

## **NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE**

### **I.1. Legislazione nazionale 1988 per argomento**

1) Ambiti territoriali e organizzazione USL, convenzioni con strutture sanitarie private

*Decreto 22 febbraio 1988 G.U. n. 54/88*

Sospensione dell'applicazione dell'art. 1 del decreto ministeriale 14/9/85 concernente modificazioni al nuovo schema tipo di convenzione tra le unità sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.

*DPCM 20 ottobre 1988 G.U. n. 287/88*

Approvazione dello schema tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti tra le unità sanitarie locali e le istituzioni sanitarie di carattere privato.

2) Assetto istituzionale del S.S.N.

*Decreto legge 30 luglio 1988 n. 307 G.U. n. 179/88*

Disposizioni urgenti in materia sanitaria.

3) Farmaci, farmacie, farmacisti

*Decreto 17 febbraio 1988 G.U. n. 46/88*

Modificazioni al prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale.

*Decreto 27 aprile 1988 G.U. n. 108*

Modificazioni al prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale.

4) Finanziamento, controllo USL e altri organi S.S.N., piani sanitari

*Decreto legge 8 febbraio n. 27 G.U. n. 32/88*

Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

*Legge 11 marzo 1988 n. 67 G.U. n. 61/88*

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988) (artt. 10, 19, 20, 31).

*Deliberazione 28 gennaio 1988 (CIPE) G.U. n. 76/88*

Ripartizione di somme del Fondo sanitario nazionale parte corrente 1985 per il finanziamento di programmi relativi ad iniziative di interesse centrale.

*Deliberazione 28/1/88 CIPE*

Ripartizione somme del F.S.N. parte corrente 1984 per il finanziamento dei programmi di sperimentazione di prodotti prototipali o metodologici di ricerca.

*Deliberazione 28/1/88 CIPE*

Ripartizione somme del F.S.N. parte corrente 1985, 1986, 1987 per il finanziamento di programmi di informatizzazione delle unità sanitarie locali.

*Deliberazione 28/1/88 CIPE*

Ripartizione somme F.S.N. parte corrente 1982, 1983, 1984 destinate all'Istituto Superiore di Sanità.

Deliberazione F.S.N. parte corrente 1986 per l'assistenza agli hanseniani.

*Deliberazione 28/1/88 CIPE*

Ripartizione somme F.S.N. parte corrente 1986/87 e parte conto capitale 1986 destinate alle necessità urgenti in materia di prevenzione e repressione delle sofisticazioni alimentari.

*Decreto 19 marzo 1988 (Ministero della Sanità)*

Nuovi modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali.

*Decreto legge 1° aprile 1988 n. 103 G.U. n. 78/88*

Rifinanziamento delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti.

*Legge 1° giugno 1988 n. 176 G.U. n. 128/88*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 1 aprile 1988 n. 103 recante rifinanziamento delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti.

Testo coordinato con il decreto legge nella G.U. n. 150/88.

*Decreto legge 30 settembre 1988 n. 421 G.U. n. 231/88*

Misure urgenti in materia sanitaria, nonché per il ripiano dei disavanzi di bilancio delle USL e della Croce rossa italiana.

*Decreto legge 30 dicembre 1988 n. 546 G.U. n. 306/88*

Norme urgenti in materia di contenimento della spesa sanitaria.

5) Funzioni medico-legali

*Decreto legislativo 23 novembre 1988 n. 509 G.U. n. 278/88*

Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'art. 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988 n. 291.

6) Igiene pubblica, vigilanza sanitaria, difesa dell'ambiente

*Ordinanza 14 luglio 1988 G.U. n. 169/88*

Smaltimento di rifiuti speciali ospedalieri.

*DPCM 20 maggio 1988 G.U. 120/88*

Atto di indirizzo e coordinamento per la trasmissione periodica dei risultati delle analisi condotte dalle regioni e dalle unità sanitarie locali, ai sensi dell'art. 8 comma 2 del decreto legge 18 giugno 1986 n. 282 convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 1986 n. 462 recante misure urgenti in materia di prevenzione e repressione delle sofisticazioni alimentari.

*Legge 9 novembre 1988 n. 475 G.U. n. 264/88*

Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 9 settembre 1988 n. 397 recante disposizioni urgenti in materia di smaltimento dei rifiuti industriali

Testo coordinato nella G.U. n. 289/88.

*Decreto legge 14 dicembre 1988 n. 527 G.U. n. 292/88*

Disposizioni urgenti in materia di emergenze connesse allo smaltimento dei rifiuti industriali

*Legge 27 ottobre 1988 n. 460 G.U. n. 258/88*

Modificazioni ed integrazioni alla legge 28 marzo 1968 n. 416 concernente l'istituzione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica.

7) Personale USL

*Decreto legge 8/2/88 n. 27 G.U. n. 32/88*

Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

*Decreto 26 gennaio 1988 n. 30*

Identificazioni dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche e di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1 quarto comma del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali.

*Legge 8 aprile 1988 n. 109 G.U. n. 83/88*

Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 8 febbraio 1988 n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Testo coordinato con il decreto legge nella G.U. 102/88.

*D.P.R. 23 marzo 1988 n. 119*

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78.

*D.P.R. 23 marzo 1988 n. 120*

Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti convenzionali in materia di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78.

*D.P.R. 18 giugno 1988 n. 255 G.U. n. 161/88*

Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i chimici ambulatoriali, sottoscritto ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78.

*Decreto 13 settembre 1988 (Ministro della Sanità) G.U. n. 255/88*

Determinazione degli standards del personale ospedaliero.

*Legge 31 ottobre 1988 n. 471 G.U. n. 262*

Norme concernenti l'opzione per i laureati in medicina e chirurgia per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri.

#### 8) Prestazioni diagnostico-strumentali

*Decreto 7/1/88 n. 23 G.U. n. 29/88*

Indicazioni per la tessera personale dei soggetti affetti da diabete mellito.

#### 9) Prevenzione

*Decreto 15/1/88 n. 14 G.U. n. 20/88*

Disposizioni dirette ad escludere il rischio di infezioni da virus HIV, dettate anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 5, comma 7, del decreto legge 30 ottobre 1987 n. 531 recante disposizioni urgenti in materia sanitaria.

#### 10) Sanità animale

*Ordinanza 31 marzo 1988 (Ministero Sanità) n. 121*

Modificazioni all'ordinanza ministeriale 14 gennaio 1988 n. 15 recante disposizioni in materia di polizia veterinaria e interventi di profilassi dell'afta epizootica.

#### 11) Servizio e Sistema informativo sanitario

*Decreto 4 gennaio 1988 G.U. n. 40/88*

Elenco delle pubbliche amministrazioni e degli istituti privati di riconosciuto valore scientifico ammessi per l'anno 1988 alla utilizzazione del sistema MEDLARS.

### **I.2. Legislazione regionale**

La legislazione regionale in materia sanitaria nell'anno 1988 si caratterizza con una prevalenza di leggi riferite alla gestione ed organizzazione dei servizi (circa il 29% del totale delle leggi finora pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, serie speciale Regioni e sui Bollettini regionali). Il 20% è invece riferito alla disciplina dell'assistenza extraospedaliera: dall'organizzazione dei servizi immunotrasfusionali e l'istituzione di un Centro per le tireopatie (Abruzzo), alla disciplina delle case di cura private (Basilicata, Marche e Friuli-Venezia Giulia), all'organizzazione e funzionamento dei presidi multizonali di prevenzione (Lazio e Puglia), alla disciplina dei laboratori di analisi (Piemonte e Lombardia) e del piano regionale sangue (Piemonte).

Ma i provvedimenti più rilevanti sono sicuramente quelli approvati nel campo della programmazione sia sociale che sanitaria.

In questo settore si registra infatti l'approvazione del Piano sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano e quella di tre leggi relative al riordino e programmazione dei servizi sociali (Liguria, Sardegna, Piemonte), nonché la legge del Piano socio-assistenziale della Regione Friuli-Venezia Giulia. Il 75% delle leggi è poi dedicato all'organizzazione dei servizi veterinari (Emilia-Romagna, Sardegna, Umbria, Veneto, Lombardia).

Nel campo dell'ambiente le Regioni hanno provveduto ad adeguare la propria normativa ai provvedimenti nazionali sullo smaltimento di rifiuti (Emilia-Romagna), a vietare l'uso di fitofarmaci nei centri abitanti (Marche), ad adottare provvedimenti urgenti per la tutela dell'ambiente (Abruzzo)

Abruzzo

Legge regionale 15/1/88 n. 10.

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 15 febbraio 1980 n. 10 e successive modificazioni (adeguamento indennità ai revisori dei conti delle USL) (G.U. n. 26 del 25/6/88).

*Legge regionale 15/1/88 n. 11*

Provvedimenti urgenti a tutela dell'ambiente (G.U. n. 26 del 25/6/88).

*Legge regionale 2/2/88 n. 15*

Compensi spettanti ai componenti degli organismi collegiali (G.U. n. 26 del 26/5/88).

*Legge regionale 2/2/88 n. 16*

Istituzione di un Centro per le tireopatie (G.U. n. 27 del 2/7/88).

*Legge regionale 10/2/88 n. 20*

Contributi ai Comuni per il completamento di ospedali clinicizzati (G.U. n. 36 del 3/9/88).

*Legge regionale 20/2/88 n. 23*

Modificazioni alla legge regionale 16 settembre 1982 n. 81, recante disposizioni per il riconoscimento in presidio pubblico del Centro per l'assistenza ai poliomielitici e minorati di Avezzano (G.U. n. 38 del 17/9/88).

*Legge regionale 20/2/88 n. 24*

Composizione della commissione sanitaria regionale per l'accertamento dell'invalidità civile.

Legge regionale 14 agosto 1981, n. 32, art. 12, terzo comma (integrazione) (G.U. n. 38 del 17/9/88).

*Legge regionale 16/3/88 n. 28*

Abrogazione della legge regionale 7 luglio 1976, n. 38, recante norme per l'esercizio delle funzioni trasferite con decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972 n. 9 in materia di nomina dei consigli di amministrazione delle IPAB (G.U. n. 38 del 17/9/88).

*Legge regionale 24/3/88 n. 32*

Organizzazione dei servizi immunotrasfusionali (G.U. n. 40 dell'1/10/88).

*Legge regionale 2/6/88 n. 47*

Norme per la gestione unitaria dei rapporti economici con le farmacie (G.U. n. 42 del 15/10/88).

*Legge regionale 15/6/88 n. 48*

Norme di attuazione della legge 16/5/87 n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito (G.U. n. 42 del 15/10/88).

*Legge regionale 15/6/88 n. 50*

Contributo per il completamento del presidio ospedaliero di Città S. Angelo (G.U. n. 42 del 15/10/88).

*Legge regionale 28/7/88 n. 59*

Modificazione ed integrazione dell'art. 10 della l.r. 3/9/84 n. 62, concernente: Norme per l'attuazione del D.P.R. 20/12/79 n. 761 in materia di procedure concorsuali e di disciplina del rapporto di impiego del personale delle Unità locali socio-sanitarie (G.U. del 7/1/89).

*Legge regionale 18/8/88 n. 61*

Contributo aggiuntivo a favore delle farmacie rurali particolarmente disagiate (B.U. n. 24/88).

*Legge regionale 24/8/88 n. 67*

Determinazione del compenso ai componenti il comitato degli esperti, di cui alla legge regionale n. 60 del 23 maggio 1985, recante interventi della Regione in materia di smaltimento dei rifiuti in attuazione del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1982, n. 915 (G.U. n. 8 del 25/2/89).

*Legge regionale 1/9/88 n. 70*

Ulteriore finanziamento degli interventi regionali previsti dalla legge regionale 15 gennaio 1988, n.11 recante: Provvedimenti urgenti a tutela dell'ambiente (G.U. n. 8 del 25/2/89).

*Legge regionale 1/9/88 n. 69*

Contributo alla Unità locale di Avezzano per l'adeguamento e la ristrutturazione dell'immobile già adibito a presidio ospedaliero di Avezzano (G.U. n. 8 del 25/2/89).

*Legge regionale 8/9/88 n. 74*

Piano regionale di organizzazione dei servizi di smaltimento dei rifiuti solidi urbani, tossici e nocivi (G.U. n. 9 del 4/3/89).

*Legge regionale 8/9/88 n. 82*

Istituzione della consulta regionale per i problemi della terza età (G.U. n. 9 del 4/3/89).

Basilicata

*Legge regionale 14/3/88 n. 10*

Norme per il controllo delle nomine di competenza regionale (B.U. n. 12/88).

*Legge regionale 14/3/88 n. 11*

Disciplina della funzione di controllo sugli atti degli enti locali e strumentali . Norme per il funzionamento dell'Organo di controllo (B.U. n. 12/88).

*Legge regionale 18/5/88 n. 20*

Disciplina della case di cura private: recepimento del decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 27 giugno 1986 (G.U. n. 44 del 29/10/88).

*Legge regionale 20/1/88 n. 1*

Tutela della salute psico-fisica della donna e del nascituro (B.U. n. 2/88).

*Legge regionale 11/8/1988 n. 30*

Norme per il completamento degli ospedali (G.U. n. 9 del 4/3/89).

*Legge regionale 2/9/1988 n. 33*

Contributo agli enti locali sul costo dell'energia elettrica necessaria al funzionamento degli impianti destinati al sollevamento e/o depurazione delle acque (G.U. n. 9 del 4/3/89).

Calabria

*Legge regionale 1/12/88, n. 27*

Osservatorio epidemiologico regionale (B.U. n. 57/88).

*Legge regionale 1/12/88, n. 28*

Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive (B.U. n. 57/88).



Campania

*Legge regionale 7/1/88 n. 1*

Interventi in materia di tossicodipendenza e di alcolismo (G.U. n. 15 del 9/4/88).

*Legge regionale 12/8/1988 n. 17*

Disciplina delle competenze, della composizione e del funzionamento del Comitato regionale contro l'inquinamento atmosferico della Campania (C.R.I.A.C.) in attuazione dell'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 (G.U. n. 4 del 28/1/89).

Emilia-Romagna

*Legge regionale 26/7/88 n. 29*

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 27/1/86, n. 6 recante norme sullo smaltimento di rifiuti in attuazione del D.P.R. 10/9/82 n. 915 e della legge 29/10/87 n. 441 (G.U. n. 43 del 23/10/88).

*Legge regionale 17/8/88 n. 32*

Disciplina delle acque minerali e termali, qualificazione e sviluppo del termalismo (B.U. n. 20 del 23/8/88).

*Legge regionale 18/1/88 n. 2*

Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 29 marzo 1980 n. 22 recante norme per la utilizzazione e la gestione del patrimonio e la disciplina della contabilità nell'unità sanitaria locale (G.U. n. 18 del 30/4/88).

*Legge regionale 25/2/88 n. 5*

Norme per il controllo della popolazione canina (G.U. n. 21 del 21/5/88).

*Legge regionale 16/8/88 n. 25*

Programma regionale degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS (B.U. n. 57/88).

Friuli-Venezia Giulia

*Legge regionale 19/5/88 n. 33*

Piano socio-assistenziale della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia (G.U. n. 34 del 20/8/88).

*Legge regionale 14/3/88 n. 12*

Contributi agli istituti di patronato e di assistenza sociale (G.U. n. 22 del 28/6/88).

*Legge regionale 20/4/88 n. 21*

Modificazioni alla legge regionale 13 agosto 1981, n. 49, riguardante la "Disciplina per l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato" (G.U. n. 25 del 18/6/88).

*Legge regionale 28/11/1988 n. 65*

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 settembre 1987, n. 30, ed ulteriori norme in materia di smaltimento dei rifiuti solidi (G.U. n. 14 dell'8/4/89).

Lazio

*Legge regionale 29/2/88 n. 13*

Modifica dell'art. 11 della legge regionale 27 dicembre 1979, n. 100 concernente: "Istituzione dei ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale e disciplina per la iscrizione nei ruoli medesimi del personale delle USL" (G.U. n. 27 del 2/7/88).

*Legge regionale 5/4/88 n. 20*

Modificazioni alla legge regionale 12/9/89 n. 42 concernente "Disciplina per la formazione degli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari" e abrogazione della l.r. 16/2/87 n. 17 (G.U. n. 44 del 29/10/88).

*Legge regionale 8/2/88 n. 8*

Norme di organizzazione per l'ammissione agli impieghi del personale delle USL in attuazione della legge 20 maggio 1985 n. 207 (B.U. n. 5/88).

*Legge regionale 12/2/88 n. 9*

Organizzazione e funzionamento dei presidi multizonali di prevenzione (B.U. n. 6/88).

*Legge regionale 11/11/88 n. 69*

Misure straordinarie ed urgenti per garantire nella Regione Lazio la continuità delle prestazioni di assistenza farmaceutica nell'anno 1988 (B.U. n. 31/88).

*Legge regionale 10/11/88 n. 69*

Interventi straordinari di carattere integrativo per il controllo dell'epidemia da HIV (virus dell'immunodeficienza umana) e per l'assistenza alle persone affette da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) (B.U. n. 32/88).

*Legge regionale 2/12/88 n. 80*

Norme per l'assistenza domiciliare (B.U. n. 35/88).

*Legge regionale 10/11/88, n. 65*

Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 7 gennaio 1987, n. 5 concernente: "Norme sulle associazioni intercomunali ed organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali" (B.U. 32/88).

*Legge regionale 16/12/88 n. 85*

Ulteriori modificazioni ed integrazioni alle legge regionale 7 gennaio 1987, n. 5, concernente: "Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali (B.U. n. 1/89).

Liguria

*Legge regionale 1/4/88 n. 13*

Disciplina transitoria delle attività già svolte da E.N.P.I. e A.N.C.C. (G.U. n. 36 del 3/9/88).

*Legge regionale 6/6/88 n. 21*

Riordino e programmazione dei servizi sociali della Regione Liguria (B.U. n. 26 del 29/6/88).

*Legge regionale 27/1/88 n. 3*

Disarticolazione in tre distinti servizi del servizio bilancio, programmazione e gestione dell'unità sanitaria locale n. 13 (G.U. n. 22 del 28/5/88).

