

## **VERSO UN SISTEMA INTEGRATO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE: LA SALUTE COME ASSE TRASVERSALE DELLE POLITICHE PUBBLICHE PROVINCIALI.**

(La salute in tutte le politiche: dalla piena valorizzazione al potenziamento delle competenze provinciali)

Preliminarmente appare opportuno sintetizzare le fasi e gli obiettivi sui quali è strutturato il progetto di ricerca:

1. Il progetto afferma l'opportunità di un **mutamento di paradigma rispetto alla concezione della salute quale obiettivo dell'intervento pubblico in ambito socio-assistenziale**, che da statica e incentrata sugli aspetti sanitari connessi alla presa in cura delle persone sembra evolvere verso una **concezione dinamica e integrata**, all'interno della quale **la promozione della salute intesa come benessere psico-fisico e socio-culturale-ambientale delle persone viene concepita quale obiettivo trasversale e paradigma orientativo delle politiche pubbliche** anche al di fuori del tradizionale contesto medico-sanitario. In tale fase quindi verrà effettuata un'analisi a livello costituzionale, comprendendo anche la giurisprudenza costituzionale, a livello nazionale e comparato, alla luce dei principi e standard emergenti a livello internazionale ed europeo. Questa risulta essere una fase preliminare, seppur essenziale, in quanto in grado di supportare a livello costituzionale e concettuale le ulteriori fasi della ricerca;
2. Dopo avere fornito le basi concettuali e normative che legittimino anche dal punto di vista istituzionale la proposta di un sistema integrato di politiche pubbliche di promozione della salute delle persone a livello provinciale, il progetto fornirà una **modellistica, anche alla luce degli standard europei e ricavabili dalle esperienze di diritto comparato, degli ambiti di intervento pubblico che possono, direttamente o indirettamente, essere concepiti quali fattori condizionanti i livelli di salute e benessere delle persone** (ex plurimis, edilizia, urbanistica, scuola, trasporti, ambiente). In tale fase, pertanto, si effettuerà un'analisi prima compilativo-sistematica e quindi critica, alla luce del panorama comparato (ma anche di esperienze regionali comparabili) e sulla base degli standard internazionali (OMS, UE, Consiglio d'Europa, OCSE), del livello normativo provinciale, individuando gli ambiti di competenza che possono risultare rilevanti in vista di un intervento di massimizzazione e di riforma (*de iure condendo*) delle fonti legislative provinciali. L'obiettivo è quello di proporre una sistematizzazione *de iure condito*, anche eventualmente

attraverso la predisposizione di un testo unico compilativo, che possa rappresentare una base normativa per le ulteriori fasi del progetto, finalizzate ad interventi mirati e sistematici (trasversali) *de iure condendo*;

3. Sulla base delle competenze provinciali in tali ambiti, si proporrà una **valorizzazione della legislazione, delle politiche pubbliche e degli strumenti istituzionali esistenti, al fine di raggiungere la massimizzazione delle performances e dell'impatto dei singoli interventi, nell'ottica di una loro armonizzazione e sistematizzazione rispetto all'obiettivo comune della promozione dei livelli di salute delle persone**, anche nella prospettiva della **migliore allocazione delle risorse economiche, istituzionali e umane nei diversi settori**. In tale fase, anche alla luce delle esperienze di diritto comparato su cui ci si soffermerà *infra*, si opererà nel senso di proporre interventi normativi, presupposto essenziale per intervenire anche sulle politiche di promozione della salute in ambiti diversi da quello prettamente sanitario, che siano funzionali a ottimizzare le competenze provinciali, tenuto conto della tendenza ad una contrazione delle risorse economico-finanziarie disponibili.
4. In quanto concepito quale fondamentale obiettivo trasversale e principio generale delle politiche pubbliche, l'intervento pubblico multi-settoriale ma unitario rispetto alla valorizzazione dei determinanti economico-sociali, culturali della salute (le precondizioni strutturali e sostanziali per un livello adeguato ed equo di quest'ultima) deve essere sottoposto ad una **costante attività di monitoraggio, valutazione e controllo delle performances di sistema, sfruttando gli strumenti normativi già esistenti e proponendo soluzioni inedite per il contesto provinciale**, ma alla luce di esperienze già sperimentate in altri contesti (cfr. ad esempio la Regione Toscana e, a livello comparato, il modello inglese e canadese). In tale fase verrà proposta una riforma dei meccanismi decisionali *ex ante*, ma anche di controllo e valutazione *ex post*, sulla base di esperienze già sperimentate a livello regionale e comparato, ma che possano essere ulteriormente incrementati a livello di efficacia ed effettività, sulla base delle competenze provinciali e alla luce di recenti interventi legislativi che possono rappresentare condizioni preliminari per un cambio di paradigma anche rispetto al metodo degli interventi politico-normativi finalizzati all'innalzamento dei livelli socio-economici e culturali delle condizioni della e per la salute.

A livello di monitoraggio e valutazione dello sviluppo concreto del progetto, si prevede la redazione di **reports periodici** che diano conto dell'attività realizzata rispetto alle singole fasi e obiettivi della ricerca, i quali si tradurranno in articoli scientifici, anche in lingua inglese, e eventualmente in **reports di proposta** alle istituzioni pubbliche provinciali rispetto a iniziative legislative e procedurali che possano risultare opportune in vista della traduzione in concreto degli obiettivi che il bando propone.

*1. L'opportunità di un mutamento di paradigma: la salute come obiettivo trasversale delle politiche pubbliche. Definizione di una modellistica degli ambiti di intervento pubblico rilevanti per la promozione della salute e dei suoi determinanti socio-economici e culturali.*

Una concezione moderna della funzione pubblica di tutela della salute evidenzia come i fattori determinanti il benessere siano governati non solo e non tanto nell'ambito tradizionale delle politiche sanitarie, ma siano frutto di una serie di determinanti sociali, rispetto ai quali entrano in rilievo una numerosa serie di materie (urbanistica, tutela del paesaggio, comunicazione e trasporti, istruzione e formazione, politiche del lavoro, sicurezza alimentare, etc.), che nel loro complesso concorrono a definire le condizioni della e per la salute delle persone (cfr. ad esempio la *Commission on Social Determinants of Health* istituita in seno all'OMS). La tutela e promozione della salute assume, anche all'interno del quadro provinciale, dimensioni normative e fattuali che vanno al di là della "mera" erogazione di prestazioni sanitarie, le quali – pur fondamentali<sup>1</sup> – non esauriscono gli obblighi di natura istituzionale, amministrativa e normativa degli enti provinciali e locali in tale contesto. D'altra parte, la *vis expansiva* del diritto alla salute, la quale si esprime fin dalla definizione che di quest'ultima viene in modo ormai consolidato, tanto da poterne ipotizzare una natura non solo descrittiva ma anche sostanzialmente normativa (si pensi alla definizione che di salute viene fornita dalla Organizzazione Mondiale della Salute, la quale come noto definisce la salute "*not merely the absence of disease or infirmity*" ma come "*a state of complete physical, mental and social well-being*", secondo la Costituzione dell'OMS), in quanto benessere psico-fisico delle persone, viene espressa dallo stesso contesto costituzionale.

