

28.09.2011



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base

Rapporto del Consiglio federale

in adempimento della mozione 08.3608 della consigliera nazionale Jacqueline Fehr „Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base“

Indice

1	ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI	5
2	COMPENDIO	6
3	INTRODUZIONE	7
3.1	Mozione 08.3608 - Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base	8
3.1.1	Motivazione della mozione	8
3.1.2	Parere del Consiglio federale	8
3.1.3	Svolgimento dei dibattiti	8
3.1.4	Rapporto tra la mozione e l'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“	8
4	PRONOSTICI E INDAGINI SULLA MANCANZA DI MEDICI	10
4.1	Pronostici sulla mancanza di medici	10
4.1.1	Osservatorio svizzero della salute (Obsan)	10
4.2	Indagini sulla mancanza di medici	10
4.2.1	Mancanza di medici ospedalieri negli ospedali	11
4.2.2	Carenza di medici nell'assistenza medica di base ambulatoriale	11
4.2.3	Reclutamento all'estero	12
4.3	Proporzionalità tra prestazioni ed efficienza	13
4.3.1	Alcuni trattamenti medici sono eseguiti con frequenze diverse	13
4.3.2	Forte presenza di personale nel settore stazionario	13
4.4	Prevenzione	14
4.5	Riassunto	14
5	DEMOGRAFIA MEDICA	15
5.1	Stato ed evoluzione della demografia medica	15
5.1.1	Densità di medici	15
5.1.2	Effettivo di medici	15
5.1.3	Età media dei medici	16
5.1.4	Età dei medici di base e degli specialisti (con attività in studi medici)	16
5.1.5	Medici di base e delle/degli specialiste/i (con attività in studi medici)	17
5.1.6	Diplomi federali e popolazione residente	17
5.1.7	Evoluzione della distribuzione dei sessi	18
5.1.8	Medici formati all'estero	19
5.1.9	Evoluzione quantitativa dei medici	19
5.2	Riassunto	20
6	FORMAZIONE	21
6.1	Movimenti di entrata e di uscita	21
6.1.1	Fabbisogno di formazione	21

6.1.2	Interesse per lo studio della medicina	22
6.1.3	Capacità di posti di studio all'università e cifre relative alle immatricolazioni	23
6.1.4	Numerus clausus	24
6.1.5	Capacità aggiuntive: nuovi sviluppi	25
6.1.6	Capacità d'accoglienza e quote di diplomi al confronto internazionale	25
6.1.7	Aspetti qualitativi della formazione	26
6.2	Riassunto	28
7	PERFEZIONAMENTO	28
7.1	Stato e sviluppo del perfezionamento	28
7.1.1	Medici diplomati con e senza titoli di perfezionamento	29
7.1.2	Grado di occupazione dei medici assistenti	30
7.1.3	Effetti del lavoro a tempo parziale e della legge sul lavoro	30
7.1.4	Emigrazione di medici svizzeri	30
7.1.5	Immigrazione di medici (assistenti) stranieri	31
7.1.6	Rapporto numerico tra medici di base e specialisti	32
7.1.7	Perfezionamento dei medici di base	33
7.1.8	Scelta e sviluppo dei settori di specializzazione	34
7.1.9	Mercato del perfezionamento	35
7.2	Riassunto	36
8	ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE	37
8.1	Calcolo definitivo del fabbisogno di formazione	37
8.2	Assistenza medica stazionaria	38
8.3	Assistenza ambulatoriale	39
8.3.1	Sviluppo del numero delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate dai Cantoni	39
8.3.2	Struttura di assistenza medica ambulatoriale	40
8.4	Cure integrate	41
8.4.1	Nuovi modelli di assistenza	42
8.4.2	Combinazione di abilità (coinvolgimento di diverse professioni della salute)	43
8.4.3	Riorganizzazione dei servizi medici d'urgenza	44
8.4.4	Utilizzo di eHealth	44
8.5	Riassunto	46
9	REDDITI E TARIFFAZIONE	47
9.1	Condizioni quadro e situazione di partenza	47
9.1.1	Giusto compenso per le prestazioni	48
9.1.2	Aspettative delle parti dell'accordo tariffario e ruolo della Confederazione	48
9.2	Influenza del reddito sulla struttura dell'offerta	49
9.2.1	Aumento del reddito negli studi medici collettivi	50
9.3	Riassunto	50

10	CONCLUSIONI	52
11	RACCOMANDAZIONI	54
11.1	Osservazioni generali	54
11.2	Tavola sinottica delle raccomandazioni	55
12	PROVVEDIMENTI	63
12.1	Provvedimenti introdotti dalla Confederazione	63
12.2	Provvedimenti adottati congiuntamente da Confederazione e Cantoni	64

1 Elenco delle abbreviazioni

UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFFT	Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia
UFM	Ufficio federale della migrazione
UST	Ufficio federale di statistica
CRUS	Conferenza dei Rettori delle Università Svizzere
DRG	Diagnosis Related Groups (sistema di classificazione dei pazienti secondo importi forfettari che si rifanno alle prestazioni)
DFI	Dipartimento federale dell'interno
EFTA	Associazione europea di libero scambio
UE	Unione europea
DFE	Dipartimento federale dell'economia
FMH	Federazione dei medici svizzeri
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Gfs	Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung (società svizzera studi di ricerche sociali pratiche)
HMO	Health Maintenance Organization
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
MEBEKO	Commissione delle professioni mediche
LPMed	Legge federale sulle professioni mediche universitarie (Legge sulle professioni mediche)
ASM	Assistente di studio medico
NC	Numerus clausus
DPSN	Dialogo Politica nazionale della sanità
NEXT	Nurses' Early Exit (studio)
Obsan	Osservatorio svizzero della salute
OdASanté	Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
PPP	Public Private Partnership
ASSM	Accademia svizzera delle scienze mediche
BMS	Bollettino dei medici svizzeri
Santésuisse	Associazione mantello degli assicuratori-malattie svizzeri
SER	Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca
CSSS-N	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale
CSSS-S	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
CIMS	Commissione interfacoltà di medicina svizzera
CRUS	Conferenza dei Rettori delle Università Svizzere
SVA	Associazione svizzera delle assistenti di studio medico
TARMED	Tariffario medico (tariffario per singola prestazione per tutte le prestazioni mediche ambulatoriali fornite in Svizzera negli ospedali e negli studi medici privati)
VSAO	Associazione svizzera dei capiclinica
OMS	Organizzazione mondiale della sanità

2 Compendio

Il presente rapporto in risposta alla mozione Fehr (08.3608 Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base) offre un'analisi della demografia medica e collega la pronosticata carenza di medici a fatti e sviluppi attuali. In quest'ambito si constata che, facendo un confronto con altri Paesi, è soprattutto l'assistenza medica stazionaria a impiegare un'ingente quantità di risorse umane. In alcuni settori sembra che l'assistenza sia addirittura in eccesso, mentre in altri si delineano, o iniziano a delinearsi, difficoltà delle carenze. In ogni caso per il momento non vi sono indicazioni di una mancanza di assistenza medica di base, né ambito nel settore stazionario, né in quello ambulatoriale.

Dal fatto che non vi siano al momento indicazioni di una carenza di assistenza medica sarebbe però sbagliato concludere che non sia necessario intervenire in questo settore: la Svizzera dipende in misura sempre maggiore da personale formato all'estero. Ciò vale non solo per il settore stazionario, ma in misura crescente anche per quello ambulatoriale. Va anche rilevato che negli anni passati si è registrato un aumento della popolazione a cui non è corrisposto un proporzionale aumento del numero dei medici. Finora si è riusciti a compensare la carenza di medici formati in Svizzera per lo più con reclutamenti all'estero. Considerando il numero di medici che si sono formati e perfezionati in Svizzera tra il 2005 e il 2010, si può dire che nel frattempo il potenziale medico sia costituito per più della metà da medici che si sono formati all'estero. Non è da escludersi che anche in futuro si possa soddisfare il fabbisogno di personale in questo modo. Se si parte però dalla prospettiva di garantire l'assistenza medica, nonché per ragioni di correttezza nei confronti di altri Paesi, in futuro dovrebbe essere la stessa Svizzera a formare personale sufficiente, in particolare in campo medico.

Nel presente rapporto si stima il fabbisogno di formazione di medici. Con l'intento di migliorare l'efficienza nell'assistenza sanitaria, nel presente rapporto si delinea uno „scenario di stabilizzazione“. A tal proposito ci si prefigge di dare una risposta alla seguente domanda: quanti medici sarà necessario formare per poter conservare l'attuale volume di lavoro di tutti i medici che operano in Svizzera? Per rispondere a questa domanda si sono considerati tutti i movimenti di entrata e di uscita dalla formazione, al perfezionamento, fino all'esercizio della professione. Risultato: se si vuole continuare a coprire l'attuale volume di lavoro solo con personale medico formato in Svizzera, considerando gli abbandoni (probabili ritiri) e la diminuzione del grado di occupazione, in futuro nel nostro Paese, si dovrebbero formare dai 1200 ai 1300 medici all'anno. Questo significa un aumento dei diplomi di circa il 50 per cento rispetto alla situazione attuale.

Dato che la mozione non si prefigge solo una strategia per combattere la mancanza di medici, ma anche la promozione della medicina di base, in ogni capitolo del rapporto si dedica particolare attenzione alla situazione dei medici di base.

Le conoscenze emerse dall'analisi del problema condotta nei capitoli da 4 a 9 sono molteplici. Le più importanti sono riassunte nelle conclusioni (capitolo 10). In considerazione del fatto che la responsabilità in praticamente tutti i campi d'intervento evocati dall'autrice della mozione è dei Cantoni, e tenendo conto dell'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“, nel presente rapporto si è rinunciato a fare ulteriori proposte concrete di modifiche di legge. In un tale contesto, il Consiglio federale non ritiene opportuno sottoporre concrete prescrizioni federali ai Cantoni, responsabili dell'assistenza. Nel capitolo 11 sono invece formulati svariati suggerimenti agli attori e ai partner competenti, mentre nel capitolo 12 si elencano i molti provvedimenti già introdotti o attuati sia per promuovere la medicina di base sia per preparare un migliore coordinamento e un'integrazione più efficace nell'ambito della medicina di base.

A chi non intende leggere il documento completo, si consiglia la lettura dei riassunti che concludono i capitoli da 4 a 9, nonché la lettura dei capitoli da 10 a 12.

3 Introduzione

La minaccia della carenza di medici non riguarda solo la Svizzera. Anche in Germania, in Francia, in Olanda, negli USA o in Canada si richiede un aumento delle capacità di posti di studio all'università. In tutti i Paesi questa richiesta viene motivata con le stesse argomentazioni: la crescente domanda di prestazioni mediche a seguito dell'aumento della popolazione anziana, il mutato rapporto tra vita professionale e impegni familiari, la crescente femminilizzazione della professione medica e la tendenza ad anticipare il pensionamento dei medici. Su questa scia, ad esempio, nel 2010 l'allora ministro della salute tedesco aveva richiesto un aumento del 10 per cento dei posti di studio all'università, nonché l'assegnazione preferenziale dei posti ai futuri "medici di campagna"¹. L'Association of American Medical Colleges già nel 2006² aveva consigliato un aumento del 30 per cento delle capacità di posti di studio all'università, nonché il maggior coinvolgimento di personale ausiliario e di assistenti specializzati (nurse practitioners), come provvedimenti per combattere la carenza di medici di base.

La maggior parte di questi Paesi deve per tanto affrontare gli stessi problemi anche nel settore della medicina di base³: la maggioranza dei giovani medici opta, potendo, per un perfezionamento in una specializzazione medica, preferendo un futuro impiego in ospedale o in uno studio associato con posizione centrale ad un'attività decentrata nell'assistenza medica di base ambulatoriale.

Solo in Paesi che si sono dati un sistema di medicina di famiglia, come ad esempio l'Olanda, la posizione dei medici di base si è costantemente rafforzata. In questi Paesi il medico di famiglia è il perno attorno a cui ruota l'intera assistenza medica di base: le visite specialistiche si possono fare solo su richiesta del medico di famiglia. Non vi sono specialisti che esercitano un'attività lucrativa indipendente. Gli specialisti svolgono la loro attività quasi esclusivamente in ospedali o policlinici. Inoltre, in Olanda i posti di perfezionamento per specialisti sono limitati.

Nel presente rapporto si illustra la situazione attuale della Svizzera e si delineano le possibilità per far fronte alla minaccia di carenza dei medici e per risolvere i problemi specifici concernenti la medicina di famiglia.

Il presente rapporto si riallaccia al rapporto del 2010 del Consiglio federale sulla situazione attuale dell'assistenza medica di base in risposta al postulato 07.3279 della CSSS-S del 26 marzo 2007, nonché al postulato 07.3561 della CSSS-N del 14 settembre 2007 "Valorizzazione della medicina di famiglia",⁴ e si appoggia a numerose pubblicazioni dei vari responsabili della formazione e del perfezionamento. Inoltre si sono consultati diversi studi sull'assistenza integrata e l'eHealth. La posizione dei Cantoni è stata presentata dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Per questioni specifiche sono state consultate le istituzioni e le organizzazioni specializzate competenti.

¹ Medici di campagna: medici di base nelle regioni rurali

² Center for Workforce Studies (2006): The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections Through 2025. AAMC Tomorrow's Doctors, Tomorrow's Cures.

³ Nel presente rapporto il termine medicina di base" è utilizzato come sinonimo del termine medicina di famiglia. Alla categoria dei medici che offrono un'assistenza medica di base appartengono le/gli specialiste/i in medicina generale e in medicina interna, i medici generici e i pediatri. Questa assegnazione viene fatta sulla scorta dei titoli di perfezionamento federali e dei titoli di perfezionamento riconosciuti esclusi dal blocco delle ammissioni ai sensi dell'Art. 55a cap. 1 LAMal (SR 832.10). Non che con ciò però si dia una definizione perentoria medica della medicina di base: anche altre/i specialiste/i operano in settori che potrebbero sostanzialmente rientrare nell'assistenza medica di base (ad es. ginecologia, psichiatria e psicoterapia, reumatologia, cardiologia, etc.).

⁴ Il rapporto è pubblicato sul sito Internet dell'UFSP: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=it>

3.1 Mozione 08.3608 - Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base

Il testo della mozione è il seguente:

Il Consiglio federale è incaricato di elaborare, in collaborazione con i cantoni e le organizzazioni specializzate competenti, una strategia con un piano prioritario (includere eventuali modifiche di legge) e di presentarlo al Parlamento. Tale strategia dovrebbe essere volta a combattere la mancanza di medici in Svizzera e a promuovere la medicina di base, tematizzando in particolare l'abrogazione del numerus clausus, la ristrutturazione della formazione e del perfezionamento dei medici, la struttura tariffaria, la promozione di studi medici in comune e di nuovi modelli di lavoro, il disciplinamento dei servizi di pronto soccorso nonché le possibilità offerte da eHealth.

3.1.1 Motivazione della mozione

Secondo uno studio condotto dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan), entro il 2030 potrebbe insorgere un'importante lacuna nell'assistenza medica e fino al 30 per cento delle consultazioni previste non potrebbero essere eseguite. Sempre secondo tale studio, sarà particolarmente gravosa la prospettata mancanza di medici di base. Quasi il 40 per cento delle consultazioni non potranno più essere garantite, questo a causa dell'aumento della domanda di prestazioni mediche di base a seguito dell'invecchiamento della popolazione, da un lato, e della prevista ulteriore diminuzione del numero di persone che si specializzano nella medicina di base, dall'altro. Lo studio giunge dunque alla conclusione che occorre adottare, in particolare nel campo della medicina di base, misure volte a garantire l'assistenza medica in tutto il territorio.

3.1.2 Parere del Consiglio federale

Nella sua risposta del 12 dicembre 2008, il Consiglio federale appoggia la richiesta della mozione e propone di accoglierla. Esso vede nell'attuazione della mozione la possibilità di riunire in un unico contesto globale lavori finora frammentati in singoli temi per derivarne delle raccomandazioni. Nella sua risposta non ravvisa unicamente lacune in determinati settori, ma anche possibili sovradimensionamenti in altri. Le idee del Consiglio federale sono attualmente oggetto di discussioni politiche. Prevalgono due direzioni d'intervento. Da un lato, la revisione legge federale del 18 marzo 1994⁵ sull'assicurazione malattie (LAMal) concernente il managed care, che offre la possibilità di creare le condizioni quadro per migliorare le reti dei medici operanti nell'assistenza di base a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e quindi di rendere più attrattiva l'attività del medico di famiglia. Dall'altro, la riduzione dell'eccesso di offerta in altri settori dando seguito alla proposta del Consiglio federale d'introdurre la libertà di contrarre per contenere l'afflusso di fornitori di prestazioni in tali settori. I dibattiti parlamentari relativi a questi due oggetti sono in corso. È compito delle Camere federali elaborare il quadro previsto dalla LAMal e fornire gli stimoli per una politica orientata al futuro.

3.1.3 Svolgimento dei dibattiti

Il 19 dicembre 2008 il Consiglio nazionale ha deciso di accettare la mozione, e lo stesso ha fatto il Consiglio degli Stati il 4 giugno 2009.

3.1.4 Rapporto tra la mozione e l'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“

Dato che i contenuti della mozione in questione coincidono con quelli dell'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“ presentata il 1° aprile 2010, nell'ambito del presente rapporto si è rinunciato a elaborare un piano generale inteso come una serie di proposte concrete di modifiche di legge. Tenendo conto della competenza dei Cantoni in materia di assistenza medica, si è invece preferito formulare una serie di raccomandazioni che, indipendentemente dall'esito del referendum sull'iniziativa, indicano la strada da percorrere per risolvere il problema della (specifica) carenza di medici dato che sono i Cantoni ad essere incaricati dell'assistenza sanitaria. Questa procedura è stata scelta anche perché le raccomandazioni sono destinate a numerosi attori, ossia la Confederazione, i Cantoni, le università e le

⁵ RS 832.10

associazioni professionali che devono coordinare le loro misure a breve termine con procedimenti a media e lunga scadenza. I Cantoni hanno preso posizione, nell'ambito delle consultazioni conclusesi il 6 luglio 2011, sul controprogetto diretto del Consiglio federale all'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“, rifiutando un ampliamento delle competenze della Confederazione, anche se solo in via sussidiaria.

Il coordinamento con l'iniziativa popolare ha portato a un rinvio: il rapporto non è stato presentato nella primavera 2011, come originariamente annunciato, ma lo è adesso insieme al messaggio concernente il controprogetto diretto all'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“. Il tempo a disposizione è stato sfruttato aggiungendo nuovi dati e analisi relativi anche al 2010.

4 Pronostici e indagini sulla mancanza di medici

In questo capitolo si fa una breve descrizione e una valutazione della carenza pronosticata di medici. In questo contesto viene trattato anche il tema della migrazione del personale sanitario. Vengono inoltre presentati alcuni studi e mostrati certi aspetti che influiscono sul fabbisogno di medici.

4.1 Pronostici sulla mancanza di medici

4.1.1 Osservatorio svizzero della salute (Obsan)

In base ai calcoli dell'Ufficio federale di statistica (UST), la percentuale di ultrasessantacinquenni, oggi il 16 per cento dell'intera popolazione svizzera, aumenterà fino al 28 per cento entro il 2050. In questo contesto sarà soprattutto la situazione degli ultraottantenni - la cui quota si prevede passerà, nello stesso periodo, dall'attuale 5 per cento circa al 12 per cento - a determinare un aumento della richiesta di prestazioni mediche. Basandosi sull'assunzione di questa evoluzione demografica, l'Obsan ha calcolato diversi scenari "ottimistici" e "pessimistici" variando i seguenti parametri: stato di salute della popolazione anziana, introduzione del gatekeeping e sostituzione di prestazioni mediche con altre professioni sanitarie. Tutti gli scenari, anche quelli ottimistici, indicano che ci si deve aspettare una carenza soprattutto nel settore medico della medicina di base. Secondo l'Obsan, entro il 2030 potrebbe non essere più possibile garantire fino al 40 per cento delle consultazioni nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale di base. Ma anche negli altri ambiti specialistici in futuro la richiesta supererà l'offerta fino al 30 per cento.

Nel frattempo va corretta un'ipotesi del rapporto dell'Obsan concernente i diplomi in medicina umana. L'effettivo potenziamento delle capacità delle facoltà di medicina e i nuovi calcoli effettuati dall'UST⁶ permettono di prevedere un numero di diplomi decisamente maggiore rispetto a quello pronosticato: dal 2015, le università svizzere licenzieranno non 700, come supposto, bensì 850 - 900 medici diplomati.

Inoltre, i pronostici non hanno considerato né le prestazioni ambulatoriali degli ospedali, né i cambiamenti previsti nel settore stazionario dalla revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero e dall'introduzione, ad essa correlata, degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni: una durata più breve delle degenze ospedaliere e una generale ottimizzazione dei processi volta a una maggiore efficienza. Questo potrebbe portare a offrire la stessa prestazione con l'impiego di un minor numero di personale (medico e paramedico).

4.2 Indagini sulla mancanza di medici

Le indagini sulla mancanza di medici presentate qui di seguito, indicano che oggi questa carenza va generalmente vista come un'insufficienza di medici formati in Svizzera. Tale carenza obbliga soprattutto gli ospedali a reclutare personale all'estero. Questa situazione va vista in modo ancora più critico in considerazione della carenza di medici che si sta profilando a livello mondiale. Nell'ambito dell'assistenza medica di base ambulatoriale, la successione negli studi medici individuali privati non è più assicurata. Di conseguenza, la struttura dell'offerta attualmente esistente non è più garantita. Nel contempo si è assistito, e si assiste tutt'ora, a un forte potenziamento delle prestazioni ospedaliere ambulatoriali. Nel complesso, ad oggi non risulta che la carenza di medici formati in Svizzera abbia determinato un'assistenza insufficiente. Gli studi condotti in merito non conducono a una tale conclusione.

⁶ UST (2010): "Scenari delle prospettive di formazione 2010 - 2019 per le scuole universitarie". Neuchâtel.

4.2.1 Mancanza di medici ospedalieri negli ospedali

Nell'ambito di uno studio svolto nel 2009⁷ dalla Gfs (Società svizzera di ricerche sociali pratiche), il 65 per cento dei 205 ospedali consultati hanno lamentato una carenza di medici situata nella media (o al di là di essa, soprattutto nel caso degli istituti psichiatrici). Il 52 per cento delle istituzioni consultate considera la carenza di personale fortemente problematica e adduce come ragioni principali una politica di formazione sbagliata e orari di lavoro non attraenti. L'83 per cento degli istituti che hanno lamentato una carenza è stato in grado di garantire le prestazioni ricorrendo, a breve termine, a soluzioni alternative, tra cui il reclutamento di personale formato all'estero. Gli autori dello studio ne deducono che attualmente la carenza di personale negli istituti esistenti sia per lo più compensabile.

4.2.2 Carenza di medici nell'assistenza medica di base ambulatoriale

Nel settore dell'assistenza medica di base ambulatoriale si ritiene che il principale indizio della carenza di medici sia la difficile regolamentazione della successione. Marty (2006)⁸ ha paragonato il numero delle offerte di studi medici e di posti di lavoro pubblicati dal BMS (Bollettino dei medici svizzeri) nel 2002 e nel 2005. Mentre nel 2002 venivano offerti complessivamente 218 studi medici di famiglia ed erano stati aperti 162 studi medici, nel 2005 questo rapporto è decisamente peggiorato: rispetto alle 191 offerte di studi medici, le aperture sono state solo 71. L'autore stesso però concorda nel ritenere che i risultati di questo studio vanno interpretati con cautela. Infatti, le cifre pubblicate non sono complete - in quanto molti studi medici non sono stati per nulla offerti - e per le nuove aperture non sussiste alcun obbligo di pubblicazione nel BMS. Tuttavia, non c'è ragione per mettere in dubbio la tendenza accertata in questo studio. Nel contempo però, con alcuni dati aggiuntivi sulla tipologia degli studi medici offerti, questo breve studio fornisce una possibile spiegazione della crescente eccedenza dell'offerta: nel 2002, gli studi medici individuali costituivano il 66 per cento degli studi medici offerti, mentre nel 2005 raggiungevano addirittura il 72 per cento. Quanto alle offerte di posti di lavoro, giusto l'11 dei datori di lavoro offriva la possibilità di un impiego a tempo parziale. Da ricerche fatte sulle aspettative professionali di giovani medici emerge che lavorare in studi medici individuali soddisfa sempre meno queste aspettative e che il desiderio di un impiego a tempo parziale è in continua crescita.⁹

Le ricerche più recenti dell'Obsan¹⁰ mostrano che, in base all'incremento della densità di medici in 106 regioni di competenza tra il 1998 e il 2007, l'assistenza medica di base non è praticamente diminuita. Ma poiché questo dato è poco eloquente rispetto all'equilibrio della domanda e dell'offerta, l'Obsan ha voluto anche vedere in quali regioni il grado di attività¹¹ dei medici di base superava il valore centrale. Questo valore indica inequivocabilmente che il volume di lavoro dei medici è aumentato a seguito della crescente domanda. Mentre tra il 1998 e il 2002 solo una regione di competenza soddisfaceva entrambi i criteri (ovvero densità di medici in calo e aumento del volume di lavoro), rientrando pertanto nella categoria delle "regioni vulnerabili", tra il 2002 e il 2007 se ne erano aggiunte altre sei. Concretamente, ciò significa che in queste regioni non vi è più molta elasticità tra la domanda e l'offerta, il che non dire significa, tuttavia, che vi sia una carenza.

Le due ricerche svolte nell'ambito dell'assistenza medica ambulatoriale indicano che in alcune regioni l'offerta di prestazioni diminuisce. A questo risultato si contrappone un aumento sproporzionato dei costi nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali ospedaliere: dal 2007 al 2008 i costi in questo settore sono aumentati dell'11 per cento, ovvero quasi il doppio dell'aumento tendenziale in tutti i settori. In modo particolare è aumentato il numero dei trattamenti di urgenza, trattamenti che, secondo l'Associazione mantello degli assicuratori-malattie svizzeri (Santésuisse) potrebbero benissimo essere effettuati dai medici di base. Tale affermazione va certamente relativizzata: per determinati trattamenti urgenti è indispensabile un'infrastruttura ambulatoriale ospedaliera, mentre ci si chiede se gli abituali interventi

⁷ Bieri, U. et al. (2009): Personalmangel - ein mehrheitlicher Problemdruck verlangt nach Lösung. Schlussbericht Personalmangel im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz. Gfs. bern.

⁸ Marty, F. (2006): Zahl der Praxisangebote 2005 - drei Jahre nach Einführung der Zulassungsbeschränkung. In PrimaryCare 2006;6: Nr. 17.

⁹ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R.: Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. In: Gesundheitswesen 2008; 70: 123-128.

¹⁰ Sviluppo dell'assistenza sanitaria ambulatoriale tra il 1998 e il 2007: presentazione dell'Obsan in occasione della sessione di dialogo sulla politica sanitaria nazionale del 21 ottobre 2010.

¹¹ Misurato in base alle prestazioni liquidate a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria.

urgenti dei medici di famiglia non potrebbero essere eseguiti negli ambulatori medici. Il problema risiede forse negli orari d'apertura? Oppure i pazienti, soprattutto quelli con un passato legato a esperienze di migrazione, non riescono ad approfittare pienamente dell'offerta del sistema sanitario svizzero per mancanza di conoscenze? O ancora perché molti di essi non hanno un medico di famiglia?¹²

4.2.3 Reclutamento all'estero

Sul reclutamento di personale formato all'estero si è decisamente critici. Sebbene i medici formati all'estero ed operanti in Svizzera provengano prevalentemente dai Paesi confinanti, la Svizzera contribuisce indirettamente alla „fuga di cervelli“ da Paesi che già oggi dispongono di un sistema di assistenza medica precario. Questa situazione ha indotto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a varare, nel maggio 2010, un codice di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario.¹³ Non è obbligatorio seguire i suggerimenti dell'OMS, ma il loro intento è quello di indurre gli Stati membri a promuovere principi etici nel reclutamento di personale medico all'estero. Gli Stati membri vengono stimolati a formare possibilmente essi stessi il personale di cui necessitano per coprire il proprio fabbisogno.

Che la Svizzera sia tra i beneficiari della migrazione del personale medico lo testimonia l'ultimo studio dell'Obsan sul personale medico estero presente in Svizzera.¹⁴ In occasione del discorso di apertura della 12a Giornata di lavoro della Politica nazionale della sanità (PNS) nel novembre 2010, il Capo del Dipartimento federale dell'interno ha proposto che la Svizzera riduca la sua dipendenza dal personale reclutato all'estero, e che nel medio e nel lungo periodo si ponga l'obiettivo di formare essa stessa il personale sufficiente a coprire il proprio fabbisogno. Un obiettivo sostanzialmente raggiungibile, a sua detta, per la formazione medica, per lo meno per quanto concerne il numero degli interessati.

Intanto molto si è discusso su quanto elevata sia la quota di medici specialisti esteri o quanto lo possa/debba essere. del Secondo il codice di condotta dell'OMS, ad essere prioritario non è la quota di stranieri nel senso della nazionalità, bensì il problema di chi si debba far carico dei costi della formazione. Visto l'aumento della quota dei lavoratori formati all'estero, la Svizzera ha poi anche il problema della garanzia dell'assistenza: potrà l'assistenza essere garantita anche se, ad esempio, il numero dei medici specialisti immigrati dovesse sensibilmente ridursi a seguito di un chiaro miglioramento delle condizioni di lavoro nei principali Paesi di reclutamento (Germania, Francia)?

