

Tabella 47b. Ricoveri totali di stranieri per Regione di ricovero ed area di provenienza, anno 1998

regione	altri Paesi dell'Europa Occidentale	Europa dell'Est	Asia	Africa	America setten- trionale	America centro- meridionale	Oceania	Apolidi o non indicato	totale	valore %
Piemonte	220	4.788	991	7.355	89	1.420	23	1.218	16.104	7,9
Valle d'Aosta	11	30	10	112	8	14	1	1	187	0,1
Lombardia	818	10.895	8.055	19.686	495	6.157	91	861	47.058	23,2
Prov. Auton. Bolzano	78	582	172	412	36	73	3	18	1.374	0,7
Prov. Auton. Trento	55	854	112	650	25	160	5	254	2.115	1,0
Veneto	295	5.434	1.836	7.918	794	1.284	63	636	18.260	9,0
Friuli V. Giulia	62	1.809	193	594	290	275	25	63	3.311	1,6
Liguria	165	2.057	612	2.359	117	1.854	16	33	7.213	3,6
Emilia Romagna	1.027	4.428	2.057	8.203	118	1.036	17	165	17.051	8,4
Toscana	373	5.669	3.371	4.247	548	1.474	70	170	15.922	7,9
Umbria	39	989	330	856	115	361	17	140	2.847	1,4
Marche	101	879	503	583	23	182	5	615	2.891	1,4
Lazio	1.573	14.615	6.271	14.224	2.626	7.276	426	562	47.573	23,5
Abruzzo	75	713	63	205	40	157	19	170	1.442	0,7
Molise	65	103	8	52	58	75	13	2	376	0,2
Campania	182	2.097	692	2.009	185	445	35	24	5.669	2,8
Puglia	213	2.141	283	560	65	81	10	275	3.628	1,8
Basilicata	-	5	1	11	-	-	-	3.527	3.544	1,7
Calabria	132	517	98	321	97	85	43	69	1.362	0,7
Sicilia	234	719	783	1.434	135	167	32	553	4.057	2,0
Sardegna	53	255	74	194	98	17	3	20	714	0,4
totale	5.771	59.579	26.515	71.985	5.962	22.593	917	9.376	202.698	100,0
valore %	2,8	29,4	13,1	35,5	2,9	11,1	0,5	4,6	100,0	

stranieri al SSN, anche se il ricovero costituisce solo un evento nel complesso dei bisogni assistenziali e delle prestazioni che vengono a farvi fronte.

Nel caso specifico della popolazione straniera manca, spesso, quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure. Si tratta di un fenomeno complesso e dinamico, influenzato dall'evoluzione del quadro normativo e da molti altri fattori, per cui una rappresentazione fedele e sintetica può essere possibile con il costante affinamento dei metodi e delle fonti di rilevazione. Attraverso le variabili rilevate con la scheda di dimissione ospedaliera è stato possibile individuare due gruppi di ricoveri relativi a pazienti non-italiani: da un lato le dimissioni dei pazienti stranieri potenzialmente iscritti al SSN, in quanto residenti in un comune italiano, e dall'altro le dimissioni di pazienti stranieri non residenti e quindi non iscritti al SSN. E' da precisarsi, infatti, che prima dell'emanazione delle disposizioni sanitarie contenute nel D.Lgs. DL 286/1998 e del suo regolamento di attuazione (DPR 394/1999), l'iscrizione al SSN non era possibile in assenza di residenza; è quindi possibile affermare che coloro che sono stati definiti non-residenti non erano sicuramente, all'anno 1998, iscritti al SSN (molto difficilmente sono stati iscritti nei restanti mesi dell'anno, considerato il periodo di diffusione, recepimento ed attuazione della legge e la mancanza del regolamento di attuazione, emanato nel novembre 1999); diversamente, non è possibile affermare che tutti coloro che sono stati definiti residenti fossero

Tabella 48. Primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri totali (con esclusione dei PSA), anno 1998

paese di provenienza	ricoveri	% sul totale dei ricoveri	di cui non residenti
Marocco	25.565	13,5	3,0
Albania	19.516	10,3	3,6
Jugoslavia	13.990	7,4	2,3
Romania	8.839	4,7	1,5
Tunisia	8.625	4,6	1,0
Egitto	6.129	3,2	0,4
Polonia	5.955	3,1	1,0
Cina	5.948	3,1	0,9
Nigeria	5.587	3,0	1,2
Perù	5.228	2,8	0,6
Filippine	5.212	2,8	0,3
Senegal	4.852	2,6	0,6
Brasile	4.280	2,3	0,6
Ghana	4.135	2,2	0,4
Sri Lanka	3.407	1,8	0,2
altro	62.121	32,8	8,0
totale	189.389	100,0	25,5

iscritti nel 1998 al SSN, dato che prima del DL 286/1998 l'iscrizione era, ad eccezione dei lavoratori dipendenti e dei loro familiari, solo facoltativa.

Le variabili rilevate dalla SDO non consentono di distinguere gli stranieri regolarmente presenti da quelli irregolari, ma è comunque possibile affermare che la componente irregolare è compresa nella più ampia categoria dei non-residenti. La definizione di straniero, adottata in questo contesto, è conforme a quella prevista dalla legge (art. 1 del DL 286/1998) cioè di "cittadino proveniente da paese non appartenente all'Unione europea". Nel 1998 i ricoveri per acuti, effettuati sia in regime ordinario che in day hospital, relativi a cittadini non-italiani, sono stati pari a 238.327, in media circa 19,6 ricoveri ogni 1.000 ricoveri nazionali.

La distribuzione regionale dei ricoveri effettuati da cittadini stranieri propriamente detti, esclusa quindi l'Unione Europea, è invece riportata nella tabella 47a. Complessivamente sono stati effettuati 202.698 ricoveri di cittadini stranieri (quasi l'1,7 per cento dei ricoveri totali); il 26,5 per cento di questi è relativo a pazienti non-residenti. La variabilità regionale dell'incidenza di ricoveri stranieri sul totale dei ricoveri è molto ampia: essa raggiunge i valori massimi nel Lazio e nella Basilicata, regioni dove peraltro è meno significativo il peso di pazienti stranieri non-residenti, ed assume invece i valori più bassi nelle regioni meridionali, in particolare in Sardegna, Puglia e Calabria. La distribuzione dei ricoveri tra le regioni, espressi in numero assoluto, vede ai primi posti Lazio e Lombardia, con oltre 47.000 ricoveri ciascuna; Emilia Romagna, Veneto, Piemonte e Toscana registrano oltre 15.000 ricoveri ognuna.