La salute, definita dall'articolo 32 della Costituzione italiana quale fondamentale diritto

---

<sup>1</sup> Esiste una correlazione tra benessere e salute, come recentemente evidenziato, anche sulla base di dati empirici e statistiche, dallo *European health report 2012: charting the way to well-being* (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>), nel quale si evidenzia come "well-being includes health, and that health is an essential part of – if not a prerequisite for – well-being. Health matters for well-being, and specifically several aspects of health, including the physical, mental and social. Moreover, research shows that there are two-way relationships between different areas of well-being: it is clear that health influences overall well-being, but well-being is also an indicator of future health or illness. Further, reviews of studies to date suggest that the effect of well-being on health is substantial (though variable), and has a comparable effect to other risk factors that are more traditionally targeted by public health interventions, such as a healthy diet."

dell'individuo e interesse della collettività, assume una natura olistica, ponendosi tanto quale diritto delle persone quanto come obiettivo dello stato democratico e sociale, in quanto interpretato alla luce degli articoli 2, 3 e 38 del testo costituzionale.

Attribuito alla Repubblica, da intendersi in senso ampio comprendente anche gli enti locali e sub-statali seppur secondo il riparto di competenze tracciato dall'articolo 117 Cost. e dagli Statuti speciali, il compito di promuovere e garantire tale diritto, quest'ultimo "risente" della natura e dei principi fondamentali costituzionali, assumendo contorni e contesti di attuazione ben più ampi di quelli corrispondenti alla semplice assistenza sanitaria. Come sottolineato da attenta dottrina, alla natura universalistica del servizio sanitario nazionale rispetto all'estensione soggettiva di quest'ultimo (cfr. la riforma introdotta dalla legge n. 833 del 1970) si affianca progressivamente l'adozione di un approccio olistico per quanto riguarda l'estensione oggettivo-materiale della tutela e promozione della salute, in quanto lo Stato – ma sarebbe più appropriato riferirsi alla Repubblica – "interviene in prima persona in tutto ciò che possa essere finalizzato alla salute degli individui, con una potenzialità di incidenza in materie che si ritrovano estranee a quella sanitaria e pertinenti ad altre aree di disciplina normativa" (Bottari, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Giuffrè, 1991, p. 3). Non appare irrilevante, all'interno di tale rinnovato quadro concettuale e normativo, il fatto che a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione la materia "assistenza sanitaria e ospedaliera" sia stata sostituita con la competenza, concorrente tra Stato e Regioni<sup>2</sup>, corrispondente alla "tutela della salute". Sanità e salute non coincidono, sovrapponendosi, ma si integrano, la seconda coinvolgendo un numero di ambiti e quindi di competenze ulteriori rispetto a quella corrispondente alla assistenza sanitaria.

Ancora una volta, la dimensione internazionale contribuisce a rafforzare tale approccio. Da ultimo l'OMS ha riconosciuto, nel suo "*The European health report 2012: charting the way to well-being*"

---

<sup>2</sup> Assetto competenziale che come noto si estende anche alle Regioni a Statuto speciale e alla Province a Statuto speciale, cfr. da ultimo la sentenza n. 371 del 2008 della Corte costituzionale, nella quale si ribadisce che "per la Provincia autonoma di Trento, non vengono in rilievo norme dello statuto speciale del Trentino-Alto Adige/Südtirol (o delle relative disposizioni di attuazione), bensì l'art. 117 Cost., pure invocato nel ricorso e nelle successive difese. Questa Corte, infatti, nella [sentenza n. 50 del 2007](#) – oltre ad aver escluso che l'art. 2 del d.lgs. n. 474 del 1975 abbia integrato la competenza legislativa delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia sanitaria (negando, così, che con esso si sia inteso «assimilare, quanto alla natura primaria della potestà legislativa, le competenze provinciali ivi contemplate alla competenza della Regione Trentino-Alto Adige») – ha anche ribadito che «l'unica competenza legislativa della Provincia in materia sanitaria (quella appunto di cui all'art. 9, numero 10, dello Statuto regionale)» si configura «come una competenza di tipo concorrente». E nella stessa sentenza ha ulteriormente precisato che «nessuna norma di attuazione, pur notoriamente dotata di un potere interpretativo ed integrativo del dettato statutario (si vedano, fra le altre, le sentenze di questa Corte [n. 51 del 2006](#), [n. 249 del 2005](#) e [n. 341 del 2001](#)), potrebbe trasformare una competenza di tipo concorrente in una competenza di tipo esclusivo, così violando lo statuto regionale». La giurisprudenza costituzionale ha, altresì, affermato che i poteri delle Province autonome in materia sanitaria si radicano direttamente nel terzo comma dell'art. 117 Cost., il quale prevede una loro competenza in tale materia, attraverso il riferimento alla tutela della salute, sicché – a norma dell'art. 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001 – è alla disposizione costituzionale di cui al citato art. 117 che occorre fare riferimento (sentenze [n. 162 del 2007](#) e [n. 134 del 2006](#))".

(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>), che “*well-being and health are interactive and multidimensional concepts, with some common determinants, such as the health system. Ensuring a good life is not the domain of any one sector or service, but a multidimensional concept with multiple determinants. It requires an approach involving the whole of government and of society*” (fonte [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).

