coincidenza con la zona di insediamento della minoranza linguistica ladina in Trentino.

¹⁸ Vedi *supra* pr. 1.

dell'Azienda, delle figure del direttore sanitario e del direttore amministrativo), probabilmente reputato eccessivo dallo stesso legislatore provinciale, se questi ha introdotto la possibilità del conferimento dell'incarico di direttore a scavalco su più distretti sanitari (art. 47, 1° c., lett. *b* legge provinciale n. 3 del 1999).

3. L'Azienda provinciale per i servizi sanitari: ut unum sint

Il panorama sanitario trentino si caratterizza, come si è visto nel precedente paragrafo, per la presenza di un'unica azienda: l'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Si tratta di una scelta che pare destinata a trovare conferma *de iure condendo*, in quanto corrisponde agli orientamenti dell'attuale maggioranza provinciale¹⁹.

L'Apss ha personalità giuridica pubblica, al pari delle aziende sanitarie delle Regioni ad autonomia ordinaria, ma è ancor oggi dotata delle forme di autonomia loro riconosciute dal testo originario dell'art. 3, 1° c. decreto legislativo n. 502: l'autonomia gestionale, amministrativa e contabile (art. 11 legge provinciale n. 10 del 1993), cui l'art. 44, 4° c. legge provinciale n. 3 del 1998 aggiunge l'autonomia organizzativa, patrimoniale e tecnica, uniformandosi così all'elencazione contenuta nella previgente legislazione statale. L'Azienda trentina non dispone invece dell'autonomia imprenditoriale che, introdotta dal decreto legislativo n. 229 del 1999 in luogo delle forme di autonomia poc'anzi elencate, le sussume e le completa.

All'assenza di autonomia imprenditoriale, che sembra discendere dal mancato adeguamento della legislazione provinciale trentina alla riforma *ter*, corrisponde l'indisponibilità da parte dell'Apss della disciplina della propria organizzazione e del proprio funzionamento, che risulta invece fortemente legificata: in particolare i capi II e III

¹⁹ Così il disegno di legge n. 96 del 2000 mantiene un'unica Azienda sanitaria provinciale (art. 3). I disegni di legge n. 95 e n. 108 del 2000 prevedono invece più aziende: il primo, due Aziende sanitarie territoriali (di Trento e di Rovereto) e un'Azienda ospedaliera del Trentino (art. 2); il secondo, un'Azienda sanitaria provinciale e le Aziende ospedaliere di Trento e di Rovereto (artt. 20 e 31).

della legge provinciale n. 10 del 1993 dettagliatamente disciplinano l'«assetto istituzionale» e la «struttura organizzativa dell'azienda», con la puntuale indicazione delle direzioni e delle relative competenze (artt. 23-34). Disciplina completata da regolamenti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda che, sebbene adottati dal direttore generale, sono poi sottoposti all'approvazione della Giunta provinciale (art. 21, 1° c. legge provinciale n. 10 del 1993). A tali regolamenti corrisponde, nelle Aziende sanitarie locali delle Regioni ad autonomia ordinaria, l'atto aziendale di diritto privato (art. 3, 1° *bis* c. decreto legislativo n. 502, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999) che, adottato anch'esso dal direttore generale, non richiede però l'approvazione della Giunta regionale, esprimendo quindi quell'autonomia imprenditoriale propria appunto delle Aassll, ma non dell'Apss²⁰.

A riguardo va però sottolineato che, fermo restando naturalmente il differente regime giuridico, in oggi i regolamenti di organizzazione e funzionamento dell'Apss si differenziano dall'atto di diritto privato dell'Asl meno di quanto si potrebbe pensare. Il che non sembra dipendere tanto dal previsto meccanismo di silenzio-assenso della Giunta provinciale (art. 21, 1° c., ultimo periodo legge provinciale n. 10 del 1993), che pur valorizza l'adozione dei regolamenti da parte del direttore generale, quanto dalle concrete modalità di esercizio della relativa competenza da parte di quest'ultimo; in particolare, la maggior diffusione del modello di atto aziendale dell'Asl sembra aver determinato una sorta di mimetismo dei regolamenti dell'Apss che risultano attualmente racchiusi in un testo unico compilativo predisposto in esecuzione della deliberazione del direttore generale dell'Apss n. 583 del 2002 e redatto secondo gli schemi propri dell'atto aziendale, a partire dalla terminologia aziendalistica utilizzata (così per ogni servizio dell'Apss viene indicata la «missione», come letteralmente è tradotto l'inglese - e aziendale - *mission*)²¹. Le

²⁰ Sul rapporto tra autonomia imprenditoriale e atto aziendale vedi R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Introduzione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, Giuffrè, 2001, 12.