È difficile dare una risposta definitiva alla domanda di quale sia, dal punto di vista dell'OMS, una quota adeguata di medici specialisti formati all'estero. I dati disponibili sugli scambi internazionali sono alquanto lacunosi. In particolare, parecchi dati non consentono di distinguere tra nazionalità e Paese di formazione. Il saldo netto calcolato unicamente dai valori di riferimento delle immigrazioni e delle emigrazioni, senza conoscere la durata e lo scopo del soggiorno, non consente di fare asserzioni definitive sullo scambio effettivo tra i vari Paesi. In un punto seguente del presente rapporto si evidenzierà che, sorprendentemente, anche molti medici formati in Svizzera fanno ricorso alla mobilità per il loro perfezionamento professionale (cfr. cap. 7.1.4). Questi dati mancavano nei calcoli e nelle valutazioni del saldo delle migrazioni fatti finora dall'Obsan.

La risposta a questa domanda non sarà più così centrale, se la Svizzera formerà essa stessa i medici necessari a coprire il proprio fabbisogno. Per questa ragione il presente rapporto si occupa in modo approfondito di questo problema.

Dalla prospettiva della garanzia e della qualità dell'assistenza, l'ideale sarebbe che i medici che svolgono la loro attività in Svizzera dispongano delle competenze linguistiche e culturali necessarie per poter fornire assistenza alla popolazione, ivi compresa la popolazione straniera con fissa dimora in Svizzera, che ne costituisce il 22 per cento. I medici immigrati in Svizzera e i medici stranieri formati in Svizzera avranno quindi anche in futuro un importante ruolo nel nostro sistema sanitario. E non si può

¹² Dall'Indagine svizzera sulla salute 2007 è emerso che le persone con un vissuto legato alla migrazione hanno nettamente meno sovente un medico di famiglia.

¹³ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. 2010. Link: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/index3.html

¹⁴ Jaccard Ruedin, H. et al. (2010): Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz. Rapporto 39 dell'Obsan.

rinunciare neppure allo scambio internazionale per il perfezionamento della specialità, come in tutti gli altri ambiti scientifici.

4.3 Proporzionalità tra prestazioni ed efficienza

Le ricerche seguenti mostrano che la pronosticata carenza di medici può, per certi aspetti, anche essere relativizzata in una certa misura.

4.3.1 Alcuni trattamenti medici sono eseguiti con frequenze diverse

I trattamenti medici non vengono effettuati dappertutto con la stessa frequenza (differenze tra regioni e tra Stati). Le ricerche a questo riguardo condotte nell'ambito del Programma nazionale di ricerca del FNS 53 "Muskuloskelettale Gesundheit – chronische Schmerzen "(Salute scheletro-muscolare – Dolori cronici) indicano che in certi settori l'offerta di prestazioni medica è addirittura eccessiva.

Per la Svizzera, Busato (2009)¹⁵ riscontra le seguenti differenze nella frequenza dei trattamenti effettuati nelle varie regioni: una frequenza di 3 volte maggiore per l'articolazione coxofemorale, di 9 volte maggiore per l'artroscopia del ginocchio e addirittura di 37 volte maggiore per l'artroscopia della spalla. Secondo Busato, queste differenze non si possono spiegare solo da un punto di vista clinico, ma sono il risultato della differente struttura dell'offerta e della differente richiesta, nonché della "surgical signature" (forma di trattamento dominante) di una regione e di considerazioni di carattere finanziario. In altre parole, ci si chiede se gli interventi descritti siano davvero sempre appropriati, necessari e adeguati.

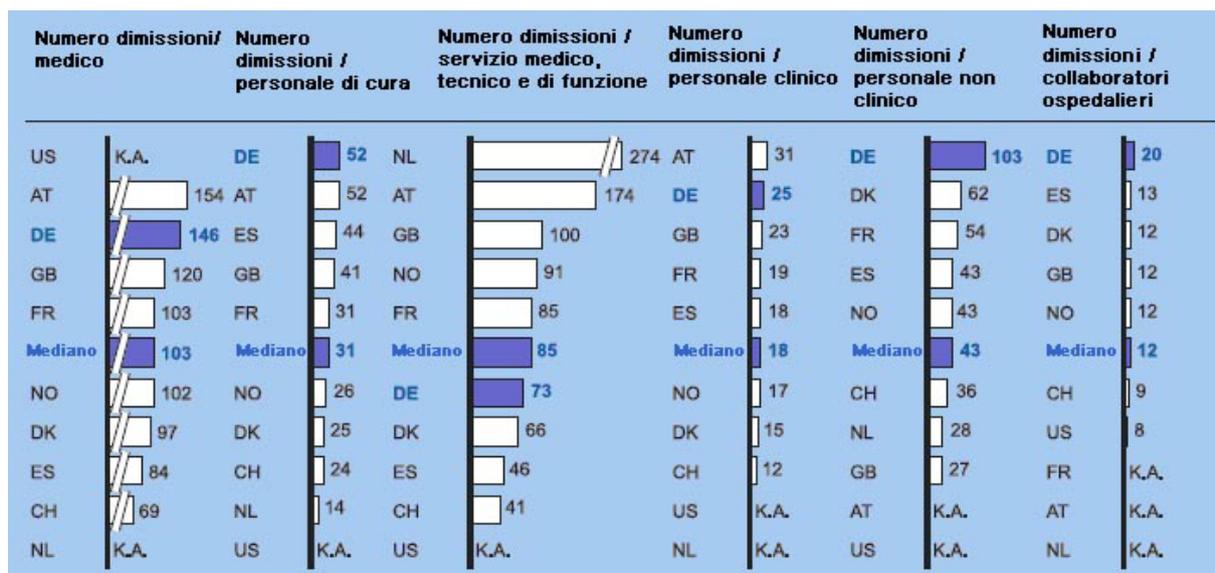
Esempi simili esistono per isterectomie, parti con taglio cesareo, tomografie computerizzate a scopo diagnostico, ecocardiogrammi e trattamenti con Ritalin.

4.3.2 Forte presenza di personale nel settore stazionario

La pronosticata carenza di medici va in parte relativizzata, anche in considerazione della forte presenza di personale o della minore produttività rilevate negli ospedali svizzeri rispetto ad altri Paesi.

La figura 1 di Salfeld (2008, 2009) mostra la produttività del personale negli ospedali di diversi Paesi OCSE¹⁶. La produttività è valutata in base al numero di pazienti dimessi dagli ospedali per categoria di lavoratori e anno. Le cifre si riferiscono a unità di lavoro equivalenti a tempo pieno.

Figura 1: Produttività del personale distinta per funzioni e singoli settori nel 2003 (in unità di lavoro equivalenti a tempo pieno)



Fonte: statistiche dei vari Paesi¹⁷

¹⁵ Busato, A. et al. (2009): Die Schulter tut nicht überall in der Schweiz gleich weh. Schweiz Med. Forum 2009; 9(24): 438.

¹⁶ Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R. (2008, 2009): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer Verlag.

La figura indica chiaramente che nel 2003 in Svizzera la produttività dei medici era inferiore al valore centrale¹⁸ di quasi il 30 per cento, Paragonata alla Germania e all'Austria, essa era addirittura inferiore di quasi il 50 per cento. Questo fabbisogno di personale così elevato rispetto agli altri Paesi potrebbe essere dovuto, oltre che allo standard dell'assistenza, anche alle minori dimensioni che gli ospedali hanno mediamente in Svizzera, con effetti di scala minori, nonché alla degenza mediamente più lunga dei pazienti svizzeri.

L'elevato numero di medici che svolgono la loro attività nel settore stazionario non può essere motivato, come spesso si è portati a pensare, con un elevato numero di posti letto: nel 2008 per i pazienti affetti da malattie acute in Svizzera erano disponibili in tutto 39 900 posti letto, o 3,45 posti per ogni 1000 abitanti. Il che significa che, rispetto alla media OCSE di 3,8 posti letto per ogni 1000 abitanti, la Svizzera dispone di un numero di posti letto addirittura inferiore. Per contro, il numero degli ospedali, 318 nel 2008, è alto; il 75 per cento degli ospedali ha meno di 150 posti letto.

4.4 Prevenzione

Un aspetto importante relativamente alla pronosticata carenza di medici, ovvero allo sviluppo del fabbisogno futuro di prestazioni mediche, è la prevenzione. Anche se quest'argomento non viene approfondito nel presente rapporto, per ragioni di completezza se ne accenna in questo punto: le risorse che la Svizzera dedica alla prevenzione e alla promozione della salute sono poche rispetto a quelle che vi dedicano altri Paesi OCSE. Secondo un rapporto degli esperti dell'OCSE¹⁹, il fabbisogno di prestazioni mediche potrebbe essere ridotto limitando più efficacemente il consumo di alcol e tabacco o dedicando maggiore attenzione a problemi di salute finora trascurati, quali le malattie psichiche e l'obesità.

4.5 Riassunto

Vi è attualmente una carenza di medici? La risposta a questa domanda è chiaramente negativa. Dagli studi summenzionati emerge chiaramente che in Svizzera l'attività di formazione è troppo ridotta. Questo si traduce, da un lato, con il fatto che gli ospedali non riescono a reclutare un numero sufficiente di medici assistenti formati in Svizzera per coprire il proprio fabbisogno di personale. Il problema diventa in parte più acuto per alcuni settori specialistici (quali per esempio la psichiatria). D'altro lato, la difficoltà di trovare successori per gli studi medici di famiglia in alcune regioni è da ricondurre a chiari problemi di distribuzione. D'altra parte, nel settore della medicina di base ambulatoriale il fatto che la struttura dell'offerta esistente (studi medici individuali) non coincida con le aspettative professionali dei giovani medici sembra essere la causa determinante dei problemi di successione. Le ultime ricerche dell'Obsan sugli sviluppi in questo settore indicano che in nessuna delle 106 regioni di competenza della Svizzera definite dall'UST si registra una carenza sistematica. Tuttavia, in sei regioni l'elasticità dell'offerta è sensibilmente diminuita.

Al contempo, negli ultimi anni l'offerta di prestazioni ambulatoriali ospedaliere è aumentata in modo sproporzionato. Tra di esse vi sono anche molte prestazioni che avrebbero potuto essere fornite da medici di base. Non è chiaro per quale motivo tali prestazioni vengono erogate negli ospedali.

Oltre alle indicazioni di una (probabile) carenza in determinati settori specialistici, modelli assistenziali e regioni, vi sono anche indicazioni di un eccesso di assistenza. Dal confronto tra i Paesi OCSE colpisce la forte intensità di personale nelle strutture stazionarie (minore produttività) della Svizzera, a fronte di un numero di posti letto modesto. Anche se in futuro si riuscisse a migliorare l'efficienza, considerando lo sviluppo demografico della popolazione, i limitati investimenti nella prevenzione (rispetto agli altri

¹⁷ Germany - Federal Office of Statistics, UK - office of National Statistics and Department of Health UK, US - 2005 AMA Physician Characteristics 2003 data, AHA 2003 data, Spain- Establecimientos Sanitarios en Régimen de internado 2003, France, Switzerland - Swiss Federal Statistical Office, Austria- Statistik Austria, Norway - Samdata Somatikk 2004, Sintef Health Research, Norway. Statistics Norway, Denmark - Sundhedssektoren i tal 2005 (The health sector in numbers 2006), The Danish Ministry of the Interior and Health; Statistics Denmark, Netherlands - RIVM, Dutch Central Bureau of Statistics

¹⁸ Il valore centrale è il valore ottenuto dividendo la categoria considerata in due metà, di cui una è inferiore e l'altra è di superiore a questo valore.

¹⁹2006: OECD and WHO Survey of Switzerland's Health System.

Paesi OCSE) e la scelta di un'occupazione a tempo parziale di un numero sempre maggiore di medici, bisognerà comunque mettere in conto un fabbisogno di medici in ulteriore crescita.

La controversa, e spesso dibattuta, questione di una "adeguata" quota di medici formati all'estero perderà di significato, se la Svizzera in futuro formerà un numero sufficiente di medici in modo da riuscire sostanzialmente essa stessa a coprire il proprio fabbisogno. Dato che la competenza linguistica e culturale, nonché lo scambio internazionale di conoscenze in generale, sono importanti per la qualità dell'assistenza e l'ulteriore sviluppo del settore, i medici immigrati avranno in futuro un ruolo importante nell'assistenza sanitaria, considerando anche che la popolazione straniera residente in Svizzera rappresenta il 22 per cento della popolazione complessiva.

Si può tuttavia prevedere che, se l'immigrazione di medici formati all'estero si dovesse ridurre in modo consistente, a parità di capacità di formazione la Svizzera non sarà più in grado di assicurare lo standard di assistenza odierno. L'eventualità di una futura carenza di medici dipenderà dall'evoluzione della capacità di formazione e dell'immigrazione. Con il varo del codice di condotta dell'OMS la Svizzera si è (volontariamente) posta l'obiettivo di formare un numero sufficiente di medici.

5 Demografia medica

In questo capitolo vengono descritti i principali indicatori dell'odierna demografia medica e la loro evoluzione sulla scorta dello sviluppo dei diplomi, la ripartizione dei sessi, la quota di medici formati all'estero, il rapporto tra medici di base e specialisti, nonché ulteriori caratteristiche demografiche di questa categoria.

5.1 Stato ed evoluzione della demografia medica

5.1.1 Densità di medici

Negli ultimi anni il numero di medici è costantemente aumentato. Nel 2009 in Svizzera i medici esercenti erano oltre 32 000. Ciò equivale a una densità di almeno 4,12 medici ogni 1000 abitanti. La Svizzera rientra per tanto tra i Paesi OCSE con la maggiore densità di medici.

5.1.2 Effettivo di medici

Le cifre disponibili sull'odierno effettivo di medici sono contraddittorie, ovvero diverse a seconda della fonte. Ciò si spiega con il fatto che non esiste un ufficio centrale che acquisisca i dati relativi ai medici praticanti secondo criteri uniformi, in modo completo e a scadenze regolari.²⁰ L'elaborazione di una statistica è inoltre resa ulteriormente difficoltosa dal fatto che parecchi medici lavorano in più strutture stazionarie o contemporaneamente in entrambi i settori (stazionario e ambulatoriale).

Le cifre riportate nella tabella 1 provengono da due fonti che si riferiscono ad anni diversi e presentano notevoli differenze: la statistica sui medici della FMH (2009) e i dati dell'Osservatorio svizzero della salute (2007). Contrariamente alle aspettative, le cifre della FMH relative al 2009 sono inferiori a quelle dell'Obsan relative al 2007.

Tabella 1: Statistica FMH 2009 e Obsan 2007 (numero di persone, unità di lavoro non equivalenti a tempo pieno)

	FMH 2009	Obsan 2007
Medici del settore stazionario	13 768	16 300 (stima)
Medici del settore ambulatoriale	15 912	15 500
Tutti i medici	29 680	31 800

²⁰ Il registro delle professioni mediche mette oggi a disposizione i dati personali e i curriculum professionali di tutti medici. Ma poiché la legge sulle professioni mediche prevede l'obbligo di annunciarsi per le sole persone che esercitano una professione medica a titolo indipendente, non vi sono informazioni sull'attività svolta dai medici dipendenti nel settore ambulatoriale e stazionario.

Il numero dei medici impiegati nel settore stazionario è stato poi innalzato dall'Obsan, per il 2007, a 18 500; nella tabella sono però stati considerati solo 16 300 medici perché secondo le stime della FMH circa il 14 per cento dei medici ha più di un posto di lavoro. I valori non si riferiscono a unità di lavoro equivalenti a tempo pieno, bensì al numero di persone. I valori decisamente inferiori della statistica della FMH per il settore stazionario nel 2009 si spiegano con il fatto che tale statistica non copre l'intero settore.²¹

Circa il 50 per cento dei medici che svolgono la loro attività nel settore stazionario sono assistenti. Nel frattempo il numero dei medici che esercitano in Svizzera potrebbe essere salito a oltre 32'000.²²

5.1.3 Età media dei medici

Poiché il perfezionamento interessa quasi esclusivamente il settore stazionario, i medici che operano in questo settore sono in media più giovani di quelli del settore ambulatoriale. Secondo i dati della FMH, il passaggio dal settore stazionario allo studio medico individuale avviene relativamente tardi. A 40 anni, metà dei medici ha aperto il proprio studio medico, a 48 lo ha fatto il 90 per cento. La metà dei medici che esercitano nel settore ambulatoriale ha già più di 50 anni, il che non sorprende, considerando la loro età al momento d'iniziare a lavorare in uno studio medico.

In entrambi i settori si constata una generale tendenza all'innalzamento dell'età. Tra il 2003 e il 2009 l'età media nel settore ambulatoriale è aumentata di 2 anni, in quello stazionario di 3.

Tabella 2: Età media dei medici: evoluzione tra il 2003 e il 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Medici del settore ambulatoriale	51	52	52	52	53	53	53
Medici del settore stazionario	39	39	40	40	40	41	42

Fonte: statistica FMH del 2009

A questa evoluzione potrebbero aver contribuito i fattori seguenti:

- perfezionamento a tempo parziale con relativa proroga della durata del perfezionamento;
- conseguimento di più titoli di perfezionamento (il 10 per cento circa dei medici ha 2 o più titoli di perfezionamento; tendenza in aumento);
- la limitazione delle ammissioni ad esercitare l'attività a carico dell'assicurazione malattie secondo l'articolo 55a della LAMal determina il prolungamento dell'attività nel settore stazionario;
- migliori possibilità di lavoro a tempo parziale nel settore stazionario;
- diminuzione generale dell'interesse a rilevare uno studio medico nel settore sanitaria della medicina di base (femminilizzazione/lavoro a tempo parziale).

Tutti questi fattori contribuiscono ad abbreviare il periodo di esercizio dell'attività indipendente e ad aumentare costantemente l'età media dei medici che operano nel settore ambulatoriale. Modificare l'organizzazione assistenziale ambulatoriale aumentando il numero degli studi medici associati e offrendo maggiori possibilità di lavoro a tempo parziale può contribuire a prolungare la durata media dell'attività svolta nello studio medico ambulatoriale, e di conseguenza a migliorare, tra l'altro, anche il „return on investment“ (degli rendimenti del capitale investito nello studio medico).

5.1.4 Età dei medici di base e degli specialisti (con attività in studi medici)

La crescente età media dei medici di base è spesso vista come un problema. Dai confronti fatti tra l'età dei medici di base e quella degli specialisti nel settore ambulatoriale non emergono differenze

²¹ Dal 2002 non esiste più alcun obbligo di associazione.

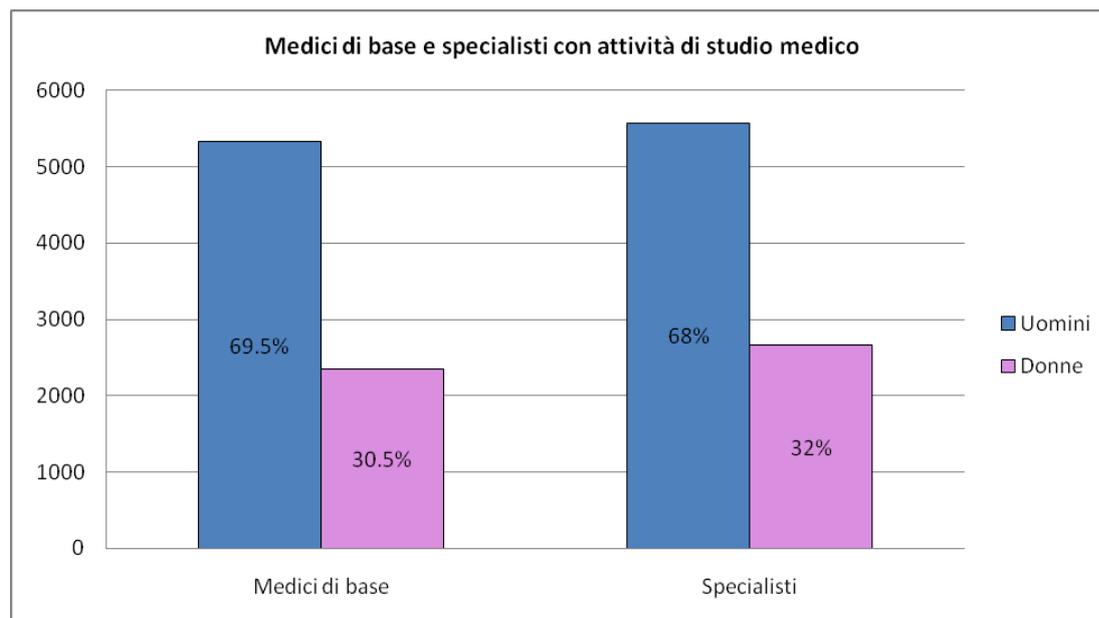
²² Secondo la statistica ospedaliera dell'UST, tra il 2002 e il 2007 la popolazione medica è aumentata in media del 4,3 per cento nel settore ospedaliero.

relativamente all'età media. Colpisce tuttavia che nella più estesa categoria dei medici di base, e cioè nel settore della medicina generale, il 57 per cento degli uomini abbia più di 55 anni. I prevedibili pensionamenti vanno compensati nei prossimi anni con un corrispondente numero più elevato di nuove ammissioni all'esercizio della professione. Tra gli specialisti, solo il 48 per cento degli uomini ha più di 55 anni. Le donne sono nettamente più giovani in tutti i settori di specializzazione.

5.1.5 Medici di base e delle/degli specialiste/i (con attività in studi medici)

Se si considerano tutti i rami di specializzazione del settore sanitario della medicina di base²³ elencati nell'articolo 55a della LAMal, la situazione nel settore ambulatoriale si prospetta nel modo seguente:

Figura 2: Medici di base e specialisti del settore ambulatoriale (con attività in studi medici)



Fonte: statistica FMH (2009)

Nel 2009 il 43 per cento dei medici del settore ambulatoriale era costituito da medici di base (6954). La quota sale al 48 per cento (7678), se si contano anche i medici senza specializzazioni particolari. La categoria più ampia dei medici di base è quella degli specialisti in medicina generale. La percentuale di donne che svolgono tale attività in uno studio medico è di circa il 30 per cento. Considerando tutti i medici che esercitano la professione, in confronto ad altri Paesi, la Svizzera si distingue per l'elevato numero di specialisti²⁴.

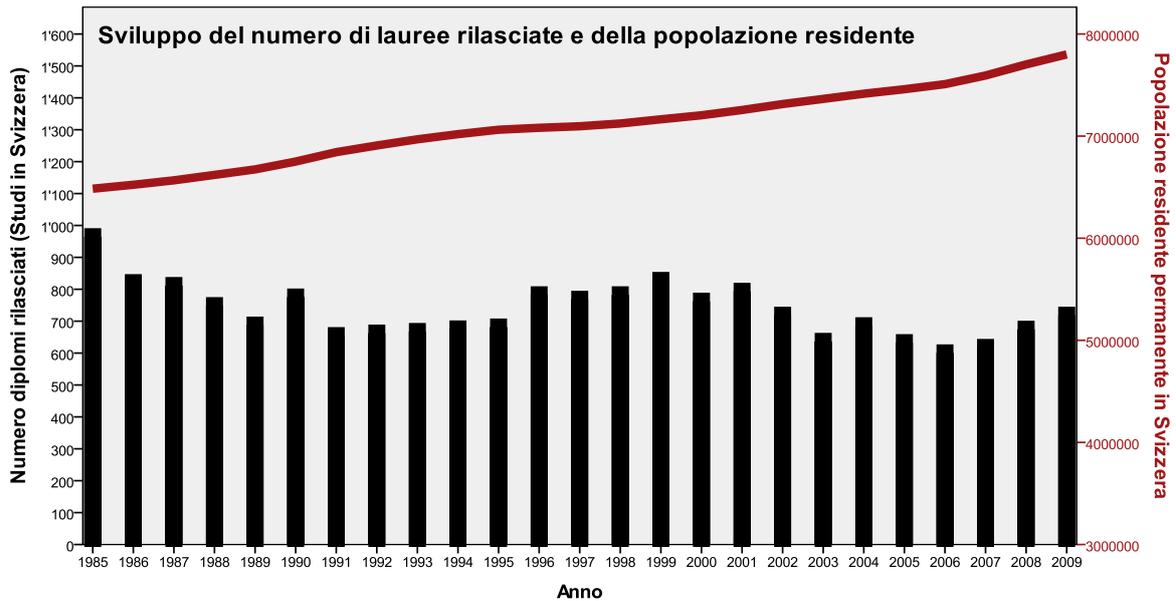
5.1.6 Diplomi federali e popolazione residente

Il numero dei medici formati in Svizzera è rimasto più o meno stabile dal 1985. Tra il 2003 e il 2007 il numero dei diplomi è calato per risalire di nuovo a partire dal 2008. Se si rapporta il numero dei diplomi federali in medicina umana alla popolazione residente, si registra un evidente calo. Dal 1985, la popolazione residente è cresciuta complessivamente del 19 per cento. Il numero dei diplomi federali, però, non va di pari passo con l'evoluzione demografica.

²³ Cfr. articolo 55a LAMal. Le combinazioni di titoli specialistici non sono state considerate. (Cfr. anche la nota a piè di pagina 3)

²⁴ Nel confronto tra i Paesi OCSE la Svizzera figura al vertice, con un rapporto di 0,5 medici di base per 2,8 specialisti, davanti a Germania, Francia, Italia, Austria, Inghilterra e Olanda. Va detto tuttavia che per questo calcolo sono stati considerati medici di base gli specialisti in medicina generale.

Figura 3: Numero dei diplomi e sviluppo della popolazione dal 1985

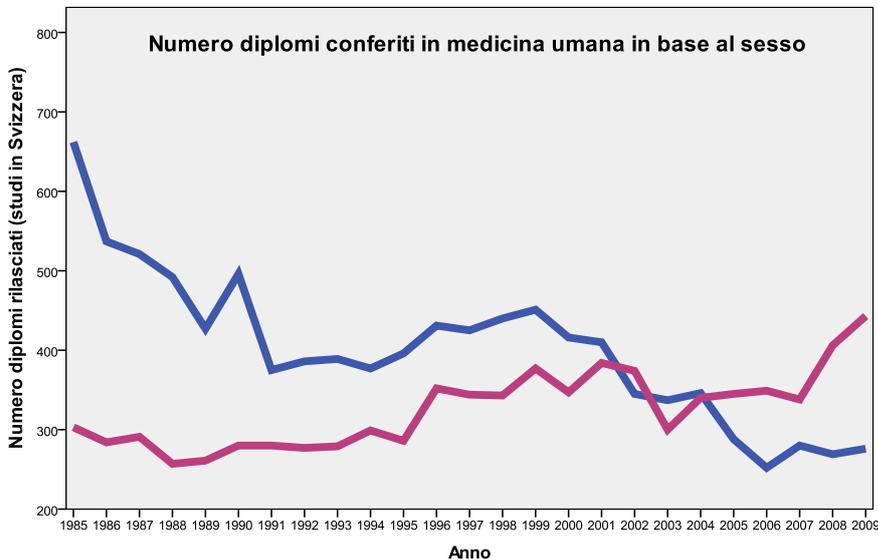


Fonte: registro delle professioni mediche e dati sulla popolazione forniti dall'UFSP

5.1.7 Evoluzione della distribuzione dei sessi

Dal 1985 la quota di donne che conseguono un diploma federale in medicina umana è raddoppiata. Nel 2009 il 61,5 per cento dei diplomi federali è stato assegnato a donne. L'equilibrio tra i sessi nella medicina umana rispecchia quello tra i titolari di un attestato di maturità.

Figura 4: Assegnazione dei diplomi in base al sesso 1985 - 2009



Fonte: registro delle professioni mediche UFSP

L'aumento della quota delle donne emerge anche dopo il previsto ritardo con il quale sono stati assegnati i titoli di perfezionamento federali. Nel 1984, solo il 18 per cento dei titoli di perfezionamento (allora titoli FMH) sono stati conferiti a donne; nel 2009 la quota era già salita al 46 per cento. Nel 2009 le donne hanno conseguito il 51 per cento di tutti i titoli di perfezionamento federali in medicina di base. Dal 1984, la quota di medici donna praticanti è raddoppiata e corrisponde oggi al 35 per cento. Nel 2009, il 31 per cento dei medici che lavoravano in uno studio medico era costituito da donne. La quota di donne professionalmente attive continuerà ad aumentare fortemente nei prossimi anni.

5.1.8 Medici formati all'estero

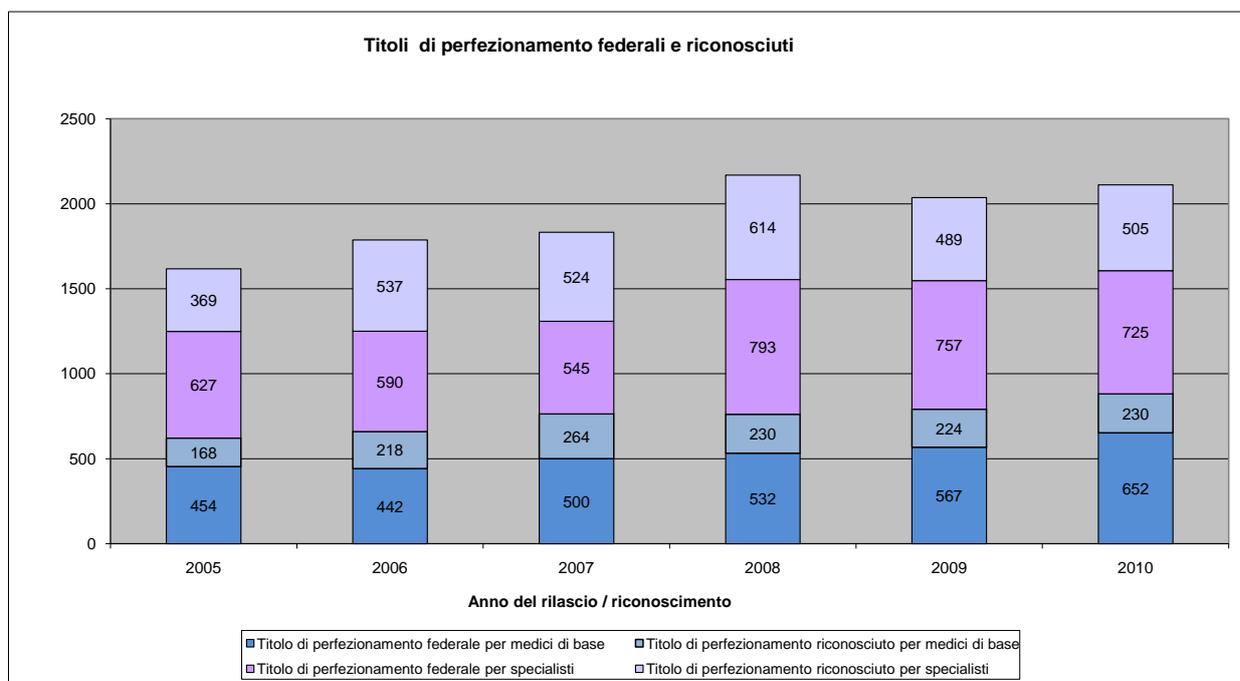
Secondo la statistica della FMH, nel 2009 il 22 per cento di tutti i medici (circa 7000) allora attivi in Svizzera (nel 2003 erano il 17 per cento)²⁵, era stato formato all'estero. Tale quota corrisponde oggi all'attuale popolazione straniera residente nel nostro Paese. La quota è distribuita per il 30 per cento nel settore stazionario e per il 14 per cento nel settore ambulatoriale. La percentuale dei medici formati all'estero è maggiore nella Svizzera romanda nella rispetto alla Svizzera tedesca.