La connessione della salute con altri diritti fondamentali assume pertanto un rilievo decisivo, tanto in termini assoluti al fine di ribadire la centralità nell'assetto costituzionale quanto in termini relativi al progetto che qui si propone, finalizzato ad una valorizzazione piena, pur in condizioni di contrazione della disponibilità economico-finanziaria, del bene “salute” ponendolo in relazione e in un rapporto di reciproca derivazione e dipendenza con altri beni giuridici e ambiti concreti di intervento dei pubblici poteri. La giurisprudenza costituzionale sembra avallare siffatta interpretazione. Sia sufficiente in tale sede il riferimento alla giurisprudenza in materia di diritto all'abitazione, al diritto a vivere in un ambiente salubre, di limiti all'iniziativa economica dei privati (Corte cost. n. 29 del 1957, nella quale l'interesse collettivo alla salute viene sussunto nella categoria di “utilità sociale” che l'articolo 41 della Costituzione pone quale limite all'iniziativa economica privata) e di diritti fondamentali delle persone straniere: anche sulla base di tale giurisprudenza ci si è riferiti alla salute come interesse diffuso della collettività (Modugno, *I nuovi diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli, 1995). A ulteriore conferma non solo della tenuta concettuale, ma anche della opportunità giuridica di operare, anche a livello provinciale, un sostanziale mutamento di paradigma, è possibile riferire il dato in base al quale all'elemento oggettivo per il quale “le politiche sanitarie propriamente considerate s'intrecciano con molte altre politiche di carattere non solo sociale, dalla tutela del lavoro all'ambiente, dal trasporto pubblico all'urbanistica” corrisponderebbe un elemento statistico-fattuale, in base al quale “le risorse per la tutela della salute al di fuori dell'ambito strettamente curativo tendono ad avere una resa molto forte” (Casonato, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, in Cardoni (a cura di), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo*, Giappichelli, 2012, p. 6, il quale si riferisce ad uno studio di Fattore, *Le principali influenze del federalismo fiscale sui sistemi sanitari*, 2009).

Questo approccio trova peraltro riscontro anche nella legislazione statale, fin dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale si prevede che uno degli obiettivi consista nella “copertura dell'intero ciclo di intervento assistenziale: prevenzione, cura e riabilitazione”. Il riferimento alla prevenzione richiama la necessità, che si traduce in un preciso obiettivo di politica sanitaria in senso ampio, di affrontare dalla prospettiva della tutela e promozione della salute tutti quegli ambiti di vita sociale, e di competenza legislativa, che riguardano e interessano le condizioni concrete – i determinanti sociali, economici e culturali – del benessere psico-fisico delle persone.

In tale ottica, pertanto, la salute viene concepita non solo come diritto ad avere accesso a determinati servizi sanitari in condizioni di uguaglianza a fini diagnostici o terapeutici, ma viene ad assumere una dimensione ulteriore, che non si sostituisce alla precedente ma la viene ad integrare, e potenzialmente a rafforzare, in termini di prevenzione ed efficacia.

La salute, nell'ottica del progetto che si propone, viene intesa non solo come materia che debba essere regolata ai diversi livelli di governo e legislazione coerentemente con un riparto predefinito di competenze, ma piuttosto come **obiettivo generale al quale tutti i livelli normativi devono tendere in tutti gli ambiti di intervento che possano avere un impatto, diretto o indiretto, con il livello di salute intesa come benessere delle persone**. In tale prospettiva, appare pertanto opportuna l'analisi della giurisprudenza costituzionale in materia di welfare, al fine di sistematizzare i numerosi spunti che sembrano emergere ed individuare dei parametri che possano orientare l'azione del legislatore provinciale in tale ambito. La giurisprudenza costituzionale verrà analizzata secondo questa prospettiva, così come si renderà necessario uno studio di natura comparata.

Anche il livello europeo può rappresentare un contesto normativo utile al fine di valutare, alla luce di esperienze già in atto seppur in ambiti diversi, la fattibilità e l'efficacia di un approccio pervasivo alla tutela e promozione della salute. In termini generali, sia sufficiente richiamare l'articolo 168.1 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, nel quale si afferma ciò che può essere definito quale standard che impegna le istituzioni europee nella predisposizione delle politiche in tutti i settori di competenza: *“nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”* (primo comma), principio che viene rafforzato dal suo richiamo esplicito anche nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35).

Oltre a tale principio orientativo delle politiche dell'Unione, tale livello ordinamentale esprime anche un principio metodologico che può rivelarsi utile secondo la prospettiva di promozione integrale e integrata della salute qui proposta. Il riferimento è al metodo del *mainstreaming*, tipico delle politiche antidiscriminatorie e di genere, che può rappresentare un valido elemento di studio e di eventuale confronto rispetto all'obiettivo di fare della salute un obiettivo trasversale delle politiche normative in diversi settori competenziali. Mutuando tale concetto dal contesto del diritto europeo dell'antidiscriminazione, esso sembra in grado di esprimere l'obiettivo di fare della salute un obiettivo trasversale – integrale – degli interventi legislativi e delle politiche pubbliche a livello provinciale: per *mainstreaming* si intende infatti “una strategia antidiscriminatoria in cui il perseguimento del principio di non discriminazione non viene più visto come un obiettivo da raggiungere di per sé, come fosse una specifica area di intervento, ma, piuttosto, come un principio

che si integra con tutti i possibili settori di intervento pubblico: dall'occupazione, all'istruzione, alle relazioni esterne. Il principio di *mainstreaming* impone quindi che le autorità pubbliche, prima di procedere all'assunzione di una data misura, valutino l'eventuale effetto discriminatorio che essa possa determinare, mirando così ad evitare conseguenze negative e a migliorare la qualità e l'incisività delle proprie politiche" (cfr. Strazzari, "*Gender mainstreaming*": *genesì di un termine comunitario e le difficoltà della sua traduzione*).

Il metodo del *mainstreaming*, opportunamente analizzato e adattato al livello provinciale nonché al peculiare ambito di intervento della tutela e promozione della salute, potrà rivelarsi decisivo al fine di garantire l'effettività di un approccio pervasivo – olistico – a tale obiettivo. Esso infatti, se adeguatamente ed efficacemente tradotto in soluzioni normative ed istituzionali ad hoc, appare in grado di esprimere due caratteristiche connotative della tutela e promozione della salute intesa nel senso adottato del presente progetto: la *trasversalità* degli interventi normativi e delle politiche pubbliche da un lato e l'onere di *attivazione* di politiche adeguate in settori differenziati che deve essere posto in capo alla pubblica amministrazione, non solo a quella direttamente demandata l'assistenza sanitaria e ospedaliera (nel caso di specie, l'Assessorato per la salute della Provincia e la complessa struttura istituzionale della quale è formata). La trasversalità dell'obiettivo di promozione della salute rispetto alle singole politiche messe in atto rappresenta ormai un principio consolidato a livello internazionale. All'interno del già citato *European health report 2012: charting the way to well-being*, l'OMS afferma che uno dei prerequisiti che gli Stati devono soddisfare in vista della riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario ("*health inequities*") consiste nel garantire l'"*assessment of health policies and programmes in relation to their specific effects on inequities in health, from inputs to outcomes, using disaggregated data on different subpopulations*", sul presupposto che "*action on the social determinants of health often requires that multiple sectors align their objectives, work together and achieve multiple social goals*".