²¹ Si veda il testo del regolamento al sito *internet* www.apss.it. A titolo di esempio, si riporta qui di seguito il testo di un articolo del regolamento di

organizzazione e funzionamento dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari:

«Art. 32 (Funzioni del Servizio affari legali e contenzioso)

1. Missione

1.1. Fornire alle strutture aziendali consulenza giuridico-legale finalizzata alla risoluzione di questioni controverse che possano dar luogo a contenzioso in sede giurisdizionale.

1.2. Curare il contenzioso dell'Azienda presso gli organi giurisdizionali ordinari e speciali.

1.3. Fungere da ufficio per il contenzioso del personale ai sensi della normativa vigente.

1.4. Curare, per conto dell'Azienda, i rapporti con i legali di cui la stessa intenda avvalersi, fornendo ad essi la necessaria collaborazione.

2. Principali funzioni

2.1. Fornire - su istanza del competente responsabile di articolazione organizzativa fondamentale - alle strutture in cui si articola l'Azienda consulenze giuridico/legali in forma di parere scritto e/o orale relativamente a questioni concernenti controversie o che possano dar luogo a contenzioso.

2.2. Mantenere un costante aggiornamento sull'evoluzione del diritto, specie in materia sanitaria, sia con riferimento alla normativa vigente - a livello nazionale, sovranazionale, provinciale e regionale - sia con riguardo all'evoluzione giurisprudenziale.

2.3. Utilizzare le banche dati giuridiche su supporti informatici e i collegamenti in rete con gli archivi giurisprudenziali e normativi della Corte di cassazione, al fine di ottimizzare i tempi di ricerca e le risposte ai quesiti formulati.

2.4. Provvedere, anche avvalendosi della collaborazione di altri Servizi interessati, alle attività inerenti le cause e i ricorsi in sede giurisdizionale, valutando l'opportunità della costituzione in giudizio e a tal fine proponendo l'eventuale ricorso a professionisti esterni.

2.5. Esercitare la difesa tecnica dell'Azienda, mediante i funzionari iscritti all'Albo degli avvocati, nei giudizi instaurati avanti gli organi giurisdizionali ordinari e amministrativi, nonché in sede penale nel solo caso in cui il Direttore generale abbia deliberato la costituzione dell'Azienda in qualità di parte civile.

2.6. Fungere da ufficio per la gestione del contenzioso del lavoro - avvalendosi a tal fine della collaborazione dei competenti servizi della Direzione personale e sistemi informativi - ai sensi della normativa vigente, anche rappresentando l'Azienda - ove a ciò formalmente designato dal

caratteristiche del vigente regolamento dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari sembrano così voler quasi anticipare l'introduzione, prevista dai disegni di legge presentati nella scorsa legislatura provinciale, dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda e dell'atto aziendale di diritto privato per la disciplina della sua organizzazione e del suo funzionamento²².

Ciò non toglie che in oggi l'Apss sembri godere di minore

Direttore generale - avanti i collegi di conciliazione o quale membro degli stessi.

2.7. Esercitare la difesa tecnica in qualità di funzionario delegato del Direttore igiene e sanità pubblica nei giudizi di opposizione ad ordinanze-ingiunzioni, avvalendosi a tale scopo della collaborazione delle competenti strutture della Direzione igiene e sanità pubblica.

2.8. Esercitare la difesa tecnica dell'Azienda nei giudizi di primo grado riguardanti controversie relative ai rapporti di lavoro, in sinergia con i competenti servizi della Direzione personale e sistemi informativi.