*Legge regionale 26/7/88 n. 37*

Interventi di carattere urgente per l'eliminazione di cause d'inquinamento in atto o potenziali nonché per l'approvvigionamento idrico (G.U. n. 8 del 25/2/89).

*Legge regionale 4/8/1988 n. 39*

Organizzazione dei servizi di salute mentale delle Unità sanitarie locali (G.U. n. 8 del 25/2/89).

*Legge regionale 24/3/88 n. 43*

Modifiche alla leggi regionali 24 marzo 1980 n. 20 e 12 marzo 1985 n. 11 contenenti norme a tutela dell'ambiente dagli inquinamenti.

*Legge regionale 24/5/88 n. 18*

Modifiche ed integrazioni della legge regionale 24 giugno 1976 n. 20 "Norme per l'esercizio dei controlli sugli atti degli enti locali" e modalità di applicazione dell'art. 4 della legge regionale 5 marzo 1984 n. 13 "Disciplina indennità e rimborso spese ai componenti di commissioni e collegi operanti presso la Regione" (G.U. n. 7 del 18/2/89).

*Legge regionale 17/6/88 n. 23*

Norme in materia di formazione professionale per abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie di ottico, odontotecnico, meccanico ortopedico ed ernista (G.U. n. 7 del 18/2/89).

*Legge regionale 8/11/88 n. 59*

Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 12 marzo 1984 n. 14 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope" (B.U. n. 48/88).

Lombardia

*Legge regionale 28/3/88 n. 10*

Composizione dell'ufficio di direzione dell'Unità sanitaria locale (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge regionale 11/4/88 n. 13*

Modifica dell'art.1 della legge regionale 30 aprile 1982 n. 23: "Determinazione dell'indennità di presenza, del rimborso delle spese di viaggio e del compenso di missione dei componenti dell'organo regionale di controllo" (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge regionale 11/4/88 n. 15*

Disposizioni transitorie in materia di laboratori extraospedalieri di analisi mediche a scopo diagnostico (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge regionale 13/5/88 n. 26*

Modifiche e integrazioni alla legge regionale 19 agosto 1986, n. 42: "Norme per l'esercizio dell'attività di tassidermia" (G.U. n. 39 del 24/9/88).

*Legge regionale 24/6/88 n. 34*

Norme in materia di sanità pubblica veterinaria: istituzione, organizzazione e funzionamento dei servizi di medicina veterinaria (B.U. n. 26 del 29/6/88).

*Legge regionale 24/6/88 n. 35*

Norme per il finanziamento di interventi urgenti sulle strutture socio-assistenziali (B.U. n. 26 del 29/6/88).

*Legge regionale 16/9/88 n. 47*

Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale (G.U. n. 26 dell'1/7/89).

*Legge regionale 16/9/88 n. 48*

Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali (G.U. n. 26 dell'1/7/89).

*Legge regionale 24/6/88 n. 34*

Norme in materia di sanità pubblica veterinaria: istituzione, organizzazione e funzionamento dei servizi di medicina veterinaria (G.U. n. 24 del 17/6/89).

*Legge regionale 24/6/88 n. 35*

Norme per il finanziamento di interventi urgenti sulle strutture socio-assistenziali (G.U. n. 24 del 17/6/89).

*Legge regionale 28/6/88 n. 37*

Piano di organizzazione per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani e norme in tema di raccolta e smaltimento differenziati dei rifiuti solidi urbani (G.U. n. 24 del 24/6/89).

*Legge regionale 19/9/88 n. 51*

Organizzazione, programmazione e esercizio delle attività in materia di tossicodipendenza (G.U. n. 26 dell'1/7/89).

**Marche**

*Legge regionale 20/6/88 n. 23*

Nuove norme in materia di indennità di residenza e di contributo aggiuntivo per le farmacie rurali (G.U. n. 41 dell'8/10/88).

*Legge regionale 15/7/88 n. 25*

Divieto dell'uso dei fitofarmaci nei centri abitati (G.U. n. 45 del 5/11/88).

*Legge regionale 25/1/88 n. 4*

Norme per la lotta al randagismo e per l'istituzione dell'anagrafe canina regionale (G.U. n. 15 del 9/4/88).

*Legge regionale 5/4/88 n. 8*

Autorizzazione, vigilanza e requisiti minimi delle case di cura private (B.U. n. 42 del 12/4/88)

*Legge regionale 5/4/88 n. 7*

Modificazioni ed integrazioni della l.r. 2 agosto 1984 n. 20 recante disciplina delle indennità spettanti agli amministratori degli enti pubblici operanti in materia di competenza regionale e ai componenti commissioni, collegi e comitati regionali (B.U. n. 42 del 12/4/88).

*Legge regionale 5/11/88 n. 43*

Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione (G.U. n. 11 del 18/3/89).

*Legge regionale 3/11/88 n. 41*

Interventi per la valorizzazione e il recupero ambientale (G.U. n. 10 dell'11/3/89).

*Legge regionale 5/11/88 n. 43*

Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione (G.U. n. 11 del 18/3/89).

*Legge regionale 3/11/88 n. 41*

Interventi per la valorizzazione e il recupero ambientale (G.U. n. 10 dell'11/3/89)

Piemonte

*Legge regionale 25/1/88 n. 7*

Norme transitorie per la nutrizione enterale a domicilio (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge regionale 22/2/88 n. 9*

Misure urgenti per l'adeguamento della legge regionale 2 maggio 1986 n. 18 in tema di approvazione dei progetti di impianti di smaltimento dei rifiuti e per la gestione del catasto regionale dei rifiuti (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge regionale 7/3/88 n. 12*

Integrazione e modifiche della legge regionale 23 agosto 1982 n. 20: "Indirizzi e norme per il riordino dei servizi socio-assistenziali della regione Piemonte" (G.U. n. 32 del 6/8/88).

*Legge regionale 14/4/88 n. 20*

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 19 gennaio 1988 n. 4: "Determinazione delle modalità di corresponsione ai componenti le commissioni di esame e di selezione presso le scuole per operatori sanitari, nonché negli esami valutazione corsi USL (G.U. n. 35 del 27/8/88).

*Legge regionale 19/5/88 n. 24*

Sistema di controllo di qualità regionale sui laboratori di analisi cliniche (G.U. n. 49 del 3/12/88).

*Legge regionale 15/6/88 n. 30*

Norme relative alla proroga dei termini di validità del Piano socio sanitario della regione Piemonte per il triennio 1985-87 (G.U. n. 49 del 13/12/88).

*Legge regionale 6/7/88 n. 31*

Ulteriori integrazioni della legge regionale 23 agosto 1982, n. 20: "Indirizzi e normative per il riordino dei servizi socio assistenziali della Regione Piemonte" (G.U. n. 49 del 3/12/88).

*Legge regionale 14/7/88 n. 33*

Piano regionale sangue e plasma (G.U. n. 49 del 3/12/88).

*Legge regionale 19/1/88 n. 3*

Modifica della legge regionale 17 luglio 1986 n. 2: "Definizione delle modalità di corresponsione dei compensi ai componenti le Commissioni di concorso nelle Unità sanitarie locali" (B.U. n. 4/88).

*Legge regionale 19/1/88 n. 4*

Determinazione delle modalità di corresponsione dei compensi ai componenti le Commissioni di esami di selezione presso le scuole per operatori sanitari, nonché negli esami di valutazione dei corsi di aggiornamento per i dipendenti delle USL (B.U. n. 4/88).

Provincia Autonoma di Bolzano

*Legge provinciale 22/2/88 n. 6*

Provvedimenti a favore dell'assistenza di base agli anziani della provincia di Bolzano (G.U. n. 31 del 30/7/88).

*Legge provinciale 18/8/88 n. 33*

Piano sanitario provinciale 1988-91 (B.U. n. 39 S.O. del 30/8/88).

*Legge regionale 19/1/88 n. 2*

Estensione del periodo di validità del piano sanitario provinciale 1983/85 (B.U. n. 6/88).

*Legge provinciale 11/5/88 n. 16*

Provvedimenti relativi all'assistenza odontoiatrica (G.U. n. 5 del 4/2/89).

*Legge provinciale 12/5/88 n. 19*

Applicazione della legge 20 maggio 1985 n. 207. Disposizioni relative al personale del servizio sanitario con modificazioni e integrazioni alle leggi provinciali 28 giugno 1983 n. 19, 5 gennaio 1984 n. 1 (piano sanitario provinciale 1983-85) e 17 aprile 1986 n. 15 (G.U. n. 5 del 4/2/89).

*Legge provinciale 27/7/88 n. 26*

Proroga del periodo di validità del piano sanitario provinciale 1983-1985 (G.U. n. 6 del 4/2/89).

*Legge provinciale 18/7/88 n. 33*

Piano sanitario provinciale 1988-91 (G.U. n. 6 del 20/7/89).

*Legge provinciale 27/10/88 n. 41*

Riorganizzazione dei servizi di tutela dell'ambiente e del lavoro (G.U. n. 12 del 25/3/89).

*Legge provinciale 7/11/88 n. 42*

Urgenti modifiche ed integrazioni alla legge provinciale 30 giugno 1983, n. 20, concernente: Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di handicaps e ad altre leggi provinciali nel settore socio-sanitario (G.U. n. 12 del 25/3/89).

*Legge provinciale 17/11/88 n. 48*

Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di distribuzione dei farmaci e vigilanza sulle farmacie (G.U. n. 17 del 28/4/89).



Provincia Autonoma di Trento

*Legge provinciale 25/7/88 n. 22*

Modifiche al testo unico delle leggi provinciali concernenti la tutela dell'ambiente dagli inquinamenti (G.U. n. 46 del 12/11/88).

*Legge regionale 22/2/88 n. 8*

Erogazione a carico della provincia autonoma di Trento di prodotti galenici magistrali (G.U. n. 21 del 21/5/88).

*Legge regionale 21/7/88 n. 14*

Norme previdenziali a favore degli ex-dipendenti delle Casse mutue provinciali di malattia di Trento e di Bolzano (G.U. n. 5 del 4/2/89).

*Legge regionale 17/11/88 n. 25*

Disposizioni per la formazione e la stipulazione dei contratti delle Unità sanitarie locali (G.U. n. 19 del 13/5/89).

*Legge regionale 26/8/88 n. 20*

Norme in materia di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (G.U. n. 11 del 18/3/89).

*Legge regionale 26/8/88 n. 21*

Norme concernenti i collegi dei revisori delle Unità sanitarie locali (G.U. n. 11 del 18/3/89).

*Legge provinciale 29/8/88 n. 28*

Disciplina della valutazione dell'impatto e ulteriori norme di tutela dell'ambiente (G.U. n. 4 del 28/1/89).

*Legge provinciale 5/9/88 n. 33*

Modifiche e integrazioni alla legge provinciale 6 dicembre 1980, n. 33 e ad altre leggi provinciali in materia sanitaria (G.U. n. 5 del 4/2/89).

*Legge provinciale 15/11/88 n. 34*

Modificazioni alle leggi provinciali concernenti l'ordinamento della scuola dell'infanzia, i servizi e il personale, gli asili nido e di interventi in materia di edilizia scolastica della provincia di Trento (G.U. n. 13 del 1/4/89).

*Legge provinciale 18/11/88 n. 39*

Norme concernenti l'accertamento sanitario delle condizioni di minorazione ai sensi delle leggi 30 marzo 1971, n. 118, 27 maggio 1970, n. 382 e 26 maggio 1970, n. 281 (G.U. n. 18 del 6/5/89).

*Legge provinciale 21/11/88 n. 40*

Ulteriori modificazioni alla legge provinciale 27 luglio 1981, n. 12, concernente: "Norme per il superamento di situazioni emarginanti sopportate da persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali" (G.U. n. 18 del 6/5/89).

Trentino-Alto Adige

*Legge provinciale 22/11/88, n. 51*

Misure nel settore socio-sanitario (B.U. n. 55/88)

*Legge provinciale 19/12/88 n. 62*

Assistenza sanitaria integrativa (B.U. n. 59/88).

*Legge regionale 17/11/88 n. 25*

Disposizioni per la formazione e la stipulazione dei contratti delle unità sanitarie locali (B.U. n. 54/88).

*Legge provinciale 21/11/88 n. 40*

Ulteriori modificazioni alla legge provinciale 27 luglio 1981, n. 12, concernente "Norme per il superamento di situazioni emarginanti sopportate da persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali" (B.U. n. 54/88).

*Legge provinciale Bolzano 14/12/88 n. 56*

Ulteriori modifiche ed integrazioni alla legge provinciale 30 giugno 1983, n. 20, concernente: "nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di handicaps" ed altre leggi provinciali del settore socio-sanitario (B.U. n. 57/88)

Puglia

*Legge regionale 10/6/88 n. 17*

Gestione ed utilizzazione del patrimonio destinato alle funzioni del servizio sanitario (G.U. n. 126 dell'8/7/88).

*Legge regionale 17/1/88 n. 1*

Modifica all'art. 8 della l.r. 18 gennaio 1986, n. 2 concernente norme per il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di riabilitazione (G.U. n. 19 del 7/5/88).

Sardegna

*Legge regionale 3/1/88 n. 13*

Disciplina dei prelievi e trapianti di organo e tessuti nell'uomo (G.U. n. 13 del 26/3/88).

*Legge regionale 8/1/88 n. 2*

Norma transitoria della legge regionale 21/1/88 n. 13 concernente: "Norme per l'esercizio delle funzioni relative al controllo ed alla lotta degli insetti nocivi, dei parassiti dell'uomo, degli animali e delle piante (G.U. n. 13 del 26/3/88).

*Legge regionale 25/1/88 n. 4*

Riordino delle funzioni socio-assistenziali (G.U. n. 18 del 30/4/88).

*Legge regionale 5/1/88 n. 5*

Misure urgenti concernenti il funzionamento delle commissioni sanitarie per l'invalidità civile, le condizioni visive ed il sordomutismo (G.U. n. 18 del 30/4/88).

*Legge regionale 14/1/88 n. 41*

Modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 8 gennaio 1988 n. 3, concernente "Disciplina dei prelievi e trapianti di organi e tessuti nell'uomo" (B.U. n. 43/88).

*Legge regionale 14/1/88 n. 43*

Modifiche alla legge regionale 31 marzo 1987, n. 9 contenente integrazioni e modificazioni della legge regionale 20 giugno 1950, n. 15: "Erogazione di contributi per incrementare e migliorare l'assistenza sanitaria, ospedaliera ed ambulatoriale", già modificata con la legge regionale 18 maggio 1951, n. 8 (B.U. n. 43/88)

Sicilia

*Legge regionale 27/7/88 n. 12*

Provvidenze per l'istituto materno infantile del Policlinico dell'Università degli Studi di Palermo (G.U. n. 49 del 3/12/88).

*Legge regionale 9/8/88 n. 24*

Norme per l'avvio del sistema informativo sanitario e per la razionalizzazione della spesa farmaceutica (G.U. n. 50 del 10/12/88).

*Legge regionale 9/8/88 n. 25*

Determinazione dei requisiti tecnici delle case di cura private per l'autorizzazione alla gestione (G.U. n. 50 del 10/12/88).

*Legge regionale 12/2/88 n. 2*

Norme per l'accelerazione delle procedure concorsuali per l'assunzione del personale (G.U. n. 20 del 14/5/88).

*Legge regionale 7/11/88 n. 33*

Norme finanziarie per l'attuazione della legge di riordino dei servizi socio-assistenziali in Sicilia (G.U. n. 15 del 15/4/89).

*Legge regionale 8/11/88 n. 40*

Norme per l'accelerazione delle procedure di costituzione delle équipes pluridisciplinari di cui alla legge regionale 28 marzo 1986, n. 16: "Piano di interventi in favore dei soggetti portatori di handicap ai sensi della legge regionale 18 aprile 1981, n. 68 (G.U. 15 del 15/4/89).

*Legge regionale 8/11/88 n. 28*

Interventi straordinari per la celebrazione in Palermo di un convegno internazionale per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze (G.U. n. 14 dell'8/4/89)

*Legge 8 novembre 1988 n. 39*

Determinazione dei requisiti tecnici delle case di cura private per l'autorizzazione alla gestione (B.U. n. 49/88).

Toscana

*Legge regionale 2/3/88 n. 13*

Norme per la raccolta, separazione, conservazione e distribuzione del sangue umano e per l'attività di produzione degli emoderivati. Riorganizzazione del Centro di riferimento per l'attività emotrasfusionale (G.U. n. 39 del 24/9/88).

*Legge regionale 28/3/88 n. 23*

Centro di riferimento emoderivati (C.R.E.). Approvazione bilancio consuntivo 1986 (G.U. n. 39 del 24/9/88).

*Legge regionale 21/5/88 n. 37*

Centro di riferimento attività emotrasfusionale e produzione emoderivati (C.R.E.). Approvazione bilancio di previsione per l'anno finanziario 1988 (G.U. n. 50 del 10/12/88).

*Legge regionale 6/6/88 n. 44*

Disciplina per l'autorizzazione e la vigilanza delle istituzioni sanitarie di carattere privato che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio (G.U. n. 5 del 17/12/88).

*Legge regionale 6/6/88 n. 45*

Istituzione dell'unità spinale (G.U. n. 51 del 17/12/88).

*Legge regionale 3/8/88 n. 56*

Disciplina per il ricorso alle Cooperative da parte dei Comuni e delle USL per gli interventi di servizi sociali (G.U. n. 51 del 17/12/88).

*Legge regionale 19/8/88 n. 60*

Norme per la limitazione ed il recupero dei rifiuti (G.U. n. 27 dell'8/7/89).

*Legge regionale 19/8/88 n. 61*

Correzione all'art. 3, comma 4°, punto III della legge regionale 19/8/88 n. 60 concernente norme per la limitazione ed il recupero dei rifiuti (G.U. n. 27 dell'8/7/89).

*Legge regionale 1/9/88 n. 71*

Modifiche alla legge regionale n. 68/1980: Disciplina della utilizzazione del patrimonio, della contabilità e dei contratti delle unità sanitarie locali (G.U. n. 27 dell'8/7/89).