Nella tabella 48 è rappresentata la distribuzione regionale dei ricoveri complessivi di pazien-

Tabella 49. Primi 15 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri ordinari in regime ordinario di stranieri (con esclusione dei PSA), anno 1998

aggregati clinici di diagnosi		stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
		n	%	n	%	n	%
196	gravidanza e/o parto normale	11.305	9,7	2.362	5,7	310.099	3,2
195	altre complicanze del parto e del puerperio che comportano un trattamento della madre	3.392	2,9	540	1,3	116.443	1,2
181	altre complicazioni della gravidanza	3.351	2,9	946	2,3	66.454	0,7
218	nati vivi sani	2.924	2,5	823	2,0	181.867	1,9
251	dolore addominale	2.387	2	1.044	2,5	102.771	1
182	perdita ematica in gravidanza, abruptio placentae, placenta previa	2.221	1,9	663	1,6	54.682	0,6
233	traumatismo intracranico	2.195	1,9	1.634	4,0	120.827	1,2
142	appendicite e altre malattie dell'appendice	2.122	1,8	932	2,3	103.422	1,1
160	calcolosi delle vie urinarie	2.041	1,7	782	1,9	143.163	1,5
178	aborto indotto	1.963	1,7	854	2,1	48.953	0,5
184	minaccia o travaglio di parto precoce	1.922	1,6	517	1,3	43.462	0,4
239	traumatismi superficiali, contusioni	1.805	1,5	1.098	2,7	99.201	1
122	polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	1.655	1,4	663	1,6	120.095	1,2
205	spondilosi, patologie dei dischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	1.599	1,4	336	0,8	161.090	1,6
totale dei primi 15 ACC		40.882	34,9	13.194	32,1		
totale generale		116.756	100	41.237	100		

ti stranieri secondo l'area geografica di provenienza. Oltre il 65 per cento dei cittadini stranieri ricoverati proviene dall'Africa (35,5 per cento) e dall'Europa dell'est (29,4 per cento); il 13,1 per cento dall'Asia e l'11,1 per cento dall'America centro meridionale. La tabella riporta la distribuzione dei ricoveri per le principali comunità (primi 15 paesi di provenienza per numero di ricoveri effettuati) che rappresentano, da sole, il 68,2 per cento dei ricoveri totali. In questa analisi non si tiene conto dei Paesi cosiddetti "a sviluppo avanzato" (PSA) corrispondenti ai Paesi dell'Europa occidentale, dell'America settentrionale, dell'Oceania e al Giappone. Il totale dei ricoveri analizzati si riduce quindi a 189.389 ricoveri su stranieri, di cui il 25,5 per cento non-residenti. Il maggior numero di ricoveri è stato effettuato su soggetti provenienti da Marocco, Albania e Jugoslavia (Serbia e Montenegro), che insieme esprimono quasi un terzo dei ricoveri di stranieri (31,2 per cento) e che erano, comunque, 3 delle prime 4 comunità soggiornanti in Italia al 31/12/1998.

Le tabelle 49 e 50 analizzano le principali cause di ricovero distintamente per regime ordinario e day hospital (2). Esse descrivono i primi 15 aggregati clinici di diagnosi (codici ACC) per il regime ordinario e i primi 10 ACC per il day hospital; gli aggregati clinici di codici (ACC) costituiscono aggregati dei codici di diagnosi, utilizzati per rappresentare sinteticamente la casistica trattata; i codici sono raggruppati secondo un criterio di significatività e omogeneità clinica. Le principali cause di ricovero sono riassumibili nei seguenti gruppi:

Tabella 50. Primi 10 aggregati clinici di diagnosi (ACC) per numero di ricoveri in day hospital di stranieri (con esclusione dei PSA). anno 1998

aggregati clinici di diagnosi		casi in day hospital stranieri residenti		stranieri non residenti		valore nazionale	
		n	%	n	%	n	%
178	aborto indotto	6.607	27,2	3.975	56,0	90.588	3,8
5	infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)	914	3,8	380	5,4	37.211	1,6
1	tubercolosi	557	2,3	208	2,9	4.995	0,2
6	epatite	466	1,9	63	0,9	46.192	1,9
45	chemioterapia e radioterapia	417	1,7	139	2,0	126.529	5,3
47	altri e non specificati tumori benigni	383	1,6	43	0,6	73.853	3,1
59	anemia da carenza e altre anemie	371	1,5	129	1,8	40.414	1,7
181	altre complicazioni della gravidanza	345	1,4	95	1,3	11.808	0,5
174	infertilità femminile	326	1,3	39	0,5	9.089	0,8
58	altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	273	1,1	29	0,4	36.715	1,5
totale dei primi 15 ACC		10.659	43,8	5.100	71,8		
totale generale		24.295	100	7.101	100		

gravidanza e parto, traumatismi e aborto. La tabella 49 mostra che, per gli stranieri residenti, tra le prime sei maggiori cause di ricovero, cinque sono connesse alla gravidanza e al parto (sono solo due per i non-residenti). Il "dolore addominale" non ulteriormente precisato è tra le prime cause di ricovero in entrambi i gruppi, mentre nell'insieme dei ricoveri registrati in Italia esso occupa il ventiquattresimo posto: molte sono le possibili spiegazioni di questa diversità, probabilmente legata a un differente percorso diagnostico-terapeutico, laddove gli italiani tendono a rivolgersi ad altri e più adeguati livelli assistenziali.

I "traumatismi intracranici" costituiscono la settima causa di ricovero per i residenti (1,9 per cento) e la seconda per i non-residenti (4 per cento), (3), mentre tra gli italiani sono la sedicesima causa (1,2 per cento).