In base all'analisi statistica degli ospedali effettuata dall'UST nel 2007, la popolazione straniera²⁶ nel settore stazionario corrispondeva a quell'epoca al 37 per cento. La massima concentrazione si ha nella psichiatria stazionaria, dove il 52 per cento dei medici sono di nazionalità straniera.²⁷ La statistica dell'UST tiene però conto della nazionalità, e non del Paese in cui è stata acquisita la formazione professionale.

5.1.9 Evoluzione quantitativa dei medici

La figura 5 mostra in modo esemplare l'evoluzione quantitativa dei medici in base ai titoli di perfezionamento federali e ai titoli di perfezionamento riconosciuti assegnati tra il 2005 e il 2010. In tutto sono 11 726.

Figura 5: Titoli di perfezionamento federali e titoli di perfezionamento riconosciuti conseguiti tra il 2005 e il 2010



Fonte: Registro delle professioni mediche UFSP

All'esame del grafico, emerge immediatamente che sono più di 2000 i titoli di perfezionamento federali o riconosciuti assegnati ogni anno dal 2008, ossia più del doppio rispetto al numero di medici formati in Svizzera ogni anno (cfr. cap. 7.1.3 sulla legge sul lavoro). Di questo importante incremento traggono vantaggio, in cifre assolute, anche i medici di base. L'immigrazione non ha però portato ad un incremento relativo dei medici di base rispetto agli specialisti.

Il numero elevato è dovuto al fatto che, tra il 2005 e il 2010, il 24 per cento dei complessivi 7183 titoli di perfezionamento federali (ossia 1724) è stato assegnato a medici in possesso di un diploma estero riconosciuto. Altri 4543 medici si sono fatti riconoscere in Svizzera il loro titolo di perfezionamento

²⁵ Kraft, E.; Hersperger, M. (2009): Ärzteschaft in der Schweiz - Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland. Schweizerische Ärztezeitung 2009; 90:49.

²⁶ In questa statistica, diversamente dalla statistica della FMH, è stata considerata solo la nazionalità, e non il Paese in cui è stato conferito il diploma.

²⁷ Monitoraggio dei medici ospedalieri, dati del 2007. Pubblicazione congiunta dell'Obsan, della FMH, della CDS e dell'UFSP. I dati relativi al settore stazionario si riferiscono ad unità di lavoro equivalenti a tempo pieno.

acquisito all'estero²⁸. In questo caso si tratta sempre, salvo qualche rara eccezione, di medici formati all'estero.²⁹ La quota di medici di base in questa categoria corrisponde solo al 29 per cento, ed è quindi decisamente inferiore di quella che si riscontra per i titoli di perfezionamento federali, che resta stabile al 45 per cento.

Riassumendo, il quadro che emerge è il seguente:

Nel periodo compreso tra il 2005 e il 2010, in Svizzera sono stati rilasciati 11 726 titoli di perfezionamento. Di questi, 7183 sono stati conseguiti nel nostro Paese mentre i titoli esteri riconosciuti sono 4543³⁰. Il numero complessivo di 6267 medici formati all'estero corrisponde alla somma dei 1724 titoli di perfezionamento conseguiti in Svizzera da medici formati all'estero e dai 4543 titoli esteri riconosciuti nel nostro Paese. Per tanto, la quota di medici formati all'estero (basata sul numero dei titoli di perfezionamento federali e di quelli riconosciuti nel periodo citato) corrisponde complessivamente al 53 per cento (6283 titoli di perfezionamento).

5.2 Riassunto

Con circa 4,12 medici per ogni 1000 abitanti, la Svizzera registra una densità di medici tra le più elevate al mondo. Nel 2009 i medici attivi nell'assistenza sanitaria erano circa 32 000. La cifra esatta non è nota; in particolare mancano dati completi sui medici (assistenti) che praticavano nel settore stazionario. La quota di medici di base che esercitano la professione in uno studio medico corrisponde al 48 per cento, quella degli specialisti al 52 per cento. Negli ultimi anni l'età media dei medici è aumentata, sia nel settore stazionario, sia in quello ambulatoriale. Per quanto riguarda l'età media dei medici che esercitano la professione in uno studio medico non si rilevano differenze tra medici di base e specialisti. Tuttavia, è nella più ampia categoria dei medici di base, ovvero nella medicina generale, che la strutturazione dell'età è più sfavorevole. Assieme alla crescita superiore alla media della quota di donne nel settore della medicina di base continuerà ad aumentare notevolmente anche il fabbisogno di nuove leve in questo settore. A suffragare il crescente fabbisogno di formazione vi sono la stagnazione dei diplomi in rapporto all'evoluzione della popolazione residente, il raddoppio della quota di donne dal 1985 nonché l'elevato aumento relativo ed assoluto dei medici formati all'estero: questi ultimi rappresentano il 53 per cento (o 6227 titoli di perfezionamento) dei complessivi 11 726 titoli di perfezionamento federali assegnati o riconosciuti tra il 2005 e il 2010. Dall'immigrazione traggono vantaggio, in cifre assolute, anche i medici di base, anche se non nella stessa misura degli specialisti.

²⁸ Il riconoscimento del titolo di perfezionamento presuppone anche il riconoscimento del diploma. I diritti per queste prestazioni dovuti alla Commissione delle professioni mediche ammontano complessivamente a 1'380 franchi.

²⁹ Solo 22 persone in possesso di un titolo di perfezionamento riconosciuto si sono formate in Svizzera.

³⁰ Il numero dei titoli di perfezionamento supera quello dei medici che li hanno conseguiti, poiché è possibile che a uno stesso medico sia stato rilasciato più di un titolo.

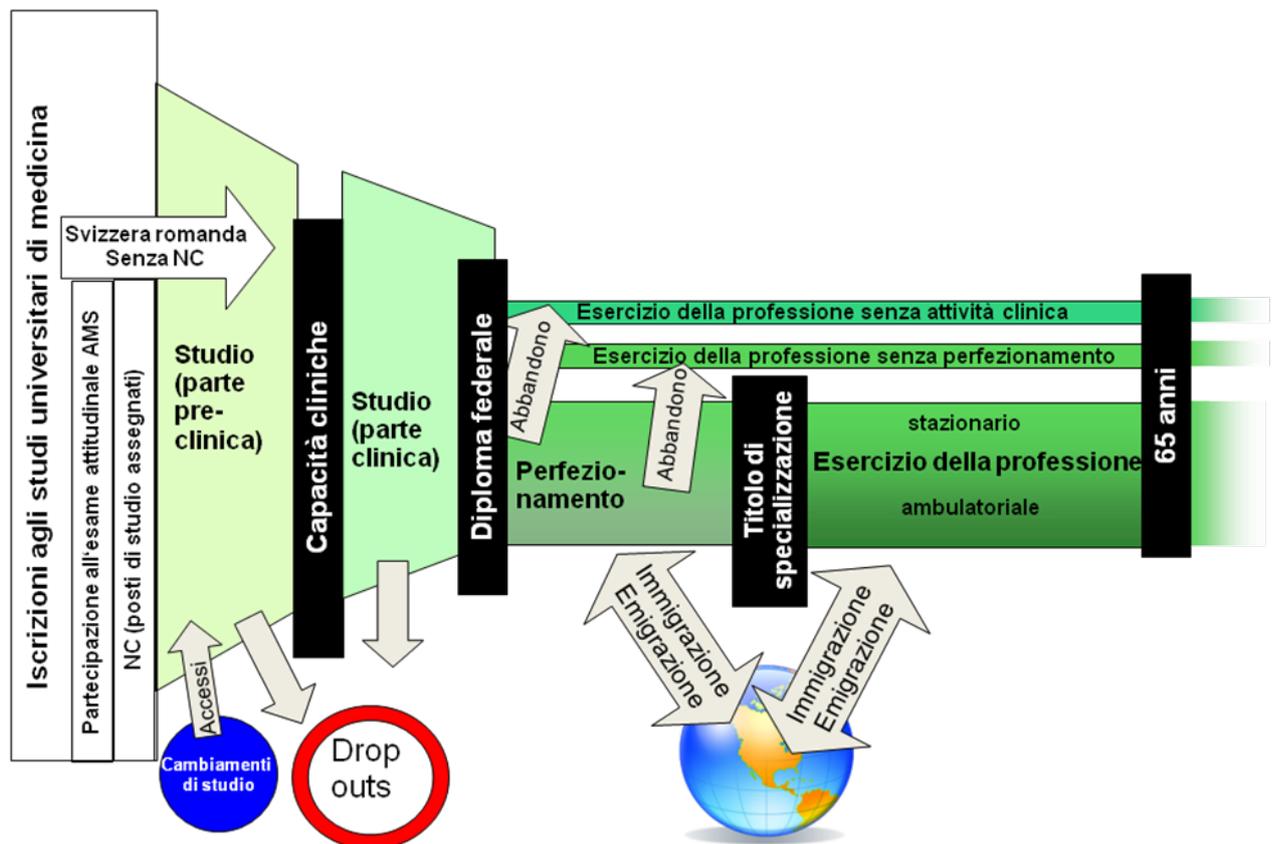
6 Formazione

In questo capitolo viene presentato innanzitutto un modello che può servire da guida per chiarire il problema del fabbisogno di formazione. Si ricercano i fattori che determinano l'evoluzione quantitativa della categoria dei medici nella formazione e si valuta il grado di efficienza con cui si sfruttano le capacità di formazione disponibili. Uno sguardo ad altri Paesi facilita la valutazione delle capacità di formazione di cui dispone la Svizzera. Contestualmente alla promozione della medicina di famiglia si cerca poi di capire che posto occupa e che importanza ha la medicina di base nella formazione.

6.1 Movimenti di entrata e di uscita

Come per tutte le altre professioni, anche per i medici bisogna partire dal presupposto che non tutti quelli che si formano finiscono per lavorare nell'ambito del sistema sanitario. Il seguente modello coglie e classifica i singoli movimenti di entrata e di uscita dal sistema sanitario del personale medico. Il periodo di tempo considerato è quello che va dall'iscrizione all'università al pensionamento o all'abbandono della professione.

Figura 6: Modello dei movimenti di entrata e di uscita dall'iscrizione all'università al pensionamento



Fonte: rappresentazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica

6.1.1 Fabbisogno di formazione

Sarà difficile avvicinarsi al numero di medici titolari di un diploma federale necessario per il futuro, perché il termine "adeguatezza del fabbisogno" è pressoché impossibile da oggettivare. Pertanto, nel presente rapporto ci si prefigge innanzitutto di dare una risposta al seguente quesito: la Svizzera forma un numero di medici sufficiente per stabilizzare l'odierna densità di medici (numero di persone)? Aspetti quali ad esempio l'evoluzione del grado di occupazione non vengono (ancora) presi in considerazione. Per prima cosa si calcola il corrispondente fabbisogno di formazione della Svizzera. Vengono inoltre

illustrate le attuali capacità di posti di studio all'università, l'evoluzione delle nuove immatricolazioni, le quote di titoli di studio conseguiti, nonché la funzione e gli effetti del numerus clausus.

Per determinare il numero di medici che dovrebbero confluire nell'assistenza sanitaria ogni anno per mantenere l'attuale densità di medici, si ricorre al seguente modello di fortemente semplificato:

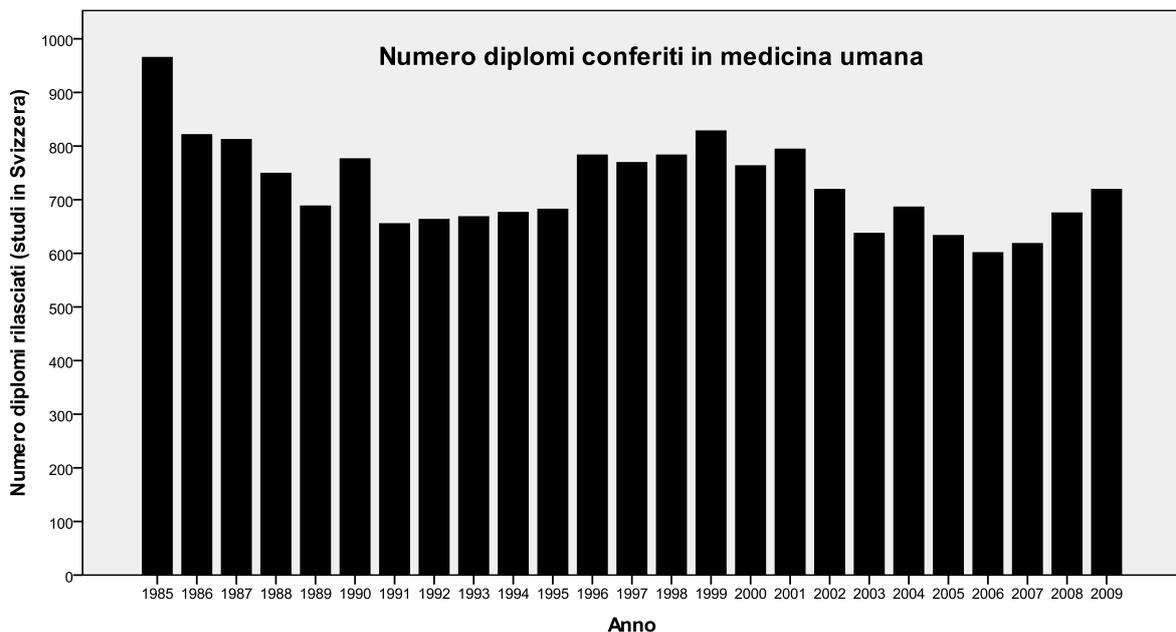
Medici che esercitano la professione all'interno del sistema sanitario:	32 000
Numero medio di anni di attività remunerata:	37
Numero di nuovi medici necessari all'anno:	864

Il numero medio di anni di attività (professionale) nel settore clinico assunto nel calcolo presuppone che i medici inizino tale attività a 28 anni e l'abbandonino a 65 anni. Tale assunzione comprende circa il 93 per cento di tutti i medici oggi professionalmente attivi. Il 7 per cento dei medici che esercitano la professione ha più di 65 anni. Non è noto il grado di occupazione corrispondente. Il calcolo è stato limitato al sessantacinquesimo anno di età tenendo conto della generale tendenza ad anticipare il pensionamento e a ridurre gli orari di lavoro di entrambi i sessi.

In Svizzera vengono formati ogni anno 864 nuovi medici?

La seguente figura 7 mostra il numero di diplomi federali conseguiti tra il 1986 e il 2009, da cui risulta che negli scorsi anni il necessario numero richiesto di 864 medici titolari di diploma federale non è stato raggiunto.

Figura 7: Diplomi conseguiti tra il 1985 e il 2009



Fonte: Registro delle professioni mediche UFSP

6.1.2 Interesse per lo studio della medicina

È evidente che lo studio della medicina resta sempre molto interessante. In tutti i Paesi industrializzati, la medicina è una disciplina accademica ambita, con cui si ritiene ci si possa assicurare un futuro. Nel 2009 in Svizzera si sono iscritti a medicina 3394 maturandi, nel 2010 addirittura 3824. Tuttavia, tra il 2007 e il 2009, dalle 400 alle 700 persone (ossia una quota compresa tra il 20 e il 35 per cento) degli iscritti alle università a numerus clausus (NC) di Berna, Basilea, Zurigo e Friburgo hanno ritirato l'iscrizione prima del giorno del test d'ingresso (test di idoneità agli studi di medicina). Nonostante i ritiri e le classi d'età con un basso tasso di natalità, questo numero d'iscrizioni lascia sostanzialmente presupporre che in Svizzera, oggi come in futuro, si possa formare un numero sufficiente di medici

propri. Va detto che la medicina umana parte da una situazione decisamente migliore rispetto a quella di altre professioni mediche, ad esempio quella delle professioni infermieristiche.

6.1.3 Capacità di posti di studio all'università e cifre relative alle immatricolazioni

In base ai dati della CRUS, tra il 2000 e il 2010 le capacità di posti di studio delle facoltà di medicina umana sono passate successivamente da 923 a 1064, aumentando quindi del 15 per cento. In realtà, all'università vengono ammessi più studenti, perché devono essere compensati anche gli abbandoni. Inoltre, nella Svizzera romanda non viene applicato il NC.

Nell'analisi delle capacità di posti di studio all'università bisogna distinguere tra capacità d'accoglienza e capacità clinica. La capacità d'accoglienza indica quanti studenti possono essere ammessi per frequentare il primo semestre dell'università. La capacità clinica indica invece quanti studenti riescono a conseguire la licenza universitaria ogni anno in base alle capacità cliniche disponibili (pazienti che si mettono a disposizione per scopi di formazione).

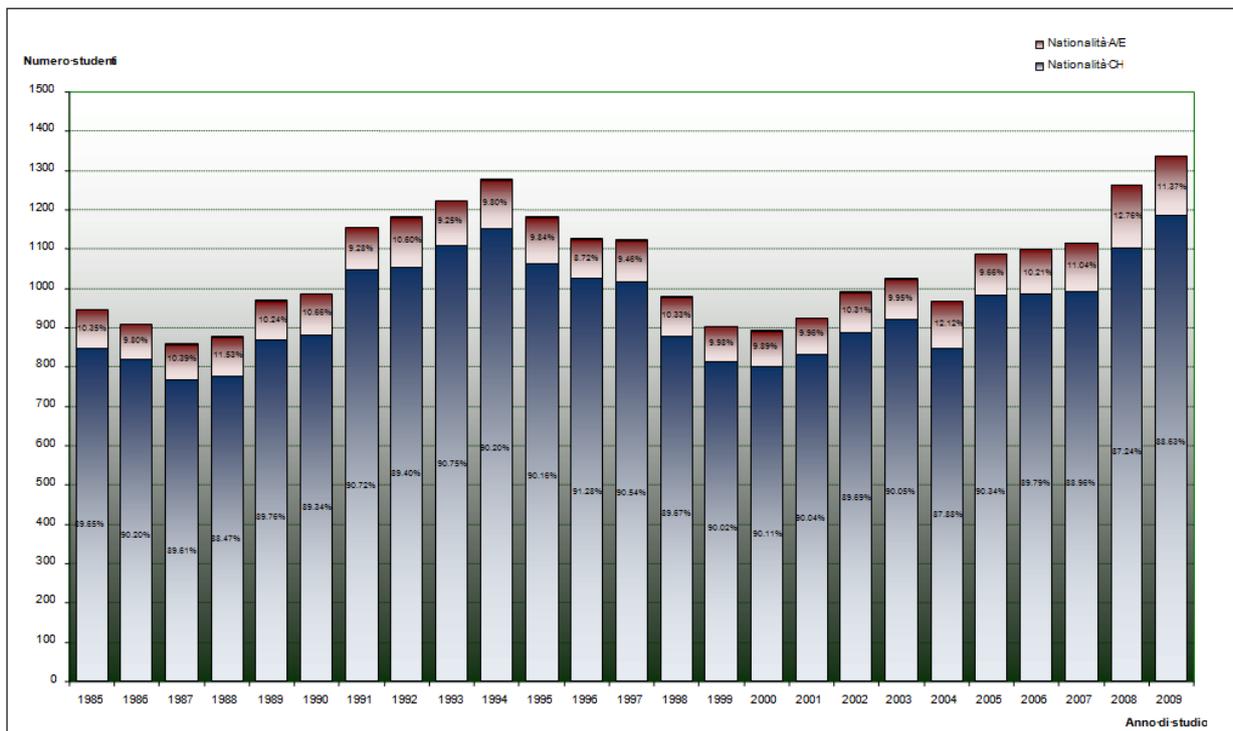
Le capacità di posti di studio all'università pubblicate dalla CRUS si riferiscono alla capacità d'accoglienza. La capacità clinica è inferiore di circa il 20 per cento rispetto alla capacità d'accoglienza. Di conseguenza la capacità clinica per il 2010 equivale a ca. 850 studenti. Il vero impasse della formazione è costituito quindi dalle limitate capacità cliniche, che per questo ambito sono necessarie, a seconda della facoltà, già a partire dal 2° o dal 3° anno. La formazione clinica avviene oggi prevalentemente negli ospedali universitari; in parte vengono coinvolti anche gli ospedali cantonali. Le possibilità di acquisizione di conoscenze cliniche tramite programmi di e-learning per sopperire alle limitate capacità cliniche (simulazioni, scenari basati su classi di casistiche omogenee con pazienti virtuali) non sono sfruttate al meglio. Nel frattempo, in Germania questo argomento ha raggiunto un interesse tale che la Società per la formazione medica ha creato appositamente un comitato per occuparsene.³¹ La disponibilità di pazienti per scopi di formazione potrebbe ulteriormente diminuire con l'introduzione di diagnosi degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni (DRG), rispettivamente in conseguenza alla prevista riduzione dei tempi medi di degenza negli ospedali, facendo sembrare ancora più urgente il problema della disponibilità di capacità cliniche.

Il grafico seguente (figura 8) è stato allestito dall'Ufficio federale di statistica. Riporta i nuovi iscritti al 1° semestre di specializzazione negli anni dal 1985 al 2009³² e mostra anche la quota di studenti stranieri corrispondente al 10-12 per cento, rimasta più o meno costante dal 1985 a oggi.

³¹ Cfr. le informazioni contenute nel seguente link: <http://www.checkpoint-elearning.de/article/6830.html>

³² Per primo semestre di specializzazione s'intende la prima immatricolazione al corso di specializzazione scelto. Il termine „1° semestre di specializzazione“ non si riferisce al ciclo studi. Coloro che in precedenza hanno fornito prestazioni in un altro ciclo di studi o in un istituto superiore estero non possono essere distinti da coloro che iniziano un corso di specializzazione.

Figura 8: Nuovi iscritti al 1° semestre di specializzazione dal 1985 al 2009



Fonte: UST 2009 (valutazione su incarico dell'UFSP)

Dal 2005 il numero dei nuovi iscritti aumenta decisamente, per cui in futuro ci si può aspettare un numero di titoli di studio più elevato. Ammettendo una quota media dei titoli di studio del 70 per cento per tutte le facoltà di medicina con e senza numerus clausus, dal 2015 le università svizzere potrebbero licenziare dagli 850 ai 900 medici con diploma federale.

6.1.4 Numerus clausus

L'eliminazione del numerus clausus è richiesta ripetutamente come strumento di comprovata efficacia per ovviare alla carenza di medici. Tuttavia, a causa dell'elevato numero di interessati, l'accesso agli studi universitari di medicina è attualmente limitato, in pratica, in tutti i Paesi industrializzati. Lo è, ad esempio, negli USA, in Canada, in Inghilterra, in Germania, in Austria, in Italia, nei Paesi Bassi e in Spagna. La Francia e il Belgio operano, come la Svizzera romanda, una severa selezione dopo il primo anno di studio per adeguare il numero di studenti alle limitate capacità di formazione. In Francia, ad esempio, solo circa il 20 per cento degli studenti del primo anno accede a quello successivo. Dal 2010/2011 per gli studenti francesi di medicina umana, farmacia, ostetricia, fisioterapia e odontoiatria il primo anno è uguale per tutti. Solo chi supera l'esame finale del primo anno con un ottimo risultato può proseguire gli studi in medicina umana.

Tutti i Paesi analizzati (tra cui la Svizzera) adottano come criterio di selezione d'idoneità dei test cognitivi e/o tengono conto, in parte, delle medie dei voti ottenuti (Germania). Gli strumenti di selezione cognitivi si prestano per predire il successo negli studi. Alcuni Paesi combinano i test cognitivi con colloqui di presentazione, saggi autobiografici, lettere di raccomandazione, test di personalità e test d'intelligenza emotiva. L'attendibilità o la capacità di prevedere la tendenza dei test di personalità è scientificamente discutibile.

Il numerus clausus (NC = "numero chiuso") è stato introdotto nel 1998 alle università di Berna, Zurigo, Basilea e Friburgo perché il numero degli iscritti continuava a superare le capacità di formazione (clinica) disponibili e perché uno studio di qualità soddisfacente non era più possibile. La competenza di decidere in merito a questo blocco delle ammissioni è esclusivamente dei responsabili universitari.

Le università della Svizzera romanda hanno finora rinunciato a introdurre il NC, ma viste le limitate capacità cliniche di cui anch'esse dispongono operano una severa selezione alla fine del 1° o del 2°

anno di studio. Ne consegue che oggi solo circa il 50 - 60 per cento matricole degli immatricolati di una classe d'età conclude con successo gli studi in medicina. In una situazione come questa si parla anche di "NC mascherato". Nel 2010 il Cantone di Ginevra ha effettuato per la prima volta il test d'idoneità; i risultati vengono tuttavia impiegati unicamente per scoraggiare le candidate e i candidati che hanno conseguito cattivi risultati a intraprendere gli studi universitari, nell'ambito di colloqui personali.

Il test di idoneità, in base al quale viene operata la selezione degli studenti, ha dato buona prova di sé, rivelandosi un buon strumento per innalzare la quota di successo dello studio. La percentuale dei titoli di studio conferiti dalle università a numero chiuso si colloca tra l'80 e il 90 per cento, mentre in quelle senza numero chiuso ristagna al 50 - 60.³³

Considerando le 3000 - 4000 persone che ogni anno sono interessate agli studi di medicina, l'eliminazione completa del NC costringerebbe le università ad ampliare in modo massiccio le proprie capacità.³⁴ Un intervento di questo tipo, indipendentemente dal fatto che non è comunque possibile aumentare le capacità cliniche a piacere, significherebbe costi elevati e minor qualità della formazione. La quota più bassa dei titoli di studio conseguiti nelle università senza numero chiuso suggerisce inoltre che tale quota studio tornerebbe ad abbassarsi nelle università a numero chiuso della Svizzera tedesca che non adottano il test d'ingresso. Con l'eliminazione del NC, assumendo una quota di titoli di studio per tutta la Svizzera approssimativamente del 60 per cento, ogni anno le università licenzierebbero tra i 1800 e i 2400 medici diplomati. Questa cifra è decisamente superiore al fabbisogno calcolato anche se si considerano gli abbandoni dopo il conseguimento dei titoli di studio (cfr. cap. 8.1). Da questo calcolo, pur basato su supposizioni non verificate concernenti l'evoluzione delle quote di titoli di studio, traspare comunque un ordine di grandezza che supera nettamente il fabbisogno.

6.1.5 Capacità aggiuntive: nuovi sviluppi

Dal semestre autunnale 2009 l'università di Friburgo offre agli studenti un ciclo di studi della durata di tre anni con conseguente rilascio di un bachelor. Inoltre all'Università della Svizzera italiana si sta vagliando la possibilità di istituire un master in medicina umana. Il master potrebbe rappresentare un complemento sensato del bachelor, perché solo in tal modo si potrebbe aumentare il numero totale dei titoli di studio.

6.1.6 Capacità d'accoglienza e quote di diplomi al confronto internazionale

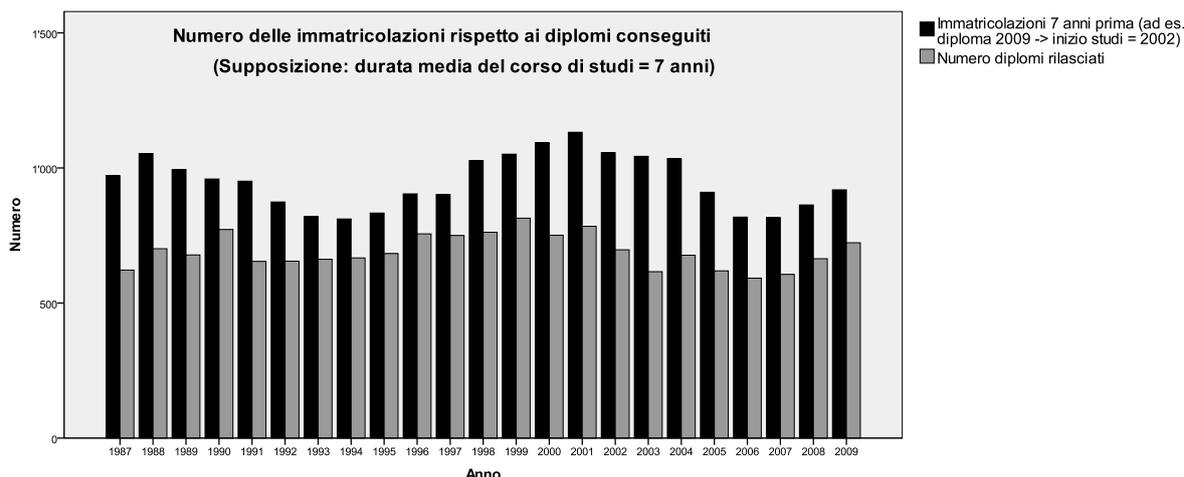
Il numero dei medici formati dipende dalla capacità d'accoglienza, e dalla quota di studenti che riescono a diplomarsi. La figura 9 seguente, indica che nel corso degli anni la quota di diplomi varia notevolmente rispetto al numero d'immatricolazioni. Da tre anni a questa parte la quota di titoli di studio³⁵ ha ripreso a salire, e nel 2009 si assestava attorno al 78 per cento. La tendenza al rialzo è principalmente dovuta alle migliori quote di diplomi delle università a numero chiuso.