Umbria

*Legge regionale 12/7/88 n. 20*

Ulteriori modificazioni e integrazioni della legge regionale 25 novembre 1986, n. 43. Norme per ridurre e controllare il fenomeno del randagismo (G.U. n. 47 del 19/11/88).

*Legge regionale 27/7/88 n. 26.*

Disciplina degli interventi in materia di sicurezza civile ed ambientale ed istituzione del dipartimento della sicurezza civile ed ambientale della regione dell'Umbria (G.U. n. 47 del 19/11/88).

*Legge regionale 20/1/88 n. 2*

Compensi ai componenti le commissioni e sottocommissioni esaminatrici dei concorsi e delle selezioni per l'assunzione del personale delle USL dell'Umbria (G.U. n. 15 del 9/4/88)

Valle d'Aosta

*Legge regionale 8/8/88 n. 5*

Approvazione di maggiore spesa annua per l'applicazione della legge regionale 28/12/1981, n. 85, concernente norme per favorire l'inserimento nella vita sociale delle persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali (G.U. n. 2 del 14/1/89).

*Legge regionale 29/1/88 n. 9*

Compensi ai componenti delle commissioni dei concorsi per l'assunzione del personale delle USL nonché ai componenti delle commissioni d'esame e corsi di formazione professionale di operatori del servizio sanitario nazionale (B.U. n. 4/88).

*Legge regionale 8/1/88 n. 3*

Ulteriore finanziamento limitatamente al finanziamento della spesa per l'applicazione della legge n. 84/82 concernente finanziamento per la realizzazione di presidi socio-sanitari distrettuali (B.U. n. 3/88).

*Legge regionale 29/1/88 n. 9*

Compensi ai componenti delle commissioni dei concorsi per l'assunzione del personale dell'Unità sanitaria locale nonché ai componenti delle commissioni d'esame di scuole e corsi di formazione professionale di operatori del servizio sanitario nazionale (G.U. n. 2 del 14/1/89)

*Legge regionale 21/4/88 n. 22*

Funzionamento della spesa per l'applicazione della legge regionale 11 agosto 1981, n. 54 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente norme per favorire l'inserimento lavorativo di cittadini portatori di handicap (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 28/4/88 n. 23*

Aumento della spesa, limitatamente all'anno 1988, per l'applicazione della legge regionale 20 dicembre 1973, n. 39 e successive modificazioni concernenti interventi per gli asili nido (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 28/4/88 n. 24*

Ulteriore finanziamento, limitatamente all'anno 1988, della spesa per l'applicazione della legge regionale 25 ottobre 1982, n. 71 concernente interventi per opere regionali pubbliche destinate all'assistenza delle persone anziane, inabili e handicappate (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 28/4/88 n. 25*

Aumento della spesa per l'applicazione della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 e successive modificazioni e integrazioni concernenti norme in materia di servizi a favore delle persone anziane ed inabili (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 28/4/88 n. 26*

Aumento della spesa per l'applicazione della legge regionale 1° giugno 1984, n. 17, concernente gli interventi assistenziali a favore di minori (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 28/4/88 n. 27*

Aumento della spesa, limitatamente all'anno 1988, per l'applicazione della legge regionale 15 gennaio 1987, n. 3, concernente interventi finanziari della Regione per il funzionamento di case di riposo gestite da istituzioni private e da enti morali (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 16/5/88, n. 44*

Disposizioni urgenti in materia di raccolta e stoccaggio provvisorio di rifiuti solidi urbani e per l'incenerimento dei rifiuti a base organica nonché degli animali o parti di animali da distruggere (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

*Legge regionale 17/6/88 n. 56*

Aggiornamento del piano socio-sanitario della Regione Valle d'Aosta per il triennio 1983-1985 (G.U. n. 6 dell'11/2/89).

Veneto

*Legge regionale 9/8/88 n. 42*

Istituzione dell'ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori (G.U. n. 49 del 3/12/88).

*Legge regionale 30/3/88 n. 19*

Anagrafe sanitaria degli allevamenti bovini da carne (G.U. n. 23 del 4/6/88).

*Legge regionale 30/3/88 n. 20*

Modifica all'art. 35 della legge regionale 20 marzo 1980, n. 18, concernente "Norme di contabilità delle unità sanitarie locali in attuazione dell'art. 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833" (G.U. n. 23 del 4/6/88).

*Legge regionale 8/3/88 n. 13*

Sostituzione dell'art. 22-ter della legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78: "Norme per la costituzione e il funzionamento delle unità locali socio-sanitarie in attuazione della legge 23/12/1978, n. 833 (G.U. n. 21 del 21/5/88).

*Legge regionale 8/11/88 n. 55*

Interventi per la formazione e l'incremento del verde ambientale (G.U. n. 13 dell'1/4/89).



## LE RELAZIONI SULLO STATO SANITARIO REGIONALE

### II.1. Premessa

La normativa del Servizio sanitario nazionale prevede (art. 8, legge 833/78) che il Consiglio sanitario nazionale presenti annualmente la "Relazione sullo stato sanitario del Paese" e, all'art. 49, che ciascuna regione predisponga ogni anno una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari sulla scorta di analogo documento delle singole USL.

La normativa regionale da parte sua conferma, o nelle leggi di organizzazione o in quelle di pianificazione, l'elaborazione di tali Rapporti.

Il quadro dello stato sanitario della popolazione di ciascuna regione si viene delineando nei suoi diversi aspetti in modo graduale e correlativamente alla crescita del sistema informativo.

Sono dodici le regioni che hanno predisposto dal 1980 al 1988 le relazioni, alcune in maniera continuativa, altre in maniera episodica, in genere collegata alla elaborazione del piano sanitario regionale.

### II.2. Le relazioni pubblicate nel 1988

Le regioni che hanno pubblicato nel corso del 1988 le "Relazioni" sono tre: Veneto, relativamente al 1986; Toscana, relativamente al 1986; Lombardia, relativamente al 1986-87.

I Rapporti sono tutti specifici, predisposti proprio al fine delle Relazioni.

I contenuti delle Relazioni sono diversi per qualità e quantità di informazioni, per la numerosità dei settori considerati e per la struttura organica.

La predisposizione dei documenti è opera in un caso dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (Toscana) mentre negli altri due è il risultato della collaborazione tra Assessorati e Istituti di ricerca.

La tavola 1 riporta la situazione a partire dal 1980.

#### II.2.1. *Relazione sullo stato sanitario della Regione Lombardia*

Scheda di sintesi

- Titolo : Relazione sanitaria 1986-1987
- Anno di riferimento: 1986-1987
- Editore : Regione Lombardia

- Luogo ed anno di pubblicazione: Milano 1989
- Pagine: 334
- Tavole e figure: 51
- Elaborazione: Regione Lombardia - Assessorato alla Sanità ed Igiene
- Finalità, caratteristiche e contenuti: la *Relazione*, nell'attesa di diventare uno strumento fondamentale per la conoscenza dello stato di attuazione delle attività svolte dal sistema sanitario nel suo complesso, costituisce un primo documento dello stato sanitario della Regione e del suo stato di salute.

La relazione sanitaria - afferma la Regione - da strumento attualmente statico-descrittivo di una determinata situazione deve diventare strumento collocato in un processo di programmazione dinamico-evolutivo e poi verifica di risultati conseguiti nell'arco di validità del Piano sanitario regionale, e poi ancora strumento per la ridefinizione dei nuovi obiettivi di salute.

Per essere davvero lo strumento di un processo che dovrà governare il cambiamento del "pianeta sanità", la relazione dovrà avere il suo "prima" nell'esistenza di un piano sanitario da verificare, ma dovrà anche esprimere appieno la sua capacità di produrre indici, valutazioni, proposte e di evidenziare problemi irrisolti o nuovi, per essere un documento orientativo delle nuove scelte di politica sanitaria.

Per raggiungere questo risultato, è indispensabile disporre di una soddisfacente sistema informativo.

Il documento è articolato in 10 capitoli: il sistema sanitario nella Lombardia; lo stato di salute della popolazione; aspetti monografici; fattori di rischio; stato dei servizi; stato delle risorse; formazione professionale; sistema informativo; grandi apparecchiature; ricerca finalizzata.

## II 2.2. *Relazione sullo stato sanitario della Regione Veneto*

### Scheda di sintesi

- Titolo di riferimento: 1986
- Tavole e grafici: 31
- Elaborazione: SOGESS, con la collaborazione del Dipartimento sanità - Settore Assistenza sanitaria
- Finalità, caratteristiche e contenuti: l'impianto della *Relazione 1986* si presenta diverso rispetto alle precedenti: si è dato infatti maggior spazio ad analisi e valutazioni di tipo tecnico e statistico in quanto le considerazioni più generali, di tipo politico, sono contenute in un diverso documento: la "*Relazione sullo stato di attuazione del Piano socio-sanitario regionale 1984-86*".

Gli elaborati nel loro complesso mirano ad una più complessa valutazione dei risultati del Piano socio-sanitario 1984-86.

La relazione è articolata in sette parti: la popolazione, lo stato sanitario della popolazione, lo stato dei servizi, lo stato delle risorse, lo stato dei servizi di igiene pubblica e dei servizi veterinari, la situazione nelle singole USL della regione.

### II.2.3. *Relazione sullo stato sanitario della Regione Toscana*

#### Scheda di sintesi

- Titolo: Materiali per la Relazione sullo stato di salute - anno 1986
- Anno di riferimento: 1986
- Editore: Regione Toscana - Dipartimento sicurezza sociale (dattiloscritto)
- Luogo e anno di pubblicazione: Firenze, 1988
- Pagine: 246
- Tavole: sì
- Grafici: sì
- Elaborazione: Regione Toscana, Dipartimento Sicurezza sociale - Osservatorio Epidemiologico
- Finalità, contenuti, caratteristiche: la pubblicazione contiene le prime elaborazioni per la relazione sullo stato di salute nelle USL nell'anno 1986.

Rispetto allo schema di relazione, predisposto dalla Giunta regionale e consegnato alle USL per la compilazione, mancano le seguenti aree tematiche: "Multizonale di prevenzione", "Spesa", "Strutture", che sono state curate direttamente dai servizi competenti del Dipartimento Sicurezza Sociale e diffuse con specifiche pubblicazioni o disponibili presso gli archivi dei servizi stessi.

Le tabelle di sintesi relative alle altre aree sono state predisposte dal servizio Osservatorio Epidemiologico Regionale con la collaborazione dei servizi regionali interessati (si è così facilitata un'attività di controllo dei dati trasmessi dalle USL e di confronto con altre rilevazioni attivate dal Dipartimento Sicurezza Sociale e del Dipartimento S.E.D.D.).

La pubblicazione (bozza ad uso interno) vuole essere uno strumento di lavoro in questa direzione per i servizi di USL e di regione per giungere in tempi brevi ad una raccolta di dati definitivi su cui costruire gli indici per la relazione regionale e da cui ricavare indicazioni per ulteriori modifiche dello schema e per una migliore raccolta e sistemazione delle informazioni a livello di USL.

I contenuti della "Relazione" sono i seguenti: quadro informativo di USL; quadro demografico di USL; struttura organizzativa.

Problematiche rilevanti di USL: igiene pubblica, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva, prevenzione dei tumori, prevenzione tossicodipendenza, salute degli anziani, intervento psichiatrico, prevenzione dell'handicap, veterinaria.

Aspetti organizzativi: attività distrettuali, attività specialistiche, assistenza farmaceutica, educazione sanitaria.

Tavola 1 - Situazione delle Relazioni sullo stato sanitario regionale  
(al 31 dicembre 1988)

REGIONE	ANNO (a)							
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Piemonte . . . . .	x		x (d)	x (d)	x			
Lombardia . . . . .				x (g)			x (i)	x (i)
Veneto (b) . . . . .	x	x	x	x (e)	x	x	x	
Friuli-Venezia Giulia (c) . . . . .	x	x	x	x	x	x	x	
Liguria . . . . .				x				
Emilia-Romagna . . . . .		x (f)	x (f)	x (f)				
Toscana . . . . .		x	x				x	
Umbria . . . . .					x (h)	x (h)	x (h)	
Marche . . . . .				x	x	x	x	
Basilicata . . . . .	x						x (g)	
Calabria . . . . .				x (g)		x (g)		
Sicilia . . . . .						x (g)		

(a) L'anno si riferisce a quello della situazione sanitaria rilevata, e non a quello di elaborazione della relazione.

(b) Il primo documento elaborato dalla regione Veneto riguarda l'anno 1977.

(c) Il primo documento elaborato dalla regione Friuli-Venezia Giulia riguarda l'anno 1976

(d) Informazioni traibili da "Stato di attuazione del Piano socio-sanitario regionale 1982-1984".

(e) Relazione pubblicata nel 1985.

(f) Informazioni traibili da "Relazione generale sull'attuazione del Piano sanitario regionale 1981-1983".

(g) Documento preliminare al Piano sanitario regionale.

(h) Documento unico relativo al triennio 1984-85-86.

(i) Documento unico relativo al biennio 1986-1987.

## LE LINEE DI AZIONE DEI SOGGETTI ISTITUZIONALI E SOCIALI

### III.1. Parlamento

Il consuntivo dell'attività legislativa alla Camera e al Senato nel 1988 è stato caratterizzato dalle normative tradizionali in materia di bilancio. Sei mesi su dodici, infatti, sono stati dedicati alle leggi finanziarie mentre, per quanto riguarda i problemi più urgenti, il quadro di insieme può essere così espresso: la riforma del S.S.N. è ancora ferma e il problema della spesa resta ancora il fulcro della maggior parte degli interventi da parte di tutte le forze politiche. Sul finire del 1988, dopo alcuni anni di attesa, è stata presentata la proposta di Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991. Tra i traguardi raggiunti, a parte il P.S.N., è il riequilibrio della rete ospedaliera, operazione avviata dal Governo Gorla con la legge finanziaria 1988, successivamente trasferita in un provvedimento apposito e, infine, resa operativa dal Ministro della Sanità con decreto nel mese di settembre. Tale manovra si inquadra, inoltre, in un contesto di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti (importo complessivo di spesa di 30 mila miliardi). Nel luglio 1988 ha preso il via alla Commissione Affari Sociali della Camera il d.d.l. sul ruolo medico e le incompatibilità di accesso ai rapporti convenzionali per i medici dipendenti del S.S.N.. La motivazione parte dal convincimento delle ormai necessarie divisioni di compiti e responsabilità tra componente politica e tecnica. I Gruppi parlamentari sono sostanzialmente orientati sulla esigenza di un solo rapporto per il medico delle USL anche con riguardo ai bisogni di professionalità della categoria. E' da citare, tra i provvedimenti collegati alla legge finanziaria 1989 e approvati nei termini dal Parlamento, la legge 554 recante "disposizioni in materia di pubblico impiego". Il provvedimento tra l'altro dispone che le USL sono autorizzate ad assumere il personale necessario a coprire i posti messi a concorso ed avviati già alla data del 30 settembre 1988; dispone inoltre che le USL limitatamente ai servizi che non rientrano nel campo di applicazione della legge n. 109/88 (dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria) debbono comunicare alle Regioni le carenze di organico e gli esuberi; queste, a loro volta, provvederanno ad attivare i processi di mobilità in ambito regionale sulla base della corrispondenza dei profili professionali. Gli elenchi del personale risultato in esubero e non reimpiegato in ambito regionale vengono poi comunicati alla Presidenza del Consiglio dei Ministri che ne disporrà la collocazione.

#### III.1.1. *La manovra economica di fine anno*

Con il decreto legge n. 546 del 30 dicembre 1988, recante norme urgenti in materia di contenimento della spesa sanitaria, il Consiglio dei Ministri ha sostanzialmente recepito i contenuti del d.d.l. 3198 approvato dalla Camera il 30 novembre, collegato alla legge finanziaria 1989, riguardante anch'esso il contenimento della spesa sanitaria.

In particolare il decreto legge contiene disposizioni su tre aspetti della spesa del S.S.N.:

- 1) in materia di assistenza farmaceutica (art. 1);
- 2) in materia di assistenza specialistica (art. 2);
- 3) in materia di utilizzazione delle quote di autofinanziamento delle USL (art. 3).

Queste le novità del decreto: ticket del 40% sulle specialità medicinali già individuate con D.M. 30 luglio 1988 e per quelle ad esse corrispondenti, presenti in prontuario, da individuare entro il 28 febbraio 1989; fuoriuscita entro il 1° luglio 1990 dal Prontuario terapeutico di un gruppo di farmaci assoggettati a ticket del 40%; esenzione dal ticket a partire dal 1° gennaio 1989 anche sui farmaci con quota del 40% (fino a quel momento sono esenti solo i farmaci con quota al 20%); fissazione del prezzo dei prodotti galenici indicati nel Prontuario entro il termine del 31 marzo 1989; adozione del codice fiscale come numero distintivo dei cittadini per i rapporti con il S.S.N. ed introduzione della lettura ottica automatica per le prescrizioni farmaceutiche. Per l'assistenza specialistica convenzionata esterna è stabilito un tetto di 2.420 miliardi con il divieto di porre a carico dello Stato o del Fondo sanitario nazionale le eventuali eccedenze; viene impegnato il Ministero della Sanità affinché adotti misure per ridurre i ricoveri ospedalieri impropri ed il ricorso incongruo alle prestazioni di diagnostica strumentale; proroga di un anno della gestione INPS e INAIL in materia di cure idrotermali. Per l'autofinanziamento locale è stabilito che l'intero ammontare delle entrate proprie delle USL sia destinato alle spese correnti.

### *III.1.2. I dibattiti di maggior interesse*

#### *Tossicodipendenze*

Il Ministro degli Affari Sociali Rosa Russo Jervolino ha presentato il d.d.l. su aggiornamenti, modifiche e integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685. I punti principali del provvedimento sono:

1) aumentano le pene (carcere da 1 a 22 anni e multe da 5 a 600 milioni) per gli spacciatori, ergastolo per chi commercia droga 'tagliata' e per i grandi trafficanti. Arresto sino a sei mesi anche per chi abbandona le siringhe. Viene potenziata la lotta antidroga;

2) sparisce la modica quantità. I consumatori, anche occasionali, vanno incontro ad una serie di sanzioni amministrative: sospensione della patente o del passaporto, divieto di lasciare il comune di residenza, obbligo di recarsi al comando di Polizia;

3) le Regioni istituiranno centri di prima accoglienza. Previsti corsi di formazione e informazione nelle caserme e nelle scuole. Insegnanti nelle comunità terapeutiche.