2.9. Mantenere i collegamenti, per la trattazione di cause e ricorsi, con i legali esterni all'Azienda cui è stato attribuito il mandato alla difesa, collaborando con essi nell'istruttoria della pratica, fornendo i pareri e i documenti richiesti nonché la complessiva attività utile ai fini di causa.

2.10. Partecipare, per la parte di propria competenza e qualora richiesti dalla direzione competente, all'attività volta alla predisposizione degli atti conclusivi relativi alla materia contrattuale, specie in ordine alle procedure finalizzate a gare d'appalto di lavori, servizi e forniture.

2.11. Curare la tenuta e il costante aggiornamento di una biblioteca giuridica ad uso del servizio, della direzione e di altre strutture dell'Azienda eventualmente interessate.

2.12. Partecipare a comitati, commissioni o gruppi di lavoro interni e/o esterni all'Azienda in cui sia necessaria la specifica professionalità richiesta al servizio.

3. Principali responsabilità

3.1. Funzionalità e correttezza delle procedure connesse alla difesa in giudizio dell'Azienda.

3.2. Efficacia di risultati nella cura degli affari legali e nella risposta ai quesiti complessi posti dalle strutture».

²² Vedi gli artt. 20, 1° c. e 33, 1° c. del disegno di legge n. 96, gli artt. 2, 2° c. e 18, 1° c. del disegno di legge n. 95 e gli artt. 20, 1° c. e 37, 1° c. del disegno di legge n. 108.

autonomia nei confronti della Provincia autonoma di Trento rispetto a quella propria delle Aziende sanitarie locali nei confronti delle Regioni; a tacer d'altro, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari è espressamente qualificata ente strumentale della Provincia (art. 2, 1° c. legge provinciale n. 10 del 1993), mentre l'analogo carattere delle Aziende sanitarie locali, previsto dal testo originario dell'art. 3, 1° c. decreto legislativo n. 502, non è più espressamente menzionato a seguito dalle modifiche introdotte dall'art. 4, 1° c., lett. a decreto legislativo n. 517 del 1993 e può essere in oggi ricavato solo in via interpretativa, dando luogo a opinioni discordanti in merito²³.

Nella stessa direzione, va rilevato come nella nomina dei titolari degli organi dell'Apss più intensamente si manifesti la volontà provinciale.

Anzitutto, la maggioranza del collegio dei revisori dei conti è non solo di nomina provinciale, ma anche di designazione provinciale: se i cinque membri del collegio vengono nominati dalla Giunta provinciale, tre di loro, «di cui uno indicato dalle minoranze, sono designati dal Consiglio provinciale» (art. 17, 1° c. legge provinciale n. 10 del 1993). Si rammenti a riguardo che nell'omologo organo dell'Azienda sanitaria locale, il collegio sindacale, soltanto due membri su cinque sono di designazione regionale (art. 3 *ter*, 3° c. decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999).

Quanto invece all'unico altro organo dell'Azienda, il direttore generale (*ex* art. 3, 1° *quater* c. decreto legislativo n. 502, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e art. 12 legge provinciale n. 10 del 1993, come sostituito dall'art. 3 legge provinciale n. 10 del 1995), se la nomina provinciale di quello dell'Apss corrisponde alla nomina regionale dei direttori generali delle Aassll, va comunque rilevato che il primo può essere più agevolmente revocato, in quanto è sufficiente una deliberazione della Giunta (art. 16, 4° c. legge provinciale n. 10 del 1993), mentre per i secondi soltanto il verificarsi di determinate condizioni consente alla Regione (e per essa alla Giunta, ad esempio,

²³ Vedi, *ex multis*, M. COSULICH, G. GRASSO, *Ausl e Ipab: due modelli organizzativi a confronto*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (cur.), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002, 140.

ratione sedis, ex art. 37, 1° c. legge regionale Liguria n. 42 del 1992) di dichiararne la decadenza e provvedere alla loro sostituzione («quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio del buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione», recita l'art. 3 *bis*, 7° c. decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, che peraltro riprende la formula utilizzata nel testo originario dell'art. 3, 6° c. decreto legislativo n. 502).