³³ Conferenza dei rettori delle università svizzere: Aumento delle capacità di posti di studio nella facoltà di medicina umana? Foglio di lavoro del 5 agosto 2009.

³⁴ Nell'anno accademico 2010/11 alle facoltà di medicina umana si sono iscritti 3824 studenti.

³⁵ Il presente calcolo della quota di diplomi esemplificativo serve da esempio, perché fa riferimento a un ciclo di studi dalla normale durata di 7 anni (nel 2008 la CUS ha calcolato una durata media degli studi di 6,8 anni). Esso ha la sola funzione d'indicare la variazione dell'utilizzo delle capacità d'accoglienza.

Figura 9: Confronto tra immatricolazioni (7 anni prima dell'anno del diploma) e numero di titoli di studio



Fonte: registro delle professioni mediche UFSP

Con una capacità di 1064 posti di studio all'università per futuri medici specializzati in medicina umana, la Svizzera, se confrontata con i Paesi sotto elencati, si colloca al terzo posto. Perfino la Germania, che per la Svizzera è il principale "Paese di esportazione di medici" offre meno posti di studio all'università per ogni 100 000 abitanti. Se si confronta però il numero dei diplomi si nota che nel 2008 la Germania ha formato 12 medici per ogni 100'000 abitanti, mentre la Svizzera ne ha formati 8,9 per ogni 100 000 abitanti. Secondo l'Ufficio federale di statistica, in Germania si diploma l'87,3 per cento degli studenti di medicina umana, mentre la quota di titoli di studio conseguiti in tutta la Svizzera nello stesso anno di riferimento corrisponde al 73 per cento circa. Ne risulta che la Germania sfrutta molto meglio le sue capacità di formazione. Uno dei motivi potrebbe essere la rigida selezione degli studenti ammessi agli studi universitari.

Tabella 3: Confronto tra le capacità di posti di studio all'università di differenti Paesi

Paese	NC	Capacità di posti di studio di medicina umana 2009/10	Numero di abitanti 2008	Posti per ogni 100'000 abitanti 2008	Diplomi 2008	Diplomi per ogni 100'000 abitanti
Svizzera	Sì, tranne che nella Svizzera romanda	1064	7,6 milioni	14	676	8.9
Germania	Sì	10 048	82 milioni	12.2	9857	12
Austria	Sì, dal 2006/07	1500	8,2 milioni	18.3	1797 ³⁶	21
Francia	No, ma riduzione delle capacità nel 2° anno accademico	7400	64 milioni	11.5	4000 ³⁷	6.25
Olanda	Sì	2850	16,6 milioni	17.1	non disponibile	non disponibile
USA	Sì	18 400	309 milioni	5.9	non disponibile	non disponibile
Canada	Sì	2695	33 milioni	8.1	non disponibile	non disponibile

Fonte: Ricerca in Internet e sondaggio condotto via e-mail dall'UFSP

6.1.7 Aspetti qualitativi della formazione

La formazione si svolge secondo le indicazioni della legge federale sulle professioni mediche (LPMed)³⁸. La LPMed non contiene però disposizioni in base alle quali la Confederazione potrebbe influenzare lo sviluppo quantitativo delle professioni mediche universitarie, che è di competenza unicamente dei

³⁶ Il numero dei titoli di studio è elevato per il fatto che fino al 2006/07 l'accesso agli studi di medicina umana era libero. Nel 2006 le immatricolazioni erano ancora solo 846.

³⁷ Cifra del 2004 (fonte: EURACT)

³⁸ RS 811.11

Cantoni. La Confederazione però sostiene parte dei costi della formazione con i contributi base previsti dalla Legge federale sull'aiuto alle università dell'8 ottobre 1999 (RS 414.20). Il 70 per cento di questi contributi viene distribuito alle università dei Cantoni in base al numero di studenti. La distribuzione dei contributi avviene sulla base di una ponderazione delle discipline accademiche secondo l'Accordo intercantonale sulle università del 20 febbraio 1997.³⁹ Gli studenti di medicina appartengono al Gruppo di facoltà II, mediamente caro (primo e secondo anno accademico) e al Gruppo di facoltà III, il più caro (dal terzo anno accademico). Per gli studenti di medicina, le università cantonali ricevono quindi un contributo studente pro capite maggiore di quello che ricevono per gli studenti di altre discipline.

Oggi in Svizzera lo studio è strutturato secondo la riforma di Bologna, che prevede un sistema di studi a due livelli, bachelor (3 anni) e master (2 anni), più un anno di tirocinio clinico con esame finale. In sostanza, il sistema bachelor-master dà la possibilità di verificare se un bachelor in medicina può avere altri sbocchi professionali, nella fattispecie nel settore delle prestazioni mediche di carattere pratico, come pure nella ricerca. Oggi cambiare dopo aver conseguito il bachelor è pressoché impossibile. Una miglior trasparenza avrebbe sostanzialmente il vantaggio di consentire un utilizzo più mirato, e quindi più efficace, delle attuali (scarse) capacità nella formazione medica in vista della futura attività professionale desiderata. Implica però anche che gli studenti debbano decidere anticipatamente rispetto ad oggi in quale ambito professionale desiderano operare in seguito.

Resta poi da vedere se e come, con una maggiore presenza sanitaria della medicina di base nella formazione, si possa aumentare la quota dei futuri medici di base. In linea di principio la formazione secondo la LPMed rende idonei alla frequenza del corso di perfezionamento desiderato; non è quindi orientata specificamente sanitaria alla medicina di base. Ciò nonostante, la LPMed assegna alle competenze basilari necessarie per l'assistenza di base un posto prominente. Con la revisione della legge, che verrà dibattuta in Parlamento nel corso del 2011, la medicina di base verrà ulteriormente potenziata aumentando gli obiettivi della formazione ed orientandoli esplicitamente a questo settore, ed in modo particolare alla preparazione del ruolo del medico di famiglia (artt. 4 e 8 LPMed). In questo contesto viene data però un'importanza sempre maggiore alla rivalutazione della formazione interprofessionale e interdisciplinare. Un'assistenza integrata e coordinata necessita infatti di determinate competenze e di una preparazione specifica per lavorare in team multiprofessionali che svolgono i loro compiti sia nel settore stazionario sia in quello ambulatoriale. Un punto che risulta ancora più rilevante, se si considera che in futuro l'evoluzione demografica conto porterà a considerare sempre di più di tutti gli aspetti dell'assistenza, quindi non solo di quelli prettamente terapeutici, bensì anche di quelli legati alla prevenzione, alla reintegrazione e alle cure palliative. Nel frattempo in tutte le facoltà di medicina della Svizzera sono state aggiunte cattedre di medicina di famiglia. La quantità di risorse che le facoltà hanno destinato a queste cattedre varia da un'università all'altra, e non rientra nella sfera di competenze della Confederazione. Finora è risultato complicato ottenere finanziamenti esterni. Nell'ambito del Programma Nazionale di Ricerca (PNR) 2008/2009 è stata presentata una proposta intitolata „Versorgungsforschung in der Grundversorgung” (Ricerca sull'assistenza sanitaria di base). A questa proposta il Comitato direttivo Formazione, ricerca e la tecnologia ha dato ben poca priorità. Ragion per cui non è stato commissionato nessuno studio di fattibilità relativamente a questa tematica. In sostanza, è comprensibile che i vari uffici nazionali o cantonali diano alla ricerca priorità differenti a seconda delle prospettive e degli obiettivi specifici. Nel settore della medicina di base manca una politica coerente in questo senso. Va aggiunto che nel febbraio 2010 è stato lanciato il PNR „Lebensende” (Fine della vita). È probabile che in questo contesto verrà affrontato anche il tema del ruolo dei medici di base.

Per aumentare l'interesse verso questo settore di specializzazione, la ricerca è importante. Senza un'attività di ricerca potenziata, ovvero una promozione mirata dei ricercatori, non si può pensare a un'evoluzione qualitativa del settore, né di conferirgli un miglior fondamento accademico. Nel suo programma pluriennale 2012-2016 l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) si è posta come obiettivo la promozione degli strumenti per la ricerca clinica, incentrata sul paziente e orientata alla prassi.

³⁹ RU 1999 1503

6.2 Riassunto

Per stabilizzare l'attuale densità di medici dovrebbero confluire nell'assistenza sanitaria 864 medici all'anno. Questa cifra non comprende ancora la quota di coloro che, dopo il diploma, non conseguono un titolo di perfezionamento, né il maggior fabbisogno determinato dalla diminuzione del grado di occupazione. Le perdite che ne derivano vengono calcolate nei capitoli seguenti dedicati al perfezionamento e all'esercizio della professione.

Poiché l'interesse per gli studi di medicina continua ad essere forte, nonostante le classi d'età con basso tasso di natalità, esistono sostanzialmente i presupposti affinché la Svizzera, oggi come in futuro, possa formare un numero sufficiente di medici propri. Va detto che la situazione nel settore della medicina umana è decisamente migliore rispetto a quella di altre professioni mediche, ad esempio assistenziale quelle infermieristiche.

Negli anni scorsi, nelle università svizzere non è stato raggiunto il numero di diplomi necessario per stabilizzare la densità di medici. Però i Cantoni dal 2000 hanno aumentato le capacità di posti di studio all'università del 15 per cento. Pertanto, si calcola che nel 2015 i diplomi saranno circa 850 - 900. Sebbene le capacità del nostro Paese siano in proporzione maggiori di quelle della Germania, in Svizzera non vengono sfruttate bene con la stessa efficacia. Di questo è responsabile soprattutto la quota di diplomi della Svizzera romanda che ristagna al 50 - 60 per cento. La quota di titoli di studio delle università a numero chiuso corrisponde invece all'80 - 90 per cento. Il che vuol dire che il NC contribuisce notevolmente al miglior sfruttamento delle capacità disponibili. La sua abolizione implicherebbe un aumento annuo delle immatricolazioni tra le 3000 e le 4000 unità, a fronte di un incremento di 1800 - 2400 medici diplomati. Un aumento così massiccio e costoso delle capacità d'accoglienza non è opportuno. Alcuni sviluppi recenti, quali la riforma effettuata dall'Università di Friburgo nel 2009 che ha portato da due a tre anni la durata del ciclo di studi (rilascio del bachelor), nonché i preparativi dell'Università della Svizzera italiana per l'istituzione di un master, potrebbero ampliare ulteriormente l'offerta attuale, permettendo in tal modo di raggiungere le capacità auspiccate.

Nel settore della medicina di famiglia sono stati fatti progressi nella formazione, ma negli ambienti accademici viene data ancora troppo poca importanza alla componente politico-sanitaria della medicina di famiglia. Anche se nel frattempo tutte le facoltà di medicina sono state dotate d'istituti di medicina di famiglia, risulta tuttora complicato trovare i soldi per la ricerca. Tuttavia, il potenziamento dell'attività di ricerca sarebbe fondamentale per dare un fondamento accademico a questa disciplina. La medicina di base è l'oggetto di una rivalutazione nell'ambito della revisione della LPMed, in quanto gli obiettivi della formazione dovrebbero preparare un miglior terreno per la medicina di base e per il coordinamento con altre professioni mediche. La procedura di consultazione sull'avamprogetto di revisione della LPMed è stata avviata alla fine di giugno 2011.

7 Perfezionamento

7.1 Stato e sviluppo del perfezionamento

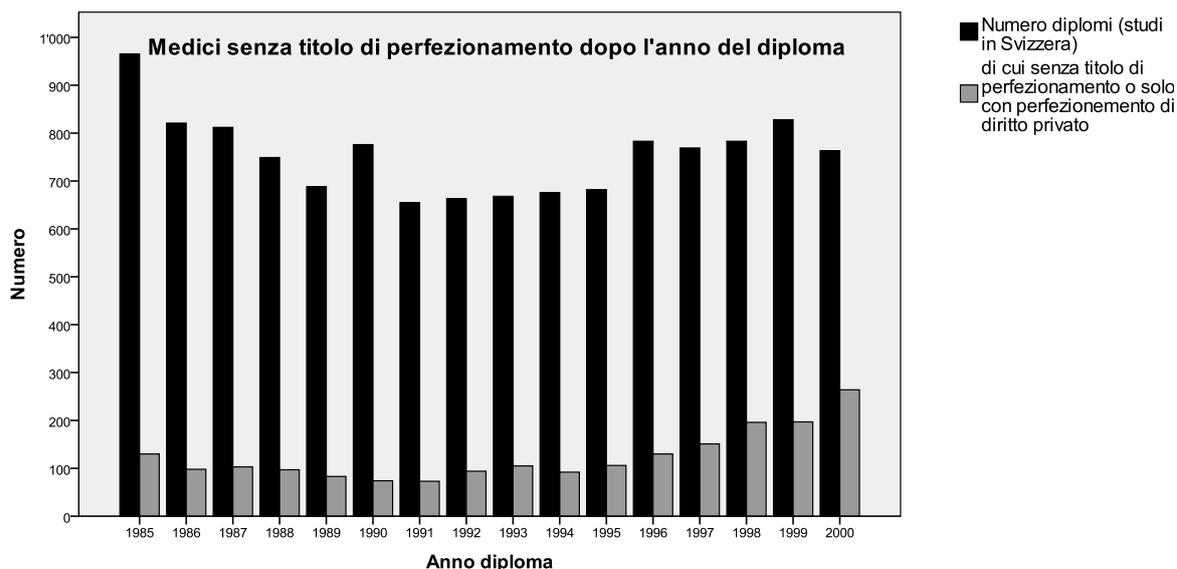
In questo capitolo si descrive lo sviluppo quantitativo della comunità dei medici formati in Svizzera nella fase del perfezionamento al fine di approfondire meglio la questione fabbisogno della necessità di formazione (target: stabilizzazione della densità di medici e dei volumi di lavoro disponibili).

Di conseguenza il numero di medici che restano fedeli ai loro obiettivi professionali e si perfezionano è di importanza decisiva. Oggetto della ricerca sono anche aspetti quali il grado di occupazione dei medici nella fase del perfezionamento, nonché i tassi di immigrazione ed emigrazione di questa comunità. Essendo il rapporto numerico tra medici di base e specialisti di particolare interesse, si esamina cosa si può fare per rendere più attraente il perfezionamento dei medici di base. Si osservano inoltre i meccanismi che influenzano l'attuale rapporto numerico tra medici di base e specialisti.

7.1.1 Medici diplomati con e senza titoli di perfezionamento

La cifra esatta dei medici con diploma federale che si perfezionano può essere definita solo se questi medici hanno conseguito un titolo di perfezionamento federale (o un titolo di perfezionamento estero riconosciuto dalla Commissione delle professioni mediche competente). In questo caso, conformemente alla LPMed, l'organizzazione professionale competente FMH provvede alla relativa iscrizione nel registro delle professioni mediche. Sulla base dei dati riportati nel registro delle professioni mediche l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha analizzato quanti dei medici con diploma federale che si sono diplomati tra il 1985 e il 2000 hanno conseguito un titolo di perfezionamento (federale o estero riconosciuto).

Figura 10: Quota di medici senza titoli di perfezionamento (1985 - 2000).



Fonte: registro delle professioni mediche UFSP

Le analisi degli anni del diploma che vanno dal 1998 al 2000 mostrano una quota di medici senza titoli di perfezionamento decisamente più alta. Se questa sia una tendenza, al momento non lo si può ancora dire. E' possibile che alcuni medici conseguano un titolo di perfezionamento anche 10 - 12 anni dopo l'ottenimento del diploma. Se così non fosse, allora si tratterebbe di un trend preoccupante, di cui andrebbero ricercate le cause. La seguente tabella 4 riporta la stessa analisi in cifre assolute in base al sesso.

Tabella 4: Cifre assolute e quote relative di uomini e di donne con e senza titoli di perfezionamento

	1985 - 2000 (tutti)	Uomini	Donne
Totali diplomi federali	12 081 (100 %)	7221 (60 %)	4860 (40 %)
Con titolo di perfezionamento	10 088 (83.5 %)	6236 (86.4 %)	3852 (79.3 %)
Senza titolo di perfezionamento	1993 (16.5 %)	985 (13.6 %)	1008 (20.7 %)

Fonte: registro delle professioni mediche UFSP

Il 16,5 per cento dei medici che hanno ottenuto il diploma federale tra il 1985 e il 2000 non hanno conseguito fino ad oggi alcun titolo di perfezionamento. Nonostante l'assenza di dati sull'attività professionale di questa categoria che potrebbe sostanzialmente esercitare la professione senza alcun titolo di perfezionamento ma sotto sorveglianza, ad esempio in un ospedale, è plausibile presupporre che essa non sia più a disposizione del sistema di assistenza medica⁴⁰. Questa perdita va ad accrescere il fabbisogno di formazione calcolato nel capitolo precedente da 864 a 1030 medici all'anno.

⁴⁰ Il fatto che la quota del 16,5 per cento di medici senza perfezionamento sia calcolata completamente come una perdita, si giustifica poiché, nonostante l'incertezza che questo gruppo possa continuare ad esistere, nel presente rapporto non si tiene

7.1.2 Grado di occupazione dei medici assistenti

Un sondaggio effettuato da Buddeberg (2010)⁴¹ sei anni dopo il conseguimento del diploma tra 460 medici formati in Svizzera con famiglia (di cui il 53 per cento con uno o più figli) si possono trovare ulteriori importanti agganci al grado di occupazione nella fase del perfezionamento: 98 medici assistenti, o il 21 per cento degli intervistati, dichiarano di aver finora chiesto un'aspettativa della durata media di 8 mesi.

Tabella 5: Grado di occupazione e aspettative di medici assistenti

	Uomini (n / %)	Donne (n / %)	Totale (n / %)
Attualmente in aspettativa	6 / 2,7%	24 / 10,2%	30 / 6,5
Grado di occupazione 50% o meno	8 / 3,6%	58 / 24,7%	66 / 14
Grado di occupazione tra il 60 e il 90%	23 / 10,2%	46 / 19,6%	69 / 14
Grado di occupazione 100 %	188 / 83,5%	107 / 45,5%	295 / 63,5
Totale	225	235	460 / 100

Lo studio conferma che anche tra i medici, nella fase in cui si decide di fondare una famiglia, sono soprattutto le donne ad andare in aspettativa e/o a ridurre notevolmente il grado di occupazione. Il 45,5 per cento delle donne e l'83,5 per cento degli uomini lavora invece a tempo pieno. La riduzione del grado di occupazione e le aspettative prese nella fase in cui si decide di farsi una famiglia sono sicuramente una delle ragioni della carenza di medici assistenti nel settore stazionario.

7.1.3 Effetti del lavoro a tempo parziale e della legge sul lavoro

Il lavoro a tempo parziale, diffuso soprattutto tra le donne, durante il periodo del perfezionamento prolunga la durata del perfezionamento, accrescendo così il fabbisogno di medici nel settore stazionario.

Inoltre dal 1° gennaio 2005 l'orario massimo di lavoro settimanale dei medici è di 50 ore. Il maggior fabbisogno di personale che ne deriva è valutato al 25 per cento (+ 3-4000 posti).⁴² Secondo la ASMAC la legge sul lavoro non è ancora in vigore ovunque.

7.1.4 Emigrazione di medici svizzeri

Il numero di certificati di conformità rilasciati dall'UFSP a pagamento, nonché il numero di convalide di diplomi in lingua inglese, forniscono indicazioni sulla (probabile, e forse temporanea) emigrazione dei medici formati in Svizzera. I certificati di conformità sono necessari per poter frequentare un corso di perfezionamento o per esercitare la professione di medico nei Paesi membri della UE/AELS. La traduzione in inglese dei diplomi serve principalmente per l'emigrazione negli USA o in Canada. Le traduzioni dei diplomi in tedesco, in italiano e in francese non vengono considerate perché normalmente si ordinano unitamente al certificato di conformità.

La seguente tabella 11 mostra il numero di documenti rilasciati dal 2007 al 2009. Sulla durata dell'attività o del perfezionamento all'estero non si possono fare asserzioni perché non si dispone di dati al riguardo⁴³.

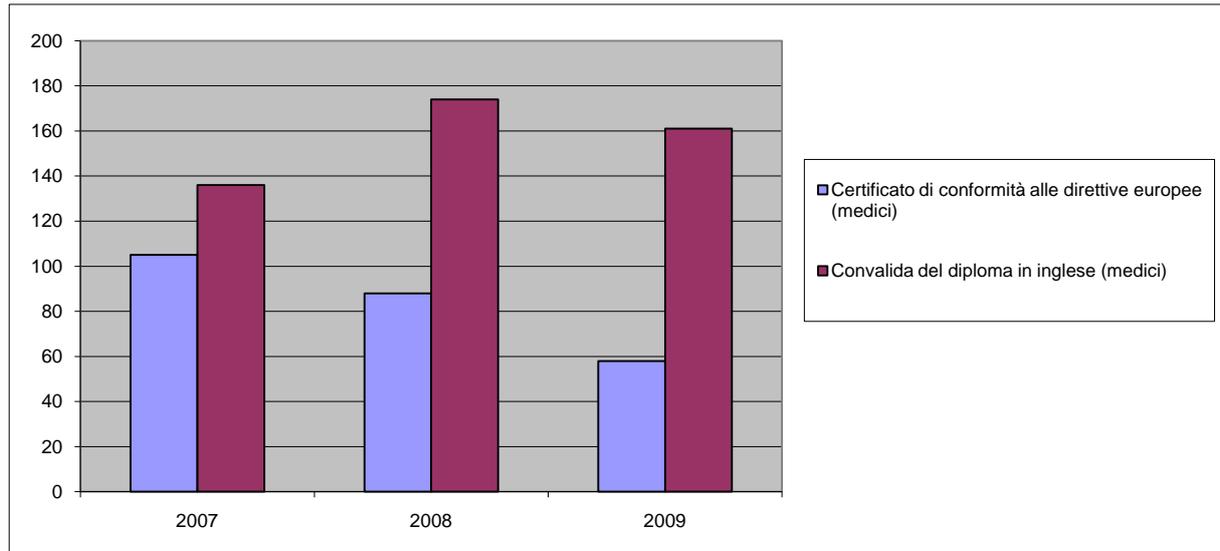
conto di altri abbandoni della professione che sopraggiungono in un secondo tempo della carriera professionale. In un confronto con i dati del 2009 della Germania emerge che 103 981 su un totale di 429 926 medici attivi professionalmente non esercitavano la medicina. La "perdita" di medici non attivi in campo medico in Germania ammonta al 24 per cento.

⁴¹ Buddeberg-Fischer et al. (2010): The impact of gender and parenthood on physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010, 10:40.

⁴² Allal, N.; Herrmann, H.-U. (2007): Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat SWTR, Bern.

⁴³ Nel maggio del 2011, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha iniziato ad interrogare sistematicamente i medici che chiedono i corrispondenti attestati.

Figura 11: Emigrazione di medici svizzeri 2007-2009



Fonte: documenti archivio UFSP

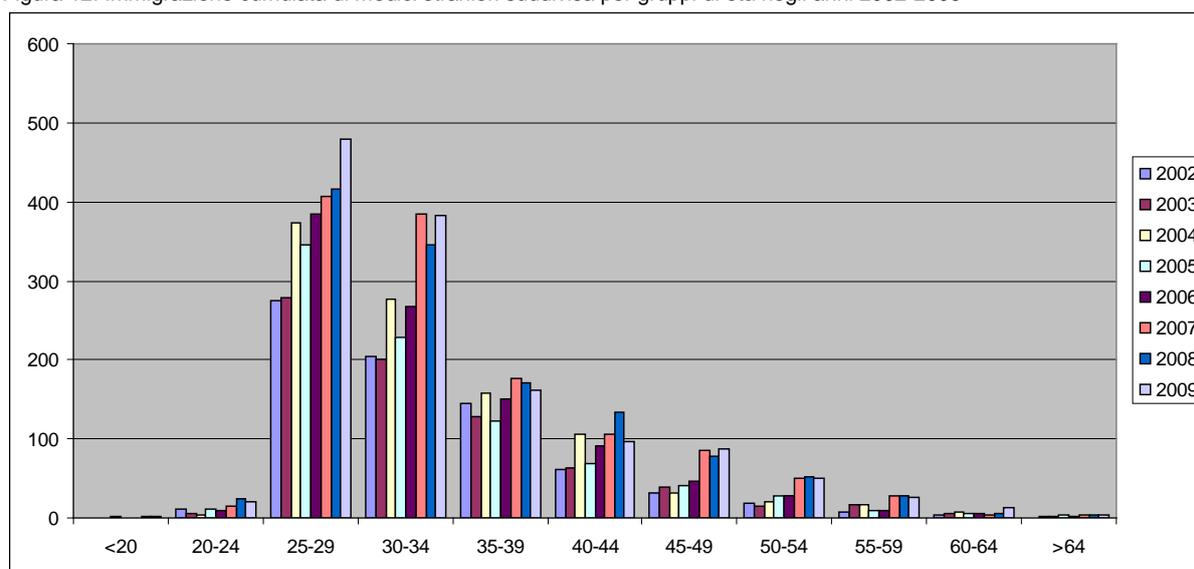
L'analisi dei dati mostra che ogni anno emigrano dai 200 ai 250 medici formati in Svizzera. Quindi neanche un terzo dei medici formati in Svizzera è (temporaneamente) a disposizione del sistema sanitario durante il periodo del perfezionamento. Della durata dell'emigrazione, ovvero del rientro in Svizzera, non si sa (ancora) nulla. Qualcosa in merito si potrebbe dire solo se questi medici conseguono un titolo di perfezionamento federale in Svizzera o se si fanno riconoscere il loro titolo di perfezionamento conseguito all'estero. L'emigrazione dei medici formati in Svizzera è un altro dei motivi per cui nel settore stazionario la quota dei medici (assistenti) stranieri è particolarmente alta (cfr. anche i cap. 5.1.2 e 5.1.3).

7.1.5 Immigrazione di medici (assistenti) stranieri

Secondo l'Ufficio federale della migrazione (UFM) tra il 2002 e il 2009 sono immigrati in Svizzera dai 750 ai 1300 medici. L'immigrazione contribuisce quindi a far sì che le attuali strutture assistenziali siano sufficientemente provviste di personale. Dalla figura 12 che segue, risulta chiaro che la quota maggiore (64 per cento) di immigrati è costituita da medici che hanno tra i 25 e i 34 anni, il che fa pensare che questi medici immigrano in Svizzera per conseguire un titolo di perfezionamento. Tra di essi i più vengono dalla Germania. I medici tedeschi trovano le condizioni offerte dalla Svizzera per il conseguimento di un titolo di perfezionamento decisamente migliori, sia sotto l'aspetto qualitativo, che per quanto riguarda le condizioni di lavoro (orario di lavoro, retribuzione).⁴⁴

⁴⁴ Fotuhi, P.; Siegrist, M.; Vogel, S.; Orlow, P.; Neises, G.; Giger, M. (2007): Deutsche Ärzte unzufriedener als ihre Schweizer Kollegen. Deutsches Ärzteblatt Jg. 104, Heft 5, Februar 2007.

Figura 12: Immigrazione cumulata di medici stranieri suddivisa per gruppi di età negli anni 2002-2009



Fonte: Ufficio federale della migrazione

In linea di massima le cifre dell'UFM coincidono con i diplomi in medicina esteri riconosciuti dalla Commissione delle professioni mediche (cfr. i Cap. 5.1.2 e 5.1.3).

L'immigrazione è molto importante per il mantenimento dell'attuale sistema di assistenza medica stazionaria, e in misura sempre più crescente anche per quello ambulatoriale (cfr. il Cap. 8.3.1 sulle autorizzazioni all'esercizio della professione). Contemporaneamente però si pone il problema dell'eventuale svantaggio che l'immigrazione potrebbe arrecare ai medici svizzeri che desiderano frequentare un corso di perfezionamento professionale a tempo parziale. Per gli ospedali è probabile che i medici formati all'estero pronti a lavorare a tempo pieno siano i candidati più interessanti per i posti di assistente.