**Obiettivo preliminare del progetto consisterà pertanto nell'individuare le basi giuridiche di una concezione olistica e dinamica di salute, in vista di una sua concezione concepita in termini non esclusivamente sanitari ma basata sull'analisi dei suoi presupposti a livello sociale, economico e culturale, riferendosi al concetto, ormai consolidato nella dottrina internazionale e nazionale, di determinanti sociali della salute. Su tali basi (la tutela e promozione della salute come obiettivo generale delle politiche pubbliche), un successivo obiettivo intermedio consisterà nell'individuare, tra i diversi settori di intervento normativo delle istituzioni a livello locale (provinciale), quelli che possono, de iure condito ma anche de iure condendo, rilevare rispetto alla configurazione dei determinanti sociali della salute e**

**quindi del livello concreto di quest'ultima.**

Risultato di tale fase della ricerca sarà la sistematizzazione dei diversi interventi normativi relativi alle diverse materie coinvolte che permetta, a normativa vigente, l'individuazione di politiche in grado di realizzare in forma sinergica e integrata l'obiettivo di garantire le condizioni contestuali, le quali siano in grado di favorire il raggiungimento del maggiore livello di benessere possibile. Quale strumento intermedio, propedeutico alla successiva proposta de iure condendo di riforme legislative a livello provinciale, sarà valutata l'opportunità della predisposizione di un **testo unico compilativo delle norme che, pur inserite in strumenti legislativi esterni dall'ambito medico-sanitario, svolgono una funzione potenziale, diretta o indiretta, rispetto alla determinazione e alla promozione dei livelli di salute e benessere sociale, economico e culturale delle persone.** Tale strumento potrà svolgere una utile funzione di indirizzo rispetto alla ulteriore obiettivo di valutare, su tale base, i vantaggi e gli svantaggi di una nuova legislazione unitaria ed organica che possa promuovere la salute passando trasversalmente per le diverse materie coinvolte, la quale vada eventualmente a sostituire (o integrare) interventi specifici in grado di modificare, nelle singole discipline di settore, gli aspetti più rilevanti al fine della promozione della salute.

*2. La necessità della definizione di un sistema integrato di promozione e tutela della salute in tutti i contesti e attraverso tutti gli ambiti di competenza che vi possano direttamente o indirettamente incidere. Proposte normative de iure condito e de iure condendo.*

Passando da una concezione statica di sanità ad una dinamica di salute intesa come benessere psico-fisico che viene determinato in primo luogo da fattori non sanitari, ma sociali, economici e culturali, un ambito particolarmente rilevante di ricerca potrà consistere nelle politiche socio-assistenziali proposte sul territorio provinciale. In particolare, anche alla luce della giurisprudenza costituzionale in materia, e tenuto conto della riduzione delle disponibilità finanziarie cui si assiste a livello tanto nazionale quanto locale, gli esistenti interventi normativi in materia verranno analizzati al fine di individuarne aspetti positivi e negativi, e valutarne, anche attraverso un'analisi empirica per la quale si può ipotizzare una collaborazione con l'Osservatorio per la salute, istituito dalla legge provinciale n. 16 del 2010 sulla tutela della salute quale "organo di supporto tecnico-scientifico della Giunta provinciale con compiti di rilevamento e verifica della qualità ed efficienza del servizio sanitario provinciale" (art. 14), e proporre eventualmente una riforma, anche di natura legislativa. Un possibile *case study* potrebbe essere la condizione degli stranieri sul territorio provinciale.

In questa ottica, l'esperienza istituzionale e amministrativa sviluppata in Trentino sembra fornire, a diritto invariato, i presupposti concettuali e gli strumenti normativi che possono favorire

l'evoluzione dell'approccio alla salute delle persone da una concezione statico-sanitaria ad una dinamica-sociale. Il riferimento è, in termini generali, all'obiettivo di giungere ad una integrazione tra sanità e servizi socio-assistenziali, in vista di una ricomposizione di due dimensioni diverse ma correlate tipiche dei sistemi di welfare state (cfr. il modello della Toscana, su cui Campedelli, Carrozza, Rossi (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, il Mulino, 2009), settori differenziati in termini di ambiti competenziali ma che devono trovare (e attualmente stanno trovando, in particolare rispetto alle criticità sociali quali le dipendenze e il disagio psichico, cfr. sul punto Folgheraiter, Bertoli, *L'evoluzione del sistema socio-assistenziale in Trentino e il ruolo della Provincia autonoma di Trento*, in Marcantoni, Postal, Toniatti, *Quarant'anni di autonomia*, vol. II, cit., p. 186) meccanismi istituzionali e organizzativi di integrazione e dialogo. Ciò rappresenta un percorso *in fieri*, necessario, seppur non sufficiente, in vista della edificazione di un sistema integrato finalizzato al miglioramento delle condizioni extra e pre-sanitarie della salute delle persone che vivono in Trentino, e ancora in divenire: *necessaria ma non sufficiente*, dal momento che – vedi subito *infra* – l'assistenza socio-assistenziale, pur centrale, non può essere considerato l'unico ambito di intervento pubblico in grado di incidere, condizionandoli in positivo o in negativo, sui determinanti sociali della salute (si pensi al settore dell'urbanistica, appalti, istruzione e scuola, ricerca scientifica, ...); *in fieri*, dal momento che il risultato della integrazione non può, nel contesto trentino, dirsi raggiunto, ma oggetto di un processo di costante evoluzione attraverso tre direttrici che possono rappresentare, dal punto di vista del metodo delle innovazioni normative e istituzionali che il progetto proposto si prefigge, elementi decisivi: si tratta della “integrazione istituzionale, integrazione gestionale, integrazione professionale” (Folgheraiter, Bertoli, *L'evoluzione del sistema socio-assistenziale e il ruolo della Provincia*, in Marcantoni, Postal, Toniatti (a cura di), *Trent'anni di autonomia. Le politiche di settore*, il Mulino, 2005, p. 744).

Nell'ottica del progetto di ricerca, particolare rilievo assumerà la legge provinciale n. 13 del 2007 sulle politiche sociali, nella quale si delinea un rinnovato sistema di tutela sociale delle persone che vivono sul territorio provinciale e inserisce e prevede, sia dal punto di vista dei principi fondamentali sia rispetto ai meccanismi istituzionali e amministrativi e alle politiche pubbliche di sostegno alla persona, elementi di raccordo e integrazione con il sistema di promozione della salute (cfr. ad esempio l'art. 10, primo comma, che nel delineare il piano sociale provinciale prevede che questo venga definito “in raccordo con la programmazione sanitaria e sulla base della rilevazione dei bisogni espressa dai piani di comunità”; ma anche il terzo comma, secondo il quale la Giunta assume il compito di “individuare i criteri per il coordinamento e la reciproca integrazione degli strumenti di programmazione in materia sociale con quelli delle altre politiche, in particolare sanitarie, del lavoro e abitative”, facendo riferimento all'esigenza di assicurare attraverso il piano

sociale provinciale gli indirizzi per la programmazione coordinata degli interventi).

