

11.062

**Messaggio
concernente l'iniziativa popolare
«Sì alla medicina di famiglia»**

del 16 settembre 2011

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi trasmettiamo l'iniziativa popolare federale «Sì alla medicina di famiglia», che vi proponiamo di sottoporre al voto del Popolo e dei Cantoni con la raccomandazione di respingerla. Nel contempo vi sottoponiamo, per approvazione, un controprogetto diretto all'iniziativa, che vi proponiamo di sottoporre simultaneamente al voto del Popolo e dei Cantoni con la raccomandazione di accettarlo.

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

16 settembre 2011

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Micheline Calmy-Rey
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

Il controprogetto diretto all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» tiene conto delle rivendicazioni giustificate dell'iniziativa, senza tuttavia prevedere nella Costituzione uno statuto speciale per una determinata categoria professionale.

La norma costituzionale proposta dal Consiglio federale è imperniata su una medicina di base coordinata e pluridisciplinare di alta qualità, in cui i medici di famiglia svolgono un ruolo centrale. Il controprogetto diretto è inoltre accompagnato da una serie di misure volte a rispondere a breve e a medio termine alle difficoltà che insorgono nell'ambito della medicina di famiglia.

Il 1° aprile 2010 è stata depositata l'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» corredata da oltre 200 000 firme. L'iniziativa intende assicurare un futuro alla medicina di famiglia in tutta la Svizzera, garantendole possibilità di accertamenti diagnostici e di cura ottimali come pure il ricambio generazionale. Punto centrale dell'iniziativa è la richiesta di posizionare la medicina di famiglia «quale prima risorsa, di regola, per la cura di malattie e infortuni, nonché per questioni riguardanti l'educazione alla salute e la protezione della salute (inclusa la prevenzione)».

A tal fine, l'iniziativa prevede l'inserimento nella Costituzione federale di un nuovo articolo 118b, composto da cinque capoversi contenenti disposizioni programmatiche e concrete relative al riconoscimento, alla promozione e al miglioramento delle condizioni professionali ed economiche dei medici di famiglia.

Il 13 ottobre 2010, il Consiglio federale ha respinto l'iniziativa popolare, decidendo di presentare un controprogetto diretto. Esso ritiene che l'orientamento dell'iniziativa teso a promuovere esclusivamente la categoria professionale dei medici di famiglia non offra una soluzione duratura che assicuri una medicina di base di alta qualità adeguata e accessibile a tutti. In pari tempo riconosce tuttavia che in alcuni settori l'iniziativa avanza richieste giustificate. Per questo motivo il controprogetto diretto è imperniato su una medicina di base integrata, coordinata e pluridisciplinare, i cui i medici generici, e cioè i medici di famiglia, continueranno a svolgere un ruolo centrale. Il controprogetto diretto prevede quindi che la Confederazione e i Cantoni si adoperino a favore di una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti e riconoscano e promuovano la medicina di famiglia come componente fondamentale della medicina di base.

Le competenze federali e cantonali esistenti rimangono sostanzialmente immutate. Saranno estese unicamente le competenze legislative della Confederazione in materia di formazione e perfezionamento, nonché nell'ambito dell'esercizio della professione. La Confederazione deve inoltre poter partecipare all'elaborazione di basi per l'ulteriore sviluppo e il coordinamento della medicina di base. Per garantire la qualità delle prestazioni, la Confederazione deve anche poter adottare misure a titolo autonomo.

Per rispondere a breve e a medio termine alle difficoltà della medicina di famiglia, il controprogetto diretto è accompagnato da una serie di misure volte a migliorare la formazione e il perfezionamento, la ricerca e l'esercizio della professione dei medici di famiglia.

Indice

Compendio	6714
1 Aspetti formali e validità dell'iniziativa	6718
1.1 Testo	6718
1.2 Riuscita e termini di trattazione	6719
1.3 Validità	6719
2 Genesi dell'iniziativa	6719
2.1 Contesto iniziale e motivo	6719
2.2 Promotori dell'iniziativa	6720
2.3 Obiettivo e rivendicazioni principali	6720
3 Commento all'iniziativa e catalogo delle rivendicazioni	6721
4 Valutazione dell'iniziativa	6724
4.1 Rivendicazioni dell'iniziativa	6724
4.2 Ripercussioni dell'iniziativa in caso di accettazione	6724
4.2.1 Ripercussioni sulla definizione dei titoli di perfezionamento	6724
4.2.2 Ripercussioni sulla ripartizione delle competenze e dei compiti	6725
4.2.3 Ripercussioni sul sistema sanitario	6726
4.3 Vantaggi e lacune dell'iniziativa	6727
4.3.1 In generale	6727
4.3.2 Situazione attuale dei medici di famiglia	6728
4.3.3 Finalità e richieste eccessive dell'iniziativa	6730
5 Conclusioni	6731
6 Controprogetto diretto: punti essenziali del progetto	6733
6.1 Introduzione	6733
6.2 Risultati della consultazione	6733
6.3 Testo	6735
6.4 Collocazione nella sistematica	6735
7 Spiegazioni relative al controprogetto diretto	6736
8 Richieste dell'iniziativa già soddisfatte o in corso di attuazione	6740
9 Rapporto con altre disposizioni costituzionali	6743
9.1 Articolo 117 Cost. (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)	6743
9.2 Articoli 118–119a Cost. (Protezione della salute, medicina complementare, ricerca sull'essere umano, medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano, medicina dei trapianti)	6744
9.3 Articoli 63, 63a e 64 Cost. (Formazione)	6744
9.4 Articolo 64 Cost. (Ricerca)	6745
9.5 Articolo 95 capoverso 1 Cost. (Attività economica privata)	6746
9.6 Altre disposizioni costituzionali	6747

10	Ripercussioni del controprogetto diretto	6747
11	Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	6748
	Decreto federale concernente la medicina di base (Controprogetto diretto all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia») (<i>Disegno</i>)	6749

Messaggio

1 **Aspetti formali e validità dell'iniziativa**

1.1 **Testo**

Il testo dell'iniziativa popolare «Si alla medicina di famiglia» ha il seguente tenore:

La Costituzione federale¹ è modificata come segue:

Art. 118b (nuovo) Medicina di famiglia

¹ Nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni provvedono affinché la popolazione disponga di un'assistenza medica sufficiente, pluridisciplinare, accessibile a tutti e di elevata qualità da parte di medici specialisti della medicina di famiglia.

² La Confederazione e i Cantoni salvaguardano e promuovono la medicina di famiglia quale elemento essenziale delle cure di base, di regola, quale prima risorsa per la cura di malattie e infortuni, nonché per questioni riguardanti l'educazione alla salute e la prevenzione delle malattie.

³ Essi perseguono una ripartizione regionale equilibrata, creano condizioni favorevoli all'esercizio della medicina di famiglia e promuovono la collaborazione con gli altri fornitori di prestazioni e istituzioni del settore sanitario e sociale.

⁴ La Confederazione emana prescrizioni concernenti:

- a. la formazione universitaria, il perfezionamento professionale dei medici specialisti e la ricerca clinica nell'ambito della medicina di famiglia;
- b. l'accesso assicurato alla professione e l'agevolazione dell'esercizio della professione;
- c. l'estensione e l'adeguata remunerazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e preventive della medicina di famiglia;
- d. il riconoscimento e la valorizzazione delle particolari attività volte alla consulenza e al coordinamento per i pazienti;
- e. le semplificazioni amministrative e forme moderne di esercizio della professione.

⁵ Nella sua politica della sanità, la Confederazione tiene conto degli sforzi dei Cantoni e dei Comuni, nonché dell'economia nell'ambito della medicina di famiglia. Essa li sostiene nelle loro iniziative a favore di un impiego economico dei mezzi e della garanzia della qualità delle prestazioni.

¹ RS 101

1.2 Riuscita e termini di trattazione

L'iniziativa popolare «Si alla medicina di famiglia» è stata depositata il 1° aprile 2010 corredata dalle firme necessarie. Con decisione del 27 aprile 2010, la Cancelleria federale ne ha constatato la riuscita formale con 200 210 firme valide.²

L'iniziativa è stata presentata sotto forma di disegno elaborato e il Consiglio federale ha deciso di opporle un controprogetto diretto. Conformemente all'articolo 97 capoverso 2 della legge del 13 dicembre 2002³ sul Parlamento (LParl), il Consiglio federale dovrà presentare entro il 1° ottobre 2011 un messaggio con un disegno di decreto federale. Dal canto suo, l'Assemblea federale deve prendere una decisione in merito all'iniziativa popolare entro il 1° ottobre 2012; se una Camera si pronuncia a favore di un controprogetto o un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa, il termine di trattazione può essere prorogato di un anno (art. 100 e 105 cpv. 1 LParl).

1.3 Validità

L'iniziativa soddisfa le condizioni di validità previste dall'articolo 139 capoverso 3 Cost.:

- a. è formulata sotto forma di disegno interamente elaborato e soddisfa le esigenze di unità della forma;
- b. tra i singoli elementi che la compongono esiste un nesso materiale e soddisfa pertanto le esigenze di unità della materia;
- c. non viola disposizioni cogenti del diritto internazionale e soddisfa pertanto le esigenze di compatibilità con tale diritto.

L'iniziativa è quindi da considerarsi valida.

2 Genesi dell'iniziativa

Le seguenti considerazioni sulla situazione iniziale, sugli obiettivi e sulle rivendicazioni concrete dell'iniziativa si basano sulla documentazione dettagliata relativa all'iniziativa (spiegazioni, materiale e catalogo di rivendicazioni) pubblicata sul sito web del comitato d'iniziativa al momento dell'elaborazione del presente messaggio.⁴

2.1 Contesto iniziale e motivo

L'iniziativa prende spunto dalla preoccupazione dei medici di famiglia per il futuro e l'importanza della medicina di famiglia. Da alcuni anni, i medici di famiglia attirano l'attenzione sul fatto che in Svizzera la medicina di famiglia perde sempre più di

² FF 2010 2581

³ RS 171.10

⁴ www.jhz.ch/it > Iniziativa; i documenti concernenti l'iniziativa sono stati modificati e completati dal suo lancio e segnatamente nell'ambito della consultazione. Le presenti considerazioni si riferiscono alla documentazione disponibile il 30 maggio 2011.

prestigio e d'importanza e, alla luce delle difficili prospettive economiche che la caratterizzano, diviene sempre meno attrattiva per le future generazioni di medici. Di conseguenza, i giovani medici sono sempre meno interessati a operare nel settore della medicina di famiglia e a rilevare ad esempio studi medici esistenti.

In seguito al previsto incremento della domanda di prestazioni mediche ambulatoriali legato all'evoluzione demografica (invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie croniche, multimorbidità ecc.)⁵, tra 10-15 anni si verificherà una grave penuria di medici di famiglia che metterà a repentaglio l'intera medicina di base.

Secondo il comitato d'iniziativa, la perdita d'importanza della medicina di famiglia è da imputare non da ultimo alla politica sanitaria sfavorevole condotta da anni, in particolare dalla Confederazione.

«Per decenni, la Berna federale ha indebolito, sfavorito, smantellato, smontato e trascurato in modo consapevole e mirato la categoria professionale dei medici di famiglia e dei pediatri, spingendola sull'orlo dell'estinzione.»⁶

I medici di famiglia rivendicano pertanto una maggior attenzione per le loro richieste, a cui finora la politica non ha reagito in modo adeguato.

2.2 Promotori dell'iniziativa

L'iniziativa è promossa dall'associazione professionale dei medici di famiglia e dei pediatri «Medici di famiglia Svizzera». Quest'ultima, costituita il 17 settembre 2009 dalle tre società specialistiche Società svizzera di medicina generale (SSMG), Società svizzera di medicina interna (SSMI) e Società svizzera di pediatria (SSP) per perseguire i loro obiettivi di politica professionale comuni, ha lanciato l'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» già il 1° ottobre 2009.⁷

Il comitato d'iniziativa è composto da 26 specialisti di medicina generale, medicina interna e pediatria.

2.3 Obiettivo e rivendicazioni principali

L'obiettivo dell'iniziativa è di garantire alla popolazione svizzera una medicina di base ambulatoriale sufficiente, accessibile a tutti sull'intero territorio, completa e di alta qualità da parte dei medici di famiglia. A tal fine non occorre attribuire nuove competenze alla Confederazione, bensì introdurre corrispondenti correttivi a favore della medicina di famiglia.