D'altra parte, all'ampiezza delle funzioni provinciali in ambito sanitario, non sempre corrisponde il loro pieno esercizio; è il caso del piano sanitario provinciale, da approvarsi con legge provinciale (art. 6, 2° c. legge provinciale n. 10 del 1993) e vincolante non solo l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ma anche la Giunta provinciale (con particolare riferimento alle sue direttive alla prima indirizzate, ex art. 11, 2° c. legge provinciale n. 10 del 1993). Tuttavia l'unico piano sanitario provinciale a essere approvato con legge è stato quello relativo al triennio 1993-95 (legge provinciale n. 38 del 1993). I successivi non hanno invece terminato il loro *iter* legislativo, venendo soltanto, ogni tre anni, adottati dalla Giunta provinciale e presentati in Consiglio provinciale. Così è stato anche per l'ultimo piano sanitario provinciale, relativo al triennio 2000-2002, che viene infatti tutt'ora presentato come «proposta»²⁴. Il che non ha però impedito alla Giunta provinciale, autrice della proposta stessa, di attenervisi, nella fissazione delle direttive rivolte all'Apss, come se il piano sanitario fosse stato approvato con legge. Sebbene in assenza di un vincolo giuridico, si è così realizzata la circolarità del processo decisionale, interno alla Giunta, che in qualche modo anticipa la richiesta, avanzata *de iure condendo*, di delegificare il piano sanitario provinciale, che verrebbe approvato dalla sola Giunta provinciale²⁵. In tal modo la situazione di delegificazione strisciante del piano sanitario provinciale oggi nei fatti realizzatasi, si tradurrebbe in una sua delegificazione formale, che peraltro - com'è evidente - non comporterebbe il venir

²⁴ Vedilo al sito *internet* www.trentinosalute.net.

²⁵ Vedi l'art. 5, 6° c. disegno di legge n. 96 e l'art. 4, 2° c. disegno di legge n. 108. Il disegno di legge n. 95 mantiene invece l'approvazione del piano sanitario provinciale con legge provinciale (art. 6, 2° c.).

meno di una funzione (l'approvazione del piano sanitario provinciale) che la Provincia non è in grado di esercitare, quanto il suo passaggio dal livello dell'assemblea a quello dell'esecutivo provinciale, in linea con il processo di rafforzamento di quest'ultimo rispetto alla prima.

4. Il servizio sanitario provinciale alla luce degli indicatori della ricerca

4.1. La ristrutturazione della rete ospedaliera

Va anzitutto rammentato che nessun ospedale è stato trasformato in azienda ospedaliera *ex art. 4* decreto legislativo n. 502 del 1992, in quanto tale disposto non è stato ripreso dalla legge provinciale n. 10 del 1993²⁶; d'altra parte l'aziendalizzazione ospedaliera non sembra neppure profilarsi all'orizzonte, in quanto l'orientamento dell'attuale maggioranza provinciale, espresso nel disegno di legge n. 96 della scorsa legislatura, non contempla la trasformazione in azienda degli ospedali trentini²⁷.

La vigente legislazione provinciale distingue comunque gli ospedali di Trento e Rovereto, strutturalmente equiparati ai distretti sanitari (art. 23 legge provinciale n. 10 del 1993), dagli altri presidi ospedalieri, vale a dire gli ospedali distrettuali, che sono invece inseriti nel distretto sanitario cui territorialmente appartengono; tanto è vero che la direzione medica del presidio ospedaliero fa parte della direzione del distretto sanitario (art. 83 regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Apss). Distinzione che riflette una differenziazione sia qualitativa sia quantitativa; quanto al primo aspetto, soltanto quelli di Trento e Rovereto sono ospedali di secondo

²⁶ Vedi *supra* pr. 2. Sull'art. 4, come modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, vedi R. BALDUZZI, *Commento all'art. 4 decreto legislativo n. 502 del 1992*, in F. ROVERSI MONACO (cur.), *Il nuovo servizio*, cit., 173-190.