Attraverso ulteriori elaborazioni è stato possibile rilevare che, tra le malattie infettive, le malattie del tratto respiratorio superiore e inferiore assommano a una frequenza del 3,3 per cento nei residenti e del 3,8 per cento nei non-residenti, da confrontare con il valore di riferimento nazionale, pari a 2,3 per cento. Il confronto può essere effettuato anche per classi di età omogenee; considerando la classe modale 15-44 anni, si ottengono frequenze relative pari a 1,7 per cento negli stranieri e 1 per cento nel totale dei ricoveri nazionali (4).

Tra le cause di ricovero sono scarsamente rappresentate, in entrambi i gruppi, le malattie cronico-degenerative, evidenza chiaramente collegabile al fatto che la popolazione dei ricoverati stranieri è molto più giovane di quella italiana, essendo concentrata nella fascia d'età 15-44 anni e riflette la composizione per età della popolazione straniera complessiva.

Nell'analisi delle frequenze dei casi di day hospital (tabella 50), si può rilevare come il nume-

ro assoluto di accessi effettuati per HIV/AIDS sia contenuto, tenendo presente che il day hospital può rappresentare la modalità assistenziale prevalente se non quasi obbligata per le fasce deboli. È da rilevare inoltre che i dati relativi alla popolazione italiana compresa nella classe d'età 15-44 anni (classe modale nel complesso di ricoveri effettuati da stranieri) mostrano una frequenza relativa delle infezioni da HIV/AIDS in regime di day hospital pari al 3,7 per cento (con un totale di accessi di oltre 29.000), inferiore al dato degli stranieri, pari al 5,9 per cento; tuttavia il numero assoluto è contenuto a 1.065 casi.

In entrambi i gruppi di straniere, l'aborto indotto è di gran lunga la prima causa di ricovero in day hospital, con un valore relativo doppio tra i non-residenti (56 per cento) rispetto ai residenti (27,2 per cento); nel complesso dei ricoveri registrati in Italia, l'aborto indotto è sì la seconda causa di ricovero in day hospital, ma con una frequenza pari al 3,8 per cento.

Tali dati sono coerenti con una rilevazione e analisi a hoc curata dall'ISTAT e dall'Istituto superiore di sanità. Da quest'ultima è emerso che il tasso di abortività (cioè il numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate ogni 1.000 donne di un certo gruppo di età, in questo caso tra i 18 e i 49 anni) stimato per le donne con cittadinanza straniera è stato di 28,7 per mille nel 1998 (27,4 per mille nel 1995; 29,1 per mille nel 1996; 26,4 per mille nel 1997), valori di circa tre volte superiori a quelli osservati tra le cittadine italiane, i cui tassi nella stessa fascia di età risultano pari, negli stessi anni, a circa il 9 per mille. Va sottolineato che i tassi sulle straniere sono stimati, in quanto è stimato il denominatore (quantità di donne straniere residenti in Italia nello stesso anno, di età compresa tra i 18 e i 49 anni, calcolato sulla base dei permessi di soggiorno in quella fascia d'età e sull'assunto che circa il 95 per cento di queste richiede la residenza). Contrariamente alle italiane, nelle donne straniere si osserva un aumento dei tassi passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Questi risultati vengono interpretati, oltreché come prova di una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, come segno inequivoco del disagio sociale frequentemente vissuto dalle giovani donne immigrate (assenza di un nucleo familiare stabile, precarietà socio-economica, lavorativa e alloggiativa, mancanza di figure di riferimento e supporto, esercizio della prostituzione, ecc.).

NOTE

1) Vedi DL 286/98 (artt. 34, 35 e 36); DPR 23 luglio 1998 (PSN 1998-2000), DPR 394/99 (artt. 42, 43 e 44); Circolare Min. sanità 24 marzo 2000, n. 5.

2) Per l'analisi della casistica espressa in termini di Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG) si rimanda all'indagine completa effettuata dal Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità e presentata il 7 marzo 2001.

3) Nello stesso gruppo i "traumatismi superficiali e contusioni" sono la terza causa di ricovero con il 2,7 per cento.

4) Non tutti i dati riferiti sono riportati nelle tabelle

BIBLIOGRAFIA

Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Presentato a Roma il 13.12.2000 (in corso di stampa).

Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.

Fortino A et al. Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia. Dati SDO 1998. Agenzia sanitaria italiana 2001; 10: 6-25.

Geraci S et al. Migrazioni e salute in Italia, in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo* a cura dell'Agenzia Romana per il Giubileo. Roma, 2000, 1295-1379.

Geraci S et al. Donne e bambini immigrati, in M. Geddes e G. Berlinguer, *La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: Ediesse, 1998, 43-76.

ISMU (Fondazione Cariplo per le Iniziative e lo studio sulla multietnicità). *Quinto rapporto sulle migrazioni 1999*. Milano: FrancoAngeli, 2000.

Marceca M et al. Immigrazione e salute, in M. Geddes e G. Berlinguer, *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma: Ediesse, 1997, 169-199.

Ministero della sanità - Servizio studi e documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*. Roma: Sistema informativo sanitario, 2000, 156-179.

Zincone G (a cura di). *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna: il Mulino, 2000, 273-315.

Disabili

Se consideriamo la disabilità come l'incapacità di fare e operare nelle attività della vita quotidiana, valutiamo il modo con cui la persona si pone nei confronti dell'ambiente e non le attività delle singole parti del suo sistema corporeo come possono essere i suoi apparati od organi.

La malattia è viceversa intesa spesso come un fenomeno locale che risponde a regole di tipo biologico. Secondo questa distinzione esiste quindi la possibilità che un organo possa essere ammalato senza che ciò comporti direttamente e immancabilmente una disabilità e viceversa è possibile che una persona manifesti una perdita delle sue abilità in misura non direttamente proporzionale alla disfunzione di parti del suo organismo.

Di fatto ciò è quello che frequentemente avviene per alcune categorie di malattie quali quelle congenite o in ogni modo dell'età evolutiva, quelle psichiatriche o per le condizioni legate all'invecchiamento, in cui il modello di riferimento non è dato dal buono o cattivo livello di funzionamento degli apparati colpiti dagli eventi patogeni, ma dall'alterazione del comportamento della persona stessa in relazione all'ambiente in cui vive e si esprime. Analogamente un altro problema si pone se utilizziamo criteri multidimensionali di valutazione ovvero se vogliamo misurare la disabilità in termini di prestazioni. In questo caso quanto più diminuiscono le capacità prestazionali tanto più aumenterebbe la disabilità. Tuttavia è intuitivo verificare a esempio che la perdita del cammino non corrisponde necessariamente a una disabilità nella locomozione, se la persona è in grado di andare dove desidera attraverso l'utilizzo di una carrozzina.