Complessivamente l'impegno finanziario previsto ammonta a 480 miliardi.

#### *Trapianti*

Il testo approvato dal Senato e passato alla Camera a fine anno sottolinea la volontà del donatore sul principio, ora vigente del silenzio-assenso con l'opzione che dovrà essere comunicata al medico di famiglia a partire dal 14° anno di età. Il testo del Senato tiene anche conto della esigenza della Associazione nazionale degli emodializzati e di quelle dei malati predisponendo una serie di norme per facilitare la pratica del trapianto pur nel rispetto dei principi radicati della popolazione italiana.

### *Difesa della vita*

Riguarda le tematiche connesse alla legge n. 194/78 sulla interruzione volontaria di gravidanza. Il dibattito ha impegnato tre sedute della Camera nel mese di giugno consentendo ai Gruppi di esprimere una larga varietà di posizioni.

### *Riforma psichiatrica*

Numerose sono state nel corso del 1988 le proposte di legge presentate tanto alla Camera che al Senato per riformare la legge n. 180.

### *Ruolo medico e incompatibilità*

Nel mese di luglio ha preso il via l'esame della Commissione Affari Sociali della Camera sul d.d.l. sul ruolo medico e le incompatibilità di accesso ai rapporti convenzionali. Obiettivo, quello di colmare lacune esistenti negli assetti gestionali e tecnici del S.S.N. Secondo i pareri espressi, però, non è pensabile che l'operazione venga finalizzata all'interno del tetto di spesa per i rinnovi contrattuali, trattandosi di una operazione di razionalizzazione che deve trovare, invece, una propria copertura finanziaria aggiuntiva e le garanzie tecniche a un tavolo di trattativa.

### *Indagine conoscitiva sulla spesa sanitaria privata*

E' stata condotta dalla Commissione Affari Sociali della Camera con lo scopo di conoscere i livelli della spesa dei cittadini per la salute. I dati, riferiti al 1987, hanno consentito di appurare che ai 55 mila miliardi spesi dalle USL vanno aggiunti 14 mila miliardi extra S.S.N. I risultati dell'indagine, secondo il documento finale, sollecitano una piena presa di coscienza da parte dello Stato del 'bisogno' sanitario del cittadino, delle modalità di accesso al Servizio e delle cause alla base delle opzioni per il pubblico o per il privato.

### *Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica*

Tra le novità del testo approvato dal Senato: il Consiglio nazionale della scienza e della tecnologia presieduto dal Ministro. Confermato il ruolo particolare che il CNR svolge nella organizzazione della rete scientifica pubblica.

### *Minorazioni e malattie invalidanti*

Il Parlamento, a novembre, esprime parere favorevole al decreto legislativo del Ministro della Sanità sulle malattie invalidanti e l'accertamento delle invalidità a fini previdenziali. Fra le novità: l'omogeneizzazione del livello di trattamento economico per gli invalidi, indipendentemente dall'età; il riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità per la stesura della nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti da emanare da parte del Ministero della Sanità; la riduzione dell'autonomia decisionale delle Commissioni giudicatrici; il cambiamento della dizione di "danno funzionale irreversibile" in "danno funzionale permanente".

## *Radioprotezione*

Il Parlamento ha approvato il d.d.l. sulla indennità di rischio per i tecnici di radiologia medica nel mese di ottobre. L'Esecutivo, con un o.d.g. firmato da maggioranza e opposizione, è stato impegnato a recepire le direttive CEE per quanto concerne la protezione da radiazioni ionizzanti.

## *Sostanze particolarmente pericolose*

Tra i vari dibattiti parlamentari, quello sui provvedimenti comunitari relativi alla immissione sul mercato dell'amianto. Altri prodotti oggetto di ampi dibattiti sono stati gli antiparassitari. Queste le conclusioni di interesse generale:

1) si deve tener conto che se venissero aboliti del tutto pesticidi ed erbicidi vi sarebbe un crollo della produzione agricola;

2) la normativa vigente (D.P.R. 3 agosto 1968, n. 1255) è inadeguata e c'è necessità di arrivare ad una maggiore qualificazione degli operatori commerciali, alla inclusione delle sostanze in questione tra i presidi sanitari per un miglior controllo, al miglioramento dei controlli tossicologici sulle nuove sostanze da immettere sul mercato e al monitoraggio sugli effetti di quelle già commercializzate;

3) necessità di un centro di riferimento a livello nazionale per la regolamentazione del commercio dei prodotti antiparassitari e degli interventi da adottare in caso di emergenza.

## *I decreti e le leggi approvati in materia sanitaria nel 1988*

Decreto legge 30 novembre 1988, n. 514 (G.U. 282, 1.XII.1988): Misure urgenti in materia sanitaria e per il ripiano dei bilanci delle USL e della CRI.

Decreto legge 30 dicembre 1988, n. 546 (G.U. 206, 31.XII.1988): Norme urgenti in materia di contenimento della spesa sanitaria (scadenza 1° marzo 1989).

Decreto legge 30 dicembre 1988, n. 548 (G.U. 206, 31.XII.1988): Evasione contributiva e fiscalizzazione oneri sociali (scadenza 1° marzo 1989).

Legge 67, 11 marzo 1988 (G.U. 61, 14.III.1988): Legge finanziaria 1988.

Legge 109, 8 aprile 1988 (G.U. 83, 9.IV.1988 - Testo coordinato G.U. 102 del 3.V.1988): Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante "Misure urgenti per le dotazioni organi che del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria".

Legge 176, 1° giugno 1988 (G.U. 128, 2.VI.1988 - Testo coordinato G.U. 150 del 28.VI.1988): Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 1° aprile 1988, n. 103, recante "Rifinanziamento delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti".



Legge 218, 2 giugno 1988 (G.U. 144, 21.VI.1988): Misure per la lotta contro l'afte epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali.

Legge 226, 7 giugno 1988 (G.U. 147, 24.VI.1988): Ratifica ed esecuzione dell'accordo di reciprocità tra Italia e Australia in materia di assistenza sanitaria, firmato a Roma il 9 gennaio 1986.

Legge 271, 15 luglio 1988 (G.U. 166, 16.VII.1988): Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 maggio 1988, n. 155, recante modifiche al D.P.R. 8 giugno 1982, n. 470, concernente attuazione della direttiva CEE n. 76/160, relativa alla qualità delle acque di balneazione.

Legge 335, 25 luglio 1988 (G.U. 188, 11.VIII.1988): Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo relativo alla concessione delle cure mediche alle persone in soggiorno temporaneo, adottato a Ginevra il 17 ottobre 1980.

Legge 376, 25 agosto 1988 (G.U. 204, 31.VIII.1988): Diritto di accesso in esercizi aperti al pubblico e gratuità del trasporto dei cani guida dei ciechi sui mezzi di trasporto pubblico.

Legge 460, 27 ottobre 1988 (G.U. 258, 3.XI.1988): Modifiche ed integrazioni alla legge 28 marzo 1968, n. 416, concernente l'istituzione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica.

Legge 482, 27 ottobre 1988 (G.U. 100, 14.XI.1988): Disciplina del trattamento di quiescenza e di previdenza del personale degli enti soppressi trasferito alle Regioni, agli enti pubblici ed alle amministrazioni dello Stato.

Legge 471, 31 ottobre 1988 (G.U. 262, 8.XI.1988): Norme concernenti l'opzione, per i laureati in medicina e chirurgia, per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri.

Legge 508, 21 novembre 1988 (G.U. 277, 25.XI.1988): Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordomuti.

Decreto legislativo 509, 23 novembre 1988 (G.U. 278, 26.XI.1988): Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni delle malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'art. 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291.

Legge 541, 24 dicembre 1988 (G.U. 304, 29.XII.1988): Legge finanziaria 1989.

Legge 554, 29 dicembre 1988 (G.U. 1, 2.I.1989): Disposizioni in materia di pubblico impiego.

### **III.2. Regioni**

Documento programmatico e manovra economica del nuovo Governo De Mita; ridefinizione degli standards di personale ospedaliero; riassetto territoriale di alcune USL; emergenza AIDS; emergenza droga. Questi i principali temi 1988 sui quali si è sviluppato il dibattito in sede regionale.

Sul documento programmatico del Governo le Regioni hanno espresso un parere negativo, soprattutto per il congelamento del F.S.N. che, a detta di tutti, va ricalcolato perché sottostimato rispetto al fabbisogno reale. Negativo il giudizio anche sulla manovra economica del Governo, considerata iniqua, inefficace e che individua solo due settori per la riduzione della spesa sanitaria. Secondo la maggior parte delle Regioni, inoltre, è incostituzionale in assenza di una norma sulla finanza regionale il ventilato ricorso a ticket aggiuntivi, previsti dal d.d.l. di accompagnamento alla legge finanziaria 1989 per il contenimento della spesa sanitaria. Sono state invece in parte condivise le finalità dello schema sugli standards ospedalieri, anche se esistono perplessità sulla realizzazione in tempi ristretti. Sul fronte dell'emergenza AIDS e droga le Regioni si dicono disposte alla collaborazione e ribadiscono che, seppure con un'assistenza diversificata, proseguiranno con una unicità di sforzi e di intenti.

### **III.3. Consiglio Sanitario Nazionale: standards e P.S.N.**

L'organo di consulenza e proposta del Governo affronta nel 1988 due importanti questioni di interesse nazionale: gli standard del personale ospedaliero e il Piano sanitario nazionale per il triennio 1989/1991. Il primo è stato approvato nella seduta del 27 luglio, il secondo presentato in quella del 22 dicembre. Gli standard saranno recepiti, però, solo due mesi dopo con D.M. 13-9-88 e stabiliscono in particolare le necessità di organico per singola specialità ospedaliera e per l'insieme dei servizi. La proposta di Piano sanitario nazionale nasce con un dettagliato programma di investimenti finalizzati che superano i 14 mila miliardi nel triennio 1989-1991.

Il P.S.N. si basa su tre "idee forza" che hanno guidato l'intera impostazione programmatica:

1) i servizi sanitari devono essere organizzati in ottica di domanda, cioè non in termini astratti o modellistici a priori, ma a fronte di precise necessità da soddisfare;

2) non potendo far fronte a tutti i bisogni contemporaneamente per mancanza di risorse e per inadeguatezza dell'organizzazione è necessario selezionare gli impegni privilegiando, in ottica di domanda, quelli che concernono situazioni di maggiore gravità e che, in termini economici, presentino un miglior rapporto tra costi e benefici conseguibili;

3) verifica dei risultati al termine di ogni fase per valutare l'efficacia dei programmi svolti.

In definitiva le linee generali di indirizzo del S.S.N. debbono essere stabilite dal P.S.N. "in conformità con gli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale". Cinque i progetti obiettivi previsti: anziani, handicap, salute mentale, tossicodipendenze, tutela materno-infantile; tre le azioni programmatiche: AIDS, malattie cardiovascolari, nefropatici.

### **III.4. Sindacati**

Il 1988 può essere definito per i sindacati del settore sanitario un anno di "transizione". In attesa della riapertura delle trattative per i nuovi accordi (scaduti tutti durante l'anno), si avverte, nel mondo sindacale l'esigenza di programmi strategici a più ampio respiro per il miglioramento dei servizi e della organizzazione del lavoro, quali obiettivi altrettanto importanti di quelli legati al trattamento economico del personale. In questo senso particolare rilievo assume, sin dai primi mesi del 1988, il problema della definizione dei nuovi profili professionali del personale dipendente dal S.S.N. la cui soluzione è stata demandata ad una specifica commissione paritetica prevista dall'articolo 79 del D.P.R. 270/87 che ha recepito il contratto relativo alla dipendenza.

Oltre ai profili professionali - che attraverso la definizione di attribuzioni e livelli di autonomia tecnico-professionale avrebbero il compito di ridisegnare l'organizzazione del lavoro all'interno del comparto sanità del Pubblico Impiego e su cui non sono mancate le critiche dei sindacati confederali e di quelli autonomi, in particolare rappresentativi dei medici dipendenti del S.S.N. - le principali questioni che si sono poste al centro dell'attività sindacale nel corso del 1988 sono state: la determinazione dei tetti di rappresentatività sindacale per la legittimazione al tavolo delle trattative (numero di iscritti pari al 5% del personale "sindacalizzato", 6% per l'area medica e dirigenza, strutture territoriali diffuse in almeno un terzo delle Regioni e Province Autonome), la costituzione della COSMED, la Confederazione Italiana Sindacati medici rappresentativa di circa 45 mila tra medici e veterinari del S.S.N.; l'emanazione del decreto interministeriale istitutivo di 7.500 borse di studio in medicina generale per i medici neolaureati; la sospensiva TAR di parte del D.P.R. 120/88 che disciplina il convenzionamento esterno per quanto riguarda le attività sottoposte a regime autorizzativo (nel punto dove si stabiliva che, per la conferma del rapporto convenzionale, era necessario sottoscrivere una dichiarazione di rinuncia al pregresso economico per gli anni 1985, 1986 e 1987) e, sempre in questo settore, ma in riferimento al D.P.R. 119/88: la costituzione del Sindacato Branche a Visita; il contrasto tra il Ministro della Sanità e le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale in merito al pagamento delle prestazioni di particolare impegno professionale (fleboclisi, suture di ferite, riduzione di fratture, controllo dei valori glicemici, ecc.); le norme contenute nel d.l. 30 dicembre 1988 n. 546 in merito, tra l'altro, al tetto di spesa per la specialistica convenzionata esterna e all'uso del codice fiscale per la compilazione delle ricette; un protocollo d'intesa sulla dirigenza del S.S.N. sottoscritto da quattro rappresentanze del personale laureato non medico.

### **III.5. Corte Costituzionale**

Con la sentenza n. 992 del 12 ottobre 1988 la Corte Costituzionale dichiara la illegittimità costituzionale degli articoli 32 della legge finanziaria 1984 e 15 della legge finanziaria 1985 nella parte in cui si esclude, per gli anni in questione, "la possibilità di rimborso delle spese sostenute privatamente dal cittadino per quelle prestazioni sanitarie la cui erogazione non sia stata prevista dal servizio pubblico" (convenzionato compreso). Le norme descritte, secondo la Corte Costituzionale, sono in contrasto con l'articolo 32 (tutela della salute) e con il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione in quanto l'effettiva tutela della salute "garantita in condizioni di uniformità ed eguaglianza dall'art. 3, secondo comma, della Costituzione, resterebbe frustrata dai divieti e dalle esclusioni recate dalla normativa sopra riportata". I giudici della Corte ribadiscono inoltre che "possono esservi cure ed interventi che non possono essere altrimenti soddisfatti, per cui verrebbero a determinarsi palesi condizioni di iniquità tra cittadini nel caso ove venisse negato loro il ristoro da parte del S.S.N."

### **III.6. Corte dei Conti**

Il 1988 è stato caratterizzato, per quanto riguarda la sanità da numerose disfunzioni. Lo denuncia nella sua relazione annuale il Procuratore Generale della Corte dei Conti Emidio Di Giambattista il quale conclude sottolineando che "un intervento è divenuto improcrastinabile in più direzioni: di struttura e di organizzazione, ma anche di coscienza sociale e di educazione civica degli operatori". Fra i principali "mali" del servizio sanitario, Di Giambattista mette in evidenza l'assenteismo ("il fenomeno non è esclusivo delle USL - sottolinea - ma è diffuso in molti uffici pubblici: fra le denunce che

mi sono pervenute, peraltro, quelle relative alle USL sono di gran lunga più numerose”), irregolari inquadramenti del personale e “indebita corresponsione di indennità ed altri benefici senza titolo”, casi di “sprechi, sperperi, inutilizzazioni o sottoutilizzazioni di materiale ed apparecchiature scientifiche, di forniture esorbitanti, di furti”. “Occorre esigere impegno e senso di responsabilità dal personale dipendente, a qualsiasi livello - sottolinea Di Giambattista -; occorre individuare con chiarezza ed uniformità i livelli di responsabilità corrispondenti alle diverse funzioni operative; occorre scegliere gli amministratori delle USL secondo criteri di professionalità, non inquinati da altre logiche perverse; occorre instaurare o ripristinare una seria disciplina nell'ambito di ciascuna struttura; occorre istituire e mantenere efficaci sistemi di controllo sull'acquisizione, l'uso e il consumo di beni e materiali, cominciando con l'evitare, innanzitutto, l'acquisto di strumenti costosi che non possono essere utilizzati per mancanza di personale qualificato o addirittura per mancanza delle condizioni oggettive necessarie per la loro utilizzazione”.

## A. LE INDICAZIONI INTERNAZIONALI

### IV.A.1. La “leadership” della salute per tutti

#### *La 41ª Assemblea mondiale della sanità*

Ricordando le risoluzioni WHA30.43 e WHA34.36, in base alle quali gli Stati membri hanno adottato all'unanimità una politica ed una strategia per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti entro l'anno 2000.

Prendendo atto dei progressi realizzati a metà percorso tra il 1978, data dell'adozione della Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria di base, che ha definito una nuova linea di azione in favore della salute, e l'anno 2000, ma ugualmente coscienti della necessità di accelerare le tappe per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti approvato collettivamente.

Sottolineando che questa accelerazione necessiterà una partecipazione accresciuta delle persone di tutte le condizioni e la mobilitazione di tutte le risorse potenziali della società a sostegno dell'assistenza sanitaria di base.

Riconoscendo che una “leadership” informata ed entusiasta, a tutti i livelli della società, è vitale per utilizzare tale potenziale.

Ricordando la risoluzione WHA37.31 sul ruolo delle Università nelle strategie della salute per tutti, la risoluzione WHA38.31 sulla collaborazione con le organizzazioni non governative per l'attuazione della strategia, la risoluzione WHA39.7 sulla valutazione della strategia e la risoluzione WHA39.22 sull'azione intersettoriale in favore della salute.