⁵ Osservatorio svizzero della salute Obsan: Offre et recours aux soins ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Neuchâtel, 2008.

⁶ P. Tschudi, conferenza stampa per il lancio della campagna sulla medicina di famiglia, 31.3.2011.

⁷ Cfr. sito dei «Medici di famiglia Svizzera», www.hausaerzteschweiz.ch

Le principali rivendicazioni avanzate per raggiungere tale obiettivo sono le seguenti:

- formazione e perfezionamento di alto livello;
- esercizio della professione agevolato;
- infrastruttura adeguata negli studi medici;
- sistema tariffario che risponda alle esigenze dei medici di famiglia.

3 Commento all'iniziativa e catalogo delle rivendicazioni

Secondo le spiegazioni⁸ del comitato d'iniziativa, i cinque capoversi dell'articolo costituzionale 118b proposto si suddividono in scopo (cpv. 1), programma e principio (cpv. 2), modalità d'intervento per la Confederazione e i Cantoni (cpv. 3), competenze della Confederazione (cpv. 4) nonché principio d'intervento per la Confederazione (cpv. 5). Nel catalogo delle rivendicazioni⁹, a ogni capoverso sono associate rivendicazioni concrete, da cui scaturiscono le seguenti considerazioni.

Cpv. 1

In relazione al capoverso introduttivo sono rivendicate concretamente una medicina di famiglia accessibile a tutti in tutta la Svizzera, la creazione di condizioni quadro di politica sanitaria stabili per i medici di famiglia e la loro rappresentanza in tutti gli organismi rilevanti per la politica sanitaria.

Cpv. 2

Secondo le spiegazioni, il capoverso 2 precisa che l'obiettivo principale dell'iniziativa è di salvaguardare e rafforzare la medicina di famiglia quale condizione essenziale per garantire alla popolazione una medicina di base sufficiente e funzionante.

In relazione a questo capoverso sono rivendicate una riorganizzazione e una nuova concezione della medicina di base attraverso il riposizionamento della medicina di famiglia al centro della medicina ambulatoriale.

Cpv. 3

Il capoverso 3 enumera alcuni principi che la Confederazione e i Cantoni devono rispettare in generale per rafforzare la medicina di famiglia, agevolando così il raggiungimento degli obiettivi. Le rivendicazioni concrete associate a questo capoverso sono le seguenti:

- distribuzione regionale equilibrata degli studi medici di famiglia; la Confederazione deve segnatamente creare le premesse affinché le prestazioni possano differire tutt'al più secondo la regione (p. es. sistemi d'incentivazione con un indennizzo più elevato nelle zone con copertura insufficiente);
- sostegno e accesso agevolato alle forme di medicina di famiglia collettive (p. es. studi medici associati, case mediche, cliniche e altre forme di offerta integrata di servizi), compresi incentivi finanziari e sgravi amministrativi.

⁸ Cfr. www.jzh.ch > Iniziativa > Spiegazioni

⁹ Cfr. www.jzh.ch > Initiative > Nos Revendications (in francese)

Cpv. 4

Secondo il capoverso 4, per raggiungere gli obiettivi dell'iniziativa la Confederazione deve emanare prescrizioni in vari ambiti d'intervento. Come precisato nelle spiegazioni, la maggior parte di questi ambiti è già di competenza della Confederazione. Alcuni punti del testo dell'iniziativa comprendono tuttavia precisazioni che riguardano in parte anche le competenze dei Cantoni. Concretamente, la Confederazione è invitata a intervenire nei seguenti cinque settori:

Formazione e perfezionamento, nonché ricerca clinica in medicina di famiglia (lett. a)

Nel settore della formazione, le rivendicazioni concrete sono le seguenti:

- creazione di istituti universitari per la medicina di famiglia e di un ordinariato strutturale completamente operativo per la medicina di famiglia presso ciascuna delle cinque facoltà di medicina delle università;
- potenziamento dell'insegnamento universitario in medicina di famiglia, con moduli obbligatori in medicina di famiglia e tutorato individuale in uno studio medico di famiglia per tutti gli studenti durante una mezza giornata alla settimana per un anno.

Nel settore del *perfezionamento* è chiesto e descritto in dettaglio nel catalogo delle rivendicazioni un curriculum «medico di famiglia» nell'ambito della specializzazione in medicina interna generale.¹⁰ Concretamente è chiesta la garanzia di posti di perfezionamento per questo curriculum «medico di famiglia».

Nel settore della *ricerca*, infine, le richieste rivolte alla Confederazione sono le seguenti:

- promozione e sviluppo della ricerca clinica, incentrata sul paziente, in medicina di famiglia, nonché
- creazione di un programma nazionale di ricerca «medicina di famiglia» con uno stanziamento di 5–10 milioni di franchi.

Accesso alla professione e agevolazione dell'esercizio della professione (lett. b)

In relazione all'accesso alla professione e all'esercizio della professione sono avanzate le seguenti rivendicazioni concrete:

- nessuna limitazione delle autorizzazioni per i medici di famiglia;
- nessuna nuova prova del bisogno o blocco delle autorizzazioni;
- conseguimento di tutti i certificati durante il perfezionamento;
- agevolazione e sostegno nei servizi di pronto soccorso, durante il fine settimana e di notte;
- creazione di sistemi d'incentivazione per le zone poco attrattive (dal punto di vista geografico o sociopolitico);
- sostegno logistico e finanziario, se necessario;

¹⁰ www.jhz.ch > Initiative > Nos revendications (in francese)

- possibilità di gestire gli studi medici quali società anonime (disciplinamento transitorio favorevole per il rilevamento di studi medici);
- promozione di strutture diurne (strutture di custodia collettiva diurna ecc., lavoro a tempo parziale)

Estensione e indennizzo adeguato delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e preventive della medicina di famiglia (lett. c)

La Confederazione deve provvedere mediante prescrizioni adeguate affinché l'esercizio della medicina di famiglia diventi più attrattivo e interessante grazie all'estensione e a un indennizzo adeguato delle sue possibilità diagnostiche, terapeutiche e preventive.

Il capoverso 4 lettera c è associato alle seguenti rivendicazioni concrete:

- infrastruttura degli studi medici (strumenti di lavoro come laboratorio, ECG, spirometria, radiologia, ecografia ecc., che consentono al medico di famiglia di formulare diagnosi e prendere decisioni terapeutiche; dispensazione di medicinali negli studi medici di famiglia; assicurazione della formazione e valorizzazione dei compiti delle assistenti di studio medico ASM; autorizzazione delle ASM a fornire prestazioni o retribuzione del loro lavoro nel tariffario);
- indennizzo delle prestazioni: tariffario separato per i medici di famiglia (inclusione di capacità di riserva tecnicamente adeguate, realizzazione del reddito di riferimento convenuto di 207 000 franchi per un posto a tempo pieno, inclusione di funzioni specifiche come consulenza familiare, prevenzione, promozione della salute, coordinamento ecc. nonché descrizione delle prestazioni delegate alle ASM);
- ottica economico-aziendale a livello dell'intero studio medico (prestazioni mediche in senso stretto, incluso il servizio di pronto soccorso, diagnostica per immagini, laboratorio, dispensazione di medicinali ecc.);
- coordinamento delle modifiche negli elenchi delle specialità e delle analisi con modifiche della struttura tariffaria e del valore del punto tariffario;
- considerazione globale dei costi della salute (costi sociali, incapacità al lavoro ecc.).

Secondo le spiegazioni, a ciò si aggiunge la richiesta di rinunciare all'applicazione di forme camuffate della clausola del bisogno da parte degli assicuratori e all'introduzione di inutili ostacoli (amministrativi, giuridici e fiscali) nell'ambito dell'esercizio della professione.

Riconoscimento e valorizzazione delle particolari attività di consulenza e coordinamento per i pazienti (lett. d)

Il capoverso 4 lettera d si riallaccia alla lettera c in cui si chiede un tariffario separato per i medici di famiglia comprendente le funzioni specifiche e le prestazioni delegate alle assistenti di studio medico (ASM).

Semplificazioni amministrative e forme moderne di esercizio della professione (lett. e)

Anche il capoverso 4 lettera e contiene sostanzialmente le stesse rivendicazioni già formulate nella lettera b e concernenti l'agevolazione dell'esercizio della professione. Ad esse si aggiungono due nuove richieste concernenti l'amministrazione:

- emanazione di prescrizioni concernenti semplificazioni amministrative e sgravi per i medici di famiglia indipendenti;
- indennizzo corretto dei lavori amministrativi in base al dispendio di tempo effettivo.

Cpv. 5

Secondo le spiegazioni, con questa disposizione di principio l'iniziativa intende tener conto del principio di sussidiarietà, nonché dell'ordinamento delle competenze in vigore. La Confederazione è tenuta a considerare e a rispettare l'ordinamento federale. Con la rivendicazione secondo cui la Confederazione deve sostenere l'impiego economico delle risorse e le misure di assicurazione della qualità, l'iniziativa dimostra inoltre che non mira a migliorare unicamente la situazione finanziaria dei medici di famiglia.

4 Valutazione dell'iniziativa

4.1 Rivendicazioni dell'iniziativa

L'iniziativa mira ad assicurare un futuro alla medicina di famiglia in tutta la Svizzera, a garantirle possibilità di accertamenti diagnostici e di cura ottimali e ad assicurare il ricambio generazionale dei medici di famiglia. Essa esprime quindi richieste sostanzialmente giustificate, condivise anche dal Consiglio federale. L'iniziativa attribuisce tuttavia ai medici di famiglia uno statuto speciale nella Costituzione, a scapito delle altre categorie professionali attive nella medicina di base. Ciò non rappresenta una soluzione duratura in vista delle sfide future per assicurare una medicina di base di qualità adeguata e accessibile a tutti. Il controprogetto diretto proposto è invece imperniato su una medicina di base integrata, coordinata e multidisciplinare, in cui i medici generici, vale a dire i medici di famiglia, continueranno a svolgere un ruolo centrale.

4.2 Ripercussioni dell'iniziativa in caso di accettazione

4.2.1 Ripercussioni sulla definizione dei titoli di perfezionamento

L'iniziativa verte sulla medicina di famiglia. Il concetto di medicina di famiglia è di uso comune nel linguaggio corrente, ma non è chiaramente definito tra gli specialisti, come ammettono anche i promotori dell'iniziativa¹¹: vi sono vari cicli e titoli di perfezionamento, di durata variabile anche a seconda delle prospettive legate alla medicina di famiglia. Già la determinazione dei titoli da attribuire alla medicina di

¹¹ Cfr. www.jzh.ch > Initiative > Commentaires n. 3.1 (in francese)

famiglia solleva notevoli difficoltà, anche e soprattutto in relazione agli impegni internazionali della Svizzera (cfr. n. 11).

Tra gli specialisti è sempre più forte la convinzione che sia necessario un perfezionamento di almeno cinque anni (con titolo di specialista) per garantire la qualità necessaria nell'assistenza di base. Con questa durata del perfezionamento, richiesta espressamente nelle spiegazioni relative all'iniziativa, i medici generici, che hanno seguito unicamente un perfezionamento di tre anni e oggi figurano tra i medici di base, sarebbero però esclusi dal gruppo degli indirizzi appartenenti alla medicina di famiglia. In base all'allegato 1 dell'ordinanza del 27 giugno 2007¹² sulle professioni mediche (OPMed) il perfezionamento in medicina generica porta però a un titolo di perfezionamento federale. Esso è inoltre menzionato tra i titoli di perfezionamento riconosciuti nell'allegato III dell'accordo del 21 giugno 1999¹³ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone). Un'esclusione dei medici generici non sarebbe quindi compatibile con gli impegni internazionali della Svizzera né con il pertinente diritto UE.

Nell'ambito della revisione dell'articolo 55a della legge federale del 18 marzo 1994¹⁴ sull'assicurazione malattie (LAMal) è stato deciso il 12 giugno 2009¹⁵ di escludere i medici di base dalla limitazione delle autorizzazioni. Il legislatore ha poi precisato il concetto in base ai titoli di perfezionamento menzionati nella LAMal. Oltre agli specialisti in pediatria, medicina interna e medicina generale sono inclusi anche i medici generici.

È quindi evidente che già solo il chiarimento del concetto di medicina di famiglia conformemente alle rivendicazioni avanzate dai promotori dell'iniziativa presenterebbe notevoli difficoltà.