Analogamente la perdita della capacità di correre o la diminuzione della velocità della marcia ha un significato radicalmente diverso, se si manifesta in un bambino, in un adulto o in un anziano. Inoltre se misuriamo le singole prestazioni dobbiamo utilizzare parametri diversi come a esempio minuti, passi, metri eccetera. L'autosufficienza è, viceversa, un parametro monodimensionale, poiché è misurabile solo nei termini della modificazione del grado di dipendenza dall'aiuto o dall'assistenza di altre persone, costituisce dunque una valida unità di misura della disabilità, perché prende in considerazione il comportamento dell'individuo nella sua globalità piuttosto che il funzionamento di singole sue componenti.

La perdita dell'autosufficienza rappresenta uno dei rischi maggiori delle età anziane e provoca ancor più della presenza di una particolare malattia conseguenze personali familiari e sociali di grande rilievo. Proprio a tali conseguenze è riconducibile l'emergere di necessità e bisogni della collettività destinati ad avere un impatto notevole sulle scelte di

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 51. Disabili di 6 anni e più per sesso e tipo di disabilità secondo la classe di età, anno 1999. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (tassi per cento persone)

	classi di età								
maschi	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e più	totale
disabili	1,50	0,84	1,09	1,74	3,47	7,33	16,01	38,5	3,55
confinamento individuale	0,27	0,32	0,42	0,75	0,89	2,67	6,02	21,07	1,42
difficoltà nelle funzioni	0,97	0,47	0,57	0,66	1,56	3,84	9,76	27,87	2,05
difficoltà nel movimento	0,21	0,38	0,35	0,65	1,79	4,24	7,74	17,39	1,62
difficoltà vista udito, parola	0,21	0,16	0,3	0,63	0,87	1,27	4,28	10,14	0,87
<i>popolazione</i>	<i>2.674</i>	<i>3.453</i>	<i>8.868</i>	<i>3.753</i>	<i>3.253</i>	<i>2.582</i>	<i>909</i>	<i>643</i>	<i>26.135</i>
femmine									
disabili	1,48	1,03	0,99	1,53	4,58	10,91	23,91	51,67	6,33
confinamento individuale	0,4	0,67	0,54	0,53	1,66	3,89	9,41	28,02	2,86
difficoltà nelle funzioni	0,79	0,58	0,34	0,46	1,7	5,14	14,24	38,36	3,71
difficoltà nel movimento	0,27	0,35	0,31	0,75	2,51	6,1	13,47	27,55	3,3
difficoltà vista udito, parola	0,23	0,11	0,28	0,39	0,55	1,66	2,98	12,36	1,19
<i>popolazione</i>	<i>2.379</i>	<i>8.744</i>	<i>3.862</i>	<i>3.422</i>	<i>3.186</i>	<i>1.342</i>	<i>1.386</i>	<i>27.814</i>	
totale									totale
disabili	1,49	0,94	1,04	1,64	4,04	9,31	20,72	47,5	4,98
confinamento individuale	0,33	0,5	0,48	0,64	1,28	3,34	8,04	25,82	2,16
difficoltà nelle funzioni	0,88	0,53	0,46	0,56	1,63	4,56	12,43	35,03	2,9
difficoltà nel movimento	0,24	0,37	0,33	0,7	2,16	5,27	11,15	24,33	2,49
difficoltà vista udito, parola	0,22	0,14	0,29	0,51	0,7	1,49	3,51	11,66	1,04
<i>popolazione</i>	<i>5.168</i>	<i>6.832</i>	<i>17.612</i>	<i>7.615</i>	<i>6.675</i>	<i>5.768</i>	<i>2.252</i>	<i>2.029</i>	<i>53.950</i>

allocazione di risorse per l'assistenza sociosanitaria. L'indagine sulle condizioni di salute, condotta dall'ISTAT, rappresenta a tutt'oggi l'unica fonte nazionale, sia pur con il limite di non includere la popolazione residente in istituzioni, che tenti di quantificare il fenomeno della disabilità intesa come riduzione o perdita di capacità funzionali conseguenti a una menomazione. Dal punto di vista operativo questo approccio si è tradotto sottoponendo agli intervistati una lista di quesiti relativi alla capacità di svolgere un insieme selezionato di funzioni e attività, che afferiscono a tre dimensioni essenziali:

- la dimensione fisica relativa alla mobilità all'interno del proprio spazio vitale; in questo senso il "confinamento" permanente nella propria abitazione, in un letto o su una sedia rappresenta l'espressione di massima gravità;
- la dimensione della comunicazione con riferimento alla vista, all'udito e alla parola;
- la dimensione delle "funzioni della vita quotidiana" che attiene più specificatamente alle attività di cura della propria persona.

In questo contesto sono referenziati come disabili gli individui che hanno dichiarato di essere soggetti a limitazioni gravi di autonomia in almeno una delle dimensioni elencate.

Tabella 52. Persone di 6 anni e più disabili e non per stato di salute dichiarato secondo la classe di età. Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (percentuali di colonna)

	classi di età							
	6-14	15-24	25-44	45-54	55-64	65-74	75 e più	totale
<i>disabili</i>								
male o molto male	3,3	26,9	33,6	40,2	53,3	64,3	61	55,6
discretamente	14,4	22,3	35,4	42,4	40,2	31,9	35	34,4
bene o molto bene	82,3	50,8	31	17,3	6,5	3,8	4	10
totale	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>non disabili</i>								
male o molto male	0,6	1,1	1,8	5,2	8,9	13,4	15,2	4,9
discretamente	6,1	12,9	24,3	42,4	52,8	62	65,3	33,3
bene o molto bene	93,3	86	73,9	52,4	38,3	24,5	19,5	61,8
totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Sulla base dei primi due trimestri dell'ultima indagine sulla salute 1999-2000, i disabili ammontano a circa 2.700.000 individui, pari al 5 per cento della popolazione italiana di 6 anni e più; tenuto conto che i dati dell'indagine, possono sottostimare il fenomeno (1), tale percentuale è decisamente rilevante. Al crescere dell'età la quota di persone interessate da problemi di disabilità si fa progressivamente più elevata: tra gli anziani di 65 anni e più raggiunge il 20 per cento mentre quasi un individuo su due è disabile dopo gli 80 anni.