²⁷ L'aziendalizzazione degli ospedali di Trento e Rovereto è invece prevista dal disegno di legge n. 108 del 2000 (art. 31), mentre il disegno di legge n. 95 curiosamente la riferisce al solo ospedale di Trento (art. 44), sebbene ragioni di un'Azienda ospedaliera del Trentino (art. 37).

livello; quanto al dato quantitativo, poco più della metà dei posti letto disponibili in Trentino (vale a dire 1.324 su 2.609)²⁸ si concentra nei due maggiori ospedali.

I dati numerici cui ora si accennava consentono di esaminare la ristrutturazione ospedaliera sotto il profilo della riduzione di posti letto in termini di dotazione complessiva, al fine di soddisfare al parametro di sei posti letto per mille abitanti, già previsto dall'art. 4, 3° c. legge n. 412 del 1991. Tale obiettivo è stato perseguito e raggiunto nella Provincia autonoma di Trento, che ha visto il numero di posti letto per mille abitanti passare da 7,2 nel 1992, a 6,15 nel 1999 e infine scendere sotto la soglia prima richiamata, arrivando a 5,46 nel 2001²⁹.

Alla complessiva riduzione del numero dei posti letto (in cifre assolute: da 3.402 nel 1992 a 2.609 nel 2001)³⁰ ha corrisposto una loro differente ripartizione tra posti letto per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza; così se soltanto i secondi aumentano in assoluto, passando da 179 nel 1992 a 409 nel 2001, muta però il rapporto percentuale tra le grandezze considerate: nel 1992 il 83,16% dei posti letto era per acuti, l'11,58% per lungodegenza e solo il 5,26% per riabilitazione; dieci anni dopo, nel 2001, le percentuali sono divenute rispettivamente il 74,51%, il 9,81% e il 15,68%³¹. Si noti a riguardo che i posti letto delle tre tipologie indicate hanno una diversa distribuzione territoriale. Così nel 2001 su 1944 posti letto per acuti, 1106 (vale a dire il 56,89%) sono concentrati nei due istituti di cura (Santa Chiara di Trento e Santa Maria del Carmine di Rovereto), costituenti rispettivamente il nucleo dell'ospedale di Trento e di quello

²⁸ Elaborazione dei dati relativi al 2001, pubblicati in *I numeri della sanità in Trentino*, cit., 55, tabella 47.

²⁹ I primi due dati sono contenuti nella *Premessa alla Proposta di piano sanitario provinciale 2000-2002*; il terzo è ricavato sulla base delle indicazioni fornite in *I numeri della sanità in Trentino*, loc. cit.

³⁰ Si veda il grafico relativo alla dotazione dei posti letto nella Provincia autonoma di Trento, in *Relazione sullo stato del servizio sanitario provinciale, Anno 2001*, in *Documenti per la salute*, 12, Giunta della Provincia autonoma di Trento, 2003, 100.

³¹ Elaborazione dei dati forniti dal Servizio programmazione e ricerca sanitaria della Provincia autonoma di Trento.

di Rovereto; più della metà dei posti letto per riabilitazione e per lungodegenza (nel 2001, rispettivamente 217 su 409 e 170 su 256) si trovano invece negli istituti arcensi, che fino al 1981 erano case di cura tisiatiche³². Il che contribuisce a spiegare l'agevole superamento da parte della Provincia autonoma di Trento della soglia di 0,5 posti letto per riabilitazione e lungodegenza per mille abitanti già fissata dall'art. 4, 3° c. legge n. 412 del 1991: nel 2001, infatti, erano ben 1,39 per mille abitanti.

Quanto agli aspetti qualitativi della ristrutturazione ospedaliera, va rilevato nell'ultimo triennio (2000-2002) un significativo incremento degli interventi chirurgici in *day surgery* con riferimento sia alla cataratta sia al tunnel carpale, che passano rispettivamente dal 79,36% e dall'80,18% all'82,05% e al 94,19% del totale di tali interventi³³; il che naturalmente comporta una diminuzione della degenza media nei relativi istituti di cura³⁴.