4.2.2 Ripercussioni sulla ripartizione delle competenze e dei compiti

L'iniziativa obbliga la Confederazione a emanare prescrizioni in vari ambiti (formazione e perfezionamento, nonché ricerca clinica, accesso assicurato alla professione e agevolazione dell'esercizio della professione, estensione e remunerazione adeguata delle prestazioni della medicina di famiglia, riconoscimento e valorizzazione delle particolari attività di consulenza e coordinamento per i pazienti, nonché semplificazioni amministrative e forme moderne di esercizio della professione). Bisogna pensare in primo luogo a revisioni di normative giuridiche esistenti, segnatamente della legislazione sull'assicurazione malattie e sugli infortuni, nonché della legislazione sulle professioni mediche. A ciò sono però associate anche singole modifiche dell'attuale ripartizione dei compiti e delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni, segnatamente nell'ambito delle prescrizioni richieste concernenti gli istituti universitari e l'insegnamento universitario della medicina di famiglia, l'accesso assicurato alla professione, nonché le agevolazioni nell'esercizio della professione. Un'altra conseguenza sarebbero cambiamenti nell'attuale ripartizione dei compiti tra

¹² RS 811.112.0

¹³ RS 0.142.112.681

¹⁴ RS 832.10

¹⁵ RU 2009 5265

Stato e attori privati: ad esempio nell'ambito dell'indennizzo delle prestazioni, dove la Confederazione dovrebbe intervenire nell'autonomia tariffaria e creare eventualmente nuove voci di fatturazione riservate ai medici di famiglia nel catalogo delle singole prestazioni Tarmed (p. es. per singole nuove prestazioni diagnostiche, terapeutiche e preventive, nonché per attività di consulenza e coordinamento).

4.2.3 Ripercussioni sul sistema sanitario

L'articolo costituzionale proposto dall'iniziativa limiterebbe in futuro la flessibilità della Confederazione e dei Cantoni nella ricerca di modelli di assistenza adeguati e moderni, poiché di norma l'accesso al sistema sanitario dovrebbe avvenire di regola attraverso i medici di famiglia.

L'accettazione dell'iniziativa avrebbe inoltre ripercussioni incisive sulle possibilità della Confederazione e dei Cantoni di influenzare qualitativamente o quantitativamente la medicina di famiglia. Sarebbe esclusa durevolmente qualsiasi forma di limitazione delle autorizzazioni per i medici di famiglia. Non potrebbero più essere attuati neanche interventi statali adeguati giustificati da motivi qualitativi, economici o di efficienza che potrebbero riguardare l'accesso alla professione di medico di famiglia o il suo esercizio. La Costituzione priverebbe in tal caso la Confederazione e i Cantoni di qualsiasi strumento di controllo, ad esempio, anche nelle regioni in cui è presente un'offerta insufficiente o eccessiva di medici di base. Un eventuale aumento quantitativo risultante da tale offerta avrebbe ripercussioni finanziarie durevoli. Anche l'estensione e la remunerazione adeguata delle prestazioni della medicina di famiglia avrebbero importanti conseguenze finanziarie durevoli. Se tali prestazioni non potessero essere indennizzate in modo da non incidere sui costi (trasferimento da altri fornitori di prestazioni), i costi supplementari dovrebbero essere finanziati attraverso i premi delle assicurazioni sociali oppure attraverso il gettito fiscale della Confederazione e dei Cantoni.

Nelle spiegazioni relative all'iniziativa si chiede la promozione della ricerca nell'ambito della medicina di famiglia nel quadro di un programma nazionale di ricerca del costo di 5–10 milioni di franchi. Occorrerebbe trovare queste risorse supplementari oppure bisognerebbe rinunciare a un altro progetto di ricerca di pari entità.

Benché oggi tutte le facoltà di medicina dispongano di istituti di medicina di famiglia, secondo l'iniziativa la loro dotazione è insufficiente, senza contare il fatto che vi sono grandi differenze tra le università. Dato che la Confederazione dovrebbe emanare corrispondenti prescrizioni secondo il capoverso 3 dell'iniziativa, i Cantoni o la stessa Confederazione dovrebbero quindi addossarsi i costi causati da veri e propri ordinariati o cattedre di medicina di famiglia presso le università.

Oltre alla scomparsa già menzionata delle possibilità di controllo dell'assistenza medica, il posizionamento fondamentale dei medici di famiglia quali «gatekeeper» primari si ripercuoterebbe sull'intero sistema sanitario e in primo luogo sulla medicina ambulatoriale: i medici di famiglia sarebbero privilegiati sia nei confronti di altre categorie di medici specialisti (p. es. cardiologi, ortopedici, psichiatri) sia nei confronti di altri professionisti della medicina di base (p. es. infermieri, farmacisti, fisioterapisti o psicologi clinici).

Nelle regioni rurali e urbane in cui la densità di studi medici di famiglia (individuali) è puntualmente in calo, senza la presenza di altri specialisti sarebbe però praticamente impossibile assicurare in futuro l'accesso alla medicina di base.

A prescindere da ciò, questa rivendicazione dell'iniziativa limiterebbe in parte la libera scelta del medico. I dibattiti condotti in Parlamento negli ultimi anni (p. es. sul progetto di *Managed Care*) hanno però dimostrato che in generale è attribuita grande importanza alla libera scelta del medico.

Vari attori (p. es. la Federazione dei medici svizzeri, FMH) partono dal presupposto che l'estensione e la remunerazione adeguata delle prestazioni della medicina di famiglia non potranno essere realizzate senza incidere sui costi. Il sistema sanitario subirebbe un ulteriore aumento dei costi. Per quanto riguarda l'indennizzo delle prestazioni, secondo le spiegazioni relative all'iniziativa bisogna raggiungere un miglioramento della situazione dei redditi (autonomia tariffaria e tariffario per le singole prestazioni della medicina di famiglia). A seconda dell'impostazione concreta, ciò avrebbe importanti conseguenze finanziarie. I maggiori costi dovrebbero essere addossati alla popolazione segnatamente mediante aumenti dei premi o delle imposte.

4.3 Vantaggi e lacune dell'iniziativa

4.3.1 In generale

Benché alcune delle richieste dell'iniziativa siano assolutamente giustificate, in particolare in relazione all'evoluzione strutturale che si sta delineando nella medicina di base (segnatamente nell'ambito del ricambio generazionale per gli studi medici individuali), la disposizione costituzionale proposta è inadeguata. Il suo contenuto è molto dettagliato, pur restando però in parte poco chiaro (p. es. in relazione alla ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni e dal punto di vista terminologico) e ridondante. Queste circostanze potrebbero tradursi in una continua estensione del catalogo delle richieste.

Risulta inoltre molto problematica la focalizzazione esclusiva sui medici di famiglia a livello costituzionale. Rappresenta infatti una disparità di trattamento indesiderata, ad esempio nei confronti di altri medici specialisti, nonché di altri professionisti della medicina di base, per i quali tra l'altro comincia pure a delinearsi una parziale penuria. Le rivendicazioni dell'iniziativa secondo cui occorre provvedere a un'assistenza medica fornita dai medici di famiglia al tempo stesso completa e di alta qualità (cfr. cpv. 1) sono di per sé contraddittorie: la medicina di famiglia non può trattare adeguatamente tutte le malattie e tutti gli interrogativi posti (p. es. malattie psichiche, educazione sanitaria e prevenzione, medicina dentaria). Una limitazione a un unico modello di assistenza sanitaria – e cioè al modello del medico di famiglia – non terrebbe conto né delle differenti condizioni regionali né dei molteplici bisogni dei pazienti. Per questa ragione occorrerebbe privilegiare un modello integrato che coinvolga anche altri professionisti della medicina di base per la prima consulenza, lo smistamento dei casi e il trattamento dei pazienti. Si pensi ai farmacisti, ai chiropratici, ad altri professionisti medici (p. es. nella consulenza telemedica), agli infermieri o a persone di altre professioni terapeutiche. Anche l'importante ruolo delle assistenti di studio medico (ASM), evidenziato ripetutamente nella documentazione relativa all'iniziativa, è incontestato. Al tempo stesso non possono però essere affi-

dati loro tutti i compiti – soprattutto in caso di pazienti con complesse affezioni multiple. In questi casi occorre fare appello ad altri professionisti appositamente formati (p. es. infermieri).

4.3.2 Situazione attuale dei medici di famiglia

Sulla base del rapporto del 16 settembre 2011 in adempimento della mozione 08.3608 della consigliera nazionale Jacqueline Fehr del 2 ottobre 2008 («Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base») si possono formulare le seguenti osservazioni.

Nel confronto tra i Paesi dell'OCSE, la Svizzera presenta una delle densità di medici tra le più elevate. Il numero di medici aumenta continuamente soprattutto a causa dell'immigrazione dai Paesi limitrofi. Ciò vale anche per i medici di base, il cui numero è cresciuto anno dopo anno. I risultati contraddicono l'opinione ampiamente diffusa secondo cui già oggi vi è una penuria di medici di famiglia. A essere problematica è invece la loro distribuzione eterogenea, che in alcune regioni ha provocato una situazione tesa.

Nel 2010, la statistica dei medici della FMH¹⁶ ha censito complessivamente 30 273 medici: di essi, 16 087 sono medici con studio medico. Di questi, 7693 o il 48 per cento rientra nella medicina di base a causa del settore specialistico in cui operano¹⁷. La quota dei medici di base con studio medico è quindi rimasta sostanzialmente stabile. A essere sfavorevole è invece la distribuzione dell'età dei medici di base, che nei prossimi cinque-dieci anni evidenzierà un temporaneo fabbisogno supplementare. Tra gli uomini, che con il 70 per cento rappresentano (ancora) nettamente la maggioranza, lo studio medico individuale (67 %) rimane la pratica più frequente (a titolo di paragone il 53 % delle donne lavora in studi medici individuali). La cessazione dell'attività lavorativa riguarderà quindi prevalentemente gli studi medici individuali.

Il numero di nuovi titoli di perfezionamento federali rilasciati segna un quadro stabile per quanto riguarda la quota della medicina di base. Se però sono considerati anche i medici che arrivano in Svizzera con un perfezionamento già ultimato di cui chiedono il riconoscimento, la quota percentuale di medici di base diminuisce. In cifre assolute, la categoria dei medici di base¹⁸ è tuttavia comunque aumentata. Per gli specialisti, tuttavia, la crescita è ancora più netta. Ciò è possibile poiché nel frattempo oltre la metà dei medici disponibili ha completato la propria formazione all'estero. Non sorprende pertanto il fatto che il 44 per cento delle autorizzazioni a esercitare la professione rilasciate dai Cantoni nel 2010 sia riferito a medici formati all'estero.

¹⁶ La FMH non dispone di una rilevazione completa dei medici che lavorano in ambito stazionario, ragione per cui il numero effettivo dei medici occupati in Svizzera dovrebbe essere nettamente superiore.

¹⁷ Questi medici dispongono di un titolo di perfezionamento in medicina generale, medicina interna, pediatria, medicina generica; sono stati inclusi in questa categoria anche 659 medici senza specializzazione principale.

¹⁸ I medici disponibili sono stati calcolati a titolo di esempio in base ai titoli di perfezionamento federali e riconosciuti, rilasciati tra il 2005 e il 2010.

Nel 2010 è stata rilasciata un'autorizzazione a esercitare la professione a 405 nuovi medici di base. Ciò rappresenta un incremento del 39 per cento rispetto al 2009¹⁹. La quota dei medici di base formati all'estero è leggermente inferiore a quella degli specialisti. Occorre tuttavia relativizzare queste cifre: da sole le autorizzazioni rilasciate non consentono di trarre conclusioni definitive su quanti di questi medici siano effettivamente attivi quali «medici di famiglia» o lo diverranno e in che misura. Malgrado la loro rappresentatività limitata, queste cifre indicano tuttavia una netta crescita.

In base alle capacità di formazione attuali, la medicina di base può quindi essere assicurata solo grazie all'elevata immigrazione di medici stranieri. Questa affermazione vale soprattutto per gli specialisti.