1. Approva la dichiarazione di impegno personale e la relazione delle discussioni tecniche che hanno avuto luogo durante la 41ª Assemblea mondiale della sanità sullo “sviluppo della leadership della salute per tutti”.

2. Afferma che una leadership intelligente ed efficace è fondamentale per intensificare e sostenere l'azione sociale e politica in favore della salute per tutti.

3. Impegna gli Stati membri:

- a sviluppare attivamente la “leadership” della salute per tutti mediante l'intero sistema educativo e sensibilizzando i “leader” attuali ai problemi esistenti e realizzando e creando una “leadership” continuamente rinnovata, al fine di accelerare il progresso verso la salute per tutti;

- a raddoppiare gli sforzi per fare meglio comprendere la salute per tutti e l'assistenza sanitaria di base, utilizzando strategie efficaci di comunicazione e facendo prendere coscienza ai “leader” dei mezzi di comunicazione di massa della responsabilità sociale che essi hanno di promuovere la comunicazione per la salute;

- ad accelerare la decentralizzazione e le riforme strutturali e socio-economiche che favoriscano una partecipazione attiva incoraggiando l'emergere di “leaders” potenziali a tutti i livelli che offrano occasioni di esempi di “leadership” efficace;

- fare sforzi rinnovati ed innovatori per fare partecipare gli individui e le comunità in uno spirito creatore, al fine di sviluppare l'autogestione e la “leadership” a livello locale;

- ad estendere la partecipazione alla collaborazione nell'ambito delle comunità, delle organizzazioni non governative, degli istituti di insegnamento e delle altre organiz-

zazioni comunitarie, al fine di mettere la loro creatività ed il loro impegno al servizio dell'obiettivo della salute per tutti;

4 Invita i "leaders" degli istituti di insegnamento e delle università a fornire la prova del loro impegno nei confronti della salute per tutti attraverso l'assistenza sanitaria di base:

- accelerando l'evoluzione dei programmi di studio dei professionisti della sanità ed altri, compresi gli insegnanti, chiamati a partecipare all'azione della salute al fine di promuovere il sistema di valori della salute per tutti e di sviluppare il loro potenziale di "leadership" in favore della salute per tutti;

- modificando il tipo di gratificazioni del sistema universitario, offrendo delle prospettive di carriera al fine di riconoscere e di incoraggiare gli universitari desiderosi di orientare la loro carriera verso l'assistenza sanitaria di base;

- inserendo nei programmi di studi di tutti gli istituti del sistema di istruzione, a partire dalla scuola primaria, argomenti quali l'educazione sanitaria, i valori sociali, i cambiamenti di attitudine e lo sviluppo della "leadership".

5. Prega vivamente i "leaders" delle organizzazioni non governative, nazionali, ed internazionali di fornire la loro collaborazione ai governi ed altri istituti di insegnamento per accelerare il progresso verso la salute per tutti e servirsi della loro flessibilità e creatività per sviluppare la "leadership" potenziale e le qualità di "leader" a livello comunitario, facendo appello soprattutto ai gruppi femminili e di giovani.

6. Prega il Direttore generale:

- di pubblicare la dichiarazione di impegno personale e la relazione sulle discussioni tecniche riguardanti «lo sviluppo della "leadership" della salute per tutti» e di distribuirle largamente a tutti i governi, istituti di insegnamento e università, organizzazioni non governative e volontarie e altri gruppi interessati;

- di garantire la continuità e la persistenza dell'iniziativa inerente la "leadership" a tutti i livelli dell'OMS, avendo come base l'importante lavoro già realizzato ed istituendo altri meccanismi appropriati in modo che faccia parte integrante del sostegno dell'OMS alla strategia della salute per tutti ad ogni livello;

- di sostenere gli Stati membri, gli istituti di insegnamento e le organizzazioni non governative nei loro tentativi di sviluppare la "leadership" per accelerare l'azione sociale e politica in favore della salute per tutti, mediante l'assistenza sanitaria di base e di incoraggiare l'utilizzazione delle risorse dell'OMS, soprattutto delle borse di studio, per promuovere lo sviluppo della "leadership";

- di istituire e favorire una rete di appoggio tecnico, composta da stabilimenti di insegnamento e di "leaders" della salute, che possa favorire la salute per tutti e lo sviluppo della "leadership";

- di promuovere ed incoraggiare le potenzialità di "leadership" raccogliendo e diffondendo informazioni in merito alle iniziative innovatrici in materia di assistenza sanitaria di base che sono state coronate da successo, creando stimoli per ricompensare e riconoscere tali iniziative e di fornire una documentazione pertinente e semplificata per i non specialisti e la "leadership" comunitaria,

- di valutare, nel 1991, unitamente alla seconda valutazione della strategia, l'impatto dell'iniziativa per lo sviluppo della "leadership" sui progressi realizzati nell'attuare la strategia mondiale della salute per tutti e riferire in merito al Consiglio esecutivo durante la sua 89ª sessione, nonché alla 45ª Assemblea mondiale della sanità nel 1992.

## **IV.A.2. La “Carta costituzionale di Ottawa” per la “promozione della salute” - Ottawa 21 novembre 1986**

### **1. *Promozione della salute***

La promozione della salute è un processo che consente alle persone di migliorare la propria salute, aumentando il controllo su di essa. Per realizzare uno stato di completa salute fisica, mentale e di benessere sociale, un individuo o gruppo deve essere capace di identificare e realizzare aspirazioni, soddisfare necessità e cambiare l'ambiente od adattarsi ad esso. La salute è vista, quindi, come una risorsa della vita quotidiana, non l'obiettivo della vita

La salute è un concetto positivo che incrementa le risorse sociali e personali, unitamente alle possibilità fisiche. Quindi la promozione della salute non è responsabilità solo del settore sanitario, dovendo condurre, tramite stili di vita sani, verso il benessere sociale.

#### **1.1. *Presupposti per la salute***

Le condizioni fondamentali e le risorse per la salute sono la pace, la sicurezza, l'istruzione, l'alimentazione, il salario, un eco-sistema stabile, risorse sufficienti, giustizia sociale ed equità. Il miglioramento della salute richiede una base sicura su questi presupposti fondamentali.

#### **1.2. *Protezione***

La buona salute è la maggiore risorsa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono tutti favorire o danneggiare la salute. L'azione per la promozione della salute tende a rendere queste condizioni favorevoli, mediante la protezione della salute stessa.

#### **1.3. *Possibilità***

La promozione della salute si concentra sul raggiungimento dell'uguaglianza nei suoi confronti. Tale azione di promozione tende a ridurre le differenze nello stato di salute e ad assicurare uguali opportunità e risorse per dare la possibilità a tutti di raggiungere il pieno potenziale di salute. Questo include di potere contare con certezza su un ambiente favorevole, accesso alla informazione, capacità ed opportunità offerte dalla vita per scelte favorevoli alla salute. La popolazione non può raggiungere il pieno potenziale di salute se non è in grado di avere il controllo su ciò che influenza la propria salute. Questo si riferisce sia alle donne che agli uomini.

#### **1.4. *Mediazione***

I presupposti e le prospettive per la salute non possono essere assicurati solo dal settore sanitario. Ancora più importanti, per la promozione della salute, sono le azioni coordinate di tutti gli interessati: governi, settore sanitario ed altre strutture sociali ed

economiche, organizzazioni non governative e volontarie, autorità locali, industrie e mezzi di comunicazione di massa. Le persone vi sono coinvolte, durante tutta la via, sia come individui, che come famiglie e comunità. I gruppi professionali e sociali ed il personale sanitario hanno le maggiori responsabilità per mediare tra i diversi interessi della società, al fine di promuovere la salute.

## **2. Promuovere la salute significa**

### *2.1. Formulare una politica di sanità pubblica*

La promozione della salute va oltre la cura. Essa deve porre la salute all'ordine del giorno dei politici in tutti i settori e a tutti i livelli, portandoli ad essere consapevoli delle conseguenze per la salute delle loro decisioni e ad accettare le loro responsabilità in merito.

La politica di promozione della salute combina approcci diversi, ma complementari, includendovi attività legislative, misure fiscali, cambiamenti di tassazione ed organizzativi. E' una azione coordinata, nel campo dei redditi e della politica sociale, che porta alla salute. L'azione congiunta contribuisce ad assicurare beni e servizi, compresi quelli pubblici, conformi alle esigenze della salute, ed un ambiente pulito meglio vivibile.

La promozione della salute richiede la identificazione degli ostacoli, che si oppongono all'adozione di politiche di sanità pubblica nei settori non sanitari ed i modi per rimuoverli. L'obiettivo è di rendere le scelte favorevoli alla salute più facili per i politici responsabili delle decisioni.

### *2.2. Creare un ambiente favorevole*

Le nostre società sono complesse e correlate: la salute non può essere separata dagli altri obiettivi. L'inscindibile legame tra la popolazione e l'ambiente costituisce la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida universale per le comunità, le regioni, le nazioni, il mondo intero deve essere l'appoggio reciproco per avere cura, ciascuno di noi, degli altri, della nostra comunità e del nostro ambiente naturale. La conservazione delle risorse naturali di tutto il mondo deve essere sottolineata come responsabilità universale.

I nuovi modelli di vita, di lavoro e di tempo libero hanno un impatto significativo sulla salute. Lavoro e svago dovrebbero essere fonte di salute per la popolazione. Le modalità con cui la società organizza il lavoro dovrebbero aiutare a creare una società sana. La promozione della salute produce condizioni di vita e di lavoro sane, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli. La valutazione sistematica relativa all'impatto sulla salute di un ambiente che cambia rapidamente - specie nelle aree della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e dell'urbanizzazione - è essenziale e dovrebbe essere seguita da azioni che assicurino effetti positivi per la salute del pubblico. La protezione dell'ambiente naturale e di quello modificato dall'uomo, nonché delle risorse naturali, dovrebbe essere l'indirizzo di ogni strategia di promozione della salute.

### *2.3. Incentivazione dell'azione della comunità*

La promozione della salute si attua attraverso l'azione concreta ed efficace della comunità nello stabilire priorità, adottare decisioni, programmare ed attuare strategie, ai



fini del raggiungimento di un migliore stato di salute. Al centro di questo processo è la possibilità di dare alla comunità la proprietà ed il controllo del proprio ambiente e dei propri destini.

Il progresso delle comunità incrementa le risorse umane e materiali, esistenti nel loro ambito, per accrescere l'autoassistenza ed il sostegno sociale e per sviluppare sistemi flessibili, ai fini dell'incremento della partecipazione e direzione del pubblico nei settori inerenti la salute. Questo presuppone un pieno e continuo accesso all'informazione, la conoscenza delle possibilità per il mantenimento della salute ed il sostegno finanziario.

#### *2.4. Sviluppo delle capacità personali*

La promozione della salute favorisce il progresso personale e sociale, mediante l'informazione, l'educazione sanitaria e l'incremento delle possibilità di vita. In tal modo, essa aumenta, per la popolazione, le opportunità di esercitare maggiore controllo della propria salute e del proprio ambiente e di fare scelte rivolte verso la salute.

E' essenziale rendere la popolazione capace di apprendere, durante tutta la vita, di prepararsi alle sue diverse fasi e di sapere fronteggiare ed adeguarsi alle malattie e lesioni croniche. Questo compito deve essere agevolato in tutti gli ambiti: scuola, casa, lavoro, comunità. Tale attività deve essere svolta, sia nell'ambito delle istituzioni, che delle organizzazioni culturali, professionali, commerciali e volontarie.

#### *2.5. Riorientamento dei servizi sanitari*

La responsabilità della promozione della salute, nell'ambito dei servizi sanitari, è ripartita tra individui, gruppi della comunità, operatori sanitari, istituzioni del servizio sanitario e governi. Tutti devono lavorare uniti per un sistema sanitario che contribuisca al conseguimento della salute.

Il ruolo del settore sanitario deve rivolgersi progressivamente verso la promozione della salute, oltre alla responsabilità di fornire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari devono svolgere un compito, in continua espansione, che è delicato e deve rispettare le esigenze culturali. Tale mandato dovrebbe sostenere le necessità per gli individui e le comunità di una vita più sana ed aprire canali di comunicazione tra il settore sanitario e le maggiori componenti sociali, politiche, economiche e ambientali.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede maggiore attenzione per le ricerche e per i cambiamenti necessari, nell'ambito della formazione e dell'esercizio professionale. Ciò deve portare ad un cambiamento di attitudine ed organizzazione dei servizi sanitari, focalizzato sulle necessità totali dell'individuo, visto nella sua globalità.

### **3. Muoversi per il futuro**

La salute è creata e vissuta dalla popolazione negli ambienti della vita quotidiana, dove studia, lavora, gioca e ama. Salute vuol dire assicurare che la società, in cui uno vive, crei condizioni che permettano il mantenimento della salute dei suoi membri.

Protezione, olismo ed ecologia sono elementi essenziali per lo sviluppo di strategie ai fini della promozione della salute. Quindi coloro che vi sono interessati dovrebbero

avere come principio guida l'uguale partecipazione di uomini e donne, in ogni fase della pianificazione, attuazione e valutazione delle attività di promozione della salute.

### 3.1 *Impegno per la promozione della salute*

I partecipanti alla Conferenza si impegnano a:

- entrare nell'arena della politica di sanità pubblica e a sostenere un chiaro impegno politico per la salute e l'equità in tutti i settori;
  - contrastare la pressione verso prodotti pericolosi, lo sperpero di risorse, condizioni di vita e di ambiente dannose alla salute e una cattiva nutrizione;
  - adoperarsi per eliminare il divario esistente nei confronti della salute entro e tra le società e a modificare tali ineguaglianze, prodotte da regole o abitudini di queste società;
  - considerare le persone come la principale risorsa per la salute e aiutarle con mezzi finanziari, o altro, perché mantengano sani se stessi, le loro famiglie, i loro amici e accettino la comunità come voce essenziale in tema di salute, condizioni di vita e benessere;
  - riorientare i servizi sanitari, e relative risorse, verso la promozione della salute e la ripartizione del loro potere con altri settori, altre discipline e, ancora più importante, con la stessa popolazione;
  - riconoscere la salute ed il suo mantenimento come il maggiore investimento e sfida sociale ed applicare, soprattutto, gli aspetti ecologici dei nostri modi di vita
- La Conferenza sollecita tutti gli interessati ad unirsi al proprio impegno per una stretta unione con la sanità pubblica.

### 3.2 *Appello per una azione internazionale*

La Conferenza sollecita l'Organizzazione mondiale della sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la promozione della salute, in tutte le sedi adeguate, e ad aiutare i Paesi nella preparazione di strategie e programmi per la promozione della salute

La Conferenza è fermamente convinta che se la popolazione, le organizzazioni non governative, i governi, l'Organizzazione mondiale della sanità e le altre organizzazioni interessate uniscono i loro sforzi per introdurre, in tutti gli aspetti della vita, strategie dirette alla promozione della salute, in linea con i valori sociali e morali che formano le basi di questa CARTA, la salute per tutti nell'anno 2000 sarà una realtà.

### **IV.A.3. La "Dichiarazione di Edimburgo" sulla formazione del medico**

Lo scopo della formazione medica è quello di preparare medici che promuovano la salute della popolazione ed in molti casi questo scopo non è stato ancora realizzato, nonostante l'enorme progresso realizzato dalle scienze biomediche in quest'ultimo secolo. Il singolo paziente, invece di essere curato solo per la sua malattia, vorrebbe trovarsi di fronte un medico che sia attento ascoltatore, un sensibile ed accurato osservatore ed un efficiente clinico.

Ogni giorno migliaia di persone soffrono e muoiono per malattie prevedibili, curabili o auto-indotte e milioni non hanno ancora accesso all'assistenza sanitaria di nessun tipo.

Questi difetti sono stati identificati da lungo tempo, ma gli sforzi per introdurre una maggiore consapevolezza sociale nelle scuole mediche non hanno raggiunto risultati soddisfacenti.

Tali fatti hanno portato a discutere dei problemi della formazione medica, in relazione all'equità dell'assistenza sanitaria, alla distribuzione del personale nei servizi sanitari e soprattutto dei costi per la società.

Da questo fatto sono scaturiti dibattiti nazionali e regionali, che hanno coinvolto, nella maggior parte dei Paesi del mondo, un ampio numero di individui, a vari livelli della formazione medica e dei servizi sanitari; sulla base di tali dibattiti sono state elaborate, nelle sei Regioni mondiali, relazioni in cui è stato messo a fuoco il problema con indicazioni di base. Tutto ciò è condiviso, anche, da un crescente numero di docenti in medicina, medici, altri operatori sanitari, studenti in medicina e di pubblico in generale.

La ricerca scientifica continua a raggiungere successi, ma le necessità umane non sono legate solamente alla scienza ed è la totalità delle esigenze sanitarie della razza umana e della persona nella sua interezza che deve essere sostenuta da docenti della formazione medica.

Molti miglioramenti possono essere conseguiti all'interno delle scuole mediche specificatamente per:

1) ampliare la scelta degli ambienti in cui sono svolti i programmi di formazione, includendo tutte le strutture sanitarie della comunità e non solo gli ospedali;

2) assicurare che i curriculum soddisfino le priorità sanitarie nazionali e le disponibilità dei mezzi;

3) assicurare la formazione continua, trasformando metodi passivi ampiamente diffusi in un insegnamento più attivo, includendo studi indipendenti auto-gestiti nonché metodi "tutoriali";

4) programmare curriculum e sistemi di esami tali da assicurare il raggiungimento di competenze e valori sociali e non soltanto la ritenzione ed il richiamo di nozioni;

5) preparare i docenti come educatori e non solo come esperti del settore e compensare adeguatamente l'attività di formazione con le stesse modalità usate nella ricerca medica e nella pratica clinica;

6) completare la formazione sul trattamento del paziente e porre maggiore attenzione alla promozione della salute e alla prevenzione della malattia;

7) ricercare l'integrazione tra la formazione scientifica e quella pratica utilizzando, come base per l'insegnamento, la soluzione dei problemi affrontati in campo clinico e a livello della comunità;

8) impiegare metodi di selezione degli studenti in medicina che vadano al di là di incapacità intellettuali e dei successi accademici per includere valutazioni sulle qualità personali.