4.2. *L'assistenza farmaceutica*

Con riferimento all'imposizione di ticket sui farmaci, le Regioni e le Province autonome italiane si dividono in parti pressoché eguali tra enti che prevedono o no una forma di compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte del cittadino; nella seconda categoria rientra la Provincia autonoma di Trento, che attualmente non impone alcun ticket sui farmaci³⁵.

Anzi, in Trentino vige uno strumento in qualche misura opposto al

³² Vedi *I numeri della sanità in Trentino*, cit., 55, tabella 47.

³³ Elaborazione dei dati forniti dal Servizio programmazione e ricerca sanitaria della Provincia autonoma di Trento.

³⁴ Vedi *I numeri della sanità in Trentino*, cit., 62, tabella 54.

³⁵ Su ventun Regioni e Province autonome, dieci non impongono ticket sui farmaci: oltre alla Provincia autonoma di Trento, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata; nelle undici restanti, vigono invece forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino (vedi Azienda per i servizi sanitari regionali, *Provvedimenti adottati dalle Regioni in materia di assistenza farmaceutica*, Sezione A.G.P. - Centro Stampa, Roma, 2004, in www.assr.it).

ticket: l'assistenza farmaceutica aggiuntiva rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale, che viene garantita dal servizio sanitario provinciale agli iscritti all'anagrafe sanitaria provinciale, residenti in provincia di Trento (art. 68 legge provinciale n. 10 del 1998). Le prestazioni sanitarie aggiuntive vengono definite annualmente dalla Giunta provinciale che nel 2002 ha previsto, con specifico riferimento all'assistenza farmaceutica, la fornitura, da un lato, di prodotti galenici magistrali³⁶ e, dall'altro, di prodotti farmaceutici non concedibili dal servizio sanitario nazionale agli assistiti affetti da gravi patologie e senza alternative terapeutiche e ai trapiantati d'organo³⁷. Quanto all'entità delle prestazioni assicurate nell'ambito dell'assistenza farmaceutica aggiuntiva, il servizio sanitario provinciale ha erogato, nel 2002, 339.000 euro, di cui 109.000 per prodotti galenici magistrali e i restanti 230.000 per specialità medicinali non altrimenti rimborsabili dal servizio sanitario nazionale³⁸.

Sotto altro profilo, la Provincia autonoma di Trento si è avvalsa della facoltà riconosciuta dall'art. 8 legge n. 405 del 2001. In particolare, con deliberazione n. 1225 del 31 maggio 2002, la Giunta provinciale ha, tra l'altro, demandato «all'Azienda provinciale per i

³⁶ Si tratta in particolare di «preparazioni galeniche (...) inserite nel formulario galenico dell'azienda [provinciale per i servizi sanitari], nonché le preparazioni per uso orale contenenti principi attivi presenti in medicinali prodotti industrialmente, autorizzati in Italia o in altri paesi dell'Unione europea, quando prescritte a dosaggi o concentrazioni inferiori a quelle disponibili in commercio» e di «prodotti galenici magistrali con significato terapeutico essenziale (...) per soggetti affetti da specifiche patologie (attualmente nefropatia cronica, psoriasi, neoplasie, patologie allo stadio terminale, dermatite atopica)» (AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI, *Rapporto sull'uso dei farmaci in Trentino, anno 2002, Quaderni del lavoro*, Trento, 2003, 11).

³⁷ I requisiti attualmente previsti per l'assistenza farmaceutica aggiuntiva con riferimento ai prodotti farmaceutici sono: l'eccezionalità del caso clinico; la mancanza di alternative terapeutiche; la presenza di letteratura accreditata (protocolli) che indichi l'uso del farmaco per la specifica patologia (*ibidem*).

³⁸ Vedi AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI, *Rapporto sull'uso dei farmaci*, cit., 53.

servizi sanitari il compito di addivenire ad un accordo con la distribuzione all'ingrosso ed al dettaglio dei medicinali, (...), per la regolamentazione della somministrazione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente», ai sensi del 1° c., lett. *a* del citato art. 8; l'Apss ha conseguentemente concluso i previsti accordi per l'erogazione dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente con le farmacie convenzionate e la distribuzione intermedia, in modo che le prime distribuiscano tali farmaci di proprietà dell'Azienda e ricevano per questo servizio una quota percentuale definita nell'accordo stesso.