Le cifre disponibili mostrano che i problemi di ricambio generazionale (puntuali) per gli studi attivi nella medicina di famiglia non sono riconducibili a una penuria quantitativa di aspiranti medici di famiglia. In base ai nuovi titoli di perfezionamento federali rilasciati non si constata alcuna perdita sostanziale di attrattiva di questi settori specifici. A essere cambiata è piuttosto in generale la concezione della professione. Quest'ultima si addice sempre meno al modello professionale tradizionale della medicina di famiglia (studio medico individuale). È quindi tutto da dimostrare che unicamente migliorando la situazione finanziaria si possano trovare adeguate soluzioni durevoli anche nelle regioni periferiche. Già oggi, nelle regioni rurali i medici di famiglia guadagnano nettamente di più che nelle regioni urbane.²⁰ Il problema del ricambio generazionale per gli studi medici individuali, in particolare nelle regioni discoste, non è quindi facilmente risolvibile neanche con l'accettazione dell'iniziativa.

L'eccedenza della domanda di prestazioni mediche prevista per i prossimi anni a causa della distribuzione sfavorevole dell'età dei medici di base, da un lato, nonché dell'invecchiamento della società, dall'altro, non riguarda solo i medici di famiglia, ma si ripercuote anche su altri settori della medicina di base. Segnatamente nel settore delle cure (sia all'interno sia all'esterno degli ospedali) la situazione del personale è già oggi tesa e per i prossimi 10 anni si prospetta una notevole carenza di personale qualificato.²¹

Il problema di base sta quindi nel fatto che in generale la Svizzera forma troppo pochi professionisti sanitari per garantire l'offerta esistente con personale formato entro i confini nazionali. La dipendenza da personale formato all'estero dovrebbe essere ridotta soprattutto per motivi di equità nei confronti degli altri Paesi, come pure nella prospettiva della sicurezza dell'assistenza sanitaria. Indirettamente, con la sua politica di reclutamento nei Paesi limitrofi la Svizzera contribuisce all'ulteriore degrado della situazione in Paesi con un'assistenza sanitaria già attualmente precaria («effetto domino», «Brain Drain»).

Queste considerazioni mostrano che, nel complesso, l'iniziativa non offre risposte adeguate alle problematiche attuali ed è orientata in modo troppo unilaterale al

¹⁹ Questo incremento è probabilmente da ricondurre, almeno in parte, all'abrogazione all'1.1.2010 del blocco delle autorizzazioni per i medici di base ai sensi dell'art. 55a LAMal.

²⁰ Hasler N., Reichert M. (2008): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation).

²¹ Osservatorio svizzero della salute: Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Neuchâtel 2009.

miglioramento esclusivamente della medicina di famiglia. È necessaria per contro flessibilità nell'ulteriore sviluppo sostenibile dell'attuale offerta di prestazioni che porta alla creazione di una medicina di base meglio coordinata, corrispondente ai bisogni, di alta qualità e al tempo stesso economica. Una medicina di questo genere può essere assicurata solo con la partecipazione di tutti i professionisti attivi nella medicina di base, a beneficio dei pazienti.

4.3.3 Finalità e richieste eccessive dell'iniziativa

Le rivendicazioni dell'iniziativa sono troppo radicali nei seguenti settori:

Formazione e perfezionamento

La richiesta di istituti universitari e ordinariati completi per la medicina di famiglia interviene eccessivamente nelle competenze cantonali e nell'autonomia delle scuole universitarie. Una competenza federale che si sovrappone alle competenze cantonali, limitata a un unico indirizzo professionale, va quindi evitata.

Nell'ambito del perfezionamento è l'organizzazione di categoria della medicina umana (la FMH o l'Istituto svizzero per la formazione medica) a definire i singoli contenuti dei cicli di perfezionamento nell'ambito delle disposizioni di legge e a presentarle al Dipartimento federale dell'interno (DFI) per l'accreditamento. Con l'iniziativa si potrebbe chiedere che, nel caso in cui non fosse presentato nella forma auspicata (cfr. n. 3.4), il previsto curriculum «medico di famiglia» sia prescritto in dettaglio dalla Confederazione. Non vi è tuttavia alcun motivo di emanare tali prescrizioni derogando alla collaudata ripartizione dei compiti tra la Confederazione e gli attori privati nell'ambito del perfezionamento.

Ricerca

Nel quadro dei Programmi nazionali di ricerca, gli istituti della medicina di famiglia possono candidarsi alle stesse condizioni valide per tutte le altre discipline. Attualmente, la Confederazione non dispone volutamente di alcuna possibilità di influsso diretto sull'attribuzione di tali programmi di ricerca. In virtù dell'imperativo della parità di trattamento e della libertà della ricerca sarebbe estremamente problematico se la Confederazione emanasse unilateralmente prescrizioni o indicazioni a favore della medicina di famiglia.

Accesso assicurato alla professione

Se, da un lato, tenuto conto della libertà economica e del principio della parità di trattamento sarebbe urtante se la Confederazione favorisse, come rivendicato, unicamente i medici di famiglia, dall'altro non si vede come la Confederazione potrebbe assicurare su vasta scala l'accesso alla professione a una categoria professionale in generale. La formulazione aperta di questa rivendicazione potrebbe anche sollevare difficoltà nella ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni.

Inoltre la Confederazione e i Cantoni sarebbero privati di qualsiasi possibilità di controllo. Sarebbero così escluse durevolmente tutte le forme di limitazione delle autorizzazioni per i medici di famiglia, malgrado si stia delineando un'offerta ecce-

dentaria più che una penuria di medici di base. Un eventuale aumento quantitativo risultante da tale offerta avrebbe corrispondenti ripercussioni finanziarie durevoli.

Semplificazioni amministrative e forme moderne di esercizio della professione

La ricerca di semplificazioni a livello amministrativo e la loro implementazione sono un compito permanente. Proprio nell'ambito dell'esame dell'economicità, i partner interessati devono cercare soluzioni congiunte (cfr. le iniziative parlamentari Heim (07.483), Meyer-Kälin (07.484) e Cassis (07.485) «Pari trattamento per i medici generici» e n. 8). In linea di massima una documentazione adeguata dell'attività medica è necessaria e deve essere accettata in vista del coordinamento del rimborso delle prestazioni da parte delle assicurazioni sociali, nella misura in cui le relative spese amministrative siano paragonabili a quelle di altre piccole imprese di altri rami. L'intervento statale nella libertà dell'economia privata di dar vita a modelli moderni di esercizio della professione, rivendicato dall'iniziativa, nasconde il pericolo di una sovraregolamentazione e quindi di un incremento delle spese amministrative. Ciò minaccerebbe la libertà economica e potrebbe addirittura ostacolare l'iniziativa individuale.

5 Conclusioni

Per il Consiglio federale, la medicina di famiglia è un importante pilastro della medicina di base. Varie rivendicazioni dell'iniziativa, legittime anche secondo il Consiglio federale, sono quindi già state adempiute a livello di legge e di ordinanza, mentre per altre rivendicazioni sono state avviate o previste misure (cfr. n. 8). Inoltre, già oggi i medici di famiglia sono integrati in vari gruppi di lavoro e piattaforme della Confederazione e dei Cantoni. Nell'ambito del Dialogo Politica nazionale della sanità, istituito tra la Confederazione e i Cantoni, nel 2006 sono stati creati da un lato il gruppo di lavoro Nuovi modelli di assistenza per la medicina di base e dall'altro il Forum assistenza medica di base. I medici di famiglia sono inoltre invitati a partecipare al gruppo di lavoro Interprofessionalità nell'ambito della piattaforma Futuro della formazione medica. Nella stessa piattaforma, ma nell'ambito del gruppo di lavoro Finanziamento del perfezionamento medico è cercata tra l'altro una soluzione al finanziamento dell'assistenza in studio medico (perfezionamento in uno studio medico). Infine, più volte all'anno si tengono incontri tra il direttore dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e rappresentanti della medicina di famiglia. I medici di famiglia sono inoltre coinvolti regolarmente quando sono interessati dal profilo tematico ad attività della Confederazione (p. es. vaccinazioni contro l'influenza, programmi di prevenzione).

Il Consiglio federale è però d'accordo con i promotori dell'iniziativa nel dire che sono necessari altri sforzi per garantire una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti. Come illustrato, l'iniziativa è però inadatta per diversi aspetti per risolvere in modo mirato i problemi esistenti.

Con l'accettazione dell'iniziativa, la medicina di famiglia sarebbe infatti posta al centro e diverrebbe l'unica categoria professionale dell'assistenza di base menzionata nella Costituzione. Sarebbe una situazione inadeguata non solo in virtù del principio della parità di trattamento: anche le tendenze di sviluppo vanno chiaramente in direzione di un'assistenza medica di base coordinata, in cui la medicina di famiglia

svolge sicuramente un ruolo centrale, assicurato però già oggi anche da altri professionisti, medici e non. Inoltre la problematica del ricambio generazionale, soprattutto nelle regioni periferiche, non riguarda solo i medici di famiglia. Effettivamente, oggi in Svizzera sono formati troppo pochi medici di famiglia, ma anche troppo pochi medici di altri indirizzi e professionisti sanitari di altre categorie professionali, ad esempio infermieri (cfr. n. 4.3.2).

Sono inoltre problematici l'elevato grado di dettaglio dell'iniziativa e al tempo stesso le sue formulazioni poco chiare. Nel testo costituzionale, sono utilizzati nel contesto della medicina di famiglia vari termini non definiti chiaramente. Come illustrato (cfr. n. 4.2.1) e come ammesso anche dai promotori dell'iniziativa²², già l'espressione «medicina di famiglia» è poco chiara. Una terminologia imprecisa è utilizzata anche nei capoversi 1 e 2: non è chiaro se tutta l'«assistenza medica» debba essere fornita dalla medicina di famiglia (cpv. 1) o se quest'ultima costituisca solo un «elemento essenziale delle cure di base» (cpv. 2). Sono poi utilizzati diversi concetti giuridici vaghi, ad esempio «di regola, quale prima risorsa» o «accesso assicurato alla professione». Il timore che si possa derivarne sempre nuove richieste si manifesta già nel catalogo delle rivendicazioni elaborato dai promotori parallelamente all'iniziativa e adeguato al controprogetto diretto durante la procedura di consultazione. Alcuni obblighi costituzionali che scaturiscono dal testo dell'iniziativa per la Confederazione sono problematici sia per motivi giuridici sia per motivi politici (p. es. l'accesso assicurato alla professione). Infine, la terminologia poco chiara o imprecisa suscita difficoltà a livello di delimitazione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni: alla fine non è chiaro quali competenze siano attribuite dalla Costituzione alla Confederazione secondo il capoverso 4 (p. es. in relazione alle rivendicazioni concernenti la creazione e la dotazione degli istituti universitari per la medicina di famiglia o la riorganizzazione dei servizi di pronto soccorso). Nell'ambito della consultazione sul controprogetto diretto è inoltre emerso che i Cantoni sono fermamente contrari a trasferimenti di competenze alla Confederazione, in particolare se ciò non è associato anche all'assunzione degli oneri finanziari (cfr. n. 6.2).

Le conseguenze finanziarie in caso di accettazione dell'iniziativa sono difficili da stimare: occorre stabilire se l'estensione delle prestazioni della medicina di famiglia e la loro remunerazione adeguata sono finanziate mediante una redistribuzione a carico degli specialisti o se devono essere compensate mediante aumenti dei premi o delle imposte. A ciò si aggiungono le risorse che dovrebbero essere stanziare per la promozione specifica della ricerca a favore della medicina di famiglia, nonché il finanziamento delle infrastrutture universitarie richieste.

Con l'accesso assicurato alla professione, che nelle spiegazioni concernenti l'iniziativa è inteso quale abrogazione durevole di tutte le limitazioni delle autorizzazioni ai sensi dell'articolo 55a LAMal (blocco delle autorizzazioni) e rinuncia a qualsiasi clausola del bisogno, sarebbe esclusa qualsiasi possibilità di controllo in caso di offerta eccessiva in generale o limitata a singole regioni. Secondo il Consiglio federale, una simile disposizione costituzionale si spinge troppo oltre e non produce gli effetti sperati. Anche altre rivendicazioni dell'iniziativa sono associate a conseguenze imprevedibili – come illustrato sopra.