Dal punto di vista degli strumenti istituzionali, decisivo può risultare il ruolo che potrebbe svolgere il Programma di sviluppo provinciale (previsto dalla legge provinciale sulla programmazione n. 4 del 1996), che definisce, con riferimento all'intera legislatura, “le strategie generali, i grandi obiettivi, le linee di intervento prioritarie e le principali azioni per lo sviluppo economico, il riequilibrio sociale e gli assetti territoriali” (De Gasperi, Tretter, Zambarda, Riccadonna, *La finanza provinciale*, in Marcantoni, Postal, Toniatti (a cura di), *Quarant'anni di autonomia*, FrancoAngeli, 2011, p. 499). Il Programma di sviluppo provinciale può essere inteso come potenziale base politico-amministrativa, in grado di introdurre la questione della salute quale obiettivo trasversale delle politiche pubbliche nel contesto della pubblica amministrazione provinciale, in vista dell'ottenimento di tale obiettivo generale (la promozione di politiche che incidano in modo virtuoso sui determinanti economico-sociali del livello di salute delle persone in tutti i settori di intervento pubblico potenzialmente interessati, quali individuati dalla modellistica che verrà proposta come risultato intermedio della ricerca). In tal senso, il metodo che viene utilizzato nella predisposizione del Piano può rivelarsi funzionale, in quanto esso viene strutturato sulla base di un approccio non meramente settoriale, ma fondato sull'individuazione di **assi trasversali** rispetto alle singole aree di intervento (Ivi, p. 502). Tale approccio, fondato sulla integrazione intersettoriale delle politiche e delle azioni, può rappresentare il presupposto metodologico e amministrativo di una politica trasversale di promozione del benessere fisico-psichico delle persone, attraverso politiche pubbliche settoriali ma accomunate da principi e obiettivi comuni, che vengano delineati dal programma di sviluppo provinciale, ma che trovino anche adeguata ed effettiva attuazione e rispondenza nelle scelte allocative di natura economico-finanziaria, l'efficienza delle quali deve essere sottoposta a una costante e periodica attività di monitoraggio, valutazione e eventuale riforma.

Nello specifico ambito della tutela della salute, la legge n. 16 del 2010 prevede la redazione di un Piano provinciale per la salute (art. 13), il quale stabilisce, in armonia con gli indirizzi e gli obiettivi del piano sanitario nazionale e del programma di sviluppo provinciale, le strategie d'intervento in materia sanitaria e socio-sanitaria. In particolare, il Piano, oltre a principi e contenuti relativi direttamente all'ambito medico-sanitario, esprime anche contenuti che confermano da un lato l'approccio integrato degli interventi a tutela della salute (il Piano infatti stabilisce in particolare le “modalità d'integrazione e coordinamento tra le azioni di competenza dei gestori dei servizi sanitari e sociali”, lettera f) dell'art. 13, e la “pianificazione socio-sanitaria, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali delle comunità istituite ai sensi della legge provinciale n. 3 del 2006”, lettera g), e dall'altro l'opportunità dell'introduzione di meccanismi di valutazione dell'impatto delle politiche socio-sanitarie (“gli

strumenti di valutazione del servizio sanitario provinciale, inclusi gli indicatori di qualità e gli indici di soddisfazione degli utenti” e “le modalità di verifica periodica dello stato di attuazione del piano”, lettere i) e j).

**Questi ultimi rappresentano distinte fasi di un percorso normativo, istituzionale e amministrativo comune, che nasce dalla condivisione degli obiettivi e dalla loro immissione nel circuito politico-istituzionale (sulla base di una concezione olistica della salute e dell’inserimento nel Programma di sviluppo provinciale, nonché nel Documento di attuazione del medesimo, della salute quale asse trasversale dell’azione provinciale, ad esempio attraverso l’integrazione della voce “capitale sociale e welfare” e la valorizzazione di quella “capitale territoriale”, recentemente introdotte dal Programma di sviluppo provinciale per la XIV legislatura nel 2010, recependo a livello locale le indicazioni che provengono dall’OCSE e dall’Unione Europea), si sviluppa attraverso politiche di settore integrate e coordinate e termina – secondo un percorso circolare – con la valutazione e la riforma dei singoli interventi e politiche, secondo un modello fondato sulla trasversalità e l’integrazione, l’effettività e l’efficacia, la valutazione e l’attuazione delle politiche finalizzate al miglioramento delle performances dei determinanti socio-economico-culturali-ambientali della salute.**

In tale ambito, **il progetto si propone, oltre alla ricognizione dei margini di manovra nelle singole materie coinvolte ed alla loro valorizzazione attraverso l’individuazione delle reciproche sinergie, anche un’ulteriore potenziamento attraverso la verifica di spazi di intervento per una proposta di modifica legislativa e, in prospettiva, statutaria (in considerazione del dibattito a livello tanto dottrinario quanto istituzionale relativo ad una modifica dello Statuto di autonomia).** A tal riguardo, si prevede di valutare l’opportunità di predisporre uno o più schemi di disegni di legge rivolti a integrare e modificare il quadro legislativo provinciale.

Appare opportuno, se si aderisce ad una concezione dinamica e trasversale del concetto giuridico di salute, adattare anche l’assetto istituzionale provinciale, al fine di consentirne l’effettiva espressione e conseguimento nei diversi interventi settoriali dell’amministrazione provinciale. Tale ambito potrebbe fondarsi sull’analisi dei meccanismi esistenti di raccordo tra diverse amministrazioni, in vista di un loro potenziamento ed eventuale integrazione con meccanismi inediti, già sperimentati a livello comparato. L’assetto istituzionale risulta decisivo al fine di garantire la fattibilità e l’efficacia delle eventuali modifiche normative che si proporranno, dal momento che in assenza di un solido ed efficiente, oltre che trasparente ed inclusivo, raccordo tra i diversi ambiti di intervento anche a livello istituzionale, l’obiettivo di concepire la salute secondo un approccio olistico è destinato a