Quanto invece alle previsioni di cui alla lett. *b* e alla lett. *c* del 1° c. dell'art. 8 legge n. 405 del 2001, la citata deliberazione della Giunta provinciale n. 1225 prevede che a partire dal marzo 2003 siano distribuiti direttamente dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari i farmaci necessari sia per il trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, sia per il primo ciclo di terapia all'atto della dimissione ospedaliera e/o della visita specialistica.

Va infine rilevato che le richiamate caratteristiche dell'assistenza farmaceutica nella Provincia autonoma di Trento (vale a dire: l'assenza di ticket sui farmaci, l'assistenza farmaceutica aggiuntiva provinciale e la distribuzione diretta dei farmaci) non impediscono al Trentino di avere la spesa farmaceutica pro capite più bassa d'Italia³⁹.

4.3. *L'integrazione socio-sanitaria*

In Trentino l'integrazione socio-sanitaria, cui si accenna, in termini di coordinamento tra sociale e sanitario, fin dall'art. 1, 3° c. legge n. 10 del 1993, sembra realizzarsi *per aliam viam* rispetto alle indicazioni della legislazione statale. Sul versante della differenziazione da quest'ultima, va anzitutto rilevato che nella

³⁹ Così nel periodo gennaio-settembre 2003 la spesa farmaceutica netta pro capite in Provincia autonoma di Trento è stata di 111,02 euro, rispetto alla media nazionale di 142,49 euro; la spesa farmaceutica netta pro capite più alta d'Italia è invece quella laziale, pari a 176,55 euro (*Profili e caratteri dei Servizi sanitari regionali, Spesa farmaceutica per Regione, gennaio-settembre 2003*, tabella presentata al Convegno da L. PELLEGRINI).

PROVINCIA DI TRENTO

Provincia autonoma di Trento le funzioni socio-assistenziali vengono esercitate non dal Comune ma dall'«ente gestore», che, ai sensi dell'art. 10, 3° c. legge provinciale n. 14 del 1991, corrisponde al Comune se la sua popolazione non è inferiore ai 20.000 abitanti. Il che significa che le funzioni socio-assistenziali, pur delegate dalla Provincia autonoma di Trento ai Comuni, vengono esercitate direttamente soltanto da Trento e Rovereto, mentre per i rimanenti 221 Comuni trentini il loro esercizio «avviene in forma associata da parte del comprensorio di rispettiva appartenenza» (art. 10, 2° c. legge provinciale n. 14).

Nella legislazione statale, invece, la scelta della dimensione sovracomunale per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali - la cui titolarità spetta ai Comuni con riferimento agli interventi sociali svolti a livello locale, *ex art.* 6, 1° c. legge n. 328 del 2000 (la legge quadro sui servizi sociali, rimasta inattuata nella Provincia autonoma di Trento) - è soltanto eventuale, laddove l'art. 8, 3° c., lett. *a* legge n. 328 del 2000 dispone che gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete vengano determinati dalle Regioni prevedendo «incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie». D'altra parte, con specifico riferimento all'integrazione socio-sanitaria, l'art. 3 *septies*, 6° c. del decreto legislativo n. 502 del 1992 attribuisce alla competenza dei Comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Nella Provincia autonoma di Trento, la tendenziale coincidenza tra comprensori, chiamati a esercitare le funzioni socio-assistenziali, e distretti sanitari⁴⁰ fornisce un ulteriore argomento a favore dell'indicazione dei secondi come luogo privilegiato dove realizzare l'integrazione socio-sanitaria a livello di funzioni esercitate⁴¹. A livello di pianificazione in Trentino si afferma invece la dimensione provinciale: al piano sanitario provinciale corrisponde il piano provinciale socio-assistenziale, che viene approvato dalla Giunta provinciale, «assicurando che le previsioni di tale piano e quelle del

⁴⁰ Vedi *supra* nt. 16.