²² Cfr. www.jhz.ch > Initiative > Commentaires n. 3.1 (in francese)

Viceversa, varie richieste giustificate sono già state adempiute o stanno per essere realizzate: nel progetto di revisione della legge del 23 giugno 2006²³ sulle professioni mediche (LPMed) ci si è concentrati sull'importanza di un perfezionamento qualificato dei medici generici, come assicurato già oggi dal nuovo titolo di perfezionamento in medicina interna generale. Inoltre, come menzionato sopra, già dal 2006 la Confederazione e i Cantoni si occupano intensamente dei problemi e delle prospettive della medicina di famiglia nell'ambito di gruppi di lavoro congiunti. La Confederazione ha inoltre sostenuto vari progetti dei medici di famiglia nell'ambito della ricerca settoriale e consentito l'interconnessione con altri servizi federali e cantonali. Anche nell'ambito dell'indennizzo, le ripercussioni delle misure in particolare sui medici di base sono osservate e valutate (cfr. n. 8, monitoraggio dell'elenco delle analisi).

Per tutti questi motivi, il Consiglio federale respinge l'iniziativa.

6 Controprogetto diretto: punti essenziali del progetto

6.1 Introduzione

Il controprogetto diretto mira ad ancorare nella Costituzione, in prospettiva futura, la medicina di base, all'interno della quale svolge un ruolo importante la medicina di famiglia. A differenza dell'iniziativa, il controprogetto è imperniato su una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti. La Confederazione e i Cantoni sono tenuti ad adoperarsi a favore di questa assistenza di base. Il controprogetto diretto dà quindi una risposta più completa e mirata ai problemi attuali e futuri. Esso rinuncia però a istituire un nuovo sistema di ripartizione delle competenze in materia di assistenza sanitaria tra la Confederazione e i Cantoni e ad adottare misure interventiste. Sono invece completate le competenze esistenti della Confederazione in materia di formazione e perfezionamento, nonché di esercizio della professione (cpv. 2). La Confederazione deve inoltre poter adottare misure di assicurazione della qualità delle prestazioni (cfr. cpv. 3 lett. b).

6.2 Risultati della consultazione

Nell'ambito della consultazione sono pervenuti complessivamente 115 pareri. Una descrizione dettagliata dei pareri figura nel rapporto sulla procedura di consultazione²⁴.

Hanno preso posizione 25 Cantoni, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), sette dei 13 partiti contattati, due associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, nonché cinque delle otto associazioni mantello nazionali dell'economia contattate. Delle 10 organizzazioni intercantionali interpellate, 7 hanno espresso il loro parere. Da parte dei medici sono pervenuti complessivamente 26 pareri, di cui 11 di medici di famiglia e pediatri. Sono giunte reazioni anche da federazioni e associazioni di altre professioni sanitarie (11 pareri), nonché da rappresentanti e istituzioni del settore

²³ RS 811.11

²⁴ www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2011.html#EDI

della formazione (13 pareri). Sono poi pervenuti 11 pareri che rientrano nella protezione dei pazienti e dei consumatori, nella promozione della salute o nella sfera della terza età. Hanno infine preso posizione associazioni di ospedali, l'industria farmaceutica, nonché le assicurazioni e le loro associazioni (7 pareri).

22 pareri erano chiaramente favorevoli, mentre 46 erano a favore di un controprogetto diretto ma con adeguamenti sostanziali. 47 pareri erano invece contrari a un controprogetto diretto. 5 pareri si sono schierati a favore di una soluzione comprendente misure da attuare mediante un adeguamento del diritto vigente (controprogetto indiretto).

Tra i Cantoni, 17 si sono schierati a favore di un controprogetto diretto adeguato. La maggior parte di essi ha fatto riferimento al parere tipo della CDS, che critica il controprogetto diretto posto in consultazione poiché non si limita all'assistenza ambulatoriale di base e ridisciplina in parte la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni. Inoltre, il concetto di assistenza di base non è definito abbastanza chiaramente, le condizioni d'intervento della Confederazione non sono descritte in misura sufficiente e la questione dell'equivalenza fiscale (corrispondenza tra la competenza fiscale e il finanziamento) non è stata chiarita. Otto Cantoni hanno espresso un netto rifiuto e due Cantoni hanno indicato di privilegiare un controprogetto indiretto.

Sul fronte del corpo medico, la FMH apprezza la decisione del Consiglio federale di contrapporre all'iniziativa un controprogetto diretto, lanciando così un segnale a favore del miglioramento della medicina di famiglia. La FMH ha inoltre espresso una certa simpatia per la proposta di estendere la disposizione costituzionale alla medicina di base, ma dal punto di vista materiale considera inefficace il controprogetto posto in consultazione. Si è espressa in modo analogo anche l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM).

Le associazioni nazionali e cantonali di medici di famiglia e pediatri hanno invece respinto con decisione il controprogetto posto in consultazione. Erano contrarie anche la maggior parte delle società mediche cantonali, nonché la Conferenza delle società mediche cantonali. Il controprogetto diretto è stato respinto poiché recepisce in misura insufficiente le rivendicazioni dell'iniziativa volte a risolvere i problemi dei medici di famiglia. In particolare, Medici di famiglia Svizzera critica il fatto che il Consiglio federale abbia colto l'occasione dell'iniziativa popolare per ancorare un articolo fondamentale sulla medicina di base, senza però contribuire alla soluzione dei problemi della medicina di famiglia. Il controprogetto diretto posto in consultazione è stato definito da molti statalista e dirigente.

Il controprogetto diretto è stato respinto anche dal Partito popolare democratico svizzero PPD, dal Partito ecologista svizzero, dal Partito cristiano sociale PCS e dal Partito socialista svizzero PS. L'Unione Democratica di Centro UDC e il Partito liberale radicale svizzero PLR sono contrari sia all'iniziativa sia al controprogetto diretto. Solo il Partito dei Verdi Liberali PVL riconosce nel controprogetto diretto il potenziale di un'alternativa all'iniziativa popolare.

I partecipanti alla consultazione che hanno approvato il controprogetto diretto (p. es. categorie professionali non mediche, ospedali, la maggior parte degli assicuratori, parti delle istituzioni della formazione) hanno accolto favorevolmente soprattutto il fatto che il controprogetto diretto mira ad assicurare una medicina di base di alta qualità completa, integrata, accessibile a tutti e interdisciplinare. Questo orientamento è stato salutato come innovativo e globale. Esso mette al centro l'interesse dei

pazienti e favorisce un'assistenza medica di base integrata, che supera i confini della medicina ambulatoriale. È stata respinta chiaramente in particolare l'idea di riservare uno statuto speciale a livello costituzionale a un'unica categoria professionale, vale a dire a quella dei medici di famiglia.

In considerazione delle critiche relative ad alcuni elementi del progetto posto in consultazione, il Consiglio federale presenta alle Camere federali un controprogetto che non contiene più competenze sussidiarie a favore della Confederazione. Esso conserva tuttavia l'orientamento fondamentale a favore di un'assistenza di base fornita non esclusivamente da una categoria professionale di medici – i medici di famiglia – come auspicato dalla maggioranza dei Cantoni, nonché da numerosi altri partecipanti alla consultazione. Il seguente disegno si limita quindi alle misure necessarie dal punto di vista dell'assistenza, a complemento delle regolamentazioni e competenze esistenti.

6.3 Testo

Il controprogetto diretto all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» ha il seguente tenore:

Art. 117a Cost. Medicina di base

¹ Nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni si adoperano a favore di una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti. Entrambi riconoscono e promuovono la medicina di famiglia come componente fondamentale della medicina di base.

² La Confederazione emana prescrizioni sulla formazione e sul perfezionamento per le professioni della medicina di base, nonché sui requisiti per l'esercizio delle stesse.

³ Essa può:

- a. partecipare all'elaborazione di basi volte a sviluppare ulteriormente e a coordinare la medicina di base;
- b. adottare misure volte a garantire la qualità delle prestazioni.

6.4 Collocazione nella sistemica

L'integrazione della presente disposizione costituzionale sulla medicina di base tra le norme sulla competenza finalizzate alla protezione della salute e della personalità (art. 118–119a Cost.²⁵) appare illogica.²⁶ Per preservare il legame tra l'articolo 117 e le altre disposizioni sulla sicurezza sociale, la nuova disposizione deve essere inserita nella Costituzione come nuovo articolo 117a Cost.

²⁵ Solo l'art. 118a (Medicina complementare) non mira in primo luogo alla protezione della salute e della personalità.

²⁶ L'iniziativa popolare chiede l'introduzione della disposizione nella Costituzione federale quale art. 118b. In questa collocazione, il 7 marzo 2010 è però entrato in vigore l'art. 118b (Ricerca sull'essere umano).

Il controprogetto diretto mira a garantire un'assistenza medica di base di alta qualità accessibile a tutti. Di fronte ai cambiamenti demografici e alle sfide correlate per il sistema sanitario (più malati cronici o affezioni multiple), in futuro la sanità dovrà svilupparsi in direzione di nuove forme di assistenza integrate e interprofessionali. Un elemento essenziale a tal fine è la stretta collaborazione tra le varie professioni sanitarie. Per questo motivo è importante una regolamentazione armonizzata della formazione e del perfezionamento per tutte le professioni sanitarie della medicina di base. La definizione su scala nazionale di requisiti per l'esercizio della professione portano inoltre a un'unificazione sensata conformemente alla legge federale del 6 ottobre 1995²⁷ sul mercato interno e di conseguenza a un'agevolazione dei compiti cantonali di vigilanza ed esecuzione nell'ambito delle professioni sanitarie. La Confederazione deve poter sostenere i vari attori anche nell'ambito dell'ulteriore sviluppo e del coordinamento della medicina di base. La Confederazione deve inoltre adottare misure adeguate per garantire la qualità.

Cpv. 1

La norma costituzionale esordisce con una disposizione programmatica, che non modifica in alcun modo la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni. Il capoverso 1 conferisce un mandato generale agli attori statali, senza tuttavia imporre loro il raggiungimento di un risultato da cui singole categorie professionali possano derivare un diritto diretto a un'azione dello Stato. Contrariamente all'iniziativa, la disposizione non pone al centro gli interessi di una categoria professionale, bensì i bisogni della popolazione in materia di medicina di base, a favore della quale gli enti pubblici devono adoperarsi nell'ambito dei rispettivi compiti. La descrizione della medicina di base (in tedesco *medizinische Grundversorgung*. Va ricordato, per inciso, che l'utilizzazione e la definizione del termine tedesco *Grundversorgung* si ispirano anche alla Costituzione²⁸ e alle leggi federali²⁹) è orientata al bisogno corrente della popolazione di beni e servizi medici fondamentali quali la prevenzione, la cura, la riabilitazione e le cure palliative. Le prestazioni della medicina di base non sono fornite da una sola categoria professionale, bensì da diversi professionisti e istituzioni. Per la descrizione della medicina di base è importante che le sue prestazioni fondamentali siano, potenzialmente o effettivamente, richieste per esperienza regolarmente dalla popolazione in generale o da singoli gruppi di popolazione e che ciò sarà il caso anche in futuro. Inoltre, la medicina di base può essere distinta da quella fornita nell'ambito del diritto all'aiuto in *situazioni di bisogno* (art. 12 Cost.), in quanto le sue prestazioni vanno oltre l'aiuto medico minimo fornito a ogni persona in una situazione di bisogno e in misura adeguata solo alle circostanze concrete del singolo caso. Viceversa, essa non include *tutte le prestazioni dell'assistenza sanitaria*, come quelle richieste solo sporadicamente (p. es. trattamento di malattie molto rare) o che, per altri motivi (p. es. disponibilità di conoscenze specialistiche per particolari quadri clinici, requisiti qualitativi, elevate esigenze tecniche o ripercussioni finanziarie), possono essere offerte unicamente in forma

²⁷ RS 943.02

²⁸ Art. 43a cpv. 4 e art. 92 cpv. 2 Cost.; cfr. anche avamprogetto del 27 agosto 2010 sul nuovo articolo 41a Cost. (FF 2010 5003).

²⁹ Art. 1 cpv. 2 della legge del 30 aprile 1997 sulle telecomunicazioni (RS 784.10); sezione 1 del capitolo 2 della legge del 23 marzo 2007 sull'approvvigionamento elettrico (RS 734.7).

concentrata. Questa offerta specializzata è necessaria per la cura della salute, ma è disciplinata dall'articolo 41 Cost. (cfr. anche n. 9.6). Il fatto che nel presente articolo sia menzionata unicamente la medicina di base non sminuisce l'importanza dell'assistenza sanitaria nel complesso.