restare una mera enunciazione teorica di principio. La normativa provinciale sembra offrire *de iure condito* le basi giuridiche per sostenere questo mutamento di paradigma: obiettivo del progetto consisterà nell'individuare e valorizzare, sistematizzandole, i riferimenti normativi che possano favorire tale processo di evoluzione e allargamento della rilevanza giuridica della salute al di là del contesto sanitario. A tale livello di analisi, basti il riferimento alla legge provinciale sulla tutela della salute (n. 16 del 2010), nella quale si afferma – tra l'altro – che compito della Provincia consiste nel garantire “la coerenza della legislazione provinciale, in particolare di quella in materia sociale e ambientale, con gli obiettivi di tutela e promozione della salute”, promuovere “il coordinamento e l'integrazione funzionale dei servizi e delle attività sanitarie e sociali” e vigilare “sulla tutela dell'ambiente naturale quale fattore determinante per il mantenimento della salute individuale e collettiva” (art. 1): garantire la coerenza della legislazione; promuovere il coordinamento delle attività; vigilare sul contesto ambientale quale fattore determinante per il mantenimento della salute rappresentano principi operativi e obiettivi sui quali appare già possibile, a diritto invariato, edificare un inedito, seppur nella continuità dell'approccio istituzionale, **sistema integrato di promozione e tutela della salute in tutti i contesti e attraverso tutti gli ambiti di competenza che vi possano direttamente o indirettamente incidere.**

A completare il quadro normativo, connotandolo nel senso della tensione verso una concezione dinamica e onnicomprensiva della salute, finalizzata alla promozione prima che al ristabilimento di quest'ultima, la legge del 2010 afferma il principio secondo il quale “la promozione della salute è compito primario del servizio sanitario provinciale e di tutti i soggetti che concorrono ad esso. È attuata attraverso interventi di informazione e formazione diretti a sostenere la *progressiva realizzazione di contesti sociali e culturali favorevoli alla salute e a indurre nei cittadini comportamenti salutari e responsabili*” (art. 3).

*3. La massimizzazione degli ambiti e dell'efficacia delle politiche di promozione trasversale e integrata dei livelli di salute (attraverso i suoi determinanti): la definizione di meccanismi di controllo, monitoraggio e valutazione delle performances di settore e di sistema.*

Al fine di massimizzare l'ambito e l'efficacia degli interventi settoriali nella prospettiva di una promozione generale della salute, **un ulteriore ambito di ricerca valuterà l'opportunità e la fattibilità, anche alla luce delle competenze provinciali, di introdurre (o potenziare a livello di funzioni quelli esistenti) organismi pubblici ai quali siano attribuite funzioni di monitoraggio, valutazione, proposta e report, oltre che di sensibilizzazione e comunicazione a livello sociale, relativamente alle politiche socio-assistenziali generali e alle politiche settoriali in ambito sanitario.** Il panorama comparato fornisce rilevanti esempi di questo tipo, come ad esempio il

*National Institute for Health and Clinical Excellence*

([http://www.nice.org.uk/aboutnice/whatwedo/what\\_we\\_do.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/whatwedo/what_we_do.jsp)) o il *Social Care Institute for Excellence* (<http://www.scie.org.uk/>) nell'ordinamento inglese, il quale potrà fornire un utile riferimento, in grado di indicare quale modello possa essere il più funzionale in termini generali e adatto alle competenze legislative provinciali. L'ordinamento inglese può fornire anche utili indicazioni a livello di riforma legislativa, dal momento che attualmente è in discussione il Care and Support Bill, pubblicato nel luglio del 2012, che si propone di creare “*a single modern law for adult care and support, replacing more than a dozen pieces of legislation*”. Rispetto al metodo delle valutazioni degli interventi normativi e delle politiche pubbliche in termini di fattibilità, effettività e impatto sui contesti regolati (nell'ottica del progetto, sull'obiettivo trasversale di un intervento qualitativo rispetto ai determinanti extra-sanitari del livello di salute delle persone), il contesto provinciale trentino sembra fornire, in termini potenziali e de iure condito, uno strumento giuridico-istituzionale che potrà rappresentare un efficace base normativa. Si tratta della riforma introdotta dalla recente legge provinciale n. 5 del 2013, “Controllo sull'attuazione delle leggi provinciali e valutazione degli effetti delle politiche pubbliche. Modificazioni e razionalizzazione delle leggi provinciali che prevedono obblighi in materia”, del 28 marzo 2013.

Come evidenziato nella Relazione illustrativa del disegno di legge, la “esigenza di calibrare le scelte politiche alle reali esigenze della collettività in un'ottica di razionalizzazione degli interventi, evitando dispersioni di risorse, da un lato, e assicurando l'intrinseca adeguatezza delle scelte in relazione agli obiettivi posti e alle relative ricadute sulla comunità” richiede l'attivazione di strumenti di valutazione *ex ante* ed *ex post* che vadano a verificare il livello di attuazione, la fattibilità e l'effettivo impatto degli interventi (“verificare gli effettivi risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi inizialmente posti”), oltre che “la valutazione dell'impatto della legislazione sull'ordinamento vigente, sull'organizzazione e sul funzionamento delle strutture pubbliche, nonché sul sistema economico e sociale”. Tale legge esprime principi ormai consolidati a livello comparato, europeo e nazionale (basti il riferimento agli strumenti dell'AIR e della VIR), ma che stentano a trovare effettiva implementazione, anche nel contesto provinciale trentino. Tale fase deve però essere considerata ineludibile attività, che, in quanto connotata in termini di effettività e adeguatezza, risulta fondamentale nella scelta e adattamento delle politiche e delle scelte allocative corrispondenti, in particolare in ambito di *welfare* e nell'attuale condizione di contrazione delle disponibilità economico-finanziarie che caratterizza anche il livello provinciale di governo.

Non appare irrilevante, a dimostrare la centralità di tali meccanismi nel contesto e rispetto agli obiettivi del progetto che qui si propone, che la legge n. 5 del 2013 ha riformato anche la legge provinciale sulla tutela della salute n. 16 del 2010, proprio per quanto riguarda le “Funzioni di

indirizzo, programmazione e controllo” (art. 6). Pertanto, elemento essenziale del rinnovato modello di promozione integrata della salute è rappresentato dalla “attività di controllo sull'attuazione delle leggi provinciali che possano rilevare rispetto a tale obiettivo (attività che secondo la legge del 2013 “consiste nella verifica dello stato di attuazione delle disposizioni legislative”, art. 1) e dalla “attività di valutazione degli effetti delle politiche pubbliche” (la quale “consiste nell'analisi degli effetti prodotti dalla normativa provinciale, per verificare in quale misura l'intervento pubblico ha determinato cambiamenti”, art. 1 della legge n. 5 del 2013). Elemento essenziale, quello della **verifica dell'attuazione e della valutazione degli effetti, che risulta prodromico rispetto all'azione di riforma legislativa di settore, la quale dovrà basarsi, per essere efficace e adeguata, sui risultati delle suddette attività, delle quali è necessario garantire l'attendibilità e la coerenza, anche attraverso innovazione normative e istituzionali** (cfr. il punto successivo).