In questo quadro le donne risultano fortemente svantaggiate con un tasso complessivo del 6,3 per cento contro il 3,6 per cento degli uomini; anche a parità di età il differenziale tra i sessi appare consistente, le distanze maggiori si registrano nelle fasce anziane. Nell'ambito delle dimensioni esplorate quella più frequentemente compromessa è relativa alle difficoltà nelle attività quotidiane. Circa il 3 per cento delle persone di 6 anni e più non è in grado di provvedere autonomamente alla propria cura personale. Queste limitazioni insorgono prevalentemente in tarda età; in particolare è al di sopra dei 74 anni che il problema raggiunge proporzioni considerevoli: tra i 75 e i 79 anni riguarda il 12 per cento della popolazione e almeno un individuo su tre dopo gli 80 anni. Rilevante è la quota di persone che hanno bisogno di aiuto per farsi il bagno o la doccia, circa 1.300.000 individui, l'81 per cento dei quali ha più di 65 anni.

Tutt'altro che trascurabile è inoltre la quota di popolazione che deve essere aiutata per vestirsi o spogliarsi (650.000) o per consumare i pasti (350.000). Circa 200.000 individui ha difficoltà anche a lavarsi mani e viso. Le condizioni più gravi di disabilità sono relative alla riduzione pressoché totale di autonomia nel movimento; ciò comporta la costrizione a vivere permanentemente a letto o su una sedia o confinati nella propria abitazione a causa di malattia o invalidità. Queste condizioni riguardano oltre un milione di individui (il 2 per cento) con quote significativamente più elevate tra gli anziani. Dopo gli 80 anni i tassi raggiungono il 21 per cento per gli uomini e il 28 per cento per le donne. Relativamente agli aspetti legati alla locomozione si può osservare che il 2,5 per cento della popolazione presenta limitazioni nel salire o scendere le scale, camminare o raccogliere oggetti da terra.

Tali problemi sono naturalmente prevalenti nella popolazione anziana: dopo i 75 anni di età il tasso raggiunge complessivamente il 17 per cento con uno scarto notevole tra uomini e donne a svantaggio di queste ultime, l'11,7 per cento contro il 20 per cento rispettivamente. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1 per cento della popolazione di 6 anni e più, e nell'età inferiore ai 60 anni colpiscono più i maschi che le femmine. Lungi dal considerare il disabile una categoria sociale va tuttavia evidenziato che le caratteristiche strutturali, le condizioni di vita, le risorse educative e di lavoro di questa fascia di popolazione configurano un quadro di disagio, e in taluni casi di precarietà, con cui il sistema sanitario e sociale nel suo complesso devono necessariamente confrontarsi.

Uno stato di salute compromesso può aver pregiudicato a sua volta la possibilità di lavoro e di affermazione sociale contribuendo ad aggravare lo svantaggio sociale di questo gruppo di popolazione. In tutte le classi di età la proporzione di persone che hanno conseguito un titolo di studio superiore alla scuola dell'obbligo è tra i disabili sensibilmente inferiore rispetto al resto della popolazione.

Ciò dimostra quanto ancora debba essere fatto per la reale integrazione dei disabili nella società. Un titolo di studio adeguato è, oggi più che in passato, la prima via di accesso al mercato del lavoro. Nonostante il notevole impegno normativo per garantire pari opportunità alle persone disabili si stima che gli occupati non raggiungano le 150.000 unità, pari al 19 per cento degli individui disabili in età lavorativa. L'analisi per età rivela come le forti discriminazioni siano evidenti sin dall'ingresso nel mondo del lavoro. La percentuale di occupati fra i disabili maschi di età compresa fra 20 e 44 anni è del 44 per cento, contro l'85 per cento dei loro coetanei senza disabilità. Fra le donne tale differenza è di 35 punti percentuali.

Fra i 45 e i 64 anni la percentuale di donne occupate nella popolazione complessiva è il triplo rispetto alle donne disabili. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal contesto familiare del disabile. È infatti la famiglia che molto spesso si fa carico delle necessità assistenziali del disabile. La particolare struttura per età di questo segmento di popolazione, dove preponderante è il peso delle classi di età elevate, fa sì che vi si rintraccino le stesse tipologie familiari degli anziani, caratterizzate da una forte componente femminile che vive in famiglie senza nuclei, più frequentemente come persona sola (36 per cento), e da una componente maschile collocata più spesso in famiglie mononucleari. Un dato di notevole interesse è rappresentato dagli oltre 750.000 disabili che vivono da soli; si tratta prevalentemente di donne (86 per cento) delle quali l'80 per cento con età superiore ai 74 anni.

Quasi il 26 per cento vive in coppia senza figli; un 10 per cento vive come "membro aggregato" contro poco più dell'1 per cento degli individui senza disabilità. I disabili maschi si trovano con frequenza più elevata (38 per cento) a vivere in coppia con la propria moglie, senza figli. Rilevante è anche la quota di famiglie caratterizzate da coppie con figli in cui il padre è disabile: sono il 22,3 per cento delle famiglie degli uomini e sono, maggiormente concentrate nelle fasce di età centrali.

Per quanto riguarda le donne, un'ulteriore considerazione riguarda la circostanza che al crescere dell'età vanno a costituire con frequenza superiore a quella dei loro coetanei maschi il membro aggregato di coppie con figli (6,7 per cento). Se infine guardiamo allo stato civile, ancora una volta la struttura per età determina fortemente la distribuzione: il

50 per cento delle donne è vedova, contro solo il 9 per cento degli uomini. Al tempo stesso ben il 64 per cento degli uomini è coniugato, contro solo il 33 per cento delle donne. **Le condizioni di salute e i consumi sanitari dei disabili.** L'indicatore di percezione soggettiva dello stato di salute ben si presta a esprimere un bisogno sanitario elaborato e valutato come sintesi di aspetti medici, psicologici e sociali che incidono sulle condizioni di vita del disabile.