L'assistenza di base è *accessibile a tutti* solo se le relative prestazioni possono essere offerte in tempo utile all'intera popolazione e in tutte le regioni del Paese. Questa prescrizione include quindi le dimensioni geografica, finanziaria e sociale: ha un impatto sia sulle regioni lontane dai centri urbani, sia sui gruppi di popolazione che, a causa di limitazioni dovute all'età o alle condizioni di salute, necessitano di un'offerta di prestazioni assistenziali di base in loco. È altresì indispensabile che sia garantita la finanziabilità soprattutto da parte dei pazienti; in caso contrario le sue prestazioni non sarebbero più di fatto accessibili. Il compito di concretizzare e, all'occorrenza, differenziare l'accesso a singole categorie di prestazioni sulla scorta di questi aspetti è ancora una volta lasciato agli organi competenti della Confederazione e dei Cantoni.

Il requisito secondo cui l'assistenza di base deve essere *di alta qualità* implica, tra l'altro, che i professionisti sanitari dispongano di una formazione e di un perfezionamento concertati e le prestazioni siano fornite di comune intesa e in interconnessione tra loro. Per garantire un'assistenza di alta qualità, inoltre, le prestazioni devono essere fornite nella misura necessaria, evitando un'assistenza eccessiva o insufficiente. Infine, è necessario prestare attenzione alla garanzia della qualità nella fornitura delle prestazioni. Prestazioni di alta qualità contribuiscono a evitare complicazioni e si ripercuotono quindi favorevolmente anche sui costi. La disposizione costituzionale non specifica nel dettaglio quali prescrizioni e quali misure vengono introdotte o attuate dalle autorità e nella prassi. Su questo punto si rimanda però alla strategia del Consiglio federale in materia di qualità.

Nell'ambito della medicina di base è menzionata espressamente la *medicina di famiglia come una componente fondamentale*, visto che – anche se non in modo esclusivo – ne costituisce la spina dorsale e svolge o può svolgere una funzione importante ai fini dell'assistenza globale dei pazienti. Nel contempo stabilisce però chiaramente che la medicina di base non può essere monopolizzata né dai medici di famiglia né da altre categorie professionali mediche o non mediche. Visto il carattere sempre più interdisciplinare dell'assistenza di base, ciò sarebbe poco lungimirante e un'eventuale penuria di medici di famiglia potrebbe addirittura metterla a repentaglio. Come indicato nella documentazione dell'iniziativa, il concetto di medicina di famiglia è di uso comune nel linguaggio corrente, ma tra gli specialisti è regolarmente oggetto di discussioni.

Nell'ambito della disposizione proposta, la medicina di famiglia è intesa come un campo di attività medica focalizzato prevalentemente sull'assistenza primaria di cui devono tener conto, tra l'altro, anche i requisiti posti alla formazione e al perfezionamento. Il compito di decidere quali titoli di perfezionamento medico attribuire alla medicina di famiglia viene però lasciato al legislatore.³⁰

Il presente progetto, quindi, definisce sulla falsariga di disposizioni costituzionali analoghe³¹ l'orientamento generale al quale gli enti pubblici devono attenersi nell'ambito delle loro competenze. Pertanto, ogni volta che operano nel settore della

³⁰ Cfr. per la legislazione vigente: art. 55a LAMal; allegato I LPMed.

³¹ Art. 61a cpv. 3, nonché art. 89 cpv. 1 Cost.

medicina di base, gli organi federali e cantonali (unitamente ai Comuni) incaricati di stabilire e di applicare il diritto sono tenuti a perseguire questi obiettivi. Per contro, il principio di sussidiarietà (art. 5a Cost.) stabilisce già – e per questo motivo non viene più ribadito – che quando lo Stato interviene anche nel settore della medicina di base deve sempre farlo a complemento della responsabilità personale e dell’iniziativa privata.

Cpv. 2

Per raggiungere gli obiettivi prescritti in questa disposizione, ossia una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti, è fondamentale che tutti gli specialisti coinvolti ricevano una formazione e un perfezionamento che tengano conto delle esigenze di tale assistenza.

In questo contesto, per formazione e perfezionamento si intende un processo continuo che comprende la formazione professionale di base, la formazione nelle scuole specializzate superiori, nelle scuole universitarie professionali e negli atenei, la formazione professionale continua e il perfezionamento accademico post-laurea. Il perfezionamento serve ad approfondire e ad ampliare le competenze acquisite nel corso della formazione oppure a specializzarsi in un determinato settore o campo di attività. L’attribuzione dei cicli alla formazione o al perfezionamento non è definita in modo generale nella Costituzione, ma spetta piuttosto al legislatore stabilirla tenendo conto della terminologia correntemente in uso nel rispettivo campo.

Alla luce di queste considerazioni, il capoverso 2 conferisce alla Confederazione la competenza di disciplinare la formazione e il perfezionamento delle professioni della medicina di base e la legittimazione a introdurre nei corrispondenti regolamenti sulla formazione e sul perfezionamento aspetti di politica sanitaria e assistenziale, come ad esempio una migliore armonizzazione dei diversi profili di competenza finalizzata a una collaborazione più efficace e meglio coordinata. Vi è inoltre la possibilità, mediante la prescrizione di obiettivi, di disciplinare a livello legislativo particolari conoscenze, attitudini e capacità riguardanti la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale con specialisti di altre professioni, le basi legali del sistema di sicurezza sociale e del sistema sanitario svizzeri o la valutazione dell’efficacia, dell’adeguatezza e dell’economicità delle prestazioni. La Confederazione potrebbe inoltre disciplinare le condizioni di accesso alla formazione e al perfezionamento.

Inoltre, la Confederazione ha la possibilità di partecipare a progetti di base dei Cantoni riguardanti, ad esempio, lo stato e lo sviluppo dei bisogni di formazione e perfezionamento, senza emanare prescrizioni. Una tale partecipazione permette di trarre conclusioni sulla qualità e sulla quantità di tale offerta che si rivelano determinanti per poter disporre di un numero sufficiente di professionisti sanitari competenti e garantire l’assistenza medica di base.

Il capoverso 2 permette altresì di emanare disposizioni unitarie a livello federale concernenti le condizioni di esercizio di tali professioni. Requisiti unitari a livello svizzero per l’esercizio della professione sotto la propria responsabilità hanno senso anche nell’ottica della legge sul mercato interno. La Confederazione chiarisce così anche su scala nazionale la questione delle competenze abilitanti all’esercizio della professione nelle varie funzioni e responsabilità. Ciò consente un ulteriore sviluppo in direzione di competenze più estese per le categorie professionali e, di conseguenza, in direzione di nuovi modelli di assistenza integrata e interprofessionale. Visti i

diversi campi di attività aperti a ciascuna di queste professioni, il legislatore federale dovrà orientare se necessario eventuali prescrizioni alle specificità delle singole professioni.

I professionisti attivi nella medicina di base non sono esclusivamente i medici comunemente denominati «di base» (p. es. specialisti in medicina interna generale o in pediatria, medici generici) o «di famiglia».³² Infatti, anche altri professionisti sanitari medici (p. es. psichiatri, cardiologi, ginecologi) e non medici (in particolare odontoiatri, farmacisti e infermieri, ma anche p. es. assistenti di studio medico, dietisti, ergoterapisti, fisioterapisti, tecnici di radiologia medica e soccorritori sanitari) forniscono un contributo importante alla medicina di base. La Confederazione emanerà regolamenti sulla formazione e sul perfezionamento professionale a diversi livelli formativi: universitario (p. es. medico, farmacista), universitario professionale (livello terziario A, p. es. infermiere SUP, dietista) e professionale superiore (livello terziario B, p. es. infermiere SSS). Il compito di definire in dettaglio la cerchia degli specialisti attivi nella medicina di base spetterà al legislatore.

La presente disposizione assegna quindi alla Confederazione una competenza che va oltre quella sancita dalle pertinenti disposizioni costituzionali esistenti (cfr. n. 9.3 e n. 9.4), consentendole di fissare obiettivi di politica sanitaria e assistenziale riguardanti la formazione e il perfezionamento, nonché l'esercizio della professione. Oltre alle professioni già disciplinate (p. es. professioni mediche universitarie secondo la LPMed), la Confederazione potrà anche emanare regolamenti sulla formazione e sul perfezionamento per altre professioni della medicina di base, segnatamente a livello di scuole universitarie professionali. A questo livello potrà anche regolamentare l'esercizio della professione, se ciò appare utile e appropriato. A livello della formazione professionale, le professioni sanitarie sono disciplinate in modo già esaustivo nella legge del 13 dicembre 2002³³ sulla formazione professionale (LFPr). In questo settore non si tratta di introdurre una legislazione parallela, ma di garantire la necessaria coerenza materiale. Se del caso, sempre in questo settore il legislatore avrà la possibilità di disciplinare l'esercizio della professione.

Tale competenza non tange tuttavia né le modalità di finanziamento previste dalle disposizioni costituzionali sulla formazione, né le strutture formative che ne risultano. Secondo la legge dell'8 ottobre 1999³⁴ sull'aiuto alle università (LAU) e la legge federale del 6 ottobre 1995³⁵ sulle scuole universitarie professionali – in futuro secondo la legge federale sull'aiuto alle scuole universitarie e sul coordinamento nel settore universitario svizzero³⁶ – la Confederazione finanzia già oggi ampiamente la formazione a livello universitario mediante sussidi di base, sussidi agli investimenti e sussidi subordinati a progetti.

Cpv. 3

Conformemente al capoverso 3 *lettera a*, la Confederazione può partecipare all'elaborazione di basi volte a sviluppare ulteriormente e a coordinare la medicina di base.

³² Cfr. art. 55a cpv. I LAMal

³³ RS **412.10**

³⁴ RS **414.20**

³⁵ RS **414.71**

³⁶ FF **2009 3925**

Questo capoverso non attribuisce nuove competenze legislative alla Confederazione. L'assicurazione della medicina di base rimane piuttosto un compito dei Cantoni. Va invece promossa la possibilità di una partecipazione della Confederazione all'elaborazione delle basi, all'ulteriore sviluppo e al coordinamento dell'organizzazione dell'assistenza medica di base.

La partecipazione della Confederazione non può limitarsi a un sostegno in materia di personale o specialistico. Se del caso, la disposizione serve anche quale base per una partecipazione finanziaria adeguata.

Il coinvolgimento a livello specialistico o finanziario della Confederazione si limita ai *progetti di base*. Questi ultimi includono, ad esempio, le attività di coordinamento, la partecipazione e il sostegno all'elaborazione di strategie, la raccolta di dati fondamentali o la realizzazione di progetti pilota e di ricerca, nonché di valutazioni. Si tratta di progetti condivisi dai Cantoni e, in genere, limitati nel tempo. È invece escluso un impegno finanziario duraturo della Confederazione riguardante l'infrastruttura dell'offerta. «Partecipazione» della Confederazione significa che essa non è responsabile, ma interviene unicamente se l'iniziativa è presa dai Cantoni e la realizzazione è di competenza di questi ultimi.

Tra gli ambiti tematici a cui la Confederazione potrebbe partecipare figurano i progetti cantonali volti a sviluppare strutture dell'offerta sanitaria nelle regioni periferiche o la valutazione di modelli di assistenza innovativi.

Secondo la *lettera b*, la Confederazione può adottare misure di propria iniziativa, se sono necessarie per *garantire la qualità* delle prestazioni. Se del caso, le corrispondenti misure e il loro finanziamento dovranno essere ancorate nella legge.

Per garantire la qualità delle prestazioni fornite nell'ambito della medicina di base, la Confederazione può adottare misure che consentono, ad esempio, di migliorare il «Disease Management» lungo l'intera catena del trattamento. Può trattarsi di prestazioni preventive, curative, riabilitative o anche palliative. Possono essere utili condizioni uniformi anche in relazione all'elaborazione di indicatori di qualità o all'applicazione di criteri per la garanzia della qualità. La Confederazione può inoltre contribuire all'applicazione rafforzata di linee guida riconosciute per il trattamento di malati cronici (p. es. diabete, insufficienza cardiaca).