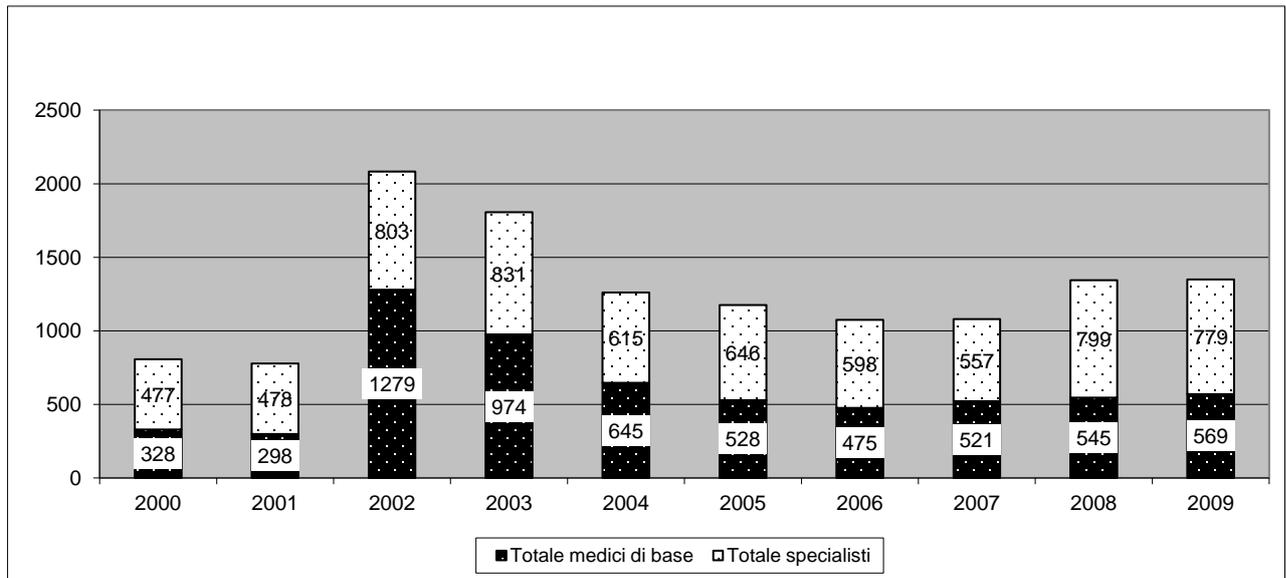
7.1.6 Rapporto numerico tra medici di base e specialisti

Una carenza di medici viene pronosticata soprattutto nel settore della medicina di base ambulatoriale. Pertanto il rapporto numerico tra medici di base e specialisti che risulta dal sistema di formazione e di perfezionamento svizzero è di particolare interesse.

La figura 13 mostra lo sviluppo del rapporto tra medici di base⁴⁵ e specialisti sulla base dei titoli di perfezionamento federali rilasciati dalla FMH ai titolari e alle titolari di diplomi federali e di diplomi esteri riconosciuti in medicina umana.

⁴⁵.Somma dei nuovi medici specializzati in medicina generale, in medicina interna, in pediatria, medico generico

Figura 13: Conferimento di titoli di perfezionamento federali negli anni 2000 - 2009



Fonte: statistica FMH sui medici del 2009

Negli anni 2002 - 2003 il numero dei titoli di medico di base conferiti è alto perché con l'entrata in vigore della LPMed è stato introdotto l'obbligo di perfezionamento, e ai medici che già esercitavano è stato conferito un titolo di perfezionamento a condizioni agevolate. Lo sviluppo dal 2005, passata questa fase di transizione, mostra che il numero di titoli di medico di base è leggermente aumentato, ma mai come il numero dei titoli di perfezionamento per specialisti.

La quota di titoli di perfezionamento federali nelle specializzazioni dell'assistenza sanitaria di base è stabile. Dal 2006 oscilla tra il 40 e il 48 per cento. A colpire è l'aumento oltre la media delle donne nel settore dell'assistenza sanitaria di base. Nel 2009 le donne hanno conseguito complessivamente il 51 per cento di tutti i titoli di perfezionamento dell'assistenza sanitaria di base; considerando tutte le specializzazioni, il 46 per cento. La femminilizzazione sembra quindi avere un effetto sostanzialmente positivo sull'assistenza sanitaria di base. La crescita assoluta e relativa è però leggermente attenuata per via della forte percentuale di lavoratori a tempo parziale.

7.1.7 Perfezionamento dei medici di base

Dato che il perfezionamento oggi avviene praticamente esclusivamente nell'ambito del sistema di assistenza medica stazionario esistente, orientato principalmente alle cure in fase acuta, la richiesta di un perfezionamento di carattere pratico dei medici di base è comprensibile e va sostenuta. Questa richiesta ha trovato concretizzazione con l'introduzione dell'assistenza ambulatoriale (perfezionamento negli ambulatori di medici di base, in centri sanitari), e nella maggior parte dei Cantoni è stata realizzata sotto forma di progetti pilota. E per poter garantire l'attrattiva dell'assistenza ambulatoriale anche in termini di retribuzione, oggi parte della retribuzione è a carico del Cantone o di terzi (cfr. il rapporto finale sul finanziamento del perfezionamento specifico della CDS del 26 ottobre 2006). Il finanziamento a lungo termine dell'assistenza ambulatoriale non è però ancora garantito.

L'assistenza ambulatoriale è stata inserita anche nel nuovo programma di perfezionamento „Medicina interna generale“ varato dall'assemblea plenaria dell'ISFM nel novembre 2009 che include tre anni di perfezionamento di base e due anni di post-perfezionamento. Il perfezionamento di base deve includere almeno due anni di medicina generale interna in ambito stazionario e almeno sei mesi di medicina generale interna in ambito ambulatoriale, preferibilmente di assistenza ambulatoriale. Il post-perfezionamento consiste in almeno due moduli a scelta di completamento del perfezionamento per internisti ospedalieri o internisti ambulatoriali, ovvero medici di famiglia. Il curriculum è strutturato in modo che venga preferibilmente prima completato il perfezionamento di base. Così in seguito il post-perfezionamento può essere orientato alla successiva attività professionale. I cosiddetti «programmi per

medici di famiglia» proposti nella Svizzera romanda, all'Ospedale cantonale di San Gallo e adesso anche all'Ospedale universitario di Zurigo sono assolutamente compatibili con il nuovo programma di perfezionamento „Medicina interna generale“. Con adeguata pianificazione e coaching individuale, il perfezionamento può essere concluso nel giro di cinque anni.

Per i futuri medici di base è stato così sviluppato un nuovo programma di perfezionamento che rende più attraente il perfezionamento. Se la quota di medici di base in questo modo aumenterà, ancora non lo si può sapere.

Per potenziare l'assistenza di base, con la revisione della LPMed verranno conseguentemente ampliati gli obiettivi del perfezionamento (Art. 17 LPMed).

Dal canto suo, la Confederazione ha dato inizio a ulteriori progetti atti a promuovere il perfezionamento: nel settembre 2010 su mandato del dialogo Politica nazionale della sanità (PNS) è stata lanciata la piattaforma "Futuro della formazione medica", nell'ambito della quale vari gruppi di lavoro, costituiti dalle/dai rappresentanti di 16 organizzazioni associate, si occupano di tematiche inerenti alla formazione medica. I punti chiave qui sono innanzitutto il finanziamento del perfezionamento dei medici e l'interprofessionalità.

7.1.8 Scelta e sviluppo dei settori di specializzazione

I medici possono oggi liberamente scegliere tra 43 differenti corsi di perfezionamento o specializzazioni accreditati conformemente alla LPMed. Di questi solo quattro sono "corsi di perfezionamento per medici di base".⁴⁶ Nel frattempo due di questi, medicina generale e medicina interna, sono stati unificati in un nuovo curriculum "medicina interna generale". Il titolo di medico generico può essere conseguito una volta conclusa la formazione di base di tre anni prevista da questo nuovo curriculum e comprende un perfezionamento di tre anni effettuato in centri di perfezionamento professionale riconosciuti, di cui almeno 6 mesi in centri di perfezionamento clinici e almeno 6 mesi in centri di perfezionamento per l'assistenza ambulatoriale dei pazienti. Dal punto di vista contenutistico il programma di perfezionamento per medici generici è orientato a quello per gli specialisti in medicina interna generale. Per il conseguimento del titolo federale di medico generico è necessario aver superato l'esame di specializzazione in medicina interna generale. Inoltre si può richiedere il titolo di medico generico, se si è già in possesso di un altro titolo di perfezionamento (ad. in cardiologia, pneumologia). Con l'allestimento del nuovo programma di perfezionamento i futuri medici di famiglia dispongono di un perfezionamento specifico.

La scelta della specializzazione è spesso il risultato di lunghi anni di "pellegrinaggio" attraverso i vari ambiti di specializzazione. L'inizio dell'attività di medico assistente non è collegato alla stipulazione di un "contratto di perfezionamento". Un tale contratto presupporrebbe che il medico che intende perfezionarsi debba aver già scelto il ramo di specializzazione, e che il "datore di lavoro" (ad es. l'ospedale o la società di categoria) debba garantire al medico assistente un perfezionamento vincolante con contenuti specifici. Poiché il perfezionamento non deve essere concluso entro un determinato periodo di tempo, la scelta del ramo di specializzazione può anche essere rimandata per anni.

Uno studio di Buddeberg (2006)⁴⁷ mostra che il 40 per cento delle donne e il 49 per cento degli uomini all'ultimo anno di medicina non sapeva ancora in quale ramo desiderava specializzarsi. Due anni dopo è ancora il 29 per cento delle donne e il 36 per cento degli uomini ad essere indeciso, dopo quattro anni di perfezionamento gli indecisi sono ancora il 17 per cento per le donne e il 15 per cento per gli uomini. La specializzazione sembra dipendere chiaramente in molti casi dalla disponibilità di posti di assistente, piuttosto che essere il risultato di una scelta consapevole fin dall'inizio.

Con l'entrata in vigore della LPMed il 1° settembre 2007, ai 43 corsi di perfezionamento già accreditati ai sensi della LPMed, la FMH ne ha aggiunto altri due privati (neuropatologia e chirurgia della mano), che (finora) non conferivano titoli di perfezionamento federali. La differenziazione e la specializzazione in sottosectori selezionati continua quindi ad aumentare.

⁴⁶ Medicina generale, medicina interna, medico generico, pediatria

⁴⁷ Buddeberg-Fischer, B. et al. (2006): Swiss residents specialty choices - impact of gender, personality, traits, career motivation and life goals. BMC Health Services Research 2006, 6:137.

Motori della differenziazione sono lo sviluppo e la ricerca. E' a loro che si devono le innovazioni in campo medico. Le università sono in concorrenza tra di loro a livello internazionale, e qui ciò che conta è soprattutto la ricerca medica (di alto livello). In che modo „istituzionalizzare“ nella formazione e nel perfezionamento le innovazioni o le nuove conoscenze è una questione d'importanza centrale.

I processi di "istituzionalizzazione" delle nuove conoscenze nel sistema formativo e assistenziale possono essere descritti come segue (i processi possono susseguirsi in modi diversi o svolgersi parallelamente):

- nomina di nuovi professori
- allocazione di fondi per la ricerca
- istituzione di una nuova specializzazione medica da parte dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM), e parallelamente di quella successiva
- creazione di adeguate offerte di cure mediche nel settore stazionario e nel settore ambulatoriale.

In linea generale l'istituzione di ulteriori settori di specializzazione fa sì che il numero "assoluto" dei medici per settore di specializzazione cali. Il che è problematico, se la maggiore specializzazione va a scapito dei rami di specializzazione in cui vi è, o minaccia di esserci, una carenza. Considerando che la domanda è cambiata (più malati cronici o un maggior numero di pazienti affetti da più malattie) servirebbero sempre di più specializzazioni interdisciplinari, come la geriatria, che oggi sono un punto chiave del programma di perfezionamento ordinario.

Che il numero e i contenuti dei settori di specializzazione siano variabili lo si capisce dando uno sguardo alla situazione in altri Paesi, che hanno un numero di settori di specializzazione medica diverso l'uno dall'altro. Anche i confini e il grado di approfondimento dei settori di specializzazione medica vengono definiti diversamente dai vari Paesi, e anche questo influisce sullo spettro di attività del singolo medico. Così l'attività dei medici di base in Svizzera viene definita diversamente che, ad esempio, in Germania, in Olanda o in Gran Bretagna (per quanto riguarda l'equipaggiamento dello studio medico o lo spettro di attività, come ad esempio la componente di ginecologia, di psichiatria, di pediatria).

L'ISFM congiuntamente alle società dei medici specialisti riconosce i centri di perfezionamento. Dato che il perfezionamento interessa principalmente il settore stazionario, il numero dei posti di assistente disponibili per settore di specializzazione rispecchia oggi in larga misura l'assistenza medica stazionaria (fortemente specializzata). Dei complessivi 9401 posti di assistente elencati per il 2009 solo il 30 per cento, o 2771 posti di assistente, sono riconosciuti per il perfezionamento in un ramo di specializzazione della medicina di base. Poiché il perfezionamento di tutti i medici, ma in particolare dei medici di base, consiste in più settori di specializzazione (ad es. anche ginecologia, chirurgia), non si può concludere con facilità che vi siano troppo pochi posti per il perfezionamento per i futuri medici di base. Pare invece plausibile supporre che al perfezionamento dei medici di base nel sistema assistenziale stazionario, altamente specializzato, sia riservato minor interesse che non al perfezionamento degli specialisti.

Per il momento non è ancora chiaro come il nuovo corso di perfezionamento di medicina interna generale inciderà sull'attrattiva e la disponibilità di posti di assistente nel settore dell'assistenza medica di base. In linea di principio il post-perfezionamento di due anni per diventare internista con studio medico (medico di famiglia) potrebbe contribuire a far aumentare il numero e l'attrattiva dei posti di assistente, soprattutto con la creazione di nuovi posti nel settore ambulatoriale a più stretto contatto con i pazienti (assistenze ambulatoriali). Con il presupposto però che retribuzione e sostegno siano garantiti da medici-insegnanti qualificati.

7.1.9 Mercato del perfezionamento

L'attuale struttura di assistenza medica stazionaria, che rappresenta il grosso dell'attuale mercato del perfezionamento, è contraddistinta da un numero elevato di ospedali: 318 in tutto. Tra di essi si trovano molti ospedali di medie e piccole dimensioni, che di norma offrono anch'essi un ampio spettro di prestazioni specialistiche. La struttura di assistenza medica stazionaria è decisiva nel determinare il rapporto numerico tra medici di base e specialisti. L'ampia offerta di prestazioni specialistiche di tutti gli

ospedali genera una corrispondente offerta di posti per il perfezionamento (quindi più specialisti). Se non si modifica la struttura di assistenza medica attuale, o l'attuale organizzazione del perfezionamento, i rapporti numerici tra i vari rami di specializzazione che si registrano oggi continueranno a riprodursi. Questa fitta struttura dell'offerta, oltre al vantaggio della vicinanza territoriale alla popolazione, ha anche degli effetti indesiderati.

La struttura di assistenza medica richiede una grande mobilità ai medici assistenti, se non hanno la fortuna di potersi perfezionare in un ospedale universitario o in un ospedale del centro. Negli ospedali più piccoli gli interventi o i trattamenti previsti dal programma di formazione spesso non si possono fare, e inoltre i periodi di perfezionamento vengono accreditati solo per un certo periodo di tempo. La pianificazione delle tappe del perfezionamento è complicata, e se non è disponibile il posto di perfezionamento richiesto in base al programma di perfezionamento si è costretti a tempi di attesa che prolungano inutilmente il perfezionamento. Allo stesso tempo il perfezionamento coincide con il periodo in cui in genere si decide di fondare una famiglia. Pertanto l'esigenza di perfezionamenti a tempo parziale è forte, e la disponibilità e le possibilità di mobilità sono comprensibilmente ridotte (ad es. a causa della mancanza di strutture di supporto alla famiglia, della scarsa disponibilità degli ospedali piccoli a concedere orari di lavoro flessibili e ridotti, delle insostenibili conseguenze che la mobilità ha per il partner, ecc.). Quindi non meraviglia molto che proprio le donne indichino la durata del perfezionamento e la conciliabilità della futura attività professionale con la famiglia come uno dei principali criteri della scelta del ramo di specializzazione.⁴⁸

Sembra inoltre che l'attuale struttura di assistenza medica stazionaria di piccole dimensioni, dato l'esiguo numero di ricoveri in certi reparti, sia responsabile di un calo di qualità del perfezionamento e del trattamento dei pazienti. Secondo il presidente della Lega svizzera contro il cancro, Prof. Dr. Thomas Cerny, per il trattamento delle malattie acute ci vorrebbero almeno 200, meglio ancora 500 o anche più posti letto per garantire una buona assistenza medica. Se i posti letto disponibili sono di numero inferiore, la qualità diminuisce e si hanno più complicazioni e ricadute.⁴⁹

7.2 Riassunto

Il 16,5 per cento circa dei medici senza titolo di perfezionamento, che si pensa non sia più a disposizione del sistema sanitario, accresce del 20 per cento il fabbisogno di formazione calcolato, portando il numero dei diplomi necessari ogni anno da 864 a 1'030. Inoltre il ricorso all'aspettativa e l'aumento del lavoro a tempo parziale nel settore stazionario determinano un immediato aumento del fabbisogno di medici assistenti. Questo maggior fabbisogno non è ancora quantificato nel presente rapporto. Anche l'emigrazione di quasi un terzo dei medici formati in Svizzera, pur temporanea che sia, accresce il fabbisogno nel settore stazionario. Pur preoccupandosi di questi sviluppi, va sottolineato che una migliore conciliabilità di lavoro e famiglia, la riduzione dell'orario massimo di lavoro e lo scambio internazionale sono misure degne di approvazione.

L'immigrazione di medici stranieri può oggi (ancora) compensare la carenza di nuove leve formate in Svizzera. Ma potrebbe anche arrecare svantaggi ai medici svizzeri che optano per un perfezionamento a tempo parziale. Nel complesso però, l'immigrazione contribuisce notevolmente al mantenimento delle attuali strutture di assistenza medica.

Quanto alla scelta del ramo di specializzazione, il quadro delineato è il seguente: la quota di titoli di perfezionamento federali conferiti a medici di base dal 2006 oscilla stabilmente tra il 40 e il 48 per cento. Nel 2009 il 51 per cento di tutti i titoli di medico di base è stato rilasciato a donne. Complessivamente le donne hanno conseguito il 46 per cento di tutti i titoli di perfezionamento. La rappresentanza delle donne è quindi sopra la media, cosa che accrescerà ulteriormente il futuro fabbisogno di medici di base. L'opinione spesso espressa che l'assistenza medica di base stia perdendo di interesse non è confermata, per lo meno sulla scorta della quota di titoli di specializzazione rilasciati. Sono soprattutto i

⁴⁸ Buddeberg-Fischer, B. et al. (2010): The impact of gender and parenthood in physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010, 10:40.

⁴⁹ Cfr. le dichiarazioni del prof. T. Cerny in "Föderalismus tötet Patienten" nel Sonntag online: www.sonntagonline.com/index.php?show=news&type=menschen&id=382

medici formati in Svizzera che con la loro scelta di specializzazione contribuiscono a questa stabilità. Con il nuovo programma di perfezionamento elaborato nel 2009 „Medicina interna generale“ i futuri medici di base dispongono di un programma di perfezionamento attraente che consente loro di perfezionarsi in modo più consono alla loro futura attività professionale. Il problema del finanziamento futuro dei medici assistenti che optano per un perfezionamento in settori che implicano un contatto più diretto e confidenziale con il paziente, ovvero nell'assistenza ambulatoriale, resta irrisolto. Soluzioni per il finanziamento del perfezionamento medico sono proposte nell'ambito della nuova piattaforma "Futuro della formazione medica". Inoltre con la revisione della LPMed gli obiettivi del perfezionamento verranno ampliati in modo che l'assistenza medica di base diventi il punto di riferimento in tutti i corsi di perfezionamento (cfr. versione rivista dell' art. 17 PLMed).

A indirizzare i flussi nell'ambito del perfezionamento sono le strutture di assistenza medica stazionaria esistenti e la possibilità di scegliere liberamente tra 43 tipi di perfezionamento federali e due ulteriori tipi di perfezionamento privati. Di questi solo quattro sono orientati all'assistenza medica di base. La ricerca e l'innovazione contribuiscono all'ulteriore differenziazione, che però se da un lato migliora la competitività a livello internazionale, dall'altro va tendenzialmente a scapito dell'assistenza medica di base. Una specializzazione nel senso di discipline integrative in seno a programmi di specializzazione interdisciplinari è per il momento pressoché inesistente. Gli ospedali rispecchiano la differenziazione con le loro offerte di trattamento e di perfezionamento. Dato che spesso anche gli ospedali di piccole dimensioni offrono un ampio spettro di trattamenti, non stupisce che il 70 per cento dei posti di perfezionamento siano riservati ai futuri specialisti e solo il 30 per cento ai medici di base. Poiché però il perfezionamento dei medici di base consiste in diversi settori di specializzazione, non si può semplicemente concludere che i posti di assistente disponibili per i futuri medici di base siano troppo pochi. E' plausibile invece che in un ambito ospedaliero così specializzato sia riservato maggiore interesse al perfezionamento degli specialisti. Se l'istituzione del nuovo curriculum in medicina interna generale influirà positivamente sulla disponibilità e sull'attrattiva del perfezionamento nell'assistenza sanitaria di base non è dato saperlo al momento, visto oltre tutto che il problema del finanziamento dell'assistenza ambulatoriale resta irrisolto.

L'elevato numero di ospedali rende difficoltose l'organizzazione e la pianificazione del perfezionamento: nella fase di perfezionamento, che spesso coincide con la decisione di fondare una famiglia, i medici assistenti devono dimostrare un'elevata disponibilità alla mobilità. In più sembra che gli ospedali di piccole dimensioni, dato l'esiguo numero di ricoveri in certi reparti, non garantiscano la necessaria qualità del trattamento e di conseguenza neanche la necessaria qualità del perfezionamento.

8 Esercizio della professione

In questo capitolo si descrive lo sviluppo quantitativo della comunità dei medici formati in Svizzera nella fase dell'esercizio della professione, si valuta il maggior fabbisogno dovuto all'aumento del lavoro a tempo parziale ed infine si calcola il fabbisogno di formazione per la stabilizzazione dei volumi di lavoro dei medici. Dopo di che si getta uno sguardo alla struttura di assistenza medica. A questo proposito il settore stazionario, già trattato in seno alle considerazioni sulla notevole consistenza del personale e sul mercato del perfezionamento, verrà appena sfiorato. In considerazione del crescente fabbisogno di personale si osserva soprattutto lo sviluppo quantitativo e qualitativo della struttura di assistenza medica ambulatoriale. Qui ci si focalizza su nuovi modelli di assistenza, anche riguardo al coinvolgimento di altre professioni mediche (combinazione di abilità). Si trattano inoltre i nuovi regolamenti per i servizi d'urgenza e le cartelle del paziente informatizzate nell'ambito della strategia eHealth.

8.1 Calcolo definitivo del fabbisogno di formazione

Documentare esattamente quanti medici, una volta concluso il perfezionamento, operino effettivamente nel settore dell'assistenza medica purtroppo non è possibile. Il numero dei medici occupati nel settore stazionario lo si accerta sulla base delle rilevazioni statistiche degli ospedali, ma a causa dell'anonimità dell'accertamento risulta impossibile continuare a seguire lo sviluppo dei singoli settori di formazione. Pertanto è impossibile dire quanti medici dopo essersi perfezionati o specializzati abbandonino,

temporaneamente o definitivamente, l'assistenza medica, ad esempio per svolgere la loro attività in un altro settore.

Come base del calcolo definitivo del fabbisogno di formazione, si utilizzano da un lato le informazioni sulle perdite già citate (nessun perfezionamento) e sul grado di occupazione nella fase del perfezionamento. Per valutare meglio il grado di occupazione nella fase della formazione professionale si fa ricorso anche ai dati sui redditi soggetti al versamento dei contributi AVS delle persone che esercitano un'attività lucrativa come indipendente.

L'83,5 per cento dei medici hanno continuato a perseguire il loro obiettivo professionale acquisendo un titolo di perfezionamento. Quanto al restante 16,5 per cento, si presuppone che non sia a disposizione del sistema di assistenza medica e debba essere compensato.⁵⁰ Lo stesso vale per il grado di occupazione delle donne, in genere più basso, che deve anch'esso essere compensato. Sulla scorta dei dati sul grado di occupazione nella fase del perfezionamento e sulla base dei redditi soggetti al versamento di contributi AVS donne medico che esercitano un'attività lucrativa come indipendente, i cui redditi medi sono in media inferiori del 40 - 45 per cento a quelli degli uomini, si può formulare la seguente ipotesi: tre donne producono lo stesso volume di lavoro di due uomini. La generale tendenza al pensionamento anticipato e alla riduzione dell'orario di lavoro anche degli uomini è stata presa in considerazione nel momento in cui la durata dell'attività professionale è stata limitata al 65° anno di età, sebbene il 7 per cento dei medici attualmente praticanti, sia donne sia uomini, abbia più di 65 anni.

Oggi il 61 per cento dei diplomi viene conferito a donne. Se questa percentuale resta costante la quota di donne che esercitano la professione nei prossimi 20 anni passerà dall'attuale 35 per cento al 50-60 per cento. Con una quota di donne del 60 per cento, il volume di lavoro dei medici disponibili, sia uomini sia donne, rispetto ad oggi diminuirà del 10 per cento circa. Pertanto entro 20 anni dovrà essere disponibile il 10 per cento in più di medici, o 35'200 medici. L'aumento deve essere graduale, ovvero ogni anno dovranno essere formati sempre più medici.

Per stabilizzare il volume di lavoro dei medici attualmente disponibile con medici formati in Svizzera, nei prossimi 20 anni la Svizzera dovrà raggiungere la cifra di 1200 -1300 titoli di studio all'anno.

8.2 Assistenza medica stazionaria

Oggi più della metà dei medici lavora nel settore stazionario. Secondo la statistica sugli ospedali⁵¹ nel 2008 in Svizzera c'erano 318 ospedali (129 ospedali per il trattamento di malattie acute e 189 cliniche specialistiche) con complessivamente 39'900 posti letto. Il 75 per cento degli ospedali svizzeri nel 2008 aveva meno di 150 posti letto. Da un confronto dell'OCSE emerge che la Svizzera dispone di un elevato numero di ospedali a fronte di un modesto numero di posti letto.

Come nella maggior parte degli altri Paesi OCSE, anche in Svizzera i posti letto, come pure la durata media della degenza dei pazienti, sono diminuiti negli ultimi anni. Ciò nonostante il numero dei medici ospedalieri sia aumentato a seguito dell'aumento del lavoro a tempo parziale e dell'introduzione dell'orario di lavoro massimo settimanale. Con le nuove forme di finanziamento degli ospedali che verranno applicate a partire dal 2012 ci si aspetta una sistemazione del sistema ospedaliero.

L'effetto che le modifiche strutturali precedenti e quelle successive all'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali avranno sul fabbisogno di medici nel settore stazionario al momento non può essere valutato. In ogni caso, vista soprattutto la supposta diminuzione della durata media della degenza, si assisterà ad uno spostamento delle prestazioni stazionarie nell'assistenza medica di base ambulatoriale che dovrà essere compensata da un gran numero di professionisti della salute (p. es. medici, infermieri, ergoterapisti, fisioterapisti, nutrizionisti, ecc.).

⁵⁰ Cfr. Ordine dei medici 2009: dei complessivi 430 000 medici sono appena 298 000, o appena il 70 per cento, quelli che lavorano nell'assistenza ambulatoriale o nell'assistenza stazionaria. <http://www.bundesarztekkammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8176>

⁵¹ Secondo la statistica sugli ospedali i complessi ospedalieri con un unico indirizzo giuridico sono considerati un ospedale anche se sono dislocati. Esempio: Spital Netz Bern AG con i dislocamenti di Belp, Riggisberg, Aarberg, Münsingen, Ziegler e Tiefenau = 1 ospedale.

8.3 Assistenza ambulatoriale

Di seguito si riportano un paio di indicatori dello sviluppo del settore ambulatoriale e dello stato della struttura di assistenza medica ambulatoriale. Questi indicatori consentono di delineare il trend dello sviluppo nel settore dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza medica specialistica nel settore ambulatoriale.

8.3.1 Sviluppo del numero delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate dai Cantoni

Dalla fine del 2010 sulla base delle iscrizioni al registro delle professioni mediche è possibile conteggiare le autorizzazioni all'esercizio dell'attività lucrativa indipendente di medico rilasciate da tutti i Cantoni ai sensi dell'articolo 36 LPMed. Ai sensi dell'articolo 7 paragrafo 2 del Regolamento per le registrazioni⁵², i Cantoni possono inoltre registrare, su base volontaria, anche tutte le autorizzazioni rilasciate secondo il diritto cantonale⁵³ a medici che esercitano sotto la propria responsabilità professionale ma non sono indipendenti ai sensi della LPMed. Si può trattare ad esempio di medici che lavorano in studi medici associati. Questi medici ai sensi della LPMed non sono indipendenti, e pertanto sono soggetti al diritto cantonale.⁵⁴ Di norma per esercitare la professione nel settore ambulatoriale sono necessarie entrambe le autorizzazioni. Per ottenerle bisogna essere in possesso di un titolo di perfezionamento federale o di un titolo di perfezionamento riconosciuto. Nell'analisi sono state prese in considerazione solo queste autorizzazioni. I medici titolari di autorizzazioni rilasciate da più Cantoni sono stati contati una volta sola.

Per interpretare l'analisi è necessario tenere presente quanto segue:

E' anche possibile che una parte dei titolari di autorizzazioni cantonali all'esercizio della professione operi (anche o solo) nel settore stazionario o anche in un altro settore sanitario. E' possibile che alcune autorizzazioni siano state richieste al solo fine di tenerle, per così dire, „di scorta“. Può anche darsi che qualcuno non farà mai uso delle sue autorizzazioni.

In breve: da queste cifre non è possibile valutare in modo completo lo sviluppo del settore ambulatoriale (ad es. l'esatto sviluppo quantitativo, la distribuzione regionale, etc.). Per poterlo fare si dovrebbero fare ulteriori analisi, o si dovrebbero considerare anche altri dati che non sono (ancora) disponibili, o che la legge sulla protezione dei dati non consente di interconnettere.

Nonostante queste limitazioni, le cifre consentono sicuramente di valutare il trend dell'evoluzione.