Globalmente il 55 per cento della popolazione disabile percepisce come cattivo il proprio stato di salute, contro appena il 5 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. Solo il 10 per cento delle persone disabili dichiara di stare "bene o molto bene", a fronte del 61,8 per cento della popolazione non disabile (tabella 52). Questo dato complessivo è fortemente condizionato dalla prevalenza di anziani tra i disabili anche se già a partire dai 55 anni oltre la metà dei disabili si percepisce in cattiva salute.

È soprattutto tra i giovani che la condizione di disabile viene vissuta con particolare gravità; infatti risulta molto ampio il divario tra le proporzioni di coloro che si percepiscono in buona salute a seconda della presenza o meno di disabilità: solo il 50,8 per cento per cento dei ragazzi disabili di 15-24 anni dichiara di stare "bene o molto bene" a fronte dell'86 per cento dei loro coetanei non disabili.

Presenza di disabilità e presenza di malattie croniche, sono fenomeni altamente correlati. L'87 per cento delle persone disabili risultano affette da almeno una malattia cronica contro il 47 per cento del resto della popolazione. A parità di età i quozienti di morbosità cronica tra le persone disabili sono di gran lunga superiori a quelli di tutta la popolazione, e ciò per la quasi totalità delle malattie croniche rilevate.

Indipendentemente dall'eziologia della disabilità, fatta eccezione per alcune tipologie di disabilità, per es. quelle della comunicazione non associate ad altre forme di disabilità, tutte le altre sono spesso associate al moltiplicarsi delle comorbidità di tipo cronico. Sono multicronici il 74 per cento delle persone disabili contro il 28 per cento del resto della popolazione di 6 anni e più. L'utilizzo di servizi socio-sanitari costituisce un elemento fondamentale della domanda espressa da una popolazione e, come tale ne riflette i differenti livelli di morbosità.

Le persone disabili, pertanto, si qualificano come consumatori "forti" dei servizi sociosanitari. Oltre il 51 per cento ha effettuato almeno una visita nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25 per cento del resto della popolazione, per un ammontare complessivo di oltre 3 milioni di visite.

Più elevato è anche il numero medio di visite per persona, nello stesso periodo di riferimento: 2,2 tra i disabili e 1,7 nel resto della popolazione. La domanda di consultazioni mediche aumenta con l'aumentare dell'età, dal 21,5 per cento nella fascia di età compresa tra i 6-14 anni si passa al 54,6 negli ultra sessantacinquenni. Su 100 disabili di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 19 effettuate dalla popolazione di 6 anni e più.

Meno accentuato è il ricorso alle visite specialistiche: sono state circa 45 le visite specialistiche effettuate per 100 disabili, contro le 23 della popolazione. Il confronto territoriale evidenzia un maggior ricorso allo specialista da parte delle persone disabili del Sud e delle Isole rispetto a quelle del Nord. Il ricorso allo specialista privato risulta complessivamente più contenuto nella popolazione disabile rispetto al resto della popolazione: complessivamente la quota a pagamento delle consultazioni specialistiche è rispettiva-

mente pari al 42 per cento e al 65 per cento. Gli specialisti più consultati dalle persone con disabilità risultano essere in maggior misura il cardiologo, seguito dall'ortopedico, dal neurologo e dall'oculista. Circa il 13 per cento è stato ricoverato almeno una volta negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3 per cento circa della popolazione senza disabilità. Pur se con adeguata cautela, tenuto conto dell'esiguità del fenomeno e in attesa di dati più consistenti, giova soffermarsi infine sul ricorso ai servizi di assistenza domiciliare e ai centri di riabilitazione. Meno del 10 per cento dei disabili sembrerebbe ricorrere al servizio di assistenza domiciliare, di questi l'82 per cento ha un'età superiore a 64 anni..

Sono infine ricorsi a centri di riabilitazione pubblici o privati negli ultimi 3 mesi, meno del 9 per cento delle persone disabili, con tassi di utilizzo leggermente decrescenti rispetto all'età.

NOTE

(1) Per definizione la scala A.D.L. dell'OMS non consente di rilevare la disabilità nei bambini con età inferiore ai sei anni. Inoltre tale scala non consente di cogliere adeguatamente le disabilità di tipo mentale.

Le risposte attuali del Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario nazionale è fatto di uomini, di risorse e di funzioni. Un popolo di ben oltre mezzo milione di persone vi è impegnato, in migliaia di strutture, intenti a compiti come la prevenzione, l'assistenza sul territorio, quella in ospedale e la riabilitazione. Rendere efficiente una tale macchina organizzativa è una sfida di straordinario impegno ma è anche una necessità vitale per un Paese moderno.

RISORSE UMANE

PERSONALE

Le informazioni di seguito riportate hanno per oggetto il personale in servizio presso le aziende sanitarie locali e gli istituti di ricovero e cura pubblici, nell'anno 1999.

È importante notare che a partire dalla rilevazione relativa al 1999, le informazioni sul personale delle aziende sanitarie locali e delle strutture di ricovero pubbliche vengono rilevate attraverso il Conto annuale, definito in concerto con il Ministero del tesoro e della programmazione economica. Questo cambiamento ha l'obiettivo di unificare le rilevazioni sul personale esistenti fino al 1998, superando i vecchi modelli di rilevazione del personale delle aziende sanitarie locali (FLS 13) e del personale degli istituti di cura pubblici (HSP 15).

Personale del Servizio sanitario nazionale. Il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale è costituito dal personale delle aziende sanitarie locali (compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e dal personale delle aziende ospedaliere. Nel 1999 tale personale è risultato costituito da circa 640.000 unità, circa 6.000 unità in meno rispetto all'anno precedente, confermando il trend decrescente degli ultimi anni. Il personale del Servizio sanitario nazionale è così ripartito: il 66,4 per cento è costituito dal ruolo sanitario, il 22,6 per cento dal ruolo tecnico, il 10,7 per cento dal ruolo amministrativo e il restante 0,3 per cento dal ruolo professionale.