Altri miglioramenti richiedono un'ampia partecipazione al fine di:

9) incoraggiare e facilitare la cooperazione tra i Ministeri della Sanità e della Pubblica Istruzione, i servizi sanitari a livello della comunità ed altre organizzazioni importanti per lo sviluppo di una linea politica per la preparazione, l'attuazione e la revisione dei programmi;

10) assicurare una politica di ammissione ai corsi che proporzioni il numero di studenti al fabbisogno nazionale di medici;

11) incrementare, nell'ambito della formazione al lavoro di gruppo, le occasioni di studio, ricerca e servizio con le altre professioni sanitarie connesse con la sanità;

12) definire i responsabili e le risorse per la formazione continua dei medici.

La riforma della formazione medica richiede, più che un accordo, un diffuso impegno di azione, una energica leadership ed una volontà politica. In alcuni campi sarà inevitabilmente richiesto un impegno finanziario, ma molto può essere conseguito con una ridefinizione delle priorità ed una nuova redistribuzione delle attuali risorse.

Con questa Dichiarazione noi sollecitiamo noi stessi e chiamiamo altri ad unirsi a noi per organizzare e sostenere il programma per il cambiamento delle basi della formazione medica in modo da affrontare le necessità della società in cui si deve operare. Noi chiediamo ed auspichiamo la creazione di una struttura organizzativa necessaria per tradurre in fatti questa Dichiarazione solenne.

Le premesse ci sono: è tempo di agire.

#### **IV.A.4. Conclusioni e raccomandazioni della "iniziativa di Lisbona" sulla formazione del medico**

Le delegazioni dei Ministeri della Sanità e della Pubblica Istruzione ed altre autorità competenti in materia di istruzione e sanità degli Stati membri della Regione Europea dell'OMS, riunitesi a Lisbona nel novembre 1988, hanno espresso il loro desiderio di riorientamento della formazione del medico in modo da renderla più consona alle necessità in campo sanitario.

La Consultazione ministeriale ricorda che tutti gli Stati membri della Regione Europea hanno adottato nel 1984 la politica della SPT e che nel 1987 il Comitato Regionale ha richiesto all'Ufficio Regionale OMS per l'Europa di considerare le implicazioni della politica dello SPT per lo sviluppo del personale sanitario e di relazionare in merito a questo argomento nel 1990. La Consultazione accoglie con soddisfazione l'importante progresso avviato dalla Federazione Mondiale per la formazione del medico, incoraggiata dall'appoggio fornito tramite l'OMS dall'Unesco, per il miglioramento della formazione del medico in Europa.

In linea con questa filosofia e sulla base delle dichiarazioni espresse dalle delegazioni e dai dibattiti svoltisi in seno ai gruppi di lavoro, i partecipanti della Consultazione ministeriale di Lisbona propongono l'adozione di iniziative di tutti i Paesi europei, basate sui seguenti principi:

1 - la politica nazionale dei vari Paesi sulla formazione del medico dovrebbe riflettere una politica sanitaria chiaramente definita e traente origine dalla strategia europea della SPT;

2 - meccanismi chiari ed efficaci dovrebbero promuovere una stretta cooperazione tra i settori della sanità e della pubblica istruzione, nell'istituzione di una politica e di programmi riguardanti la formazione del personale sanitario.

I programmi di formazione nelle Università e nelle scuole di medicina dovrebbero riflettere le politiche nazionali su menzionate.

Dovrebbero essere sviluppati meccanismi e risorse in cooperazione con organizzazioni professionali, tendenti a fare della formazione continua un elemento essenziale della formazione del medico.

Tutte le diverse fasi della formazione del medico dovrebbero aver luogo presso appropriate sedi che riflettano tutti gli aspetti della sanità e dei servizi sanitari.

La Consultazione ministeriale accoglie con soddisfazione le innovazioni e le iniziative nel campo della formazione del medico intraprese in molti Paesi. I progressi di tali innovazioni dovrebbero essere registrati e controllati con l'assistenza dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, dell'Unesco e di altre organizzazioni professionali quali l'Amde, l'Amee e la Wfme. La Conferenza Mondiale sulla promozione del medico ha proposto un programma di collaborazione interregionale sulla revisione della formazione del medico. Una stretta collaborazione dovrebbe prevedere l'interscambio di consigli e di esperienze tra i diversi Paesi sia a livello istituzionale che nazionale.

La Consultazione ministeriale ha tratto incoraggiamento dalla risoluta decisione presa da Ministri della Pubblica Istruzione e della Sanità del Portogallo per iniziare subito un processo che assicuri un cambiamento in linea con la "Dichiarazione di Edimburgo" e con la politica europea per la SPT. La Consultazione ministeriale esorta tutti gli altri Paesi a seguire tale esempio.

PAGINA BIANCA

## **B. ULTERIORI INDICAZIONI PER LE RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.**

### **IV.B.1. Popolazione per sesso e per età - Ridurre le ineguaglianze in tema di salute (capitolo 1 Obiettivo specifico n. 1)**

- A) Miglioramento delle statistiche sanitarie ufficiali:  
- Integrazione delle statistiche sulla morbilità e mortalità con dati inerenti l'ineguaglianza nei confronti dei problemi della salute.
- B) Cause di ineguaglianza nel settore della salute:  
Ricerche socio-epidemiologiche sui fattori associati alle variazioni della morbilità e mortalità nei differenti gruppi di popolazione.

### **IV.B.2. Problemi di salute mentale**

Sono urgenti ricerche epidemiologiche sulla incidenza di determinate categorie di disturbi mentali negli anziani e loro relazioni con i vari fattori di rischio.

### **IV.B.3. Handicap - Accrescere le possibilità delle persone con handicap (capitolo 3.4 Obiettivo specifico n. 3)**

- A) Analisi comparativa delle due forme di assistenza prestata agli handicappati, nelle istituzioni e nell'ambito della comunità:  
Indicatori affidabili per la qualità e l'efficacia dell'assistenza e l'attitudine della società nei confronti degli handicappati;  
Rapporto costo-efficacia dei vari ausili tecnici che permettono agli handicappati di provvedere direttamente alla loro assistenza.
- B) Efficacia della riabilitazione:  
Ulteriori studi sugli indicatori inerenti l'efficacia della riabilitazione e dei programmi di sostegno per gli handicappati cronici.

### **IV.B.4. Ridurre la morbilità e l'invalidità - Malattie infettive - Patologia genetica - Malattie della bocca (capitoli 4 - 6.1 - 2.3.5)**

- A) Malattie infettive:  
Ricerche sull'immunologia, virologia, epidemiologia e sugli aspetti psicosociali ed economici dell'AIDS e dei positivi per HIV;  
Valutazione dei programmi educativi ed informativi per il personale sanitario ed il pubblico sulla prevenzione e limitazione della diffusione della malattia;  
Ricerche sui vaccini antivirali, compresi quelli per i retrovirus;  
Studi sulle malattie infettive con ampie sequele come le infezioni respiratorie ed urinarie acute e le malattie a trasmissione sessuale che possono causare sterilità;

Eventuali ricerche in determinate zone per stabilire le cause che hanno impedito l'eradicazione di malattie per le quali esistano i mezzi per attuarla.

B) Condizioni genetiche e malformazioni congenite:

Ulteriori studi per stabilire l'efficacia degli screening prenatali e neonatali per le condizioni genetiche e le malformazioni congenite;

Ricerche sul ruolo di fattori genetici per molti dei più comuni problemi sanitari, come le coronaropatie;

Monitoraggio delle ricerche sul DNA per evitare di avere effetti indesiderati di tali ricerche.

C) Problemi di salute mentale.

D) Malattia reumatica:

Ulteriori ricerche epidemiologiche sulla prevalenza ed incidenza della malattia reumatica nell'ambito delle popolazioni, con particolare riguardo ai fattori predisponenti e alle misure preventive, nonché alle relazioni tra le condizioni degenerative reumatiche e fattori di rischio, attività fisica, aspetti psicosociali, immunologici, genetici, ecc.;

Ricerche sui metodi di trattamento, cura e riabilitazione più efficaci per prevenire la cronicizzazione ed i fenomeni di scadimento derivanti dalla malattia reumatica.

E) Malattie della bocca:

Valutazione dell'impatto dei programmi educativi sull'igiene orale e la prevenzione della carie;

Si devono stimolare ricerche sulla salute della bocca e dei denti degli anziani e sulla assistenza in tale settore;

Studi sulle politiche per il controllo della carie, inclusa la riduzione del contenuto di zucchero nei dolci ed altri tipi di alimenti.

**IV.B.5. Eliminare determinate malattie - Malattie prevenibili con la vaccinazione (capitolo 5.3)**

A) Eventuali ricerche, in determinate zone, per stabilire le cause che hanno impedito l'eradicazione di tali malattie, pure esistendo i mezzi per farlo.

**IV.B.6. Aumentare la speranza di vita alla nascita - Previsioni di sopravvivenza alla nascita (capitolo 1.5 Obiettivo specifico n. 6)**

In certe zone, sono necessarie ricerche, nell'ambito di determinate aree geografiche, gruppi socio-economici e persone di sesso diverso, per scoprire i fattori che agiscono sui livelli di speranza di vita diversi dalla media.

**IV.B.7. Riduzione della mortalità infantile (capitolo 3.2.1 Obiettivo specifico n. 7)**

A) Sindrome di morte improvvisa del bambino:

Indagini epidemiologiche per stabilire l'ampiezza e la distribuzione del fenomeno e la sua associazione con fattori di rischio.



B) Variazioni della mortalità infantile:

Ulteriori ricerche sulle variazioni della mortalità tra i gruppi socio-economici.

C) Tecnologia perinatale:

Valutazione dei vantaggi, rischi, efficacia, costi, impatto etico e sociale delle numerose nuove tecnologie di questo tipo, includendo anche le attitudini e le percezioni degli utenti.

D) Basso peso alla nascita:

Studi sugli effetti della nutrizione, fumo, abuso di bevande alcoliche, fattori genetici ambientali e sociali sul basso peso del neonato.

E) Allattamento al seno:

Raccolta dati sui fattori che ostacolano l'allattamento materno.

#### **IV.B.8. Tutela della salute per determinati gruppi (capitolo 3.2)**

A) Monitoraggio della morbilità e della mortalità.

B) Ricerche sull'accesso ed impiego dei servizi sanitari da parte di donne appartenenti a gruppi socialmente sfavoriti, immigrate o molto giovani.

#### **IV.B.9. Ridurre la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (capitolo 6.3 Obiettivo specifico n. 9)**

A) Valutazione delle misure preventive e fattori di riduzione del rischio:

Ulteriori studi sui fattori di rischio aggiuntivi (inclusi quelli psico-sociali), che si allineano con i maggiori fattori di rischio già ben noti ed interagiscono con essi;

Ulteriori ricerche sulla ipertensione;

Programmi di valutazione delle misure preventive in rapporto ai maggiori fattori di rischio che, come è noto, dovrebbero iniziare fin dall'infanzia;

Migliorare la cura e la riabilitazione;

Ulteriori studi sui fattori nutritivi, ed altri, che influiscono sulla prognosi e valutazione della loro efficacia.

B) Impiego della ricerca genetica:

Studi sulla influenza di fattori genetici sulla mortalità per malattie cardiovascolari in rapporto a fattori ambientali e nutritivi.

Ulteriori studi sui fattori genetici, particolarmente mediante la tecnologia del DNA.

#### **IV.B.10. Ridurre la mortalità per tumori - Patologia neoplastica (capitolo 6.5 Obiettivo specifico n. 10)**

A) Ricerca multidisciplinare in merito ai fattori di rischio:

Ulteriori studi sui rapporti tra virus e tumori e sulla importanza di determinate diete.

B) Screening per una diagnosi precoce:

Monitoraggio del rapporto costo-benefici di programmi come quelli per la diagnosi precoce del tumori del seno e del collo dell'utero;

Studi sulle ragioni del ritardo nella diagnosi e nella cura dei tumori;

Estensione dei programmi di screening ad altri tumori come quelli della pelle e del cavo orale.

C) Ricerche sulla diagnosi, la cura e la riabilitazione:

Ricerche sui servizi sanitari per migliorare l'impiego delle conoscenze esistenti nell'ambito di tali servizi (qualità della vita dei cancerosi, supporto elettronico per gli screening e la continuità della cura, screening dei tumori del cavo orale durante le visite odontoiatriche);

Studi di biologia molecolare da cui possono derivare nuovi metodi per la prevenzione, la diagnosi e la cura;

Approfondimento dei problemi psico-sociali dei cancerosi e loro famiglie;

Ricerche sulla valutazione dei metodi di prevenzione, trattamento e cura che possano migliorare i relativi standards e le varie componenti dei relativi programmi.

**IV.B.11. Fattori di rischio da incidenti domestici e da traffico (capitolo 2.1.6. Obiettivo specifico n. 11)**

A) Ostacoli all'impiego delle conoscenze esistenti:

Studi sui maggiori ostacoli politici, sociali, economici e psicologici per l'utilizzazione delle conoscenze esistenti;

Miglioramento delle informazioni sugli incidenti e relative misure preventive;

Necessità di statistiche con maggiori informazioni inerenti il luogo degli incidenti;

Ricerche sui problemi psicologici connessi con gli incidenti e sui fattori di rischio personali e ambientali connessi come l'alcolismo, gli stupefacenti e le sostanze psicoattive;

Studio di indicatori e metodi standard per assicurare la comparabilità a livello internazionale di tali studi.

B) Monitoraggio delle misure di sicurezza:

Monitoraggio delle misure di sicurezza come il controllo del traffico e l'educazione stradale, il miglioramento dei mezzi meccanici e delle strade, la sicurezza dei contenitori per farmaci "a prova di bambini", le norme per la costruzione degli edifici e antincendio, i rischi professionali;

Ricerche per stabilire se la frequenza degli incidenti è connessa con insufficienza delle normative.

C) Prevenzione e gestione degli incidenti:

Ricerche sulla prevenzione degli incidenti domestici e del tempo libero, con particolare riferimento ai gruppi a rischio: i bambini e i vecchi;

Ricerche sugli effetti dei limiti di velocità sugli incidenti del traffico;

Ricerche sul comportamento di coloro che adottano deliberatamente comportamenti pericolosi;

Ricerche per migliorare il sistema di sorveglianza e dei piani di emergenza per i maggiori incidenti e per i disastri.

**IV.B.12. Invertire la frequenza dei suicidi e dei tentativi di suicidio - Cause di morte (capitolo 12 Obiettivo specifico n. 12)**

A) Miglioramento dei metodi di documentazione:

Studio di metodi di raccolta di informazioni che permetta il monitoraggio e sia di guida per la pianificazione e lo sviluppo delle misure preventive;

Studio dei suicidi e tentativi di suicidio collegati con gruppi a rischio diversi dal punto di vista medico e sociale.

B) Valutazione dei programmi preventivi:

Studio per la valutazione dei programmi preventivi adottati;

Studio degli effetti della prescrizione di sonniferi e di farmaci potenzialmente pericolosi.

C) Studio dei gruppi ad alto rischio:

Ulteriori studi per stabilire ad aiutare i gruppi a rischio, come: depressi, alcool e tossicodipendenti, persone di media età od anziani rimasti isolati per motivi sociali, persone che hanno già tentato il suicidio;

Studio di metodi sperimentali per migliorare la preparazione del personale e delle strutture sanitarie ai fini della identificazione dei casi a rischio;

Studio di gruppi di popolazione di determinate zone che hanno un alto tasso di isolamento sociale, disoccupazione e patologia sociale.

#### **IV.B.13. Adozione di una politica per la promozione della salute (capitolo 1.1.1 Obiettivo specifico n. 13)**

A) Monitoraggio delle politiche di tutela della salute:

- Monitoraggio continuo delle politiche nazionali per stabilire se sono realmente applicate, con particolare riferimento alle imposte aventi lo scopo di scoraggiare l'uso di sostanze pericolose, alla normativa inerente gli incentivi forniti alle industrie alimentari e ad altre misure per la protezione dei consumatori, alle norme sulla pubblicità inerente prodotti pericolosi e a quelle tendenti a ridurre le ineguaglianze nell'esercizio del diritto di tutela della salute;

- Preparazione di pubblicazioni periodiche e di studi comparativi di livello internazionale sulla applicazione delle predette politiche;

- Indicazione delle politiche e dei programmi per cambiare condizioni di lavoro e di vita pericolose;

- Analisi delle politiche e dei programmi tendenti a modificare la produzione di sostanze pericolose in prodotti e servizi salubri

B) Ostacoli per l'adozione di stili di vita salubri:

- Ricerche per stabilire come leggi, regolamenti e politiche eliminino ostacoli per l'adozione di stili di vita sani, comprendendo oltre le politiche che interessano la sanità (direttamente od indirettamente) anche quelle che hanno conseguenze sulla salute non volute; in particolare norme che limitino l'accesso del pubblico a conoscenze o dati inerenti la salute o impedimenti derivanti da gruppi di pressione o come effetto collaterale di politiche inerenti i salari, i servizi alimentari, le abitazioni, l'agricoltura.

C) Partecipazione della comunità:

- Studi per stabilire come ed in quale grado le popolazioni interessate possono esprimere la loro opinione sulla legislazione connessa con la salute e la pianificazione dei programmi;

- Paragoni di una determinata comunità con una comunità ideale, al fine di analizzare le risorse per la salute della comunità ed i fattori che interferiscono con l'impiego effettivo di tali risorse.

D) Studi sulla attitudine della popolazione nei confronti delle priorità in materia di salute e sua influenza sullo sviluppo di politiche che influenzano la salute.