⁴¹ Così *Premessa* alla *Proposta di Piano sanitario provinciale 2000-2002*, punto I.2.3., lett. *d*.

piano provinciale sanitario siano tra loro reciprocamente integrate e coordinate» (art. 12, 2° c. legge provinciale n. 14 del 1991). A riguardo va sottolineato che il parallelismo tra i due piani, sanitario provinciale e provinciale socio-assistenziale, risulta accentuato dalla circostanza, meramente fattuale, che il primo sia stato finora - con una sola eccezione iniziale, come si è detto - approvato soltanto dalla Giunta, realizzando di fatto quanto previsto di diritto per il secondo. Si può dunque riscontrare una forma di integrazione al vertice (provinciale) e a livello di esecutivo, tra sanità e assistenza sociale, che non a caso fino alla scorsa legislatura provinciale facevano capo allo stesso assessorato, riconducendo in qualche modo il profilo in discorso al forte ruolo provinciale nel sistema trentino.

Sul piano operativo, va richiamata in particolare l'esperienza delle unità valutative multidisciplinari previste dall'art. 4, 2° c., lett. *e* legge provinciale n. 6 del 1998, coerentemente istituite a livello di distretto sanitario e operanti «nei casi in cui vi sia la compresenza di bisogni sanitari e socio-assistenziali»; in particolare le unità, formate da esperti del sociale e del sanitario, concordano il progetto di cura e tutela adeguato alle esigenze di ciascun assistito.

5. Conclusioni

Il sistema sanitario trentino che emerge dall'analisi fin qui svolta si caratterizza per una certa dissonanza tra caratteristiche strutturali e funzionali. Strutturalmente, il Servizio sanitario provinciale si trova in una posizione di retroguardia, in quanto l'autonomia speciale gli ha consentito di rimanere ancorato al modello dettato dalla riforma del 1992-1993, senza adeguarsi alla riforma sanitaria *ter*, vale a dire al decreto legislativo n. 229 del 1999; sotto il profilo indicato, il Trentino non rappresenta un laboratorio per le Regioni italiane, ma piuttosto una testimonianza del passato. Funzionalmente però il servizio sanitario trentino sembra trovarsi in una posizione di avanguardia nell'ambito dei sistemi sanitari regionali, in quanto i dati disponibili, interpretati sulla base degli indicatori della ricerca, ne testimoniano l'efficienza, sia direttamente, come per la ristrutturazione ospedaliera, sia indirettamente, come nel caso della spesa farmaceutica, il cui basso

livello pro capite, ad onta dei fattori che - lo si è visto - dovrebbero spingerla verso l'alto, sembrerebbe attestare il buon funzionamento dell'assistenza sanitaria.

Nel tentativo di leggere le caratteristiche funzionali del sistema sanitario trentino alla luce delle sue caratteristiche strutturali non vanno sottaciute le risorse finanziarie di cui dispone, che danno luogo a una spesa sanitaria pro capite che nel 2002 era la terza in Italia - non a caso, dopo la Provincia autonoma di Bolzano e la Valle d'Aosta - attestandosi con 1.524 euro, ben al di sopra della media nazionale di 1.370 euro⁴².

Ma se le risorse finanziarie contribuiscono a evitare che il sistema sanitario trentino paghi il prezzo del suo sottodimensionamento, che, con un bacino di utenza di neppure mezzo milione di abitanti, non sembra consentire economie di scala, non pare però da escludersi che un contributo nella stessa direzione venga offerto dalle stesse caratteristiche strutturali del Servizio sanitario provinciale. In particolare, l'accentuata centralizzazione, riscontrabile sia a livello dell'unica azienda, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, sia nel forte ruolo esercitato dalla Provincia nel sistema sanitario, sembra favorire il buon funzionamento di un sistema che agisce in una dimensione comunque ridotta. Il Servizio sanitario provinciale trentino non costituisce dunque un modello da esportazione, ma - forse anche per questo - ben si adatta alle peculiari caratteristiche della Provincia autonoma di Trento.

⁴² *Profili e caratteri dei Servizi sanitari regionali, Spesa pro capite per Regione dal 1995 al 2002*, tabella presentata al Convegno da L. PELLEGRINI.