Ciò rappresenta uno standard tanto a livello di Unione Europea che di diritto internazionale: *ex plurimis*, nel citato *European Health Report 2012* si afferma, relativamente alla necessità di predisporre misure e azioni adeguate, fattibili e implementabili in modo effettivo, che “*a well-organized mechanism is important to formulate specific, measurable, achievable, relevant and timely (SMART) targets*” e che, condizione fondamentale per giungere a tale obiettivo, è rappresentata da “*concrete criteria for measuring progress*”<sup>3</sup>.

A livello regionale, l'esperienza toscana verrà analizzata in modo approfondito, anche al fine di valutare l'opportunità di inserire, non solo a livello legislativo ma anche a livello statutario, specifiche clausole valutative. Infatti, lo Statuto della Regione Toscana (2005) prevede “l'inserimento nelle leggi, ai fini di valutare gli effetti prodotti, di clausole volte a definire i tempi e le modalità di raccolta delle informazioni necessarie” (art. 45), assicurando anche l'effettivo svolgimento di tale attività mediante la previsione di uno specifico onere di copertura finanziaria nel bilancio regionale. Il bilancio del consiglio garantisce, ai fini dello svolgimento delle funzioni, la disponibilità di adeguate risorse”, quarto comma dell'art. 45).

---

<sup>3</sup> “*A well-organized mechanism is important to formulate specific, measurable, achievable, relevant and timely (SMART) targets. SMART targets are more likely to be accomplished than general goals. To arrive at measurable targets, concrete criteria for measuring progress must be established. For targets to be achievable, they must be realistic, while set against a defined time scale – in this case up to 2020 – with interim progress monitoring. Targets are considered relevant when they represent objectives towards which the policy is able to work. Every target, if achieved, should represent real progress that can be quantified*”. Altro riferimento rilevante è quello contenuto nel documento “*The evidence base of Health 2020*” prodotto dall'OMS-Europa al paper di Kickbusch et al., *Governance for health in the 21st century*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (EUR/RC61/inf.Doc./6), 2012, p. 3, il quale identifica, dopo avere sottolineato che la governance della salute “*requires a synergistic set of policies many of which reside in sectors other than health*”, cinque tipi di “*smart Governance for Health*”: “*Governing through collaboration; Governing through citizen engagement; Governing through a mix of regulation; Governing through new independent agencies and expert bodies; and Governing through adaptive policies, resilient structures and foresight*” ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0015/170502/RC62-id02-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0015/170502/RC62-id02-Eng.pdf)).

4. *La definizione del modello integrato di promozione della salute in tutte le politiche pubbliche: proposte di sperimentazione normativa basate sulla partecipazione e la consultazione di stakeholders, expertise e società.*

In un contesto aperto agli investimenti nella ricerca e sperimentazione in ambito sanitario quale quello provinciale, appare opportuno integrare tale dimensione con quella che può definirsi **‘sperimentazione normativa’**. Si intende con ciò proporre, alla luce degli spazi di competenza riconosciuti a livello provinciale e sulla base di un’analisi comparata di numerosi esempi rinvenibili a livello nazionale (limitandosi allo spazio UE, si pensi a Regno Unito, Francia, Spagna e Germania), **meccanismi decisionali innovativi, partecipati ed inclusivi, che siano in grado di adattare l’intervento normativo alla realtà da regolare, gap che spesso incide sulle performances delle politiche, in particolare nel settore socio-assistenziale e sanitario.** L’introduzione di meccanismi decisionali fondati sulla partecipazione di stakeholders ed expertise rappresenta un trend comune delle legislazioni nazionali nel contesto europeo, tanto in ordinamenti che tradizionalmente hanno basato e tendono a rafforzare siffatta policy (come ad esempio il Regno Unito), quanto in ordinamenti che solo recentemente stanno implementando strumenti di consultazione istituzionalizzati che precedono le decisioni politico-normative in ambiti ad elevato impatto socio-economico ed ambientale. Un esempio potenzialmente virtuoso, in tale seconda prospettiva, è costituito dall’ordinamento francese (e, in minore misura, da quello tedesco), all’interno del quale è stata introdotto lo strumento del “*debat public*”, da ultimo disciplinato dalla *Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité*, la quale ha trasformato in Autorità amministrativa indipendente la *Commission nationale du débat public (CNDP)*.

Sulla base delle esperienze straniere, si proporrà pertanto un modello alternativo di *decision-making*, il quale sia basato da un lato su una stretta sinergia tra *policy makers, expertise, stakeholders* e società nel suo complesso e dall’altro su quanto viene definito “*evidence based policies*”, approccio secondo il quale “le decisioni debbono essere informate da criteri oggettivamente misurabili” (Campedelli, *Conclusioni. Nella crisi, un diritto «di» welfare? Tra evidenze, diritti e sperimentazioni*, in Campedelli, Carrozza, Rossi (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, ilMulino, 2010, p. 589). Ciò, oltre che una maggiore efficacia delle politiche, potrebbe garantire una maggiore accettabilità sociale delle medesime, in quanto derivanti da un processo di condivisione quantomeno tendenziale delle scelte politiche discrezionali, garantendo allo stesso tempo un adeguato bilanciamento tra i diversi interessi, privati e pubblici, e l’efficacia e la sostenibilità sociale ma anche finanziaria degli interventi normativi. Punto di partenza rispetto a tale ambito della ricerca sarà costituito dalle esperienze già

implementate in tal senso a livello provinciale, in ambiti di materia coinvolti nel complessivo obiettivo dell'innalzamento dei livelli di benessere e di salute delle persone. In particolare, è possibile fare riferimento al processo che ha condotto alla già citata legge provinciale n. 13 del 2007 ("Politiche sociali nella Provincia di Trento"), nel quale ha assunto centralità l'obiettivo di "coinvolgere nel processo di riforma tutti gli operatori del settore e di creare un disegno normativo che possa armonizzarsi in modo sistemico con la normativa già esistente" (Malfer, *La riforma del welfare trentino*, in Marcantoni, Postal, Toniatti, *Quarant'anni di autonomia*, vol. II, cit., p. 189 ss.). In contesto distinto da quello socio-assistenziale, è opportuno riferirsi all'iter che ha definito la legge provinciale n. 6 del 2008 ("Norme di tutela e promozione delle minoranze linguistiche locali"), caratterizzato dal coinvolgimento sistematico di tutti i soggetti interessati, a livello tanto istituzionale quanto associativo, e della expertise, anche attraverso l'istituzione di una commissione di lavoro ad hoc alla quale il Consiglio Provinciale ha attribuito il compito di definire una proposta legislativa, che ha costituito la base per il dibattito in Commissione e in Aula in sede di procedimento legislativo formale all'interno del Consiglio stesso.