Il rapporto personale totale su popolazione residente, a livello nazionale, è di 10,9 unità per mille abitanti; la variabilità interregionale di tale indicatore risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate). Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico risulta costituito da 93.800 unità e quello infermieristico da circa 245.800 unità; sia per il nume-

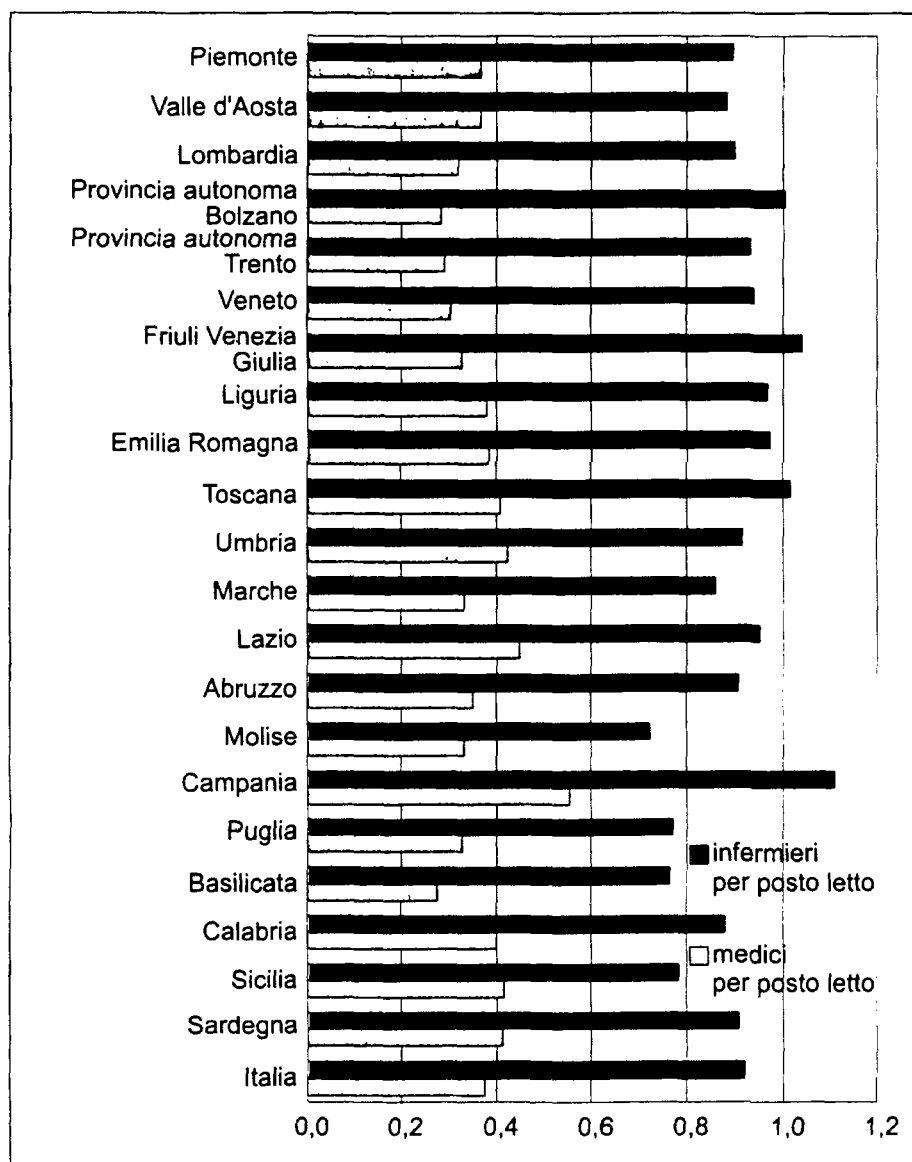


Figura 53.
Medici per posto letto e infermieri per posto letto.
Fonte: Ministero della Sanità - Sistema informativo sanitario

ro di medici, sia per quello degli infermieri continua il trend decrescente degli ultimi anni. Il rapporto infermieri/medici risulta essere sostanzialmente stabile nel tempo e si attesta, a livello nazionale, al valore di 2,6 infermieri per ogni medico; tale rapporto decresce scendendo dal Nord al Sud del Paese. La Provincia autonoma di Bolzano si evidenzia per il valore più elevato (3,7) di infermieri per medico, seguono il Friuli Venezia Giulia (3,6) e il Veneto con 3,4. Fra le regioni meridionali, la Sicilia presenta il rapporto più basso (1,9).

Personale ospedaliero. Nel 1999 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 537.000 unità di cui il 17,7 per cento era rappresentato da personale medico, il 43,2 per cento da personale infermieristico e il restante 39,1 per cento da personale amministrativo, tecnico, professionale e da altre figure appartenenti al ruolo sanitario.

A livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono, mediamente, di circa un medico ogni 2,7 posti letto e di circa un infermiere ogni posto letto.

L'analisi territoriale è stata effettuata prendendo in esame indicatori quali il numero di medici per posto letto e il numero di infermieri per posto letto. L'indicatore relativo al persona-

le medico presenta una forte variabilità: la regione che dispone di più medici per posto letto risulta la Campania (0,55 medici ogni posto letto) seguita dal Lazio (0,45 medici per posto letto), mentre la Provincia autonoma di Bolzano (0,28) e la Basilicata (0,27) presentano gli indici più bassi. Per quanto riguarda la disponibilità di personale infermieristico, si osserva che anche in questo caso la regione Campania presenta il valore più favorevole (1,11 infermieri per posto letto); il Molise, invece, con un valore di 0,72 infermieri, per posto letto rappresenta la regione meno dotata rispetto a questa figura professionale.

Passando alla composizione del personale per tipo di struttura ospedaliera, si rileva che le 217.700 unità di personale delle aziende ospedaliere costituiscono il 40,5 per cento del personale ospedaliero totale, mentre il personale operante negli ospedali a gestione diretta, 257.200 unità, ne costituisce il 47,9 per cento; il restante 11,6 per cento del personale ospedaliero opera in strutture come i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il personale totale delle aziende ospedaliere è costituito per il 17,1 per cento da medici (in media 0,41 medici per posto letto) e per il 41,5 per cento da infermieri (circa 0,99 infermieri per posto letto) mentre negli ospedali a gestione diretta operano in media 17,9 medici e 46,3 infermieri ogni 100 unità di personale totale.

FORMAZIONE

La formazione è un processo che dura tutta la vita professionale: si distinguono una formazione cosiddetta di base e una formazione continua. All'interno della formazione di base convergono una serie di livelli formativi che conducono un soggetto a diventare professionista, acquisendo sia le conoscenze necessarie sia le abilità sia i valori indispensabili per esercitare una professione.