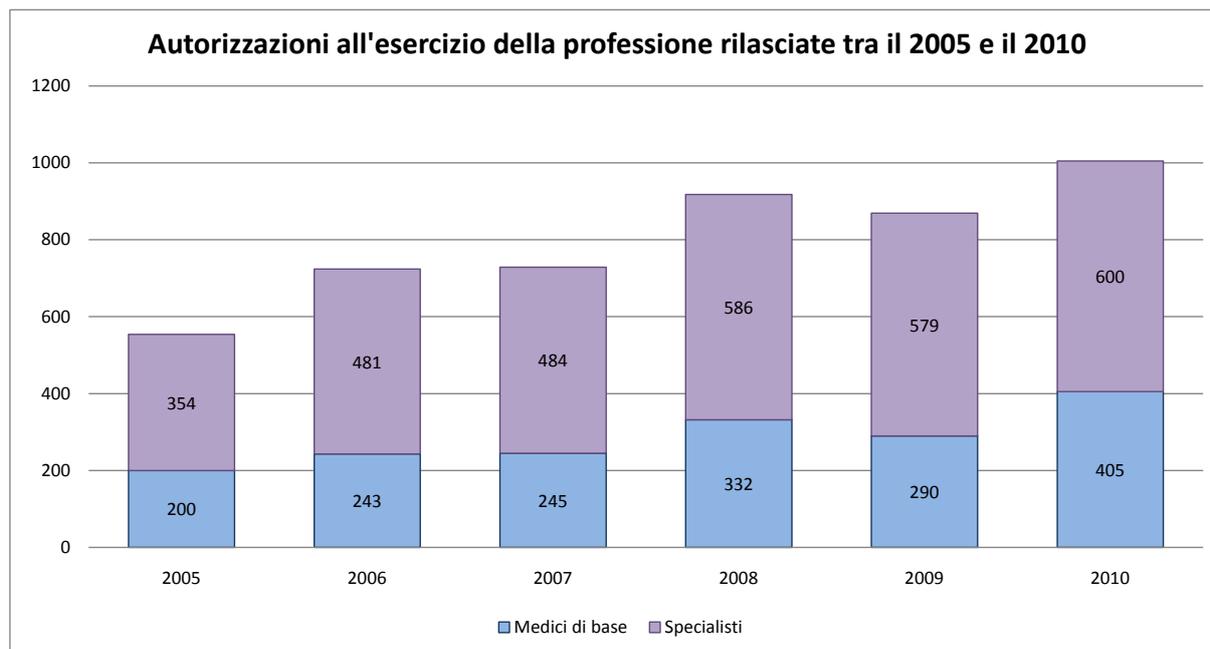
La figura 14 che segue mostra l'analisi citata relativamente agli anni 1990, 2000 e 2005 – 2010:

⁵² SR 811.117.3

⁵³ Inoltre può trattarsi anche, ad esempio, di primari che necessitano di un'autorizzazione cantonale per l'esercizio della professione. In questo ambito le norme cantonali non sono uniformi.

⁵⁴ Con la revisione della LPMed il termine „ indipendente“ è sostituito da „in gestione privata e con propria responsabilità professionale“.

Figura 14: Numero delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività lucrativa indipendente negli anni 1990, 2000 e 2005 – 2010



Fonte: registro delle professioni mediche UFSP

Dal 2005 il numero delle autorizzazioni rilasciate dalle autorità cantonali di vigilanza cresce di anno in anno, sia per i medici di base sia per gli specialisti. Se questo sviluppo tenga effettivamente conto del fabbisogno non si è in grado di valutarlo nel presente rapporto. "

Dal totale (elevato) delle autorizzazioni concesse ogni anno è evidente che non si può trattare solo di medici formati in Svizzera. Un'analisi delle autorizzazioni rilasciate nel 2010 mostra che il 44 per cento delle autorizzazioni sono andate a medici con un diploma estero. Quelle rilasciate a medici di base il 40 per cento. Pertanto l'importante numero di medici con diploma estero sembra spostarsi lentamente dal settore ospedaliero a quello degli studi medici.

Che colpisce è il numero delle nuove autorizzazioni rilasciate nel 2010 a medici di base: 405, il 39 per cento in più dell'anno precedente. Si può presumere che quest'aumento sia da ricondurre alla revoca del blocco delle autorizzazioni a esercitare per i medici di base introdotta in data 1 gennaio 2010 ai sensi dell'articolo 55a LAMed⁵⁵.

Sostanzialmente l'evoluzione quantitativa dei titoli di riconoscimento federali e riconosciuti ottenuti dai medici tra il 2005 e il 2010 farebbe pensare ad una stabilizzazione su questo livello per i prossimi anni (cfr. cap. 5.1.3). Valutare come si svilupperà l'immigrazione a medio termine, come già detto più volte, non è possibile.

Quello che però emerge chiaramente da queste cifre è che la formazione di medici in Svizzera è insufficiente. Quest'asserzione non vale però solo per i medici di base, bensì anche per gli specialisti.

8.3.2 Struttura di assistenza medica ambulatoriale

Nel 2009 il 63,3 per cento di questi medici ha dichiarato di esercitare la professione in studi medici individuali.⁵⁶ L'attività nello studio medico individuale comporta, soprattutto per i medici di base, responsabilità personale e molte ore di lavoro. In più si devono organizzare le visite a domicilio, i turni

⁵⁵ Il rilascio di un'autorizzazione al libero esercizio della professione come indipendente secondo l'articolo 36 LPMed è vincolato unicamente all'adempimento di presupposti tecnici e personali. Tuttavia l'apertura di uno studio medico o l'ottenimento di un reddito sono possibili soltanto quando il medico interessato deve fatturare le sue prestazioni anche a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). I medici di base, ove possibile, hanno sfruttato bene l'occasione della revoca della limitazione delle autorizzazioni, per ottenere da Santésuisse il rilascio del numero RCC necessario per la fatturazione secondo l'AOMS.

⁵⁶ Kraft, E. (2010): 30166 Ärztinnen und Ärzte versorgen die Schweizer Bevölkerung. Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91:11.

notturni e festivi e le emergenze, che richiedono ingenti risorse. Lavorare a tempo parziale o con orari di lavoro regolamentati negli studi medici individuali è praticamente impensabile⁵⁷.

Problemi legati alla successione, il fabbisogno in continua crescita e un continuo mutamento, nonché le aspettative professionali degli stessi giovani medici, impongono un adeguamento della struttura di assistenza medica. E visto che con l'invecchiamento della popolazione il numero degli ammalati cronici aumenta, serve anche una maggiore cooperazione tra gli esperti della sanità.

8.4 Cure integrate

Le reti di medici non sono un'invenzione di oggi. I medici hanno iniziato a riunirsi in reti già 20 anni fa. Secondo gli ultimi dati del Forum Managed Care⁵⁸ attualmente circa 900 000 assicurati vengono assistiti all'interno di 86 reti. A queste reti di medici ha aderito circa il 50 per cento di tutti i medici generici e oltre 400 specialisti. Geograficamente, le reti sono presenti prevalentemente nella Svizzera nord-orientale. Nel Cantone Ticino non esiste ad oggi alcuna rete di medici e anche nella Svizzera francofona queste reti sono diffuse solo nel Cantone di Ginevra. I Cantoni AG, BE e GE mostrano un numero di reti di medici superiore alla media.

73 reti (l'84 %) hanno concordato nei loro contratti una corresponsabilità di bilancio, vale a dire la corresponsabilità di rispettare un obiettivo di costo concordato per un determinato gruppo di pazienti. Quasi tutte le reti (il 96 %) lavorano con circoli di qualità. I medici facenti parte di una rete non solo cooperano al proprio interno, ma anche (spesso sulla base di accordi contrattuali) con specialisti, ospedali, ecc., oppure ciascun medico sceglie il proprio partner di preferenza (rete verticale) in base alle esperienze maturate nei circoli di qualità o in base a dati sulla qualità.

Secondo l'associazione mantello delle reti di medici svizzere⁵⁹, oggi circa un terzo di tutti gli assicurati aderisce ad un modello di assicurazione alternativo. L'associazione critica tuttavia il fatto che non tutti i modelli di questo tipo operano in linea con la filosofia di base integrata delle cure integrate, che recita: «Una migliore coordinazione migliora la qualità e influisce positivamente anche sui costi».

Con cure integrate s'intende «l'assistenza medica degli assicurati lungo l'intero percorso terapeutico». Oltre ad un'elevata qualità delle cure, i modelli di assistenza integrata devono dimostrare anche un impiego efficiente delle risorse. A questo scopo è necessario migliorare il coordinamento delle prestazioni sanitarie. Tutti questi modelli sono accomunati dal principio del Gatekeeping: la persona assicurata si impegna, in caso di problemi di salute, ad utilizzare sempre lo stesso "ingresso" al sistema sanitario. Questo può essere rappresentato dal medico di famiglia, da un centro sanitario (HMO) o da un call center medico da contattare telefonicamente oppure, in determinati casi, anche da una/o specialista. In Svizzera, le forme di organizzazione integrata più diffuse sono i modelli HMO e i modelli medico di famiglia.

Il 16 giugno 2010, il Consiglio nazionale ha approvato la revisione della LAMal nel campo del Managed Care.⁶⁰ Il 15 dicembre 2010 anche il Consiglio degli Stati ha adottato una versione modificata della revisione della LAMal concernente il Managed Care. Con ogni probabilità il dibattito si concluderà nella sessione autunnale del 2011. Anche l'associazione professionale "Medici di famiglia Svizzera"⁶¹ appoggia il nuovo disegno di legge, nonostante esso non corrisponda sotto tutti gli aspetti alle sue aspettative. L'assistenza medica integrata viene vista come una risposta tempestiva di natura politico-

⁵⁷ Per determinare il grado di occupazione dei medici, la FMH ha potuto valutare globalmente le risposte di 3829 medici per il 2010: ne è scaturito che nel settore ambulatoriale in media il 6,8 per cento di donne e il 9,1 di uomini hanno lavorato a tempo parziale.

⁵⁸ Il Forum Managed Care è un'associazione aperta per il dibattito su sistemi innovativi nel sistema sanitario svizzero e la loro divulgazione. Riunisce tutte le istituzioni e gli operatori del sistema sanitario che si occupano del controllo dell'assistenza sanitaria sul piano qualitativo ed economico.

http://www.fmc.ch/fileadmin/Dateiliste/Dokumente/Infothek/AErznetze_Schweiz/Fakten_Integrierte_Versorgung_Schweiz.pdf

⁵⁹ Medswiss.net comprende, in base ai dati forniti dall'associazione stessa, 47 associazioni di medici di famiglia e reti di medici con circa 2 000 medici che assistono circa 500 000 assicurati. www.medswiss.net

⁶⁰ I principali punti di divergenza rispetto al Consiglio federale sono l'obbligo della cassa malati di offrire il Managed Care e l'entità dell'aliquota percentuale.

⁶¹ L'associazione professionale comprende la Società Svizzera di Medicina Generale (SSMG), la Società Svizzera di Medicina Interna (SSMI) e la Società Svizzera di Pediatria (SSP). Il parere dettagliato di Medici di famiglia Svizzera è consultabile all'indirizzo http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/integrierte_Versorgung_6_5.pdf

sanitaria ai cambiamenti sociali e demografici nonché a nuove forme di organizzazione delle future generazioni dei medici di famiglia. Questo tipo di assistenza medica dovrebbe servire al benessere dei pazienti e al consolidamento dell'elevata qualità dell'assistenza medica di base in Svizzera. La modifica della legge è "un mezzo adeguato per promuovere la medicina di famiglia attribuendo ai medici di famiglia un ruolo chiave nel controllo dell'assistenza medica ambulatoriale". I medici di famiglia, tuttavia, non accettano che la Confederazione stabilisca dei requisiti relativi alla necessaria qualità delle reti di assistenza integrate e all'entità della corresponsabilità di bilancio. Inoltre, l'adesione ai modelli di assistenza integrata dovrebbe continuare ad avvenire su base volontaria per tutti i medici di famiglia e non dovrebbe essere collegata alla soppressione dell'obbligo di contrarre. Durante il congresso del Collegio di medicina di famiglia del maggio 2010 si è discusso dell'esistenza fra la popolazione di riserve più o meno forti contro il Managed Care.⁶² Al contempo è stato osservato che anche i medici sono in parte contrari al disegno di legge poiché temono, fra le altre cose, che una parte di loro dovrà essere sostituita da personale di cura.⁶³ Tuttavia, considerata la sempre più grave carenza di medici di base, questo timore risulta perlopiù infondato.⁶⁴

Non solo la politica, il corpo medico e gli assicuratori riconoscono dei vantaggi all'assistenza integrata. Con il trascorrere del tempo, si osserva un progressivo aumento del consenso dell'opinione pubblica sul fatto che una medicina consapevole dei costi non implichi automaticamente un razionamento e una minore qualità.

8.4.1 Nuovi modelli di assistenza

Il Managed Care e le cure integrate richiede un (necessario) cambiamento strutturale, in quanto gli obiettivi e le condizioni quadro associati a questa forma di assistenza medica (ad es. Gatekeeping, coordinamento, corresponsabilità di bilancio, garanzia della qualità) possono essere raggiunti più efficacemente nell'ambito di unità assistenziali di maggiori dimensioni. Al contempo, i giovani medici trovano all'interno di unità assistenziali più ampie quelle condizioni quadro che possono contribuire a incentivare un maggior numero di medici di base a intraprendere l'attività ambulatoriale. Tali condizioni comprendono, nello specifico, risparmi sui costi grazie all'infrastruttura comune, un reddito più elevato e soggetto a minori oscillazioni, lo sgravio da mansioni amministrative, l'uscita da una condizione di isolamento a favore del lavoro in team, orari di lavoro regolamentati e lavoro a tempo parziale, migliori possibilità di perfezionamento professionale, riduzione dei fattori di stress e miglioramento della qualità di vita. Gli svantaggi sono costituiti dal maggiore dispendio di tempo per il coordinamento o dal maggiore potenziale di conflitto nelle questioni relative alla giusta ripartizione dei costi oppure a specializzazioni (indesiderate).⁶⁵

Al fine di promuovere nuovi modelli di cure, nell'aprile 2010 l'UFSP e la CDS hanno incaricato il gruppo di lavoro "Assistenza medica di base", istituito nel 2005 dalla Confederazione e dai Cantoni, con un nuovo mandato concernente la strutturazione di altri lavori.⁶⁶ Con il coinvolgimento di personale medico e infermieristico (Spitex), nel frattempo è stato costituito un nuovo gruppo di lavoro incaricato di lavorare al tema "Nuovi modelli di cure per l'assistenza medica di base". In considerazione della combinazione di abilità (Skill Mix), questo gruppo di lavoro dovrà sviluppare nuovi modelli, in particolare per le zone rurali. Il gruppo di lavoro prenderà in considerazione anche le possibilità di prevenzione e l'importanza della profilassi nel trattamento delle malattie croniche (Chronic Care Models): numerosi studi indicano che le misure preventive e le visite di controllo periodiche riducono i costi di trattamento e, al contempo, migliorano il risultato del trattamento. Oltre a questi lavori la CDS ha promosso anche un dibattito sul tema "Assistenza sanitaria di base nelle regioni periferiche", al fine di discutere e valutare le possibilità di rendere più attrattivo il settore, la definizione di incentivi finanziari e il sostegno da offrire ai medici che decidono di stabilirsi in regioni periferiche.

⁶² L'opinione della popolazione riguardo al Managed Care è stata rilevata nel sondaggio «Gfs-Gesundheitsmonitor 2010».

<http://www.gfsbern.ch/News/tabid/177/itemid/15/amid/1151/gesundheitsmonitor-2010.aspx>

⁶³ Per ulteriori informazioni sul dibattito durante il congresso CMB 2010, vedere Kissling, Bruno. Neuer Gesundheitsminister, neuer BAG-Direktor, neuer Berufsverband – wird jetzt alles besser? In: Primary Care, 2010; 10: n. 12, pag. 230 segg.

⁶⁴ Cfr. Il rapporto del DFE „Formation aux professions des soins“ (solo in tedesco e francese):

<http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01248/index.html?lang=it>

⁶⁵ Mojon-Azzi, S.M. (2001): Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82: n. 22.

⁶⁶ UFSP/CDS, misure di supporto e promozione dell'assistenza medica di base, mandato concernente la strutturazione di altri lavori, fase IV, 9.2.2010

8.4.2 Combinazione di abilità (coinvolgimento di diverse professioni della salute)

Il personale medico di base riveste un ruolo centrale nell'ambito dei modelli di cure integrati, essendo il pilastro portante e il perno attorno al quale ruota l'assistenza medica di base. Tuttavia, per i pazienti con quadri patologici complessi è opportuno che il ruolo di prima persona di contatto e coordinatore venga rivestito anche da specialisti. Al contempo, non tutte le prestazioni finora fornite dal personale medico dovranno continuare ad esserlo esclusivamente da quest'ultimo anche in futuro. Il coinvolgimento di altri sanitari professionisti della salute nell'assistenza medica di base ambulatoriale è già una realtà, che si presenta in forme e gradi diversi. A questo riguardo, non bisogna dimenticare i farmacisti che già oggi rivestono per molti pazienti la funzione di primo punto di contatto. Le funzioni e i ruoli che i singoli gruppi professionali potranno assumere in futuro dovranno tuttavia essere chiariti in collaborazione con i rispettivi gruppi. Solo in questo modo sarà possibile creare la base di fiducia necessaria per realizzare un cambiamento della combinazione di abilità.

Il coinvolgimento di altre professioni della salute viene spesso rifiutato adducendo a motivazione la carenza ancora più marcata di personale specializzato, in particolare per quanto riguarda il personale infermieristico. L'ampio studio europeo NEXT (nurses' early exit) indica che molti infermieri abbandonano precocemente la propria professione. Con l'avanzare dell'età e l'aumentare dell'esperienza, gli infermieri maturano il desiderio di lavorare autonomamente. Da questa prospettiva, appare opportuno esaminare tutte le possibilità disponibili per uno sfruttamento più sostenibile delle risorse del personale. Se un maggior numero di infermieri con formazione specialistica fosse impiegato nell'assistenza medico-sanitaria ambulatoriale, la durata complessiva dell'esercizio della professione potrebbe essere incrementata. A questo scopo sono tuttavia necessarie anche possibilità di perfezionamento adeguate che devono essere conformate ai curricula medici.

In Gran Bretagna, negli Stati Uniti e in Australia, da tempo determinate prestazioni specialistiche o delegate da medici possono essere eseguite da personale infermieristico. I cosiddetti Nurse Practitioners prendono decisioni diagnostiche e terapeutiche in piena autonomia e sotto la propria responsabilità. I campi d'impiego classici sono: triage/prima consultazione, prevenzione delle malattie e assistenza ai malati cronici. Le esperienze in questi Paesi mostrano che non c'è quasi alcuna differenza nelle procedure di trattamento e nei risultati fra i gruppi professionali "medico generalista" e "infermiere". Le consultazioni presso i Nurse Practitioners durano generalmente un po' più a lungo rispetto alle consultazioni presso i medici, così che la soddisfazione dei pazienti risulta leggermente maggiore.

Dai Paesi in cui i Nurse Practitioners (assistenti con titolo bachelor o master) sono impiegati già da tempo nell'assistenza medica di base, è noto che il numero delle consultazioni considerate delegabili oscilla fra il 20 e il 60 per cento.⁶⁷

I medici di famiglia menzionano spesso il potenziale inutilizzato rappresentato dagli assistenti di studio medico (ASM). Essi sostengono che queste figure potrebbero fornire un maggiore supporto al medico di famiglia e offrire una via d'uscita dalla crisi del personale sanitario di base. L'Associazione svizzera di assistenti di studio medico (SVA) sta elaborando, di concerto con la FMH e le scuole professionali mediche, un progetto per la regolamentazione di un sistema modulare per l'esame professionale per Assistente di studio medico con ottenimento del certificato federale di capacità. La nuova formazione, a cui è stata assegnata la designazione professionale provvisoria di "Responsabile di studio medico", dovrà permettere agli ASM di rivestire una funzione dirigenziale nel gruppo, sia in ambito medico-specialistico che amministrativo, all'interno di studi medici di una certa importanza. La FMH e la SVA hanno creato un organismo responsabile dell'esame, incaricato di elaborare congiuntamente le strutture e i regolamenti di base necessari (secondo la descrizione del progetto, i primi esami dovrebbero svolgersi nel 2011).

All'inizio del 2010, il Consiglio federale ha incaricato l'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia (UFFT) e l'UFSP di portare avanti congiuntamente il lavoro di sviluppo di un regolamento unitario dei requisiti relativi alla formazione e all'esercizio delle professioni sanitarie (scuole universitarie professionali) e di presentare al Consiglio federale, nel 2011, un avamprogetto di legge da

⁶⁷ Se deve essere utilizzato il potenziale di sostituzione, è necessario concentrare l'attenzione soprattutto sugli aspetti strutturali e organizzativi. Per ulteriori informazioni sul coinvolgimento di altre professioni sanitarie vedere ad es. B Künzi K., Detzel P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Rapporto Obsan 2007.

sottoporre a procedura di consultazione. Analogamente alla legge sulle professioni mediche, la nuova legge da elaborare concernente le professioni sanitarie dovrà definire a livello normativo degli standard minimi relativi agli obiettivi di formazione e all'abilitazione professionale e contribuire a far sì che, in futuro, i ruoli e le funzioni dei diversi professionisti della salute possano essere meglio armonizzati gli uni con gli altri.

8.4.3 Riorganizzazione dei servizi medici d'urgenza

Per sgravare il personale medico di base dal servizio medico d'urgenza, all'interno del gruppo di lavoro congiunto «Assistenza medica di base» della CDS e dell'UFSP sono state elaborate numerose proposte risolutive.⁶⁸ Il gruppo di lavoro ha suggerito, fra le altre cose, una più intensa collaborazione fra il personale medico di turno e gli ospedali ovvero altri centri a conduzione medica (ambulatori, call center). Attraverso un triage competente è possibile sgravare il personale medico di turno dai casi d'importanza limitata. Inoltre è stato suggerito di ottimizzare i comprensori del servizio d'urgenza. In particolare nel caso dei comprensori più piccoli, questa ottimizzazione potrebbe essere ottenuta accorpando o ritracciando i confini comprensoriali. In un altro rapporto sono state valutate le singole misure.⁶⁹ È emersa la necessità di cercare e individuare delle soluzioni adeguate alle circostanze locali e quanto più possibile convenienti dal punto di vista economico. A questo riguardo è importante che le riforme siano supportate dai medici di base. Una collaborazione con altri operatori come ospedali o call-center appare indispensabile sul lungo termine per garantire il servizio medico d'urgenza.

Parallelamente a questi lavori, negli ultimi anni il servizio medico d'urgenza è stato riorganizzato in molti Cantoni. In particolare, è stata rafforzata la collaborazione fra i medici di famiglia e gli ospedali, ad esempio attraverso la realizzazione di studi medici d'urgenza associati agli ospedali. Si tratta nello specifico di studi medici d'urgenza integrati all'interno dell'ospedale o situati nelle sue immediate vicinanze, all'interno dei quali il personale medico ospedaliero e i medici di famiglia trattano insieme casi urgenti che necessitano di assistenza ospedaliera. Altrove, durante la notte e nei fine settimana il servizio medico d'urgenza, oggi, viene garantito dall'ospedale. Inoltre, i numeri d'emergenza sanitari sono stati unificati, i comprensori del servizio d'urgenza sono stati riorganizzati e i regolamenti del servizio d'urgenza sono stati adeguati alla situazione odierna. Tutti questi sviluppi hanno portato a un forte ridimensionamento della problematica del servizio medico d'urgenza.

Per incentivare lo scambio di esperienze e informazioni fra i responsabili, la CDS offre una piattaforma informativa sul servizio medico d'urgenza⁷⁰. La piattaforma fornisce anche una panoramica esaustiva sui progetti di riorganizzazione concretamente realizzati.

8.4.4 Utilizzo di eHealth

In data 27 giugno 2007, il Consiglio federale ha adottato la strategia eHealth, ai cui obiettivi hanno aderito anche i Cantoni. La strategia dovrà essere attuata nell'ambito delle rispettive competenze.⁷¹ I lavori operativi e specialistici dovranno essere realizzati in sei progetti parziali (standard e architettura, prove pilota e partnership pubblico-private, servizi online e abilitazione, formazione, basi giuridiche, finanziamento e sistemi d'incentivazione). Il "Gruppo di esperti eHealth" istituito dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha redatto un rapporto che illustra le regole giuridiche necessarie per l'attuazione della "Strategia eHealth Svizzera". Sulla base delle raccomandazioni contenute nel rapporto, il Consiglio federale ha incaricato il DFI di preparare entro settembre 2011 un avamprogetto di legge da sottoporre a procedura di consultazione relativo alle basi legali per l'introduzione di una cartella del paziente informatizzata.⁷²

⁶⁸ CDS, rapporto conclusivo. Misure e raccomandazioni concernenti il servizio d'urgenza. 2006.

⁶⁹ CDS: Reorganisation ärztlicher Notfalldienst: Bewertung spezifischer Massnahmen (Valutazione delle misure specifiche relative alla riorganizzazione dei servizi medici d'urgenza). 2008.

⁷⁰ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=850>

⁷¹ Per il coordinamento e l'attuazione, la Confederazione e i Cantoni hanno stipulato un accordo quadro e creato la piattaforma «eHealth Suisse», che elabora le direttive e fornisce raccomandazioni. Cfr. anche il rapporto sul postulato Humbel 10.3327 Attuazione della strategia eHealth.

⁷² Rapporto del gruppo di esperti, «Attuazione della Strategia nazionale eHealth»: raccomandazioni relative alla regolamentazione giuridica, 30.9.2010. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=it>

eHealth dovrà essere inizialmente attuata nei processi più frequenti, ossia per la fatturazione, l'indirizzamento dei pazienti a specialisti o a ospedali, la prescrizione di medicinali o di terapie e il monitoraggio delle condizioni di salute. Pertanto, eHealth dovrà essere inserita anche nei corsi di studio di tutte le professioni sanitarie.

eHealth è uno strumento importante per sostenere le riforme nel campo della struttura di assistenza medica. Lo scetticismo dei medici relativamente all'impiego di eHealth continua tuttavia ad essere relativamente elevato. È sorta una serie di domande irrisolte, ad es. riguardo alla definizione di standard uniformi oppure anche in merito al finanziamento degli investimenti.⁷³ Questo vale sia per la creazione della cartella del paziente informatizzata, sia per la realizzazione di un'infrastruttura nazionale.

Esistono dati scarsissimi sul numero di medici ovvero ospedali che utilizzano gli strumenti eHealth nell'esercizio quotidiano della professione e in quale forma.⁷⁴ Lo Swiss eHealth Barometer indica la situazione attuale e lo sviluppo della strategia in Svizzera.⁷⁵ Conclusione: la maggioranza dei responsabili di eHealth, ma anche dei medici attribuiscono molta importanza a questo nuovo strumento elettronico in vista dei cambiamenti in corso nel settore della sanità, come ad esempio il nuovo finanziamento ospedaliero. Nonostante questo ampio consenso, solo un terzo al massimo degli interpellati ritiene che le basi legali siano sufficienti. Una maggioranza è convinta che eHealth contribuisca al miglioramento della qualità e dell'efficienza. Rispetto allo scorso anno, è cresciuto notevolmente il numero di ospedali che dispongono di una strategia eHealth. In questo senso, in generale vi è stato un miglioramento della situazione.

La tecnologia informatica e delle comunicazioni influenzerà in misura ancora maggiore il lavoro dei medici in futuro. Ciononostante, eHealth non è ancora una realtà ovvia, ad esempio nello scambio elettronico di dati clinici fra i medici che assistono congiuntamente un paziente.

Cartella del paziente informatizzata

In ragione delle strutture federali e in parte simili a piccole aziende che caratterizzano il sistema sanitario, attualmente molte informazioni sui pazienti sono disseminate e, quindi, non sono prontamente disponibili in qualunque luogo e momento. La realizzazione di processi elettronici unitari potrebbe risolvere questo problema e contribuire a ridurre gli errori di diagnosi e trattamento nonché i doppiopioni. La Strategia eHealth Svizzera prevede pertanto l'introduzione, entro il 2015, di una cartella del paziente informatizzata. Le diverse regioni di assistenza sono tuttavia autonome nell'attuazione della strategia e mostrano stadi di avanzamento differenti. Nuove basi legali dovranno creare i presupposti per uno scambio di dati sicuro (elaborazione dell'avamprogetto da sottoporre a consultazione entro settembre 2011). Oltre alle norme tecniche e all'infrastruttura necessaria per uno scambio di dati su scala nazionale, le basi legali dovranno disciplinare anche gli strumenti per l'identificazione dei fornitori di prestazioni e dei pazienti.

Nel quadro di un'assistenza integrata, l'utilizzo della cartella del paziente informatizzata può promuovere una collaborazione clinicamente efficace ed economicamente efficiente fra i fornitori di prestazioni lungo l'intero percorso terapeutico. Attraverso l'utilizzo sistematico della cartella del paziente informatizzata, le diverse diagnosi vengono rese disponibili contemporaneamente a tutti gli attori, consentendo loro di prendere decisioni sul trattamento successivo del paziente con maggiore rapidità e competenza. Uno scambio completo di informazioni, inoltre, può garantire il pieno controllo dei medicinali.

Secondo il gruppo di esperti, l'attuazione della «Strategia eHealth Svizzera» potrà avere successo solo se la cartella del paziente informatizzata verrà accettata sia dai fornitori di prestazioni sia dai pazienti senza dover imporla giuridicamente.

Telemedicina

Un ambito della strategia eHealth, la telemedicina, è già oggi in parte utilizzata molto frequentemente. Con il termine telemedicina si intendono le prestazioni fornite in relazione a un trattamento medico,

⁷³ Cfr. ad es. Grätzel von Grätz, P. Ärzte und Patienten profitieren von der Vernetzung, in: SÄZ, 2010; 91:37.

⁷⁴ Secondo la Società svizzera di telemedicina ed eHealth, ad oggi non esistono né linee guida né riscontri sull'impiego e sui vantaggi delle moderne tecnologie di comunicazione nella medicina.