#### **IV.B.14. Valorizzazione dei sistemi di appoggio sociale (capitolo 1.1.2 Obiettivo specifico n. 14)**

##### A) Sostegno sociale:

Studi per la valutazione dei programmi per rafforzare la influenza positiva per la salute del contesto sociale (famiglia, amici, colleghi, coetanei ed altri);

Studi sull'impatto dei cambiamenti della struttura della famiglia, dei ruoli dei genitori e dei bambini, della donna e dell'uomo, delle autorità, delle strutture e funzioni di gruppi di coetanei nella scuola, nel lavoro e durante il tempo libero;

Studi sulla importanza del sostegno materiale ed emotivo per stili di vita sani, sui criteri che rendono possibile distinguere, nelle relazioni sociali, le influenze favorevoli o contrarie alla salute;

Studi su come il servizio sociale possa effettivamente colmare le lacune del contesto sociale.

##### B) Capacità di fronteggiare le avversità:

Studi sulla capacità di fronteggiare conflitti cronici e stress per approfondire particolarmente: quanto dipende dalle risorse materiali della popolazione, se esiste una strategia generale o specifiche strategie per i diversi problemi, quali criteri adottare per distinguere tra le strategie quelle più efficaci, quali caratteristiche influenzano la capacità di fronteggiare le situazioni, come il sostegno sociale possa fornire aiuto in merito, come l'individuo possa aiutarsi o fruire dell'appoggio dei gruppi di mutua assistenza.

##### C) Decisioni relative alla salute:

Studi su come il contesto sociale può influenzare la persona nella interpretazione dei sintomi fisici, mentali e psicologici che interessano la sua salute, in particolare: quando l'autorità legittima degli operatori sanitari deve permettere la partecipazione di laici nella scelta dei procedimenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi, quali fattori influenzano la capacità e la volontà degli operatori sanitari per incoraggiare gli utenti del servizio a prendere parte alle decisioni, come i pazienti possono veramente partecipare alla presa di decisioni inerenti l'assistenza sanitaria.

##### D) Appoggio a programmi di sostegno:

Ricerche per valutare i vari programmi tendenti ad aiutare le famiglie ed il contesto sociale a sostenere ed assistere i propri membri e per sviluppare e provare nuovi programmi di questo tipo.

#### **IV.B.15. Conoscenze e motivazioni necessarie per stili di vita sani (capitolo 16.1 Obiettivo specifico n. 15)**

##### A) Luoghi, persone e temi per l'educazione sanitaria:

Studi sulla attitudine degli insegnanti della scuola di base nei confronti dei problemi della salute;

Ricerche sull'educazione informale che proviene dalle famiglie, gruppi di coetanei e colleghi;

Analisi e valutazione dei programmi per la promozione della salute e l'educazione sanitaria nell'ambito della comunità, con particolare riferimento alla alimentazione.

B) Ostacoli all'educazione sanitaria:

Studi per stabilire come la popolazione recepisce ed impiega le informazioni relative alla salute ricevute nei vari stadi della vita;

Studi su come certi fattori esterni incidano sul comportamento degli individui, particolarmente: campagne pubblicitarie di prodotti dannosi, pressione dei coetanei, limitazioni di carattere ambientale che bloccano opportunità ed opzioni;

Studi sul coordinamento delle varie strutture, governative e non, che si occupano di educazione sanitaria, al fine di evitare messaggi ed impostazioni contraddittorie.

C) Educazione sanitaria nel quadro dell'assistenza sanitaria:

Analisi descrittiva di come gli operatori sanitari di tutti i livelli e le strutture sanitarie influenzino le conoscenze e la motivazione della popolazione per un comportamento sano;

Valutazione comparativa dei diversi modi di organizzare il sistema sanitario ai fini del suo contributo all'educazione sanitaria.

**IV.B.16. Salute e alimentazione - Promozione di comportamenti positivi per la salute (alimentazione equilibrata, astinenza dal tabacco, attività fisica adeguata, controllo degli stress) (capitoli 2.4.1. e 16.1 Obiettivo specifico n. 16)**

A) Comportamenti favorevoli alla salute:

Studi sulle persone che hanno comportamenti sani per stabilire quali sono le basi di tale loro comportamento.

B) Ricerche per definire che cosa si intenda per salute positiva:

Ricerche per la valutazione dei programmi di promozione della salute ed analisi degli ostacoli sociali per l'adozione di stili di vita sani;

Analisi delle misure che facilitano l'adozione di stili di vita positivi per la salute;

Ricerche sulle fonti di stress sul lavoro ed in altri settori della società.

**IV.B.17. Tossicodipendenti - Riduzione dei comportamenti pregiudizievoli per la salute (consumo eccessivo di alcool e di farmaci, uso illecito di droga, guida pericolosa, comportamenti sociali violenti) (capitolo 3.5 Obiettivo specifico n. 17)**

A) Comportamenti pregiudizievoli per la salute:

Ricerche per ridurre i comportamenti ritenuti dannosi per la salute (fumo, abuso di alcool, abuso di farmaci e di stupefacenti, abitudini alimentari inadeguate, mancanza di esercizio fisico, guida pericolosa e comportamenti violenti), analizzando le motivazioni che li sostengono, determinando le forze sociali che vi contribuiscono direttamente od indirettamente, stabilendo, provando e paragonando le strategie di intervento, valutando i risultati dei programmi di intervento;

Ricerche sui danni alla salute per comportamenti diffusi che la società accetta ed impone come alcuni connessi con il lavoro (quali stress cronico per eccessivo lavoro, ambizione eccessiva, mania del lavoro, emarginazione dei disoccupati), stress cronico connesso con il ruolo che si considera legato al sesso (quale il doppio lavoro per le donne occupate con il lavoro e la famiglia), rischi indotti dal sistema sanitario (quali

eccessiva medicalizzazione della vita quotidiana e l'enfasi degli aspetti tecnologici nell'assistenza sanitaria), sovraccarico della capacità di adattarsi ai rapidi cambiamenti sociali;

Analisi delle situazioni e dell'ambiente sociale che interagiscono sulla determinazione e conservazione di comportamenti dannosi

B) Analisi dell'apporto di gruppi di mutuo soccorso per modificare i comportamenti dannosi.

C) Problemi di salute mentale:

Sono urgenti ricerche epidemiologiche sulla incidenza di determinate categorie di disturbi mentali negli anziani e loro relazioni con i vari fattori di rischio;

Studi sulla dipendenza dell'abuso di alcool e stupefacenti in rapporto alla sostanza stessa, alle caratteristiche personali e all'ambiente sociale;

Studi sui rapporti tra i vari tipi di tossicodipendenza e disturbi psichiatrici della media e tarda età, come la schizofrenia, i disturbi affettivi e le sindromi mentali organiche

#### **IV.B.18. Ambienti di vita (capitolo 2.1 Obiettivo specifico n. 18)**

#### **IV.B.19. Sorveglianza, valutazione e controllo dei rischi ambientali (capitolo 2.1.4 Obiettivo specifico n. 19)**

A) Adozione di criteri uniformi per una raccolta di dati sugli agenti fisici, chimici e biologici ed i loro effetti sull'ambiente e sulla salute:

Studio dell'inserimento nella banca-dati di elementi che permettano ai politici di prendere decisioni per proteggere l'ambiente, quali informazioni sulla valutazione e gestione dei rischi (aspetti legali ed amministrativi del rischio, valutazione dei costi delle opzioni politiche, ruolo degli incentivi fiscali, percezione dei vari rischi da parte del pubblico).

B) Obiettivi e scopo del monitoraggio:

Criteri per la scelta delle sostanze da controllare e degli effetti sulla salute da prevenire.

C) Ricerche sul monitoraggio dei rischi genetici:

I metodi impiegati per lo studio delle radiazioni ionizzanti possono costituire un modello per gli altri inquinanti.

D) Attività per il pubblico e da parte del pubblico:

Ricerche sui modi di tenere il pubblico, gli operatori ed i politici informati sui problemi ambientali affinché agiscano di conseguenza per tutelare la salute e l'ambiente

E) Elementi per la ricerca di base:

Ricerche di base con studi multidisciplinari sui pericoli per la salute e l'ambiente, loro cause e possibilità di prevenzione.

F) Ricerche per accertare la base genetica della varietà dei danni da inquinamento ambientale:

Ricerche sugli eventuali rischi genetici.

G) Studi degli agenti e dei loro effetti:

Ulteriori ricerche sull'interazione degli agenti tossici in animali, organi e sistemi cellulari e sub-cellulari per avere sempre maggiori elementi ai fini della prevenzione.

H) Migliori indicatori per accertare il rischio:

Ricerche per ottenere indicatori precoci degli inquinanti che producono effetti a lungo termine;

Criteri per la diagnosi precoce di modifiche dei sistemi biologici.

#### **IV.B.20. Riduzione dei rischi ambientali da inquinamento idrico - Acqua: grado di inquinamento (capitolo 2.1.2 Obiettivo specifico n. 20)**

A) Cambiamenti delle pratiche agricole:

Ulteriori studi sull'inquinamento delle fonti di approvvigionamento di acqua potabile da parte dei pesticidi ed altre sostanze impiegate in agricoltura, nell'industria e nell'ambiente domestico;

Studi sul comportamento al fine di convincere a modificare il comportamento degli utenti di sostanze inquinanti;

Incentivi per lo studio ed il cambiamento dei prodotti dannosi con altri alternativi.

B) Ricerche di acqua sicuramente potabile:

Studi sugli effetti dei nitrati contenuti nell'acqua potabile;

Studi degli effetti sull'uomo di inquinanti contenuti nell'acqua potabile in diversi Paesi;

Ricerche sul trattamento dell'acqua potabile;

Studi sugli effetti per la salute dei composti organici ed inorganici delle acque ;

Studi sui metodi di protezione delle fonti di approvvigionamento idrico;

Ulteriori studi sui metodi per rimuovere i contaminanti fisici, chimici e biologici dell'acqua;

Studi per trovare metodi con un migliore rapporto costo-efficacia per la purificazione dell'acqua

#### **IV.B.21. Riduzione dei rischi ambientali da inquinamento dell'aria - Aria: grado di inquinamento (capitolo 2.1.1 Obiettivo specifico n. 21)**

A) Rischi per la salute degli inquinanti dell'aria confinata:

Studi sull'inquinamento dell'aria negli ambienti confinati e sui rapporti tra l'inquinamento atmosferico e quello all'interno degli ambienti;

Studi sull'inquinamento all'interno delle automobili.

B) Nuove linee-guida per la qualità dell'aria:

Monitoraggio dell'aria tenendo presenti le nuove linee-guida pubblicate dall'Ufficio Regionale dell'OMS nel 1987.

C) Inquinamento dell'aria attraverso le frontiere:

Ulteriori studi per l'effetto sul suolo e l'ecosistema di metalli tossici, come il mercurio e l'alluminio;

Studi sulle cause dell'inquinamento attraverso le frontiere e possibili mezzi per controllarlo.

**IV.B.22. Miglioramento dell'igiene degli alimenti - Salute e alimentazione (capitolo 2.4.1 Obiettivo specifico n. 22)**

A) Ricerche sulla manipolazione degli alimenti:

Studi sugli effetti per la salute delle nuove tecniche di manipolazione e conservazione degli alimenti, sia da parte delle industrie che da parte dei consumatori.

B) Tenere il pubblico informato:

Sviluppo di programmi di informazione del pubblico sull'igiene degli alimenti, ad iniziare dalla scuola primaria, impiegando conoscenze sociologiche e psicologiche sulle attitudini e cambiamenti di comportamento.

**IV.B.23. Eliminazione dei rischi ambientali legati allo smaltimento dei rifiuti solidi e pericolosi (capitolo 2.1.3 Obiettivo specifico n. 23)**

A) Sorveglianza, valutazione e limitazione di determinati rischi ambientali.

B) Effetti sulla salute dello smaltimento di sostanze pericolose:

Studi sulla esposizione del pubblico e dei lavoratori allo smaltimento di sostanze pericolose, eventualmente con l'aiuto di modelli matematici.

C) Creare meno rifiuti e metodi migliori per smaltirli:

Ulteriori ricerche per metodiche che permettano di esaminare se tecnologie per ottenere una minore o nulla quantità di rifiuti tossici agiscano sulla salute.

**IV.B.24. Miglioramento delle condizioni delle collettività umane e delle abitazioni - Fattori di rischio degli insediamenti umani e dell'edilizia abitativa (capitolo 2.1.5 Obiettivo specifico n. 24)**

A) Rischi da abitazioni non adeguate:

Studi sugli aspetti psicosociali di alloggi in cattive condizioni igieniche che completino quelli diretti sulla salute già ben noti.

B) L'ambiente domestico:

Ulteriori ricerche sugli effetti di fattori ambientali domestici e di variabili fisiche (come temperatura, umidità, illuminazione, isolamento, movimento dell'aria, rumore, ventilazione);

Studi epidemiologici sugli effetti del radon;

Studi sugli effetti di sorgenti multiple di rumore ai fini del controllo e della prevenzione.



**IV.B.25. Protezione dai rischi per la salute legati all'ambiente di lavoro (capitolo 2.2 Obiettivo specifico n. 25)**

A) *Qualità dei servizi di medicina del lavoro:*

Modalità per ottenere che i servizi di medicina del lavoro siano disponibili e coprano tutti i posti di lavoro, compresi quelli domestici;

Valutazione dei servizi di medicina del lavoro quale componente dell'assistenza sanitaria di base;

Valutazione della equità, efficienza ed impatto dei servizi di medicina del lavoro;

Miglioramento delle linee-guida per l'esposizione professionale;

Studi per collaborare alla migliore determinazione delle massime concentrazioni ammissibili nei luoghi di lavoro e relativa tolleranza biologica.

B) *Effetti dei cambiamenti intervenuti nei luoghi di lavoro:*

Studi multidisciplinari sugli effetti fisici e psicosociali dell'introduzione nei luoghi di lavoro di nuove tecniche e metodologie.

**IV.B.26. Sistemi sanitari fondati sull'assistenza sanitaria di base (ASB) - Attività degli organi centrali del Servizio sanitario nazionale (capitolo 9 Obiettivo specifico n. 26)**

A) *Decisioni per l'assistenza sanitaria di base:*

Studi per l'analisi ed il monitoraggio dei procedimenti per la presa di decisioni inerenti il funzionamento del sistema sanitario;

Analisi del sistema sanitario per vedere quali deficienze esistono per il completamento dell'assistenza sanitaria di base;

Paragone del sistema sanitario con modelli di assistenza sanitaria di base che hanno avuto successo.

B) *Accettazione e utilizzazione dell'assistenza sanitaria di base:*

Ricerche, con il contributo delle scienze sociali, per stabilire come gli operatori sanitari sentono e cosa pensano in merito alla assistenza sanitaria di base, estendendo tale studio a: operatori sanitari dell'assistenza di base, specialistica e ospedaliera, studenti delle scuole per lauree e diplomi dell'assistenza sanitaria, vari gruppi di popolazione che fruiscono dell'assistenza sanitaria di base, membri di famiglie e volontari che assistono persone a domicilio, pubblico in generale, persone appartenenti ai mezzi di comunicazione di massa o che comunque influenzano l'opinione pubblica;

Monitoraggio che permetta di cogliere le variazioni di tali attitudini e percezioni.

C) *Partecipazione della comunità:*

Ricerche per stabilire le necessità, vantaggi, e svantaggi dei diversi modelli di partecipazione della comunità realizzati nei diversi Paesi per rispondere in particolare ai quesiti seguenti:

- quale forma di rappresentatività assicura che le idee della comunità abbiano un peso effettivo sulle decisioni amministrative;
- se esistono modelli alternativi a quelli in uso nella Regione Europea;
- quali criteri possono essere usati per accertare il valore del consiglio locale;
- quale forum per la partecipazione della comunità;
- quale deve essere la partecipazione di determinati gruppi, quali gravide, coronaropatici e altri gruppi di autoassistenza.

**IV.B.27. Distribuzione razionale e preferenziale delle risorse - Attività sanitaria delle USL e di altri presidi e servizi del Servizio sanitario nazionale (capitolo 10 Obiettivo specifico n. 27)**

A) Migliore informazione:

Sviluppo di definizioni standard e di metodi per la raccolta di informazioni per corrispondere agli indicatori regionali proposti dall'OMS;

Sviluppo di indicatori sui bisogni, il rendimento dei servizi ed il rapporto tra necessità, input, procedure ed output del servizio sanitario;

Sviluppo di indicatori che riflettano le necessità e gli interessi degli utenti.

B) Nuovi modi per l'assegnazione di risorse:

Ricerche per favorire l'accettazione da parte degli ospedali della maggiore destinazione di risorse all'assistenza sanitaria di base;

Ricerche sulla razionalizzazione del settore ospedaliero;

Ricerche per indicare come destinare le risorse, particolarmente personale, secondo le necessità.

**IV.B.28. Promozione degli elementi componenti l'assistenza sanitaria di base (ASB) - Attività sanitaria delle USL e di altri servizi e presidi del Servizio sanitario nazionale (capitolo 10 Obiettivo specifico n. 28)**

A) Migliorare gli indicatori:

Migliorare gli indicatori inerenti le necessità, particolarmente per determinati gruppi di utenti;

Migliorare gli indicatori inerenti i servizi offerti.

B) Potenziamento dell'assistenza sanitaria di base (ASB):

Studi sulle modalità che permettono alla ASB di fornire maggiori servizi preventivi, diagnostici, terapeutici e di sostegno, con trasferimento di alcuni di tali servizi dai maggiori ospedali;

Modalità per dotare l'ASB di servizi infermieristici e di sostegno per anziani, malati cronici o handicappati viventi a domicilio o in comunità fornendo in particolare:

- servizi di assistenza all'infanzia e centri diurni od appartamenti per handicappati;
- aiuto a domicilio;
- assistenza infermieristica ed assistenza generica ad anziani, persone sole, handicappati fisici o psichici, tossicodipendenti e malati mentali;
- riabilitazione di convalescenti da gravi malattie o cure o con malattie progressive;

ve;

Modalità per disimpegnare gli ospedali dalla assistenza dei lungodegenti;

Consultori per educazione sanitaria, problemi della coppia, psicoterapia di gruppo, servizi di medicina del lavoro, assistenza per gli immigrati, membri di minoranze etniche o religiose con problemi di integrazione sociale.