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche e l'accrescersi continuo delle innovazioni, sia tecnologiche sia organizzative, rendono sempre più difficile, per il singolo operatore della sanità, mantenersi aggiornato e competente. Appare quindi intuitiva la necessità di una formazione, successiva a quella di base, che accompagni continuamente il personale sanitario nell'espletamento della professione, aiutandolo a stare al passo con i tempi. Occorre poi aggiungere che non è sufficiente adeguare il proprio bagaglio cognitivo ai più recenti progressi riportati in letteratura, ma bisogna migliorare continuamente la propria competenza professionale anche in termini operativi e comportamentali. Per rispondere a queste esigenze è necessario rivedere anche le logiche della formazione tradizionale e utilizzare metodologie che prevedano un ruolo attivo del discente e una figura di docente che non è più un mezzo autorevole di trasmissione ex cathedra delle conoscenze, ma diventa soprattutto un organizzatore di percorsi di apprendimento. Superfluo sottolineare il ruolo decisivo della valutazione, sia di processo sia di risultato.

Tale concetto viene a maturazione fin dal 1978, quando la legge 833, all'articolo 2, identificava nell'aggiornamento scientifico e nella formazione professionale gli strumenti necessari ad assicurare il perseguimento della tutela della salute. La stessa normativa sanciva l'obbligatorietà dell'aggiornamento professionale. Nella pratica, però, l'applicazione non è stata coerente, nemmeno dopo l'emanazione dei decreti legislativi 502 e 517 (del

1992 e 1993), e si è demandata interamente al singolo professionista la pianificazione della propria formazione, successiva a quella di base, disattendendo anche le previste penalizzazioni per gli inadempienti.

Successivamente è il Piano sanitario nazionale 1998-2000 a esprimersi sui temi della formazione, che acquista dignità di "strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo". Il suo ruolo è quello di consentire "il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento" e di accompagnare e sostenere "i programmi di sviluppo dei servizi" servendo da "leva strategica per il completamento del processo di aziendalizzazione". Il Piano sanitario nazionale sostiene, ancora, che "la formazione può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative. Può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può, più in generale, caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi".

Il decreto legislativo 229/1999 riesce poi a risolvere il problema terminologico che si perpetuava da tempo, precisando (articolo 16 bis) che "la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale". Il decreto, inoltre, specifica che "la formazione continua ... è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale". La formazione continua, intesa nella moderna accezione del termine, deve rispondere a una serie di esigenze.

In primo luogo, deve colmare le lacune che possono essere rimaste dopo la formazione di base. Per questo motivo, e per il fatto che sia rivolta a professionisti già calati e operanti nella realtà sanitaria, gli obiettivi che tale formazione si propone devono scaturire da un'attenta e precisa analisi dei bisogni formativi degli utenti cui si rivolge.

In secondo luogo, deve assicurare con costanza l'adeguamento a tutte le conoscenze emerse dalla ricerca e diffondere i valori dell'organizzazione di appartenenza. Inoltre, deve garantire l'acquisizione di competenze relazionali, sempre più importanti per le professioni sanitarie.

A questo scopo, come già in altri Paesi, sono stati istituiti i programmi di Educazione continua in medicina (ECM), che comprendono l'insieme, organizzato e controllato, di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da chiunque, in grado di farlo, lo desideri (società scientifiche, società professionali, aziende ospedaliere, strutture di formazione in campo medico) con lo scopo specifico di *mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità dei diversi operatori sanitari*.

Partecipare ai programmi di ECM è una garanzia di qualità ai fini della tutela della propria professionalità per ogni operatore sanitario, definita anche dal codice deontologico, ma soprattutto è un diritto dei cittadini che, legittimamente, richiedono sempre di più operatori attenti, aggiornati e sensibili. Ciò è, oggi, particolarmente importante, considerando che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere a doman-

de che riguardano la salute nel suo complesso e non solo l'aspetto curativo. Nel periodo intercorso tra l'emanazione del decreto legislativo 229 e la traduzione operativa del lavoro della commissione, molteplici sono state le attività promosse per la formazione continua del personale sanitario. Ruolo attivo hanno ricoperto in questa fase le società scientifiche, alcune fondazioni e qualche sede universitaria, che da un lato si sono fatte promotrici di una serie di eventi formativi di vario tipo (corsi, seminari, convegni) per rispondere alle esigenze dei propri associati e, dall'altro, si sono impegnate per sperimentare e promuovere nuovi modelli formativi. La partecipazione a tali attività, demandata agli interessi e alle possibilità del singolo professionista, non sempre possedeva strumenti per una valutazione a priori della qualità e della rilevanza dell'evento proposto, non sottoposto a nessun tipo di valutazione istituzionale.

L'ECM è finalizzata alla valutazione delle varie manifestazioni culturali in maniera tale che il singolo operatore sanitario possa essere garantito della loro qualità e utilità ai fini della tutela della propria professionalità; inoltre, è anche lo strumento per rammentare a tutti il dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e riqualificazione professionale. Il decreto legislativo 229/1999 dedica anche spazio, all'articolo 16 quinquies, alla formazione manageriale, "requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi". L'onere dell'organizzazione dei corsi relativi alla formazione manageriale è demandato alle regioni, che possono avvalersi di soggetti pubblici e privati accreditati.

Il ministro della sanità, per l'espletamento dei compiti previsti dall'articolo 16 ter, comma 2 del decreto legge del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ha emanato il decreto legge del 19 giugno 1999, istituzionalizzando anche nel nostro Paese l'ECM.

Con il decreto legge del 5 luglio 2000 ha nominato poi la Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni, presieduta dal ministro della Sanità e composta da:

- due vicepresidenti:
- uno nominato dal ministro della sanità;
- uno rappresentato dal presidente della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici e odontoiatri;
- dieci membri, di cui:
- due designati dal ministro della sanità;
- due dal ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;
- uno dal ministro della funzione pubblica;
- uno dal ministro per le pari opportunità;
- due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici e odontoiatri.

La Commissione definisce, con programmazione pluriennale, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici.

Definisce, inoltre, i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e