⁷⁵ Allo studio condotto all'inizio del 2011 hanno preso parte 687 medici, 21 dei 26 responsabili di e-Health a livello cantonale iscritti per la prima volta nonché 68 responsabili di eHealth di ospedali, che complessivamente rappresentano 131 singoli ospedali. A tal proposito vedasi: <http://www.infosocietydays.ch/eHealth/Swiss-eHealth-Barometer-2011.html>

nell'ambito delle quali gli interessati non hanno alcun contatto fisico diretto. Tali prestazioni possono verificarsi fra paziente e medico (teleconsultazione) oppure fra medici (Telekonsil). In Svizzera esistono due grandi fornitori di questo tipo di prestazioni, Medi24 e Medgate.

Secondo uno studio dell'Università di Basilea⁷⁶ condotto nel 2008, la telemedicina riscuote un'ampia accettazione fra la popolazione se la teleconsultazione viene fornita da un medico. I medici più anziani tendono a rifiutare la telemedicina, mentre più di due terzi dei medici di età inferiore a 46 anni sono dell'opinione che questo tipo di medicina potrebbe rivelarsi uno strumento di supporto per il loro lavoro. I medici di famiglia sono più scettici nei confronti della telemedicina rispetto agli specialisti e ai medici attivi in ospedali. Questi ultimi vedono nella telemedicina piuttosto uno sgravio, ovvero ne apprezzano l'effetto di gatekeeper. Determinate assicurazioni malattia offrono modelli in cui inizialmente l'assicurato deve contattare un call center telemedico. Il personale sanitario impiegato nel call center deve dimostrare un'esperienza clinica pluriennale e lavorare con sistemi di ricerca basati su computer (guidelines) che guidano attraverso il colloquio. Per il trattamento dei malati cronici, il 39 per cento degli intervistati auspica l'integrazione della telemedicina (programmi di assistenza telemedica). I programmi telemedici di disease management sono un approccio centrato sul paziente e ottimizzato in termini procedurali per l'assistenza medica dei pazienti indipendentemente dal loro luogo di ricovero.

8.5 Riassunto

I movimenti di entrata e di uscita della comunità dei medici dopo il conseguimento del titolo di perfezionamento o nella fase della formazione professionale non sono documentati fino in fondo. Per il calcolo definitivo del fabbisogno di formazione, tenuto già conto di una perdita del 16 per cento (senza titoli di perfezionamento), si valuta il maggior fabbisogno determinato dall'aumento del lavoro a tempo parziale. Qui soprattutto i dati relativi all'occupazione e al reddito delle donne medico evidenziano che tre donne producono lo stesso volume di lavoro di due uomini. La quota di donne che lavorano, che oggi corrisponde al 35 per cento, è prevedibile che nei prossimi 20 anni salga al 50-60 per cento. Con una quota di donne del 60 per cento il volume di lavoro dei medici disponibili, sia uomini che donne, diminuirà rispetto ad oggi del 10 per cento circa. In altre parole: tra 20 anni serviranno 3200 medici in più rispetto ad oggi, ovvero 35'200 medici. Partendo da questa nuova grandezza di riferimento si calcola il fabbisogno di formazione definitivo, sempre dopo aver considerato le perdite calcolate nel perfezionamento. **Dal calcolo risulta che per stabilizzare l'odierno volume di lavoro con medici formati in Svizzera nei prossimi 20 anni la Svizzera dovrà raggiungere la cifra di 1200 -1300 titoli di studio all'anno.**

Con il nuovo regolamento per il finanziamento ospedaliero, l'introduzione del sistema di forfait per caso (DRG) in data 1° gennaio 2012 e l'ulteriore sviluppo del Managed Care ci si aspetta una maggiore efficienza. L'effetto che i cambiamenti strutturali avranno sul futuro fabbisogno di medici non può per ora essere valutato. Considerando l'invecchiamento della società e i progressi della medicina sembra però piuttosto improbabile che in futuro ci sarà meno bisogno di oggi di prestazioni mediche. Invece, vista soprattutto la supposta diminuzione della durata media della degenza in ospedale, si assisterà ad uno spostamento delle prestazioni stazionarie nell'assistenza medica di base ambulatoriale (cure comprese). Quindi lo sviluppo dell'offerta nel settore ambulatoriale è particolarmente interessante: l'analisi delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate dalle autorità cantonali a medici indica una forte crescita. Una crescita che interessa tutti i medici. Non si è in grado di valutare nel presente rapporto se questo sviluppo tenga effettivamente conto del fabbisogno. Con la revoca del blocco delle autorizzazioni ad esercitare per i medici di base introdotta in data 1.1.2010 il numero delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate nel 2010 è aumentato del 39 per cento rispetto all'anno precedente. In linea di principio una stabilizzazione (per lo meno temporanea) sui livelli del 2010 è possibile, considerando l'attuale potenziale disponibile di medici formati in Svizzera e all'estero. Si constata che il 44 per cento delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate nel 2010 sono andate a medici con diplomi esteri. L'alta quota di medici formati all'estero presenti negli ospedali

⁷⁶ MEDGATE ha sostenuto il progetto. I questionari sono stati compilati da un campione casuale di 3 000 persone di età superiore a 18 anni, 1 000 utenti dei servizi Medgate e 3 000 medici nella Svizzera tedesca e nella Svizzera francese. Il tasso di risposta è stato pari a oltre l'11 per cento. http://www.presseportal.ch/de/pm/100001063/100566611/medgate_ag

sembra ora spostarsi gradualmente nel settore ambulatoriale. E' chiaro ancora una volta che la Svizzera forma troppo pochi medici, sia medici di base, che specialisti.

La maggioranza dei medici di base lavora ancora in studi medici individuali. La grande sfida degli anni futuri consiste nella creazione di nuove strutture di assistenza medica ambulatoriali più grandi, nei cui spazi i giovani medici trovino orari di lavoro regolamentati, a tempo parziale e sfere di attività interessanti, e nelle quali possano alternarsi e aggiornarsi in circoli di qualità. Per rendere più attraente l'assistenza sanitaria ambulatoriale di base, nella maggior parte dei Cantoni i servizi di emergenza sono stati riorganizzati. La CDS e l'UFSP hanno lanciato ulteriori progetti per promuovere l'assistenza sanitaria di base: nel 2010 è stato creato un gruppo di lavoro interdisciplinare che svilupperà nuovi modelli assistenziali per l'assistenza sanitaria di base coinvolgendo altre professioni mediche (combinazione di abilità). Il Consiglio federale ha incaricato il DFI e il DFE di presentare entro l'autunno 2011 un avamprogetto di legge sulle professioni mediche degli istituti professionali superiori da porre in consultazione. L'intento è quello, tra l'altro, di creare i presupposti per una migliore armonizzazione della collaborazione dei vari specialisti della sanità. Alla fine del 2010 il Consiglio federale ha commissionato la stesura della regolamentazione dell'introduzione della cartella del paziente informatizzata (da sottoporre alle consultazioni entro settembre 2011). Che lo scambio sistematico e sicuro delle informazioni mediche, e soprattutto delle cartelle del paziente, debba avere un ruolo centrale in un sistema di assistenza interconnesso è fin troppo evidente. Anche qui però ci sono ancora delle resistenze da vincere.

Nonostante le divergenze tra i due Consigli, il Parlamento ha approvato il modello Managed Care in seno alla revisione della LAMed, dando così un segnale di un cambiamento di paradigma nell'assistenza medica. Già oggi circa il 12 per cento della popolazione è assistito all'interno di reti sanitarie. L'assistenza integrata potrà diffondersi ulteriormente anche e soprattutto se si riuscirà a convincere la popolazione e i professionisti della salute con i giusti incentivi e con l'argomento della qualità.

9 Redditi e tariffazione

In questo capitolo si tratta il reddito dei medici e la tariffazione delle prestazioni. E qui ci si pongono, tra gli altri, i seguenti quesiti: Quali sono le condizioni quadro? Che ruolo può/deve avere la Confederazione relativamente alla questione dei redditi? E infine: ci sono indizi che fanno pensare che lo sviluppo dei redditi porta o porterà ad una mancanza di medici di base?

9.1 Condizioni quadro e situazione di partenza

Dal 1° gennaio 2004 tutte le prestazioni mediche effettuate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) nell'ambulatorio ospedaliero o nello studio medico vengono pagate secondo un tariffario per singola prestazione valido in tutta la Svizzera (Tarmed). Secondo l'articolo 46 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) sono, a parte qualche raro caso, gli assicuratori e i fornitori delle prestazioni a concordare le tariffe. Vigendo il principio dell'autonomia tariffaria, le parti hanno fondato l'organizzazione Tarmed Suisse, che è responsabile della cura e dello sviluppo del tariffario Tarmed. Alla base del pagamento ci devono essere un calcolo economico-aziendale e una struttura tariffaria adeguata.

Inoltre valgono i prezzi stabiliti dalla Confederazione o i cosiddetti prezzi amministrati per le analisi, i mezzi e gli apparecchi, e per il margine sui medicinali.

In questo modo il reddito dei medici, da un lato, viene determinato in base a quanto prescrive la legge, dall'altro viene concordato tra le parti dell'accordo tariffario. Per le prestazioni che riguardano il settore delle assicurazioni complementari, che possono contribuire notevolmente ad innalzare i redditi soprattutto dei chirurghi, valgono altre disposizioni.

I medici di base attualmente non sono soddisfatti né dello sviluppo dei prezzi amministrati, né delle tariffe e dei prezzi concordati autonomamente secondo il Tarmed. In questo campo di tensioni tra sicurezza dell'assistenza, prezzi amministrati, autonomia tariffaria e basi di calcolo incomplete, va

trovata una via per dare ascolto alle richieste dei medici di base e considerarle, laddove siano giustificate, e nel contempo per gettare le basi dei necessari futuri cambiamenti. Pertanto qui di seguito si cercherà di stabilire cosa sia una retribuzione „giusta“.

9.1.1 Giusto compenso per le prestazioni

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), le parti dell'accordo tariffario definiscono l'adeguatezza della retribuzione. In linea di principio il compenso per le prestazioni effettuate è modificabile, ma le tariffe devono comunque tener conto dei principi stabiliti dalla legge e dall'ordinanza sull'assicurazione malattie. Nel Tarmed il giusto compenso per una prestazione viene definito in base ad un modello di costi e facendo un confronto con altre posizioni tariffarie. In linea di principio, l'AOMS non ha alcun obbligo di garantire ai medici un certo reddito. Indirettamente, però, alla domanda di quale sia il „giusto“ reddito le Parti dell'accordo tariffario hanno risposto con il reddito di riferimento di 207 000 franchi: questo reddito è stato posto a base del Tarmed, il quale fa riferimento alla struttura dei costi di uno studio medico individuale.

I medici di base lamentano che con l'introduzione del Tarmed la loro situazione si è evoluta negativamente. Le loro osservazioni e le loro richieste coincidono in larga misura con quelle del Controllo federale delle finanze (CDF), che nel novembre 2010 ha pubblicato un rapporto sulla valutazione del Tarmed.⁷⁷ Questo rapporto, se da un lato riconosce al Tarmed di aver raggiunto gli obiettivi per certi aspetti (ad es. trasparenza, introduzione a costo zero), dall'altro rileva però anche parecchi punti deboli (ad es. scarsa cura delle tariffe, insufficiente rivalutazione delle prestazioni mediche). Dall'introduzione del Tarmed le differenze di reddito, invece che essere diminuite, sarebbero aumentate. In questo modo il CDF conferma ampiamente la critica espressa dai medici di base. Tuttavia il CDF non intende neanche liquidare la questione dei "costi reali" dicendo che per poter dare un giudizio definitivo si dovrebbe poter disporre di dati rappresentativi dei costi di uno studio medico gestito in modo efficiente. Su questo sfondo ci si chiede se e in che modo in futuro la Confederazione debba intervenire sulla configurazione delle tariffe.

9.1.2 Aspettative delle parti dell'accordo tariffario e ruolo della Confederazione

Le parti dell'accordo concordano che il tariffario debba essere rivisto. Finora però non sono riuscite ad appianare le loro divergenze d'opinione. Senza l'accordo tra le quattro Parti dell'accordo tariffario, Santésuisse, FMH, H+ e la Commissione delle tariffe mediche, la revisione del tariffario resta bloccata (principio del consenso).

Per prima cosa qui di seguito verrà illustrata la posizione delle Parti dell'accordo tariffario. Come c'era da aspettarsi, le loro reazioni al rapporto del CDF sono differenti.

La FMH, se dal un lato condivide le analisi e le loro conclusioni, dall'altro non ritiene convincenti il rapporto finale e i suggerimenti del CDF.⁷⁸ Anziché dare suggerimenti basati sui fatti, il rapporto sarebbe intriso di dichiarazioni politiche. La FMH sarebbe quindi contraria al suggerimento del CDF di attribuire più competenze e più possibilità d'intervento alla Confederazione, mentre ritiene che l'autonomia tariffaria vada salvaguardata.

Santésuisse chiede che prima di procedere alla revisione si stipuli un contratto che dia modo di controllare i costi (conservazione della neutralità dei costi). Il miglioramento della posizione dei medici di base dovrebbe essere raggiunto a spese degli specialisti, tra l'altro anche attraverso l'immediato adeguamento delle aliquote d'imposta in caso di miglioramento dell'efficienza e della produttività (ad es. a seguito dell'introduzione di nuovi metodi diagnostici o terapeutici). Secondo Santésuisse le richieste del corpo medico porterebbero ad un aumento annuo dei costi di circa 800 milioni di franchi, senza che con ciò gli assicurati ne traggano maggior beneficio.⁷⁹

⁷⁷ Controllo federale delle finanze (2010): Tarmed, il tariffario per le prestazioni mediche effettuate nel settore ambulatoriale. Valutazione del raggiungimento degli obiettivi e del ruolo della Confederazione.

⁷⁸ Medical Tribune online : Newsticker <http://www.medical-tribune.ch/deutsch/news/news.php?monat=12.2010>

⁷⁹ Comunicato di Santésuisse (11.11.2010): Santésuisse è per il potenziamento dell'assistenza di base. Sito Internet: http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=29838&detail=yes&navid=

Infine, nel gennaio 2011 anche la CDS aveva chiesto al Consiglio federale di sfruttare il margine legislativo disponibile ed emanare direttive per l'elaborazione di una struttura tariffaria aggiornata e basata su calcoli economici-aziendali. Secondo la CDS il Consiglio federale dovrebbe inoltre avere la possibilità di definire una struttura tariffaria adeguata nel caso in cui le parti dell'accordo tariffario non si dovessero accordare sulla revisione.

Nel complesso sembra che le trattative sulle tariffe siano bloccate a causa degli interessi opposti delle controparti.

La Confederazione si aspetta dalle parti dell'accordo tariffario che vengano elaborate soluzioni condivise e che le tariffe vengano immediatamente adeguate. La tariffazione deve basarsi su una fornitura di prestazioni efficiente ed adeguata. E qui non si tratta primariamente di rivalutare i medici di base a spese degli specialisti. In primo piano c'è il calcolo economico-aziendale di tutte le posizioni tariffarie; le prestazioni sopravvalutate devono essere anch'esse adeguate, al pari di quelle sottovalutate. In base all'analisi del CDF, la Confederazione parte dal presupposto che sono soprattutto i medici di base che dovrebbero approfittare di questi adeguamenti tariffari. Così si potrebbero ridurre, ma non eliminare, le differenze di reddito tra specialisti (chirurghi) e medici di base. Come si è detto più volte, soprattutto i chirurghi che forniscono prestazioni nel settore delle assicurazioni complementari hanno un reddito supplementare.

Il Consiglio federale, nella sua risposta del 25 maggio 2011 alla mozione 11.3070 di Jacqueline Fehr, presentata nel marzo 2011 assieme al rapporto del CDF, intende appoggiare l'Iniziativa parlamentare 11.429, che mira ad attribuire al Consiglio federale la competenza di adeguare la struttura tariffaria qualora questa si dimostrasse inadeguata e le Parti non riuscissero ad accordarsi sulla sua revisione. Nel maggio 2011 il capo del DFI ha ascoltato le parti dell'accordo tariffario in merito allo stato delle trattative sulle tariffe. Nell'ambito di quest'incontro si sono concordati i valori di riferimento per la revisione e il termine del 30 settembre 2011 entro il quale le parti dell'accordo tariffario dovranno presentare il loro progetto di revisione. Quale termine per la presentazione della domanda di revisione del Tarmed al Consiglio federale si è presa in considerazione la fine del 2012.

Il Consiglio federale respinge invece un sostanziale intervento nell'autonomia tariffaria ai sensi della mozione 11.3070: l'imposizione di un modello tariffario da parte della Confederazione implicherebbe l'abolizione dell'autonomia tariffaria e l'istituzione di un tariffario ufficiale. Il Consiglio federale ritiene che un intervento così sostanziale nell'attuale sistema dei compensi sia eccessivo. Inoltre, il tariffario non tiene conto di nuove forme di collaborazione con altri professionisti della sanità ed è fortemente orientato alla struttura dei costi di uno studio medico individuale. Infine il Tarmed, con il suo tariffario per singola prestazione non è in grado di promuovere né l'assistenza integrata, né la qualità. In considerazione di questa situazione, le possibilità tariffarie offrono, nell'ambito dell'assistenza integrata, soluzioni per nuove e innovative forme di retribuzione delle prestazioni mediche. Il compito principale della Confederazione consiste quindi nel creare condizioni quadro adeguate al fine di promuovere la qualità e l'efficienza nel quadro dell'assistenza integrata e in vista del cambiamento strutturale che si va defilando.

Il futuro del panorama tariffario è attualmente in discussione nell'ambito del progetto «Strategia sanitaria nazionale». Nella parte del progetto intitolata «Tariffe e valori di riferimento di un futuro finanziamento» si analizzano le possibilità e le modalità di ottimizzazione delle condizioni quadro della configurazione del tariffario. Punti di partenza sono ad esempio la parificazione delle tariffe delle stesse prestazioni nel settore stazionario e nel settore ambulatoriale e altre possibilità di tariffe forfetarie.

9.2 Influenza del reddito sulla struttura dell'offerta

Quanto all'offerta ci si continua a porre la domanda, se si debbano migliorare le possibilità di guadagno per far sì che in futuro si abbia a disposizione un numero sufficiente di medici di base.

Punti di riferimento per la risposta a queste domande sono, da un lato, il numero dei titoli di specializzazione nell'assistenza sanitaria di base rilasciati, e dall'altro il numero delle autorizzazioni all'esercizio della professione rilasciate dall'ispettorato cantonale (cfr. cap. 8.3.1). In riferimento ai titoli di perfezionamento federali rilasciati, non si può al momento certificare alcun calo, né assoluto né relativo,

del numero di medici di base rispetto agli specialisti (cfr. cap. 5.1.9 e 7.1.6). In termini assoluti, il numero di tutti i titoli di specializzazione rilasciati è in aumento, così come quello dei titoli di specializzazione in medicina di base. Lo stesso vale per il numero delle autorizzazioni all'esercizio della professione, che nel 2010 è aumentato del 39 per cento rispetto all'anno precedente. In sostanza quindi il potenziale per mantenere, se non aumentare, l'attuale offerta di prestazioni nell'assistenza di base, c'è. Da solo, il numero di medici disponibili formati e specializzati potenziale disponibile non è però garante del fatto che l'attuale struttura dell'offerta nel settore ambulatoriale continui ad esistere così com'è. Come già più volte detto e motivato, nell'assistenza ambulatoriale serve un cambiamento strutturale incisivo che renda possibili forme di lavoro moderne e flessibili e spinga i giovani medici a lanciarsi nell'attività ambulatoriale fuori dagli ospedali. L'opportunità sotto vari di punti di vista, di introdurre dei cambiamenti strutturali è brevemente discussa nel paragrafo seguente. Ulteriori informazioni relative al reddito e valori comparativi a livello internazionale si trovano nel rapporto del Consiglio federale in risposta ai postulati 07.3279 e 07.3561⁸⁰ In mancanza di cifre attuali relative al reddito e dato che le cifre disponibili non sono basate su redditi standardizzati, non è possibile valutare in modo conclusivo lo sviluppo dei redditi. Su questa base non è inoltre possibile determinare l'impatto generale delle forti differenze tra i redditi individuali sull'offerta.

9.2.1 Aumento del reddito negli studi medici collettivi

Gli studi fatti mostrano che per i medici passare dallo studio medico individuale allo studio medico collettivo conviene: minori costi marginali, quindi maggior reddito.⁸¹ Ma i grandi centri d'assistenza medica interconnessi non sono vantaggiosi solo dal punto di vista economico-aziendale. Offrono infatti anche varie possibilità di partecipazione: dal tempo parziale (pagato), alla totale condivisione dei profitti e delle perdite. Inoltre questi centri consentono di evitare gli aspetti ritenuti svantaggiosi tipici dello studio medico individuale tradizionale, quali l'isolamento, il sovraccarico di lavoro, l'assenza di tempo per il perfezionamento e l'aggiornamento e l'impossibilità di scambi tra colleghi. Cedere il proprio studio medico o trasformarlo in uno studio medico collettivo per i medici è una sfida non da poco: la fondazione di uno studio medico collettivo comporta investimenti supplementari. Il passaggio dallo studio medico individuale allo studio medico collettivo è difficoltoso anche perché, vista la scarsità della domanda, il ricavato della vendita dello studio medico individuale è spesso molto al di sotto delle aspettative. Ma in questa situazione si trovano anche altri professionisti che esercitano un'attività lucrativa indipendente, come dentisti e veterinari.

9.3 Riassunto

In questo campo di tensioni tra garanzia dell'assistenza, prezzi amministrati, autonomia tariffaria e basi di calcolo incomplete, va trovata una via per dare ascolto alle richieste dei medici di base e considerarle, laddove siano giustificate, e per gettare le basi dei necessari futuri cambiamenti. Nel contempo bisogna far sì che le attuali strutture d'assistenza medica non si cementifichino e che si possa procedere a un vero e proprio cambiamento strutturale nell'assistenza ambulatoriale.

Quanto alla questione del „giusto“ compenso, la strada da fare è ancora lunga. Il Tarmed si basa su un reddito di riferimento di 207 000 franchi. Poiché non si dispone di cifre aggiornate e poiché quelle disponibili degli anni 2005 e 2006 non sono basate su redditi standardizzati non è possibile valutare lo sviluppo dei redditi

In futuro sempre più medici opteranno per il tempo parziale. Il „giusto“ reddito lo si può più facilmente conseguire se l'infrastruttura necessaria viene, per quanto possibile, condivisa e dunque sfruttata appieno. La migliore opportunità la offrono in questo senso i grandi centri. Il tariffario per singola prestazione Tarmed però si basa proprio sul modello dei costi di uno studio medico individuale. Anche se al momento non vi sono indizi di un calo del numero di medici di base, urge comunque intervenire.

⁸⁰ Il rapporto è pubblicato sul sito Internet dell'UFSP nella rubrica Professioni mediche:

<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=it>

⁸¹ Baudier, F. et al. 2010: La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Mojon-Azzi, S.M. (2001): Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr 22.

Da un'analisi effettuata il CDS arriva alla conclusione che vari punti del Tarmed vadano corretti a favore dei medici di base. A causa dei differenti interessi delle Parti dell'accordo tariffario, la necessaria revisione del tariffario resta per il momento bloccata. Il Consiglio federale intende contribuire allo sblocco delle trattative sulle tariffe: con la Sua risposta del 25 maggio 2011 alla mozione 11.3070 di Jacqueline Fehr, presentata nel maggio 2011 in relazione con il rapporto della CDS, sostiene l'Iniziativa parlamentare 11.429. Quest'ultima propone di attribuire al Consiglio federale la competenza di adeguare la struttura tariffaria qualora questa non dovesse più risultare adeguata e le parti non dovessero accordarsi sulla sua revisione entro certi tempi. D'altro canto il Consiglio federale respinge un intervento sostanziale nell'autonomia tariffaria.

Il futuro del panorama tariffario è attualmente in discussione nell'ambito del progetto «Strategia sanitaria nazionale» su incarico del Dialogo sulla politica nazionale della sanità⁸². Nella parte del progetto intitolata «Tariffe e valori di riferimento di un futuro finanziamento» si analizzano le possibilità e le modalità di ottimizzazione delle condizioni quadro della configurazione del tariffario.

⁸² Link: <http://www.nationalegesundheit.ch/it/index.html>

10 Conclusioni

L'analisi precedentemente condotta mostra che numerosi fattori esterni durante la fase della formazione e del perfezionamento e nel corso della vita professionale, ma anche le aspettative professionali individuali dei (futuri) medici influenzano la domanda e l'offerta di prestazioni mediche. Sul fatto che sia necessario formare più medici in Svizzera non c'è dubbio.

L'analisi mostra però anche che migliorare l'efficienza in molti settori è possibile, e che una maggiore efficienza può contribuire a ridurre una futura mancanza di medici. Una maggiore efficienza è auspicabile soprattutto laddove può contribuire anche a migliorare la qualità (ad es. attraverso l'aumento dei trattamenti negli ospedali o attraverso la sistematica garanzia di qualità nell'ambito di reti assistenziali integrate). Nel momento in cui si introducono misure atte a migliorare l'efficienza è necessario considerare - laddove possibile e ragionevole - gli interessi regionali affinché le offerte siano anche fruibili. E questo rappresenta per i Cantoni, che sono responsabili dell'assistenza sanitaria, una grossa sfida.

Il cambiamento nell'ambito delle strutture d'assistenza ambulatoriali e stazionarie rappresenta anche una grande opportunità. Nel settore stazionario, con l'(imminente) introduzione del compenso forfettario, si dà un impulso, si auspica decisivo, al miglioramento dell'efficienza, per lo meno a medio termine. Nel settore ambulatoriale urge introdurre nuove soluzioni: la medicina di famiglia, in particolare, dove (anche a seguito di una forte femminilizzazione) l'aumento del tempo parziale e la generale riduzione dei tempi della libera attività nello studio medico contribuiscono a peggiorare il rapporto tra i costi dell'infrastruttura e i ricavi.

Riassumendo, l'analisi qui condotta indica che sono necessari gli interventi descritti qui di seguito, a proposito dei quali il Consiglio federale è ben consapevole della sostanziale competenza dei Cantoni in materia di assistenza sanitaria e delle limitate possibilità di azione esistenti a livello federale:

A. La Svizzera deve formare più medici

Questa esigenza sorge per motivi di correttezza nei confronti di altri Paesi e per garantire l'assistenza. Anche se aumenta la formazione, lo scambio internazionale avrà comunque sempre un ruolo importante, perché anche medici formati in Svizzera lasciano il nostro Paese per specializzarsi in altri Paesi. Questo scambio è auspicabile. Attualmente però il saldo della migrazione è chiaramente a vantaggio della Svizzera, cioè la Svizzera approfitta degli investimenti nella formazione fatti da altri Paesi. Il fabbisogno di formazione calcolato nel presente rapporto, pari a 1200 - 1300 diplomi all'anno, è orientato alla stabilizzazione, non all'aumento dell'odierno volume di lavoro. Si è scelto lo „scenario della stabilizzazione“, con cui è valutato il fabbisogno di formazione atto a mantenere l'attuale volume di lavoro, perché vi è la possibilità di migliorare l'efficienza in diversi settori. Per tale scelta si è partiti dal presupposto che il miglioramento dell'efficienza possa consentire di coprire l'incrementato futuro fabbisogno dovuto all'invecchiamento demografico e all'aumento della popolazione.

B. Le perdite di medici formati vanno minimizzate e si devono migliorare le pari opportunità tra i sessi relativamente alla scelta della specializzazione

Non solo, ma soprattutto in considerazione della femminilizzazione, vanno fatti maggiori sforzi per **minimizzare** in futuro, per quanto possibile, le **perdite** di medici formati. L'organizzazione del perfezionamento deve permettere ai futuri medici che stanno creando una famiglia di perfezionarsi a condizioni chiaramente regolamentate: bisogna evitare i troppo frequenti cambi di sede e i conseguenti lunghi tempi di attesa, i quali diventano quasi tappe del percorso di perfezionamento che non servono però al conseguimento del titolo. Inoltre le condizioni quadro del perfezionamento vanno stabilite in modo che uomini e donne abbiano le stesse chance in tutti i rami di specializzazione. La crescente femminilizzazione favorisce attualmente più che altro l'assistenza sanitaria di base, ginecologia e psichiatria infantile e adolescenziale comprese. Cosa per altro gradita, perché è soprattutto nell'assistenza sanitaria di base (ambulatoriale) e nella psichiatria che servono più medici. Tuttavia sarebbe miope rivolgere l'attenzione esclusivamente all'assistenza sanitaria di base. La

femminilizzazione della medicina modificherà il rapporto relativo tra i vari rami di specializzazione. Se le preferenze legate all'appartenenza sessuale dovessero permanere, non sono da escludersi futuri problemi in altri rami di specializzazione.

C. Lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza che tengano maggiormente conto non solo dell'invecchiamento della popolazione, ma anche delle aspettative professionali del personale della sanità, è prioritario. In questo ambito vanno sempre più coinvolte anche altre professioni della salute, per alleggerire e completare il lavoro dei medici

Considerando i vari problemi della medicina di famiglia, lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza è un'importante sfida ed un'ottima opportunità. L'attuale struttura dell'offerta nel settore ambulatoriale, ancora improntata in modo preponderante allo studio medico individuale, non è più conciliabile con le aspettative professionali dei giovani medici. La definizione di incentivi adeguati per la riorganizzazione di queste strutture è dunque anche una sfida non da poco. Inoltre si devono fare maggiori sforzi per integrare adeguatamente nei nuovi modelli di assistenza operatori sanitari non medici. In questo modo si renderebbero più attraenti tutte le professioni attinenti alla sanità, cosa che può contribuire a prolungare la permanenza o a utilizzare più efficacemente gli investimenti nella formazione che tali professioni hanno comportato. Il coinvolgimento di altre professioni non è inteso per fare concorrenza ai medici, bensì per contribuire a fronteggiare le sfide che stanno affiorando. La Confederazione può qui assumere il ruolo di coordinatrice creando, ad esempio nell'ambito di prescrizioni per relative alla formazione e alla specializzazione, condizioni quadro il più possibile adeguate.