C) Adattamento dell'assistenza sanitaria di base (ASB) al Paese ed alle circostanze locali:

Studi per definire le necessità di base della assistenza, particolarmente per i gruppi vulnerabili ed insufficientemente assistiti, utilizzando ricerche epidemiologiche e di pertinenza delle scienze sociali;

Definizione delle necessità cui debbono provvedere i differenti settori del servizio sanitario;

Criteri che devono essere impiegati per determinare quali servizi debbono essere spostati dall'ospedale alla ASB e quali debbono essere istituiti per i maggiori compiti della ASB stessa.

D) Integrazione dei servizi dell'assistenza sanitaria di base:

Studi per stabilire quali tipi di servizi di organizzazione od amministrazione sono più efficienti nell'ambito di servizi preventivi, curativi e riabilitativi integrati;

Studi sui metodi di gestione dei servizi della ASB.

E) Assegnazione delle risorse necessarie:

Studi per determinare le risorse che richiedono i vari modelli della assistenza sanitaria di base;

Necessità di studi interdisciplinari per stabilire le necessità presenti e future di risorse secondo i vari tipi di organizzazione della ASB

**IV.B.29. Promozione, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base della cooperazione e del lavoro d'équipe tra operatori sanitari, individui, famiglie e gruppi della comunità (capitolo 1.1.3 Obiettivo specifico n. 29)**

A) Sugli indicatori:

Necessità di studiare nuovi indicatori per questo obiettivo;

Formazione del personale sanitario per il lavoro in équipe e la gestione;

Studio di incentivi per stimolare i medici e l'altro personale a lavorare in équipe;

Studio di modifiche dei programmi relativi alla formazione di tutti i tipi di operatori sanitari per migliorare la motivazione e la capacità per il lavoro in équipe;

Studio per determinare quali tipi di formazione ed esercitazioni per la gestione sono necessari - per l'ASB alternativa con rapporto ottimale costo-efficienza - alla medicina ospedaliera altamente tecnologica.

B) Fornitura di servizi accettabili:

Ricerche per rendere i servizi accettati dalla popolazione, stabilendo le sue necessità in materia di assistenza sanitaria.

C) Lavoro con l'assistenza di "laici" e di gruppi di mutuo soccorso:

Ricerche organizzative per analizzare il modo migliore per coordinare i servizi della ASB con le attività dei gruppi di volontari "laici" e di mutuo soccorso.

**IV.B.30. Coordinamento delle risorse della comunità per l'assistenza sanitaria di base (capitolo 1.1.4 Obiettivo specifico n. 30)**

A) Coinvolgimento della comunità:

Studio di procedure o linee-guida per la partecipazione della comunità e meccanismi adeguati per realizzarla;

Metodi per valutare il coinvolgimento della comunità.

B) Cooperazione multisetoriale a livello locale:

Ricerche sull'organizzazione di modelli potenziali di integrazione di tutti i tipi di servizi connessi con la salute;

Studio delle modalità per assicurare che il sistema di ASB risultante dalla coordinazione multisetoriale sia focalizzato sulle necessità degli utenti del servizio;

Ricerche sulle modalità per incoraggiare gruppi professionali o spontanei, scuole, comunità religiose ed associazioni formali ed informali a sostenere l'ASB e a cooperare con i relativi servizi.

C) Comitati consultivi sanitari:

Studi comparativi sulla migliore organizzazione di tali comitati per collaborare, a livello locale, al coordinamento delle risorse per la sanità ed alla supervisione del contributo dei diversi settori.

#### **IV.B.31. Miglioramento della qualità dei servizi forniti (capitolo 1.1.5 Obiettivo specifico n. 31)**

A) Definizione di qualità:

Analisi delle definizioni e criteri per l'alta qualità dell'assistenza che prevalgono tra i diversi gruppi di persone che si occupano di erogazione dell'assistenza sanitaria;

Studi per determinare cosa significa qualità della cura per gli utenti del servizio, le loro famiglie, gli operatori sanitari, gli amministratori ed il pubblico in generale;

Studi epidemiologici per stabilire quali criteri standard e norme siano veramente applicati nell'assistenza sanitaria;

Studi comparativi per valutare la qualità dei risultati delle varie modalità di assistenza;

Studi sugli aspetti psicosociali della cura particolarmente complessi perché difficilmente misurabili: particolare importanza sta assumendo quello della soddisfazione dei prestatori dell'assistenza;

Studi di economia sanitaria per stabilire accertamenti standard e procedimenti per esami dettagliati del costo dell'assistenza di differenti sedi di prestazione della assistenza stessa.

B) Come assicurare assistenza di alta qualità:

Studi sui metodi per utilizzare i risultati dell'esame della qualità dell'assistenza al fine di migliorare tale assistenza o ridurne il suo costo pure mantenendone la qualità.

#### **IV.B.32. Formulazione di una strategia della ricerca per acquisire le conoscenze necessarie per realizzare la politica della salute per tutti - La ricerca biomedica (capitolo 15 Obiettivo specifico n. 32)**

A) Strategia della ricerca a livello nazionale:

Analisi delle ricerche più importanti necessarie per raggiungere gli obiettivi specifici;

Politica della ricerca che stabilisca i criteri per scegliere temi per la ricerca di alta priorità e specifichi le risorse umane e materiali necessarie e le modalità per assicurare la loro disponibilità.

B) Piano per la promozione e l'attuazione della strategia:

Per attuare la strategia della "salute per tutti" è necessario:

- descrivere ogni aspetto dello stato di salute della popolazione;
- definire i fattori biologici che determinano la salute;
- accertare il ruolo dei modi di vita nella conservazione della salute;
- determinare come l'ambiente fisico, psicologico e sociale influisca sulla salute degli individui e delle popolazioni;
- mettere a punto mezzi efficienti ed efficaci di prestazione delle cure di cui la popolazione ha bisogno;
- migliorare le procedure di formulazione delle politiche, dei piani e della gestione;

Dati sul consumo di beni e servizi, sui modi di vivere e sulle esposizioni ai rischi ambientali;

Caratteristiche biologiche del corpo umano;

Processi di riproduzione, crescita, difesa e rigenerazione;

Impatto dei modi di vita sulla salute;

Motivazioni che stanno alla base di comportamenti dannosi alla salute;

Interrelazione tra caratteristiche psicologiche, socio-economiche, culturali e fisiche dell'ambiente e salute e malattie;

Conseguenze della mancanza o eccesso di lavoro e della disoccupazione;

Rischio cumulato di esposizione moderata, ma prolungata e contemporanea a diversi agenti fisici, chimici o biologici;

Valutazione dell'efficacia ed efficienza dei servizi, delle procedure e dei prodotti sanitari;

Valutazione delle nuove tecnologie dal punto di vista del paziente;

Studi sull'aumento dei costi sanitari;

Metodi di pianificazione;

Utilizzazione dei risultati delle ricerche;

Esame sistematico delle nuove conoscenze ricavate dai progetti di ricerca che possono influire sulle politiche e sui programmi sanitari;

Collaborazione tra ricercatori in progetti interdisciplinari;

Valutazione delle conseguenze etiche, sociali, ambientali o economiche dei progressi della conoscenza;

Esame sistematico delle nuove conoscenze ottenute per la formulazione delle politiche sanitarie e l'adozione di nuovi programmi: creazione di un organismo ad hoc;

Modalità per sollecitare i ricercatori a partecipare attivamente agli sforzi per realizzare la salute per tutti;

Utilizzazione dei mezzi di comunicazione di massa;

Verifica della consapevolezza dell'importanza di tali ricerche da parte della comunità scientifica;

Coinvolgimento di discipline e professioni diverse dentro e fuori del settore sanitario;

Metodi che garantiscono l'alta qualità della ricerca;

Formazione di base, aggiornamento e carriera dei ricercatori;

Mezzi e modi per controllare la ricerca e lo sviluppo della sanità dal punto di vista etico e delle conseguenze sociali, economiche e ambientali;

Disponibilità di risorse destinate a stimolare ricerche prioritarie di appoggio alla salute per tutti.

**IV.B.33. Introduzione di norme legislative di appoggio alla strategia della salute per tutti (capitolo 1.1.6 Obiettivo specifico n. 33)**

- A) Monitoraggio e valutazione del progresso della politica:
- Metodi per il monitoraggio continuo della politica per controllare che corrisponda agli obiettivi prioritari e non risenta troppo degli interessi e delle pressioni di altri settori.
- B) Dimostrare quali sono gli effetti della politica:
- Ricerche per stabilire se la politica sanitaria ha raggiunto i propri obiettivi;
  - Paragone dell'andamento del progresso della politica sanitaria in vari Paesi per un determinato periodo di tempo;
  - Analisi dei diversi modi di organizzare un sistema di assistenza sanitaria.

**IV.B.34. Promozione di procedimenti di gestione idonei a stimolare la programmazione sanitaria e la partecipazione della popolazione - L'attuazione della programmazione sanitaria ai vari livelli (capitolo 14 Obiettivo specifico n. 34)**

A) Uso dell'esperienza di altri settori per l'amministrazione sanitaria:  
Impiego dei metodi della teoria della gestione (gestione per obiettivi, delega e decentralizzazione, approccio sistematico) con l'inserimento di esperti in gestione di altri settori, avendo cura di salvaguardare il carattere specifico della ricerca del servizio sanitario e l'enfasi sulla popolazione.

B) Studio ed organizzazione dei servizi sanitari:

Analisi descrittiva dei processi di gestione dei vari livelli del sistema sanitario per determinare se i metodi correntemente impiegati corrispondono agli standards di una gestione adeguata e dove sono urgenti miglioramenti;

Studi comparativi per sviluppare incentivi per adottare pratiche di gestione più efficaci;

Studi pilota usando traccianti per provare modelli alternativi di metodi di gestione;

Studi per stabilire il contenuto, i procedimenti ed i risultati dei programmi di addestramento alla gestione esistenti ai diversi livelli del sistema sanitario;

Studi per analizzare gli effetti sulla gestione della legislazione sanitaria e delle norme amministrative;

Studi sugli schemi di remunerazione che possono influenzare la fornitura e l'uso dei servizi o le preferenze date a certi tipi di servizi.

C) Ricerca intersettoriale.

Ricerca sugli effetti della politica sanitaria in altri settori come: servizi sociali, istruzione, abitazioni e pianificazione urbana, protezione dell'ambiente nell'industria e nell'agricoltura, sulla circolazione veicoli, produzione e commercio di alimenti

**IV.B.35. Adozione di sistemi di informazione sanitaria idonei a sostenere la strategia della salute per tutti - Il sistema informativo ed informatizzazione dei livelli centrale, regionale e locale (capitolo 13 Obiettivo specifico n. 35)**

A) Sistemi correnti di informazione sanitaria:

Valutazione dei procedimenti e dei risultati dei sistemi di informazione attualmente esistenti a livello nazionale, regionale e locale per stabilire:

- validità dei dati forniti,
- adeguatezza per il monitoraggio dello sviluppo della salute per tutti;
- loro affidabilità ed accuratezza;

- utilità per la presa di decisioni nell'ambito della politica sanitaria, amministrazione sanitaria, diagnosi e trattamento;
- pertinenza dei dati per i servizi sanitari;
- flusso delle informazioni tra i diversi livelli dell'assistenza sanitaria (ASB, ospedali, assistenza specializzata);
- feedback della informazione al pubblico e sua interpretazione da parte del pubblico.

B) Necessità di nuove informazioni:

Studi per nuovi indicatori particolarmente per: stato di salute, comportamento igienico, necessità di servizi sanitari, servizi sanitari forniti, variazione dei servizi in rapporto alle caratteristiche sociali, efficienza ed efficacia della assistenza;

Studi per determinare il contenuto dei nuovi indicatori, la loro validità ed affidabilità

C) Metodi di raccolta dei dati:

Studi comparativi sui vantaggi e svantaggi dei vari metodi di raccolta dei dati;

Studi sulla possibilità di collegamento e comparabilità dei dati dei vari sistemi di informazione;

Studio della possibilità di analisi secondaria dei dati immagazzinati da ospedali, compagnie di assicurazione e fondi malattia.

D) Informazioni per l'assistenza sanitaria di base:

Ricerche concentrate sulla necessità di informazioni nella ASB;

Studi per fissare i criteri per i servizi necessari a speciali gruppi di popolazione e i dati relativi; progetti di ricerca che impiegano le tecniche della ricerca attiva e delle osservazioni dei partecipanti costituiscono il modo migliore per determinare le informazioni necessarie per la ASB.

E) Analisi costo-efficacia dell'informazione:

Sviluppo di criteri per analizzare i vantaggi della raccolta di specifici dati in rapporto al relativo costo;

Metodi per valutare la perdita di informazioni in rapporto al risparmio di risorse in tempo, denaro e personale.

F) L'etica dell'informazione:

Studio di metodi che rassicurino i diritti dei cittadini di avere accesso ai dati inerenti la propria salute e di proteggere la loro "privacy" potendo intervenire nelle decisioni sull'uso di tali dati;

Metodi per assicurare la partecipazione del pubblico e di gruppi con particolare interesse alla protezione dei dati personali alla fissazione di regole nazionali ed internazionali sull'uso e protezione dei dati sanitari.

G) Comparazione internazionale dell'informazione sanitaria:

Studio di metodi, in collaborazione con l'OMS, per rendere paragonabili determinati dati sanitari a livello internazionale.

**IV.B.36. Pianificazione, formazione ed utilizzazione del personale sanitario conforme alla politica della "salute per tutti" - Il personale (capitolo 12 Obiettivo specifico n. 36)**

A) Nuove necessità ed attività per le professioni sanitarie:

Stima del numero e della qualifica delle varie figure degli operatori sanitari necessari per venire incontro alle necessità della popolazione stabilite mediante studi epidemiologici e demografici;

Studi pilota sul buon funzionamento delle unità di assistenza di base possono definire le attività ed i compiti dei vari operatori sanitari.

B) Formazione attuale e futura:

Studi per determinare le eventuali maggiori differenze sugli obiettivi della formazione accademica del personale sanitario tra le richieste del servizio, le aspettative degli utenti e le condizioni socio-economiche;

I programmi devono prevedere non solo conoscenze e competenza nella preparazione professionale, ma anche socializzazione secondaria, assumendo specifiche attitudini, motivazioni e valori per il loro futuro lavoro;

Ricerche pedagogiche per impartire attitudini, motivazioni e valori che attraggano gli studenti verso l'assistenza sanitaria di base (ASB) e li rendano idonei a lavorare con altri membri dell'équipe della ASB e con i loro pazienti ed utenti;

Studio dei problemi organizzativi per migliorare le relazioni e la coordinazione tra il settore sanitario e quello della formazione degli operatori sanitari;

Studi sulle metodologie da adottare per ottenere un giusto equilibrio tra la preparazione clinica ed ospedaliera e quella della ASB;

Valutazione di diversi modelli per sviluppare programmi adeguati per la formazione di base e continua;

Studio dei casi con esito negativo e positivo quale metodica per nuovi sistemi formativi del personale della ASB.

**IV.B.37. Formazione del personale sanitario e di settori connessi adeguata alle politiche e progresso nazionali e relativa applicazione pratica - Il personale (capitolo 12 Obiettivo specifico n. 37)**

A) Programmi per la formazione:

Ricerche per valutare programmi formativi che possano assicurare il sostegno di categorie in grado di portare un sostegno notevole alla politica della salute per tutti, come insegnanti, architetti, economisti, ingegneri, giornalisti, attori ed altri animatori;

Ricerche pedagogiche possono contribuire ad adottare curricula interdisciplinari inerenti gli aspetti della salute per tutti per l'addestramento delle varie professioni.

B) Sostegno della comunità scientifica:

Responsabilità degli scienziati coinvolti nelle ricerche inerenti la salute per tutti ai fini della trasmissione ad altri scienziati e ricercatori delle idee del movimento della salute per tutti, sia mediante convegni che pubblicazioni scientifiche.

**IV.B.38. Adozione di meccanismi di valutazione sistematica delle tecnologie impiegate nell'ambito della sanità (capitolo 1.1.7 Obiettivo specifico n. 38)**

A) Conseguenze della tecnologia sanitaria:

Ricerche per determinare l'importanza, l'efficacia e l'accettabilità dei risultati dell'impiego di tecnologie sanitarie;

Metodi per stabilire gli effetti della tecnologia sulla salute;

Metodi per accertare la sicurezza e l'accettabilità da parte dell'utente in connessione con il rapporto rischi-benefici;

Studi sul cattivo uso di nuove tecnologie e dei modi per evitarlo;



Studi sulle conseguenze economiche delle nuove tecnologie e del rapporto costo-benefici dal punto di vista economico, particolarmente per l'ASB;

Studi sulle conseguenze delle nuove tecnologie dal punto di vista etico e sociale;

Studi delle conseguenze sociali della tecnologia sanitaria nella ASB (equità, sostegno dei gruppi socialmente deboli, partecipazione dei pazienti, ecc.);

Metodi per lo studio delle relazioni tra i cambiamenti delle metodiche ed i relativi risultati;

Studi per paragonare le conseguenze sociali della ASB e quelle di altri approcci.

B) Diffusione della tecnologia sanitaria:

Necessità di trovare metodi, diversi da quelli normativi, che permettano di ottenere un giusto equilibrio tra una eccessiva od insufficiente diffusione della tecnologia.

C) Tappe per la tecnologia sanitaria:

Studio di metodi per la selezione della tecnologia sanitaria con priorità per l'ASB, stabilendo criteri per fissare le priorità di tale selezione;

Metodi per provare le nuove tecnologie in rapporto alla loro efficacia, sicurezza, efficienza e conseguenze sociali, sia che si tratti di farmaci, di presidi medici o di metodiche;

Metodi per effettuare la sintesi dei risultati delle prove e delle informazioni derivanti dalle varie fonti;

Metodi adeguati per la diffusione dei risultati, inclusa l'analisi delle ragioni che rendono determinati gruppi restii ad adottare le nuove tecnologie.

D) Infrastrutture per gli accertamenti:

Ulteriori studi sulle tecnologie specie per gli aspetti economici, la ricerca sui sistemi sanitari e le scienze sociali e del comportamento connesse con la salute.