8 Richieste dell'iniziativa già soddisfatte o in corso di attuazione

Le seguenti rivendicazioni dell'iniziativa sono già state soddisfatte o sono in corso di attuazione³⁷:

³⁷ Una descrizione dettagliata delle misure menzionate qui di seguito, nonché di altri interventi in un contesto più ampio si trovano nel rapporto del Consiglio federale in adempimento della mozione Jacqueline Fehr 08.3608 «Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base» del 2 ottobre 2008. Inoltre, il rapporto propone differenti raccomandazioni per un maggiore sostegno della medicina di base, nonché per lo sviluppo ulteriore di forme di assistenza adeguata.

Formazione e perfezionamento

Il progetto di revisione della LPMed prevede un adeguamento degli obiettivi della formazione e del perfezionamento riguardanti la medicina di base³⁸. Sono ovviamente incluse competenze che rientrano nella medicina di famiglia.

La creazione del titolo di perfezionamento federale «Medicina interna generale»³⁹, in stretta collaborazione con rappresentanti della medicina di famiglia, ha risposto a bisogni essenziali sia dei medici di famiglia sia dei medici di base in ambito stazionario.

Assistenza in studio medico

Dato che attualmente il perfezionamento avviene in pratica esclusivamente nell'ambito dell'attuale struttura di assistenza stazionaria, orientata prevalentemente alla cura di casi acuti, la rivendicazione dei medici di base di un perfezionamento vicino alla pratica è stata sostenuta dai Cantoni: con l'introduzione dell'assistenza in studio medico (perfezionamento in ambulatori medici di base, centri della salute), questa richiesta è stata attuata nella maggior parte dei Cantoni sotto forma di progetti pilota. Questa soluzione è stata elaborata e supervisionata nell'ambito del gruppo di lavoro Assistenza medica di base, istituito dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e dall'UFSP, su mandato del Dialogo Politica nazionale della sanità.⁴⁰

Rafforzamento dell'insegnamento e della ricerca

Per sostenere gli istituti della medicina di famiglia quali centri di competenza dell'insegnamento e della ricerca presso le università e coordinare meglio i loro sforzi in tutta la Svizzera, il 24 febbraio 2011 questi istituti sono stati invitati dalla Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca (SER), su iniziativa dell'UFSP, e istruiti sulla possibilità e sulla procedura per ricevere sussidi subordinati a progetti ai sensi della LAU. In generale è auspicabile una promozione sistematica di progetti di ricerca fondamentale sull'assistenza medica, nell'ambito dei quali devono essere presi in considerazione anche temi legati alla medicina di famiglia.

Accesso assicurato alla professione

Nel contesto dei lavori di revisione della legge federale sull'assicurazione malattie sono state previste eccezioni alle limitazioni delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione malattie per le persone in possesso di determinati titoli di perfezionamento federali (medicina generale, medicina generica, medicina interna, pediatria).⁴¹

³⁸ Cfr. progetto del 29 giugno 2011 posto in consultazione.

³⁹ Cfr. allegato 1 LPMed

⁴⁰ Rapporto su mandato del gruppo di lavoro Assistenza medica di base della CDS e del DFI: Grundanforderungen für die Praxisweiterbildung angehender HausärztInnen (Praxisassistenten), ottobre 2007.

⁴¹ Iniziativa parlamentare 09.400 «Soluzione transitoria: blocco delle autorizzazioni»

Riorganizzazione dei servizi di pronto soccorso

Per sgravare i medici di base dal servizio di pronto soccorso, nell'ambito del gruppo di lavoro congiunto Assistenza medica di base della CDS e dell'UFSP sono state elaborate numerose proposte di soluzione.⁴² Il gruppo di lavoro ha raccomandato tra l'altro un rafforzamento della cooperazione tra i medici di turno e gli ospedali, nonché altri centri medicalizzati (ambulatori, call center). Molte di queste raccomandazioni concrete sono state accolte: in molte regioni l'assistenza di urgenza è così stata riorganizzata in funzione delle condizioni locali e delle preferenze.

Estensione e remunerazione adeguata delle prestazioni della medicina di famiglia

In seguito alla revisione dell'elenco delle analisi, l'UFSP ha avviato un monitoraggio. Il rapporto finale è atteso per novembre 2011. In base ai risultati di un secondo rapporto intermedio si tratterà di valutare se mantenere il supplemento transitorio a tempo determinato per tutti i laboratori o solo per i laboratori di studio medico o se sostituirlo con un'altra regolamentazione. Un eventuale adeguamento dell'elenco delle analisi potrebbe entrare in vigore già nel 2012.

In relazione al Tarmed e alle critiche nei confronti della *struttura tariffaria*, in Parlamento è pendente l'iniziativa parlamentare del 24 marzo 2011 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (11.429 «Tarmed. Competenza sussidiaria del Consiglio federale»), che prevede la competenza sussidiaria del Consiglio federale di adeguare la struttura tariffaria (art. 43 cpv. 5^{bis} LAMal). Secondo l'iniziativa, il Consiglio federale deve poter decidere adeguamenti alla struttura tariffaria se questa non si rivela più corretta e le parti non riescono ad accordarsi su una revisione. L'iniziativa parlamentare è stata depositata in seguito al blocco dell'ulteriore sviluppo delle tariffe tra i partner tariffari. Nel maggio 2011, il capo del DFI ha pertanto sentito i partner tariffari in merito allo stato delle trattative tariffarie. Nell'ambito di questo colloquio sono stati convenuti alcuni capisaldi della revisione e un termine fino all'autunno del 2011 per un progetto di revisione dei partner tariffari. Per la proposta di revisione del Tarmed al Consiglio federale è stato presa in considerazione come termine la fine del 2012. Tra gli obiettivi della revisione figurano fra l'altro la valorizzazione delle prestazioni intellettuali rispetto a quelle tecniche e una semplificazione della struttura tariffaria. La valorizzazione delle prestazioni intellettuali deve andare a beneficio soprattutto dei medici di base, mentre la semplificazione della struttura tariffaria contribuisce allo sgravio amministrativo.

In Parlamento sono peraltro pendenti altre tre iniziative parlamentari (07.483, 07.484, 07.485) volte a rafforzare la medicina di famiglia, riguardanti la *valutazione dell'economicità e semplificazioni amministrative*. In base ad esse, il Consiglio nazionale ha proposto di completare l'articolo 56 LAMal con un capoverso 6, secondo il quale gli assicuratori e i fornitori di prestazioni stabiliscono congiuntamente il metodo di valutazione dell'economicità. Il progetto deve quindi servire a rafforzare la medicina di famiglia in generale e concretamente a ottimizzare la procedura di valutazione dell'economicità. Secondo le disposizioni transitorie, il Consiglio federale deve stabilire il metodo di controllo dell'economicità se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non si accordano contrattualmente su un metodo

⁴² Rapporto su mandato del gruppo di lavoro Assistenza medica di base della CDS e del DFI: Schlussbericht. Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen, 2006.

entro 12 mesi. L'ottimizzazione della procedura mira a ridurre l'onere amministrativo. Oggi quest'ultimo è elevato poiché gli assicuratori si fanno avanti nei confronti di moltissimi fornitori di prestazioni e l'onere è dato anche se alla fine non si precisa alcuna contestazione nei confronti del fornitore di prestazioni.

Il rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSS-N) del 21 gennaio 2011⁴³ sulle tre iniziative parlamentari precisa che occorre tener conto della critica del corpo medico. Riguardo alla richiesta politica di migliorare la situazione dei medici di base, la CSS-N rileva che il corpo medico contesta che il metodo utilizzato dagli assicuratori per controllare l'economicità, che peraltro non ritiene affatto trasparente, causi uno svantaggio soprattutto ai medici che curano molti pazienti con malattie gravi, croniche e complesse. La CSS-N aggiunge che la pressione esercitata sui fornitori di prestazioni può portare a un peggioramento della qualità dell'assistenza, ad esempio nei casi in cui i medici non accettano più tutti i malati, soprattutto i pazienti che necessitano di cure complesse.

9 Rapporto con altre disposizioni costituzionali

9.1 Articolo 117 Cost. (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)

L'articolo 117 capoverso 1 Cost. conferisce alla Confederazione un'ampia competenza per regolamentare l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Secondo il capoverso 2 può dichiararne obbligatoria l'affiliazione, in generale o per singoli gruppi della popolazione. La Costituzione non contiene per contro alcuna disposizione materiale al riguardo.

La Confederazione si è avvalsa di questa competenza con l'emanazione della legislazione sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Tali legislazioni influenzano notevolmente l'impostazione dell'assistenza sanitaria e, di conseguenza, della medicina di base in Svizzera. La legislazione sull'assicurazione contro le malattie, in particolare, contempla alcune prescrizioni che coincidono con le finalità dell'articolo 117a Cost. (p. es. coordinamento dell'assistenza attraverso la pianificazione ospedaliera intercantonale, qualità delle prestazioni, assistenza di alta qualità). Pertanto, sia l'articolo 117 Cost. (rispettivamente la sua concretizzazione nella legislazione) sia l'articolo 117a Cost. proposto riguardano, in parte, i medesimi aspetti normativi.

Il loro obiettivo è, per contro, fondamentalmente diverso: l'articolo 117 Cost., infatti, consente di disciplinare solo – ma pur sempre – le condizioni quadro per il rimborso dei costi delle prestazioni nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Le norme che influiscono sull'impostazione dell'assistenza sanitaria devono sempre servire in ultima analisi agli scopi delle assicurazioni sociali interessate. L'articolo 117a Cost. proposto, per contro, mira direttamente ed esclusivamente a garantire la disponibilità di una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti. Il presente disegno di disposizione costituzionale presenta quindi una prospettiva sostanzialmente diversa rispetto a quella dell'articolo 117 Cost. Inoltre, mentre il campo di applicazione della norma costituzionale qui proposta è circoscritto alla medicina di base, l'assicurazione contro le malattie ai sensi dell'articolo 117 Cost. –

⁴³ FF 2011 2301

benché venga in parte correntemente denominata «assicurazione di base» – non contempla alcuna limitazione di questo tipo e, in linea di principio, regola il rimborso dei costi per le prestazioni dell'intera assistenza sanitaria in base a criteri del diritto delle assicurazioni sociali.

9.2 Articoli 118–119a Cost. (Protezione della salute, medicina complementare, ricerca sull'essere umano, medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano, medicina dei trapianti)

Gli articoli 118 Cost. (Protezione della salute), 118b Cost. (Ricerca sull'essere umano), 119 Cost. (Medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano) e 119a Cost. (Medicina dei trapianti) conferiscono alla Confederazione un'ampia competenza normativa nei rispettivi settori specialistici. Tali disposizioni costituzionali, così come la legislazione federale che poggia su di esse, sono focalizzate sulla protezione della salute, della dignità e della personalità dell'essere umano. Elementi in comune o punti di contatto con il presente progetto sussistono unicamente laddove aspetti qualitativi e assistenziali (p. es. vaccinazioni contro malattie trasmissibili) sono parte integrante sia della medicina di base sia delle normative settoriali. Questi punti di contatto non presentano tuttavia alcun problema.

L'articolo 118a Cost. obbliga la Confederazione e i Cantoni a considerare la medicina complementare anche nel quadro della medicina di base. Gli organi chiamati a legiferare e ad applicare il diritto dispongono di un ampio margine di manovra. L'obbligo di considerare la medicina complementare dovrà sì essere osservato anche nell'ambito dell'articolo 117a Cost., ma con ogni probabilità ciò non comporterà nuove ripercussioni di rilievo rispetto alla situazione attuale.

9.3 Articoli 63, 63a e 64 Cost. (Formazione)

Nel settore della formazione la Confederazione dispone già di diverse competenze.

Conformemente all'articolo 63 Cost., la Confederazione ha la facoltà di emanare prescrizioni in materia di formazione professionale. Rientrano in questo settore la formazione professionale di base, le scuole per la maturità professionale, i cicli di studio della formazione professionale superiore e il perfezionamento professionale. L'articolo 63 Cost. non si applica invece alle scuole universitarie professionali⁴⁴ e alla formazione universitaria.

L'articolo 63a Cost. disciplina le competenze nell'ambito del progetto di gestione globale coordinata del sistema universitario svizzero. Tale articolo contiene prevalentemente disposizioni sulle competenze, sull'organizzazione e sulle procedure riguardanti le scuole universitarie (università, politecnici federali, scuole universitarie professionali e alte scuole pedagogiche). Inoltre, la Confederazione e i Cantoni provvedono congiuntamente al coordinamento e all'assicurazione della qualità nel settore universitario svizzero. In virtù del capoverso 5, la Confederazione detiene

⁴⁴ Cfr. G. Schmid e M. Schott, Art. 63 BV, in: B. Ehrenzeller et al. (ed.), St. Galler Kommentar zur Schweizerischen Bundesverfassung, 2^a edizione, Zurigo ecc. 2008 (St. Galler Kommentar BV), n. marg. 8. www.hausaerzteschweiz.ch

una competenza normativa sussidiaria limitata nell'ambito dei campi specifici menzionati.