Trovare il personale ottimale non sarà mai una scienza esatta, e quindi non sarà mai pianificabile: non è possibile né oggettivare completamente il fabbisogno né prevedere gli sviluppi della medicina e della tecnica e il loro impatto sul futuro fabbisogno di specialisti della sanità. Per questo è necessario che i diversi soggetti interessati si pongano obiettivi comuni, e i cauti cambiamenti di direzione che ne deriveranno relativamente alla configurazione della futura assistenza sanitaria, alla formazione e al perfezionamento di tutto il personale medico-sanitario devono contribuire affinché tutti i professionisti della sanità svolgano al meglio i loro compiti.

Nel complesso risulta evidente che, visto il fitto intreccio delle politiche della formazione, della sanità e dell'assistenza, urge analizzare tutti gli effetti delle singole decisioni ancor prima della loro realizzazione e in vista degli obiettivi che ci si vogliono porre. Oggi sono numerosi, e continueranno ad esserlo anche in futuro, i soggetti pubblici e privati che partecipano alla formazione e al perfezionamento, nonché alla definizione delle condizioni per l'esercizio di tutte le professioni della salute, con intenti diversi. In futuro gli obiettivi di ognuno di essi dovranno essere più trasparenti, e la loro collaborazione dovrà essere migliore. In questo complesso sistema di regole, la soluzione non può stare né esclusivamente nel „mercato libero“, né in un „programma statale“. Questa convinzione si rispecchia anche nelle seguenti raccomandazioni e nelle misure già adottate.

11 Raccomandazioni

11.1 Osservazioni generali

L'ordine in cui sono presentate le seguenti raccomandazioni corrisponde alla struttura del rapporto, tenendo conto dell'attuale suddivisione delle competenze tra Confederazione, Cantoni e soggetti privati operanti nel settore della sanità. Indica i soggetti a cui compete decidere in merito all'attuazione delle sue raccomandazioni, e suggerisce loro i soggetti interessati e/o partecipi da coinvolgere. Insieme si devono sviluppare strategie di cooperazione in determinati settori di intervento per evitare eventuali conflitti d'interesse che compromettono la libertà di azione. Il processo di attuazione sarà sì più oneroso, ma avrà il vantaggio di essere ampiamente sostenuto e sarà dunque in grado di accogliere le corrispondenti attività private. Data l'attuale suddivisione delle competenze diventa non saranno toccati soprattutto i Cantoni, responsabili di garantire la formazione e l'assistenza sanitaria.

Le piattaforme comuni già esistenti andranno utilizzate per l'elaborazione di soluzioni. La piattaforma realizzata dall'UFSP su incarico del Dialogo sulla Politica nazionale della sanità, "Il futuro della formazione dei medici", dà già oggi un contributo al necessario coordinamento. Qui vengono discussi temi quali "Finanziamento del perfezionamento dei medici", "Armonizzazione di formazione, perfezionamento e aggiornamento dei medici" e "Interprofessionalità".

Diversi rapporti nazionali ed internazionali riconoscono l'alta qualità del sistema sanitario svizzero, ma ne criticano anche la difficile controllabilità e la (troppo) limitata spesa per la prevenzione. Su questo sfondo la Confederazione e i Cantoni, nell'ambito del Dialogo sulla Politica nazionale della sanità, il 15 aprile 2010 hanno istituito un ulteriore gruppo di lavoro "Strategia sanitaria nazionale / Ripartizione delle competenze", che verificherà l'attuale ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni ed elaborerà delle proposte per stabilire in quali settori la ripartizione dei compiti necessita di correzioni o precisazioni. Al centro della discussione sono attualmente temi quali l'importanza e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'offerta, la qualità e gli incentivi nell'assistenza curativa e in generale la controllabilità del sistema. Qui bisognerebbe anche chiarire quali provvedimenti andrebbero previsti per bilanciare in termini finanziari gli eventuali trasferimenti di incarichi tra i vari livelli dello Stato. Oltre alla verifica dell'attuale assegnazione delle competenze in vista di una configurazione più efficiente dell'assistenza sanitaria, il gruppo di lavoro è stato al contempo incaricato di analizzare modelli di controllo cooperativo. I primi risultati di questo gruppo di lavoro settembre sono attesi per ottobre 2011. Il Consiglio federale intende sottoporli a discussione nell'ambito del Dialogo sulla Politica nazionale della sanità per poi decidere assieme ai Cantoni i successivi passi da fare.

I problemi che stanno affiorando (ad es. l'aumento dei malati cronici, il maggior numero di trattamenti nel settore ambulatoriale a seguito dell'introduzione degli importi per caso che si rifanno alle prestazioni) non possono essere risolti solo rinforzando e favorendo la categoria dei medici di base. Piuttosto si devono creare i presupposti affinché l'assistenza sanitaria in futuro sia nel complesso meglio interconnessa, e affinché tutto il personale medico-sanitario possa essere impiegato in base alle proprie competenze laddove ve ne sia bisogno. Che il ruolo dei medici di base continui ad essere centrale è fuori dubbio. Le sfide future possono però essere affrontate solo se il campo d'azione resta il più possibile flessibile.

Le seguenti raccomandazioni sono formulate partendo da questa prospettiva in stretta collaborazione con i Cantoni ed altri soggetti. Il Consiglio federale aveva già emanato alcune di queste raccomandazioni o incarichi precedentemente all'iniziativa parlamentare (ad es. una nuova legge sulle professioni medico-sanitarie, la revisione della legge sulle professioni mediche).

11.2 Tavola sinottica delle raccomandazioni

Problema	Raccomandazioni	Attori con competenza decisionale	Altri attori/organi da coinvolgere
Formazione in generale			
La Svizzera forma troppo pochi medici.	<ul style="list-style-type: none"> Il numero dei diplomi federali in medicina dovrebbe aumentare a 1200 - 1300 all'anno affinché l'attuale volume di lavoro medico disponibile possa essere stabilizzato con medici appositamente formati nel Paese. 	Cantoni universitari	CUS, CDPE, CDS, CRUS, CIMS, SER, UFSP, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Nel quadro delle sue competenze, la Confederazione s'impegna, in particolare in seno alla Conferenza dei rettori delle università svizzere, a favore dell'aumento del numero di posti di studio. 		
Le capacità di formazione disponibili non sono utilizzate in modo sufficientemente efficiente.	<ul style="list-style-type: none"> Le capacità dovrebbero essere utilizzate in modo più efficiente, affinché l'85-90 per cento degli studenti ottenga il diploma. 	Cantoni universitari	Ospedali universitari, CUS, CDPE, CDS, CRUS, CIMS, SER, UFSP, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Il numerus clausus va mantenuto nelle università di lingua tedesca combinandolo con un esame attitudinale. 	Cantoni universitari	
	<ul style="list-style-type: none"> L'introduzione del numerus clausus combinato con un esame attitudinale dovrebbe essere valutata ed eventualmente attuata nella Svizzera francese. 	Cantoni universitari	
	<ul style="list-style-type: none"> L'esame attitudinale o altre procedure cognitive possono essere eventualmente combinati con test di autovalutazione. Ciò consente agli studenti di valutare l'idoneità allo studio e anche all'esercizio della professione. 	Cantoni universitari	
	<ul style="list-style-type: none"> Dovrebbero essere accertate le possibilità di ovviare maggiormente alla mancanza di capacità cliniche (pazienti) sviluppando moduli di e-learning (simulazioni di pazienti). 	Cantoni universitari	
	<ul style="list-style-type: none"> I Cantoni non universitari dovrebbero essere maggiormente coinvolti al fine di poter disporre di più ampie capacità cliniche. 	Cantoni	

Problema	Raccomandazioni	Attori con competenza decisionale	Altri attori/organi da coinvolgere
<p>La preparazione fornita dalla formazione non è sufficientemente mirata alla successiva scelta della specializzazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La formazione universitaria dovrebbe preparare in modo maggiormente mirato alla successiva professione già a livello di Bachelor e Master, affinché sia possibile scegliere già presto la specializzazione e la professione. 	<p>Università (facoltà di medicina)</p>	<p>CUS, CDPE, CDS, CRUS, CIMS, SER, UFSP, ISFM, società del ramo medico, piattaforma "Futuro della formazione medica"</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Per gli studenti che intendono intraprendere la professione di medico di famiglia dovrebbero essere integrati nella formazione programmi individuali di coaching e mentorato. 	<p>Università (facoltà di medicina, istituti di medicina di famiglia)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Il conseguimento di esperienze pratiche dovrebbe essere incoraggiato creando rapporti di lavoro tra mentore e giovani medici. 	<p>Associazione di categoria medici di famiglia e pediatri della Svizzera</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> I mentori provenienti dalle regioni periferiche dovrebbero essere considerati in modo particolare per aumentare l'attrattiva di tali regioni. 	<p>Associazione di categoria medici di famiglia e pediatri della Svizzera</p>	
<p>Gli interessati allo studio di medicina respinti sono persi per il sistema sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nell'ambito degli esami attitudinali andrebbero indicate in maniera mirata le alternative allo studio della medicina. Per esempio, potrebbero essere fornite informazioni specifiche sulle formazioni per professioni sanitarie offerte nelle scuole universitarie professionali 	<p>Università (facoltà di medicina)</p>	<p>CUS, CDPE, CDS, CIMS, CRUS, KFH, scuole universitarie professionali, OdASanté, UFFT, UFSP, SER</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Dovrebbero essere studiate le possibilità di creare passerelle adeguate tra gli istituti di scienze naturali e le formazioni in medicina a livello di Master al fine di compensare in particolare le perdite a livello di Bachelor. 	<p>Università / PF/EPFL</p>	

Formazione dei medici di base			
La medicina di base svolge un ruolo troppo modesto nell'ambito della formazione.	<ul style="list-style-type: none"> La dotazione degli istituti formativi per la medicina di famiglia dovrebbe essere potenziata (cattedre ordinarie); occorrerà prendere in considerazione la possibilità di concentrare le capacità creando un centro di competenza per la medicina di famiglia presso singole facoltà (p. es. Svizzera romanda e tedesca). 	Università (facoltà di medicina, istituti di medicina di famiglia)	CUS, CDPE, CDS, SER, CRUS, SER, SNF, UFSP, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Gli sforzi profusi dagli istituti di medicina di famiglia per mettere maggiormente in rete le loro attività di formazione e di ricerca dovrebbero essere sostenuti (p. es. mediante contributi legati a progetti conformemente alla legge sull'aiuto alle università). 	CUS	
	<ul style="list-style-type: none"> Gli istituti di medicina di famiglia dovrebbero essere integrati in una ricerca ad ampio raggio sull'assistenza per promuovere l'attrattiva accademica della specializzazione e l'evidenza professionale. 	SNF	
I contenuti tecnici della medicina di base sono insufficientemente integrati nello studio di medicina.	<ul style="list-style-type: none"> Nella LPMed andrebbero integrati obiettivi formativi specifici per la medicina di base (una corrispondente revisione della LPMed è attualmente in corso). 	Confederazione, Parlamento	CUS, CDPE, CDS, SER, CRUS, SER, UFSP, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Andrebbero create maggiori possibilità di assolvere parti dell'anno di studio opzionale (a Master concluso, prima degli esami federali) in uno studio ambulatoriale di medici di base. 	Università, (facoltà di medicina, istituti di medicina di famiglia, medici istruttori)	

Perfezionamento in generale			
L'attuale organizzazione del perfezionamento comporta un numero crescente di medici che non assolvono il perfezionamento.	<ul style="list-style-type: none"> La durata del perfezionamento prescritta dalla legislazione deve essere nel limite del possibile rispettata (attualmente dura nettamente più di 5-6 anni); ciò può essere conseguito per esempio stralciando dal programma anni trascorsi all'estero senza obiettivi didattici specifici. 	Istituto svizzero per la formazione medica (SFM), associazioni di categoria	CDS, H+, ASMAC, UFSP, facoltà di medicina, ospedali universitari, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Inoltre deve essere migliorata la struttura del perfezionamento mediante un rispetto più netto dei programmi e un miglior controllo dei libri di bordo. 	SFM, associazioni di categoria	
	<ul style="list-style-type: none"> Gli ospedali e/o la SFM dovrebbero stipulare convenzioni di perfezionamento con i perfezionandi (analogamente alle convenzioni d'apprendistato nella formazione professionale). 	SFM, associazioni di categoria	
	<ul style="list-style-type: none"> Le convenzioni dovrebbero garantire ai perfezionandi delle tappe di perfezionamento vincolanti per il raggiungimento del loro obiettivo professionale e contribuire a eliminare le attese (periodi del perfezionamento non necessari per l'ottenimento del titolo). Deve pure essere messa a disposizione la possibilità di assolvere il perfezionamento a tempo parziale. 	SFM, associazioni di categoria	
	<ul style="list-style-type: none"> A tal scopo devono essere create reti tra le unità di perfezionamento in cui coordinare le singole tappe necessarie per il corrispondente programma di perfezionamento. 	SFM, associazioni di categoria	
	<ul style="list-style-type: none"> In considerazione del fatto che numerosi perfezionandi si trovano nella fase della creazione di una famiglia, si dovrebbe cercare di organizzare il perfezionamento in un quadro regionale così da evitare nel limite del possibile spostamenti da un luogo all'altro. 	SFM, associazioni di categoria	

Le donne che assolvono un perfezionamento sono meno numerose.	<ul style="list-style-type: none"> Dovrebbero essere incrementati gli incentivi a creare posti di perfezionamento a tempo parziale (p. es. mediante convenzioni di prestazioni tra Cantoni e istituti formativi/ ospedali o studi medici ambulatoriali). 	Cantoni	CDS, SFM, ASMAC, UFSP, facoltà di medicina, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> Le possibilità di conciliare la professione e la famiglia dovrebbero essere potenziate (p. es. mediante offerte specifiche di custodia dei bambini del personale ospedaliero). 	H+ (Gli ospedali svizzeri), Cantoni	
	<ul style="list-style-type: none"> Le pari opportunità nell'ambito della scelta della specializzazione andrebbero verificate (le donne scelgono con nettamente minore frequenza le specializzazioni con attività clinica, i motivi alla base di ciò devono ancora essere chiariti). 	Associazioni di categoria, SFM	
	<ul style="list-style-type: none"> In generale devono essere condotte riflessioni fondamentali volte a rendere più flessibile il perfezionamento, in particolare andrebbe verificata la possibilità di introdurre dei moduli atti a consentire di conciliare la famiglia e la carriera professionale. Tale carattere modulare dovrebbe anche agevolare i cambiamenti di orientamento (p. es. la specializzazione). 	SFM	

Perfezionamento dei medici di base			
<p>La quota di medici di base andrebbe leggermente aumentata poiché in questo settore la femminilizzazione è più marcata rispetto ad esempio alle specializzazioni con attività chirurgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Analogamente alla formazione, anche nell'ambito del perfezionamento dovrebbero essere fornite informazioni più mirate sulle possibili carriere professionali per agevolare decisioni più tempestive in merito alla scelta dell'orientamento e della professione (specializzazione, modelli di assistenza preferiti/studio medico individuale/studio medico collettivo). 	SFM, associazioni di categoria,	<p>CDS, ASMAC, UFSP, facoltà di medicina, piattaforma "Futuro della formazione medica"</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Per i perfezionandi che intendono intraprendere la professione di medico di famiglia dovrebbero essere integrati nella formazione programmi di coaching e mentorato individuali. 	Medici istruttori	
	<ul style="list-style-type: none"> I mentori provenienti dalle regioni periferiche dovrebbero essere coinvolti e sostenuti per aumentare l'attrattiva di tali regioni. 	Medici istruttori dalle regioni periferiche	
	<ul style="list-style-type: none"> Andrebbe verificato se gli elementi di gestione attualmente disponibili sono sufficienti per garantire corrispondenti offerte di perfezionamento nella medicina di base e in altre specializzazioni in cui si manifesta una carenza. Se del caso i Cantoni dovrebbero prevedere, per esempio nel quadro di convenzioni di prestazione con gli istituti di perfezionamento (ospedali, studi medici), elementi di gestione supplementari che contribuiscono ad aumentare il numero di perfezionamenti nelle discipline carenti e a ridurlo nelle discipline ben dotate. 	Cantoni	
<p>I posti di assistente di studio medico sono (ancora) troppo pochi nel settore della medicina di famiglia e il loro finanziamento non è ancora garantito sul lungo termine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> I posti di assistente di studio medico (perfezionamento nello studio di un medico di famiglia) andrebbero promossi e il loro finanziamento da parte dei Cantoni andrebbe garantito sul lungo termine. A tal scopo vanno previsti modelli di finanziamento adeguati, come sono già discussi e raccomandati nella piattaforma "Futuro della formazione medica" (p. es. sotto forma del modello PEP: pragmatico, semplice, forfetario). 	Cantoni	<p>SFM, ASMAC, CDS, UFSP, piattaforma "Futuro della formazione medica"</p>

Esercizio della professione			
<p>Attualmente, l'assistenza sanitaria è ancora insufficientemente "integrata".</p> <p>La struttura predominante dell'assistenza nel settore ambulatoriale non soddisfa più le necessità di numerosi fornitori di prestazioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'assistenza integrata dovrebbe essere promossa e potenziata mediante incentivi adeguati (p. es. sotto la forma della revisione della LAMal Managed Care). 	Parlamento	<p>Associazioni professionali e organizzazioni mantello del settore sanitario, CDS, UFSP, Obsan</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La cartella del paziente informatizzata andrebbe introdotta il più rapidamente possibile (la relativa base legale è posta in consultazione nel settembre 2011). 	Parlamento	
	<ul style="list-style-type: none"> Le idee relative a nuovi modelli di assistenza dovrebbero essere rese note e ulteriormente sviluppate dal basso all'alto e coinvolgendo i fornitori di prestazioni (attualmente tali idee vengono sviluppate sotto la direzione della CDS nel quadro del gruppo di lavoro "Nuovi modelli di assistenza"). 	CDS, Forum Managed Care ecc.	
	<ul style="list-style-type: none"> La giusta combinazione di capacità e livelli di formazione (skill & grade mix) nei diversi modelli di assistenza andrebbe discussa coinvolgendo differenti professioni sanitarie e i relativi modelli, e le corrispondenti intese tra le professioni interessate andrebbero preparate. 	CDS, Confederazione, , privati ecc.	
	<ul style="list-style-type: none"> I Cantoni dovrebbero analizzare la situazione ed elaborare un progetto di sviluppo delle strutture di assistenza ambulatoriale (studi medici individuali, studi medici collettivi, ambulatori, ecc.), sulla cui base individuare tempestivamente le regioni minacciate da carenze nell'assistenza medica. 	Cantoni	
	<ul style="list-style-type: none"> Per garantire l'assistenza medica di base in queste regioni non andrebbero considerate unicamente la preservazione delle strutture ad ogni costo ma anche soluzioni innovative (p. es. progetti in collaborazione con i Comuni con un maggiore coinvolgimento di Spitex). 	Cantoni, Comuni, fornitori di prestazioni	

Il potenziale delle diverse professioni sanitarie non è impiegato in maniera ottimale.	<ul style="list-style-type: none"> Il coinvolgimento di personale sanitario non medico (p. es. infermieri non specializzati, assistenti di studio medico specializzati, nutrizionisti, farmacisti) nell'assistenza medica di base deve essere potenziato al fine di sgravare i medici levandoli dalla loro incombenza di fornire prestazioni che non devono necessariamente essere fornite da essi. 		UFFT, OdA-Santé, UFSP, CDS, piattaforma "Futuro della formazione medica"
	<ul style="list-style-type: none"> I contenuti delle formazioni e dei perfezionamenti delle diverse professioni mediche e non mediche devono essere armonizzati tra loro in vista di una collaborazione più stretta (tra l'altro mediante l'elaborazione di una nuova legge sulle professioni sanitarie – cfr. anche il capitolo 12.1). 	Confederazione, Parlamento, facoltà di medicina, scuole superiori specializzate in sanità	
TARMED			
La revisione del Tarmed è bloccata. I necessari adeguamenti alla realtà dei costi non sono stati effettuati a tempo e comportano in parte uno sfavore dei medici di famiglia.	<ul style="list-style-type: none"> Per principio, l'autonomia tariffale va preservata. 	Partner tariffali, Parlamento	UFSP, CDS
	<ul style="list-style-type: none"> I partner tariffali stanno attualmente elaborando un progetto di revisione di Tarmed con lo scopo di completarne la revisione entro la fine del 2012. Il Consiglio federale sostiene inoltre l'attuazione dell'iniziativa parlamentare 11.429, sulla cui base può adeguare la struttura tariffale se questa non dovesse più essere appropriata e se le parti non dovessero accordarsi entro un termine determinato (cfr. a tal proposito la risposta del Consiglio federale del 25 maggio 2011 alla mozione 11.3070). 	Partner tariffali, Consiglio federale	
In generale			
Le basi statistiche relative alla popolazione di medici e di altre professioni sanitarie non sono sufficienti.	<ul style="list-style-type: none"> Va prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro comune con gli Uffici federali coinvolti in specifici rilevamenti di dati (tale questione è attualmente trattata nel quadro del progetto Strategia nazionale sulla salute SNS). 	Confederazione	BFS, Obsan, UFSP, UFFT, SNS, CDS, SER, FMH, OdA-Santé
	<ul style="list-style-type: none"> Andrebbe effettuato un monitoraggio annuale dello sviluppo quantitativo della popolazione di medici (formati in Svizzera e all'estero) nonché della loro ripartizione nelle diverse specializzazioni (titoli di perfezionamento federali e riconosciuti). 	Confederazione	
	<ul style="list-style-type: none"> Parimenti va previsto un monitoraggio delle altre professioni sanitarie. 	Confederazione	

12 Provvedimenti

12.1 Provvedimenti introdotti dalla Confederazione

Di seguito si elencano i provvedimenti già introdotti o attuati dalla Confederazione. Dall'elenco risulterà evidente che sono già stati introdotti numerosi provvedimenti per sopperire a una futura mancanza di medici e per tener conto dei mutamenti della domanda di prestazioni mediche. Qui di seguito si illustrano i più importanti tra questi provvedimenti:

- *Elaborazione di una nuova legge sulle professioni in ambito sanitario*
Nel gennaio 2010 il Consiglio federale ha incaricato il DFI e il DFE di elaborare una nuova legge sulle professioni in ambito sanitario per orientare al meglio a livello scuole universitarie professionali gli studenti ai vari ruoli da assumere in un'assistenza medica di base interconnessa. Il Consiglio federale mira ad avviare la relativa procedura di consultazione nel 2011.
- *Elaborazione di una nuova legge per l'introduzione della cartella del paziente informatizzata*
Nel dicembre 2010 il Consiglio federale ha incaricato il DFI di elaborare una base giuridica per l'introduzione della cartella del paziente informatizzata. Quest'ultima è un fattore decisivo per migliorare l'efficienza e la sicurezza nell'assistenza medica. Entro settembre 2011 verrà elaborato un progetto sul quale avviare la consultazione.
- *Sostegno alla ricerca nella medicina di famiglia*
L'UFSP sostiene la ricerca nella medicina di famiglia collaborando a creare una rete di istituti universitari di medicina di famiglia e presentando progetti di ricerca ai sensi della legge federale dell'8 ottobre 1999 sull'aiuto alle università⁸³. Con questo provvedimento l'UFSP intende sostenere le richieste di una maggiore attenzione alla ricerca formulate nell'iniziativa popolare "Sì alla medicina di famiglia".
- *Revisione della legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed)*
Con la revisione non si effettueranno solo i necessari adeguamenti alle nuove direttive UE, ma, tra l'altro, si orienteranno in modo mirato gli obiettivi della formazione e del perfezionamento alla medicina di famiglia. In questo modo si intende sostenere le richieste relative alla formazione e al perfezionamento espresse dall'iniziativa popolare "Sì alla medicina di famiglia". Le relative consultazioni saranno avviate nell'estate 2011.
- *Controprogetto diretto all'iniziativa popolare „Sì alla medicina di famiglia“*
Con il suo controprogetto diretto il Consiglio federale rafforza la medicina di base e, nell'ambito di quest'ultima, espressamente anche la medicina di famiglia. Il Consiglio federale supporta i Cantoni, nel quadro delle sue competenze, affinché altre professioni importanti per l'assistenza sanitaria di base (ad es. personale infermieristico) possano essere formati tenendo conto delle nuove sfide (più malati cronici, più pazienti affetti da più malattie) ed adeguatamente inseriti nell'assistenza sanitaria di base. Il messaggio sull'iniziativa popolare verrà trasmesso al Parlamento unitamente al presente rapporto nell'autunno 2011 .
- *Introduzione di un nuovo titolo federale di perfezionamento in medicina interna generale*
Il nuovo curriculum di perfezionamento prevede due orientamenti professionali, di cui uno attiene specificamente all'attività di internista in uno studio medico o di medico di famiglia. È entrato in vigore l'1.1.2011 ed è stato inserito nell'ordinanza sugli esami LPMed come nuovo corso di perfezionamento federale. Così i futuri medici di famiglia disporranno di un curriculum di perfezionamento specificamente orientato alla loro futura attività.
- *Revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (proroga della clausola del bisogno)*
L'1.1.2010 è stato abolito il blocco delle ammissioni per le specializzazioni dell'assistenza medica di base. La clausola del bisogno ai sensi dell'art. 55a LAMal con il suo campo d'applicazione limitato scade alla fine del 2011.

⁸³ RS 414.20

- *Revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (Managed Care)*

Con la revisione si intende promuovere l'assistenza integrata nel senso di un'assistenza medica lungo l'intera catena del trattamento. I dibattiti parlamentari termineranno prevedibilmente nella sessione autunnale 2011.

12.2 Provvedimenti adottati congiuntamente da Confederazione e Cantoni

Dal 2005 la Confederazione e i Cantoni si occupano intensamente dei problemi più urgenti dell'assistenza medica di base. Questi problemi sono stati analizzati in vari gruppi di lavoro. Si sono quindi indicate soluzioni e sono stati pubblicati i relativi rapporti. I principali problemi affrontati sono la riorganizzazione del servizio medico di urgenza (2006) e il finanziamento del perfezionamento specifico (2006). Tra il 2007 e il 2009 questi due temi sono stati approfonditi e si sono realizzate piattaforme informative per i Cantoni. Queste piattaforme mostrano che specialmente i lavori riguardanti il servizio di emergenza hanno dato vita a numerose riorganizzazioni del servizio medico d'urgenza che hanno contribuito a sgravare i medici di base. La panoramica completa dei lavori è pubblicata nel sito Internet della CDS al seguente link: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=0>

Vanno inoltre citati i seguenti progetti volti a ridurre la mancanza di medici di famiglia e di personale infermieristico:

- *Gruppo di lavoro „Nuovi modelli per l'assistenza medica di base“*
L'UFSP sostiene questo gruppo di lavoro, istituito nell'aprile 2010 sotto la direzione della CDS, nell'elaborazione di proposte per realizzare un cambiamento strutturale nell'assistenza ambulatoriale con il coinvolgimento del personale di cura. Il rapporto di questo gruppo di lavoro verrà presentato entro l'autunno 2011.
- *Forum „Assistenza medica di base“*
Questo organo succede al gruppo di lavoro "Cure mediche di base" che dal 2006 ha redatto svariati rapporti su temi relativi alla medicina di famiglia (ad esempio numeri di emergenza, riorganizzazione dei servizi medici d'urgenza e formazione in medicina di famiglia).
- *Masterplan "Formazioni professionali sanitarie"*
Sulla base del rapporto del DFE "Formazioni professionali sanitarie", elaborato in gruppo, nel 2010 è stato sviluppato un masterplan «Formazioni professionali sanitarie» per il periodo 2010-2015. Il piano contribuirà, da un lato, ad aumentare le capacità di formazione e la permanenza sul lavoro, e dall'altro, alla formazione a tutti i livelli di qualifica, in modo che il personale infermieristico sia il più possibile qualificato in base al fabbisogno effettivo.
- *Piattaforma "Futuro della formazione medica"*
Nel 2010 l'UFSP ha istituito questa nuova piattaforma su incarico del Dialogo sulla politica nazionale della sanità. Nel settembre 2010 si è tenuto un primo incontro tra le 17 autorità e organizzazioni rappresentate in seno alla piattaforma. Il primo tema centrale affrontato era il finanziamento del perfezionamento medico. La piattaforma servirà in futuro come forum di discussione per numerosi altri temi.
- *Progetto di strategia nazionale sulla sanità*
Nell'aprile 2010 il Dialogo sulla politica nazionale della sanità ha disposto di raccogliere le principali sfide di natura politico-sanitaria risultanti dall'attuale suddivisione delle competenze tra Confederazione e Cantoni. Sotto questo punto di vista è stato esaminato attentamente anche l'argomento relativo al personale medico, riconoscendone l'importanza. Tuttavia, dato che in questo settore erano impegnate già numerose commissioni, il Dialogo decise di continuare a tenere sotto osservazione la questione senza avviare nuove attività. Le tariffe delle prestazioni sono tuttavia state identificate come uno degli argomenti centrali da elaborare ulteriormente. In ottobre 2010 è stato avviato il progetto di strategia nazionale sulla sanità. I principali pilastri tematici sono il controllo nel sistema sanitario e l'acquisizione di una base sufficiente di dati per poterlo effettuare (tra cui dati relativi al personale sanitario attivo nel settore ambulatoriale). Ai lavori partecipano la CDS, l'UFSP e l'UFS. I primi risultati verranno discussi nel 2011 nell'ambito del Dialogo sulla politica nazionale della sanità.