In tale prospettiva, verrà valutata la opportunità e fattibilità in concreto, anche attraverso un dialogo con le istituzioni interessate, della **predisposizione di una serie di indicatori di diversa natura (giuridica, sociale, economica), sulla base del quale giungere ad una "misurazione" il più possibile oggettiva e attendibile delle performances degli interventi normativi e delle politiche pubbliche in tutti i settori in grado di incidere sui livelli qualitativi e quantitativi della salute**, secondo un'ottica che appare sempre più consolidata tanto a livello internazionale che comparato (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Human Rights Indicators. A Guide to Measurement and Implementation*, ONU, 2012; il programma dell'Unione Europea *European Community Health Indicators (ECHI)*, [http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_en.htm); in dottrina, M. Green, *What We Talk About When We Talk About Indicators: Current Approaches to Human Rights Assessment*, in *Human Rights Quarterly*, v. 23, pp. 1065 ss., 2001; de Beco, *Human Rights Indicators for Assessing State Compliance with International Human Rights*, in *Nordic Journal of International Law*, 77, 2008, pp. 23-49; Kicher, Möstl, *Standard-setting through monitoring? The role of Council of Europe expert bodies in the development of human rights*, Council of Europe Publishing, 2012).

**Tale ultimo aspetto potrà garantire in modo più effettivo la fattibilità e la sostenibilità, anche in termini economici, sociali e istituzionale e non solo giuridici, del sistema normativo che qui si propone, andando a connotare anche nel senso della adeguatezza non solo delle politiche ma anche dei meccanismi decisionali che le individuano un sistema integrato e sostenibile di**

**promozione della salute delle persone, attraverso interventi coordinati e sistematici in tutte quelle aree di competenza provinciale che direttamente e indirettamente sono in grado di incidere sul livello qualitativo e quantitativo dei determinanti sociali, economici e culturali del benessere psico-fisico delle persone, in grado di porsi quale modello virtuoso nel panorama nazionale ma anche a livello comparato.**

### **Metodologia della ricerca.**

Il progetto verrà sviluppato secondo un metodo comparato ed interdisciplinare. Per quanto riguarda il primo aspetto – la **comparazione** – si prevede un periodo di ricerca all'estero, al fine di individuare una modellistica di interventi nazionali in materia di promozione della salute nell'ottica di una valorizzazione del ruolo e dell'impatto dei c.d. determinanti sociali della salute. In prima approssimazione, la scelta della sede del periodo all'estero dovrebbe ricadere sul *Centre for the Studies of Incentives in Health* (<http://www.kcl.ac.uk/iop/research/centres/csihealth/index.aspx>), una struttura di ricerca interuniversitaria che comprende tre università di speciale prestigio: *London School of Economics*, *King's College* e *Queen Mary University*. Il centro ha come oggetto di ricerca “*the use of financial (and quasi-financial) incentives, paid to individual patients and consumers of healthcare in order to encourage them to change their behavior to improve their own health and that of the population*”. In ogni caso, si intende valorizzare la rete di contatti scientifici che, nel corso della precedente attività di ricerca, si è stabilita con diversi centri di ricerca europei (la *Catedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano* dell'Università di Deusto, Bilbao; l'*HeLEX Centre (Centre for Health, Law and Emerging Technologies)*, Università di Oxford; il *Law and Society Institute*, Università Humboldt, Berlino; il *Centre for Social Ethics and Policy* e l'*Institute for Science, Ethics and Innovation*, Università di Manchester, cfr. CV) ed esperti del settore. Si prevede di coinvolgere questi ultimi nell'attività connessa all'assegno di ricerca, in particolare attraverso la loro partecipazione ad attività seminariale che accompagnerà, in modo periodico e “istituzionalizzato”, l'attività di ricerca (in particolare il convegno di chiusura dell'attività di ricerca, nel corso del quale verranno presentati in modo sistematico ed organico i risultati del progetto e le ricadute potenziali sul sistema provinciale di promozione della salute delle persone).

Il secondo aspetto – l'**interdisciplinarietà** – verrà garantito attraverso la collaborazione scientifica e organizzativa con l'Osservatorio per la salute istituito presso l'Assessorato alla Salute, con il quale si prevede di instaurare un fattivo e costante rapporto. Si prevede di integrare, in modo coerente e funzionale rispetto agli obiettivi e al metodo della ricerca, l'approccio giuridico con altri saperi e

prospettive metodologiche, quali quella epidemiologica, che verranno assicurate dalla collaborazione con l'Osservatorio per la salute. Al fine di istituzionalizzare e rendere effettiva tale collaborazione, si prevedono incontri di lavoro periodici (almeno trimestrali), oltre a una serie di reports periodici che il ricercatore proponente si impegna e consegnare in modo anch'esso periodico. Questi coincideranno con la conclusione delle diverse fasi della ricerca delineate all'inizio del progetto di ricerca (ma l'intensità potrà essere aumentata in modo da adeguarla alla specifica evoluzione delle diverse fasi del progetto) e si concretizzeranno in incontri interdisciplinari, nel corso dei quali i risultati intermedi della ricerca verranno descritti dal ricercatore e analizzati e discussi dai partecipanti (in particolare membri dell'Osservatorio ma anche del Gruppo di ricerca BioDiritto della Facoltà di Giurisprudenza di Trento), i quali verranno integrati, in particolare in occasione dei workshop intermedio e conclusivo, da esperti nazionali e internazionali, i quali assicureranno una valutazione di natura anche comparata dei risultati del progetto. Sarebbe inoltre opportuno l'organizzazione di incontri pubblici di diffusione, comunicazione e discussione dei risultati della ricerca, attraverso workshop e seminari aperti al pubblico e che vedano tra i partecipanti anche *policy makers* e *stakeholders*.

L'obiettivo finale, dal punto di vista metodologico e istituzionale, è quello di instaurare una collaborazione che vada oltre la durata temporale del progetto, al fine di contribuire alla attuazione concreta delle soluzioni normative e istituzionali che verranno individuate e proposte all'esito della ricerca.