Dal momento che gli specialisti con una formazione universitaria (p. es. i medici) o universitaria professionale (soprattutto gli infermieri) svolgono un ruolo fondamentale nella medicina di base, la Confederazione deve avere la competenza di disciplinare anche la formazione e il perfezionamento nelle scuole universitarie e universitarie professionali. Tale competenza va oltre quella di cui all'articolo 63a capoverso 5 Cost.

La nuova competenza normativa della Confederazione qui proposta non dipende dal raggiungimento degli obiettivi comuni mediante il coordinamento tra la Confederazione e i Cantoni e può riguardare tutti gli aspetti della formazione (contrariamente all'art. 63a cpv. 5 Cost.). Ovviamente la legislazione in materia di formazione e perfezionamento dei professionisti attivi nella medicina di base sarà integrata nelle strutture formative già esistenti o future.

In virtù dell'articolo 64a Cost., la Confederazione detiene già oggi determinate competenze per disciplinare il perfezionamento. Si tratta della competenza di emanare una legislazione quadro, che la obbliga a stabilire principi in materia di perfezionamento. Oltre a essere relativamente aperto, il concetto di perfezionamento che sta alla base dell'articolo 64a Cost. ha anche un'accezione molto ampia che abbraccia sia la formazione professionale continua sia il perfezionamento generale⁴⁵ e pone l'accento sulla cosiddetta «learning-to-learn competence».⁴⁶

9.4 Articolo 64 Cost. (Ricerca)

Conformemente all'articolo 64 Cost., la Confederazione promuove la ricerca scientifica e l'innovazione, può subordinare il suo sostegno all'assicurazione della qualità e al coordinamento (cpv. 2) e può istituire, assumere in proprio o gestire centri di ricerca (cpv. 3). Il controprogetto, diversamente dall'iniziativa, non contiene alcuna disposizione corrispondente, in quanto l'articolo 64 Cost. è applicabile anche alla ricerca nella medicina di base.

Il Consiglio federale può affidare al Fondo nazionale svizzero (FNS) l'esecuzione di programmi nazionali di ricerca (PNR) d'importanza nazionale. I servizi federali, come pure ogni persona fisica o giuridica possono presentare alla Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca (SER) proposte concernenti i PNR. Ai sensi dell'ordinanza del 10 giugno 1985⁴⁷ sulla promozione della ricerca e dell'innovazione (O-LPRI), nelle proposte di PNR occorre precisare che il relativo oggetto è conforme agli scopi dei Programmi nazionali di ricerca (p. es. importanza nazionale, coinvolgimento di più discipline, non esclusivamente ricerca fondamentale o ricerca a fini industriali ecc.). Le proposte presentate possono essere prese in considerazione solo se adempiono i criteri stabiliti per i PNR. Sulla base delle priorità assegnate e degli studi di fattibilità, il DFI propone periodicamente al Consiglio federale l'esecuzione di uno – tre programmi nazionali di ricerca.

⁴⁵ Cfr. B. Ehrenzeller e K. Sahlfeld, Art. 64a, in: St. Galler Kommentar BV, n. marg. 11. www.jzh.ch/it/Iniziativa/Spiegazioni

⁴⁶ Cfr. comunicazione «Spazio europeo dell'istruzione e della formazione durante l'intero arco della vita», Commissione UE, 2001.

⁴⁷ RS 420.11

La promozione della ricerca mediante la concessione di sussidi subordinati a progetti è possibile anche nel quadro della LAU, purché le relative domande vengano presentate per il tramite delle università e i progetti in questione soddisfino i criteri richiesti. In questo caso, la decisione in merito alla concessione di un sussidio spetta alla Conferenza universitaria svizzera (CUS). Le domande di sussidi per progetti di ricerca della medicina di base soggiacciono pertanto alle medesime condizioni delle altre discipline.

9.5 **Articolo 95 capoverso 1 Cost. (Attività economica privata)**

L'articolo 95 capoverso 1 Cost.⁴⁸ conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sull'esercizio dell'attività economica privata. In virtù di tale disposizione, la Confederazione dispone di un'ampia competenza normativa per quanto attiene all'attività economica privata⁴⁹: può emanare prescrizioni sull'esercizio di un'attività e, di conseguenza, anche sulle condizioni per accedere a un'attività economica privata e sulle corrispondenti modalità di esercizio.

Un'attività economica non è più considerata privata ai sensi degli articoli 27 e 95 Cost. quando consiste in un compito o in un servizio pubblico che, in quanto tale, soggiace al diritto pubblico.⁵⁰

L'articolo 95 capoverso 1 Cost. non permette alla Confederazione di legiferare su un'attività economica considerata compito pubblico. Di conseguenza, l'esercizio di una professione medica non può essere disciplinato dalla Confederazione in virtù dell'articolo 95 capoverso 1 Cost., se e nella misura in cui s'iscrive nell'esecuzione di un compito pubblico.

Secondo una parte della dottrina, quando uno Stato esercita una vera e propria attività lucrativa, ad esempio quando vende servizi commercializzabili, svolge un'attività economica privata. Conformemente alla giurisprudenza, la cura di malati in un ospedale è un compito pubblico quando l'ospedale è pubblico (p. es. un ospedale cantonale) e quando le cure vengono prestate da persone impiegate presso tale ospedale nell'ambito delle loro mansioni.⁵¹

L'esercizio di una professione medica in un ospedale pubblico nell'ambito di compiti impartiti da tale ospedale non dovrebbe essere considerato un'attività lucrativa privata ai sensi dell'articolo 95 capoverso 1 Cost. Per principio non è tuttavia escluso che, in certi casi, la pratica «privata» dei primari negli ospedali pubblici sia considerata un'attività lucrativa privata ai sensi dell'articolo 95 Cost.: tutto dipende dalla regolamentazione di tale attività nel diritto cantonale.

Alcune professioni della medicina di base vengono sovente svolte nell'ambito di un rapporto d'impiego presso istituzioni di diritto pubblico (p. es. gli ospedali cantonali). La domanda se possano essere ritenute attività lucrative private ai sensi

⁴⁸ Cfr. anche la perizia dell'UFG «Loi sur les professions médicales: exercice indépendant et dépendant» del 9 giugno 2008.

⁴⁹ Cfr. A. Auer et al., *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, 2006, n. 958; G. Biaggini, *BV-Kommentar*, Art. 95, n. marg. 3.

⁵⁰ A. Auer et al., *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, 2006, n. 940; P. Richli, *Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts*, Berna, 2007, n. 170.

⁵¹ DTF 133 III 462 465 Cons. 2.1.

dell'articolo 95 capoverso 1 Cost. o meno può anche rimanere senza risposta: la disposizione costituzionale proposta nel capoverso 2 conferisce infatti alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sulla formazione e sul perfezionamento, nonché sulle modalità di esercizio della professione per le persone attive nella medicina di base indipendentemente dal contesto in cui lavorano: indipendenti nell'economia privata oppure impiegate presso un'istituzione di diritto pubblico o privato.

9.6 Altre disposizioni costituzionali

L'articolo 12 Cost. sancisce il diritto fondamentale di disporre di un minimo di mezzi necessari per vivere dignitosamente. La medicina di base secondo l'articolo 117a Cost. va oltre questo livello di prestazioni in ambito medico, senza tuttavia conferire alcun diritto esigibile in via giudiziaria.

Come obiettivo sociale, l'articolo 41 capoverso 1 lettera b Cost. stabilisce che la Confederazione e i Cantoni, a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private, si adoperano affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute. Il capoverso 1 della disposizione costituzionale del controprogetto va nella stessa direzione, ma si focalizza sulla medicina di base nel suo insieme, precisandola.

L'articolo 43a capoverso 4 Cost. sull'assegnazione e sull'esecuzione dei compiti statali prevede che le prestazioni di base debbano essere accessibili a ognuno in misura comparabile. Questa prescrizione è pure recepita nella disposizione costituzionale proposta dal controprogetto, che però si concentra sulla medicina di base. Dal punto di vista della finalità vi è quindi corrispondenza tra le due norme.

10 Ripercussioni del controprogetto diretto

La norma costituzionale si attiene sostanzialmente all'attuale ordinamento delle competenze nel settore sanitario (cfr. art. 117a cpv. 1 Cost.). Alla Confederazione sono attribuite nuove competenze unicamente nell'articolo 117a capoverso 2 e in modo puntuale nell'articolo 117a capoverso 3 lettera b Cost.

Il capoverso 2 consente di disciplinare in primo luogo aspetti qualitativi che, a prescindere dall'onere legislativo e dall'eventuale ampliamento dei registri, non comporteranno nuovi costi per la Confederazione. A medio e lungo termine, un incremento qualitativo della formazione e del perfezionamento dei professionisti della medicina di base, nonché una miglior armonizzazione delle loro competenze potrebbero tradursi in un miglioramento delle prestazioni mediche e di conseguenza in una medicina di base più efficace e più efficiente.

Secondo il capoverso 3 lettera a, la Confederazione può partecipare unicamente all'elaborazione di basi volte a sviluppare e coordinare la medicina di base. Per questo motivo è escluso un impegno finanziario durevole della Confederazione nell'ambito dei compiti cantonali. Sono ammissibili unicamente le prestazioni di sostegno in materia di personale e finanziarie per progetti generalmente limitati nel tempo. Questi ultimi devono essere tuttavia finanziati in maniera preponderante dai Cantoni, vista la loro responsabilità nei settori di compiti corrispondenti.

Secondo il capoverso 3 lettera b, la Confederazione può adottare misure nell'ambito della qualità. Se queste ultime non possono essere corrisposte direttamente dalle prestazioni di cui è assicurata la qualità, sono possibili altre soluzioni finanziarie dipendenti dalle misure concrete e dai partner coinvolti. Se dovessero essere previsti mezzi finanziari federali, questi dovrebbero essere richiesti ed esaminati nell'ambito del progetto di legge corrispondente. L'impegno della Confederazione si limiterà principalmente alla preparazione e al coordinamento di tali misure e dovrà essere fornito nell'ambito delle attività amministrative ordinarie. Le eventuali prestazioni finanziarie a favore delle misure di assicurazione della qualità avranno ripercussioni finanziarie per la Confederazione, si presume, solo temporaneamente (durante la fase di sviluppo e d'introduzione). Le ripercussioni finanziarie di un'eventuale introduzione di tali misure (p. es. circolo di qualità e certificazione) sono difficili da valutare per i fornitori di prestazioni.

Ai fini delle attività di coordinamento necessarie tra la Confederazione e i Cantoni per garantire una medicina di base secondo il capoverso 1 sono previste le piattaforme e i canali di coordinamento già esistenti (p. es. Dialogo Politica nazionale della sanità, piattaforma Futuro della formazione medica). La Confederazione e i Cantoni non saranno così confrontati con nuovi costi considerevoli. Dato che la nuova norma costituzionale deve contribuire a una medicina di base più efficiente e meglio coordinata, a medio termine essa dovrebbe frenare la crescita dei costi della salute.

11 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

Con la conclusione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone, la Svizzera si è impegnata ad applicare le norme concernenti la libera circolazione delle persone applicabili all'interno dell'UE. Per agevolare la libera circolazione delle persone, il diritto comunitario prevede in particolare norme concernenti il riconoscimento degli attestati professionali di capacità. La nuova direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005⁵², relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (che entrerà in vigore per la Svizzera prossimamente) si applica a tutte le professioni disciplinate e recepisce i principi vigenti (in particolare le disposizioni delle direttive settoriali e la regolamentazione generale concernente il riconoscimento), unificandoli, riclassificandoli e snellendoli.

Queste regolamentazioni di diritto internazionale dovranno essere prese in considerazione nell'ambito dell'attuazione della presente disposizione costituzionale, in particolare nell'ambito della definizione della medicina di famiglia (cfr. n. 4.2.1).

⁵² GUL 255 del 30.9.2005, pag. 22