
**Panoramica sulla formazione e sul
perfezionamento in medicina nel sistema
dell'assistenza sanitaria**

Rapporto comune del DEFR e del DFI

Indice

Abbreviazioni	1
Sintesi	3
1. Situazione iniziale e obiettivo	8
1.1. Contesto	8
1.2. Obiettivo del rapporto	9
2. Percorsi di carriera per i medici	9
2.1. Curriculum e percorsi di carriera professionali	9
2.2. Basi legali	10
3. Misure in corso e sfide	12
3.1. Formazione	12
3.1.1. Sfide: Formazione	13
3.1.2. Misure in corso: Formazione	16
3.2. Perfezionamento	17
3.2.1. Sfide: Perfezionamento	19
3.2.2. Misure in corso: Perfezionamento	20
3.3. Assistenza sanitaria e costi	23
3.3.1. Sfide: Assistenza sanitaria e costi	25
3.3.2. Misure in corso: Assistenza sanitaria e costi	25
3.4. Condizioni quadro della politica sanitaria	29
4. Allegato	31

Abbreviazioni

UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
Messaggio ERI	Messaggio concernente il promovimento dell'educazione e dell'innovazione
UST	Ufficio federale di statistica
Cost.	Costituzione federale della Confederazione Svizzera
Dialogo PNS	Dialogo sulla politica nazionale della sanità
DFI	Dipartimento federale dell'interno
AELS	Associazione europea di libero scambio
LCIP	Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente
UE	Unione europea
IPQ	Iniziativa sul personale qualificato
FMH	Federazione dei medici svizzeri
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
LPSU	Legge federale sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
MAS	Medicina altamente specializzata
HTA	Health Technology Assessment
AIU	Accordo intercantonale sulle università
CIMAS	Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata
CTI	Commissione per la tecnologia e l'innovazione
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
MEBEKO	Commissione delle professioni mediche (nel quadro della LPMed)
LPMed	Legge sulle professioni mediche
NOSO	Infezioni nosocomiali
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
Piattaforma FFM	Piattaforma futuro della formazione medica
SEFRI	Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione
SCLO	Catalogo svizzero degli obiettivi di apprendimento (Swiss Catalogue of Learning Objectives)
CSSU	Conferenza svizzera delle scuole universitarie
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
CIMS	Commissione interfacoltà di medicina svizzera

FNS	Fondo nazionale svizzero
IST	Infezioni sessualmente trasmissibili
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (sistema tariffale nel settore delle cure somatiche acute)
TARMED	Tariffario medico unificato
DEFR	Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca
ZTD	Istituto dell'Università di Friburgo che si occupa dello sviluppo di test e di diagnostica

Sintesi

Occorrono più medici

Negli ultimi anni, in Svizzera, tenuto conto del bisogno per garantire l'assistenza sanitaria, sono stati formati troppo pochi medici. Il saldo negativo è stato compensato reclutando più medici stranieri. Il fatto che, in futuro, la Svizzera dovrà formare un maggior numero di medici riscuote un ampio consenso politico e sociale, e non solo in vista della possibile limitazione dell'accesso a specialisti stranieri in seguito all'accettazione dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa (art. 121a Cost.).

Gli sforzi devono proseguire

Negli ultimi anni, le università hanno già aumentato sensibilmente i posti di studio disponibili in medicina umana, ma per raggiungere l'obiettivo raccomandato dal Consiglio federale di 1300 diplomi conseguiti ogni anno sono necessari ulteriori sforzi. Nell'ambito delle misure di accompagnamento al piano di attuazione dell'articolo costituzionale 121a e dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ) lanciata dal Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFR), il Consiglio federale ha perciò deciso di adottare, in collaborazione con i Cantoni, una serie di misure volte ad aumentare durevolmente il numero di diplomi conseguiti in medicina umana. A tale scopo, ha previsto, nel quadro del messaggio concernente il promovimento dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione (messaggio ERI) nel periodo 2017-2020, di aumentare di 100 milioni di franchi al massimo il credito per i sussidi vincolati a progetti secondo la LPSU.

Il previsto finanziamento speciale rappresenta una misura importante per accrescere il numero di medici formati in Svizzera, ma il crescente bisogno di prestazioni sanitarie non può essere soddisfatto unicamente incrementando il numero di diplomi conseguiti in medicina umana. In questo contesto, è opportuno interrogarsi sulla struttura, sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza sanitaria, e per esempio, analizzare il perfezionamento adeguato al bisogno, l'impiego duraturo dell'effettivo di medici disponibile, la produttività nel settore dell'assistenza sanitaria e le condizioni quadro legali. È estremamente importante che i medici esercitino più a lungo la loro professione e che in futuro si possa disporre di un numero di specialisti adeguato al bisogno in diversi rami della medicina. Oltre a misure nella formazione si dovranno adeguare anche le condizioni quadro per il perfezionamento e l'esercizio della professione.

Una visione d'insieme come base per il dibattito ERI

Affinché il Parlamento possa valutare nel contesto globale il previsto finanziamento speciale orientato a progetti a favore delle scuole universitarie, volto ad aumentare il numero di diplomi conseguiti in medicina umana, il presente rapporto fornisce una panoramica delle varie sfide e delle misure in corso nonché delle competenze dei diversi attori della politica sanitaria e della formazione. Senza ulteriori adeguamenti strutturali nel complesso quadro del sistema sanitario globale, infatti, nemmeno ulteriori sensibili incrementi del numero di diplomi basteranno a coprire il crescente bisogno di prestazioni sanitarie.

Il rapporto è una pubblicazione comune del DEFR e del Dipartimento federale dell'interno (DFI), e sarà sottoposto al Parlamento unitamente al messaggio ERI 2017-2020.

Formazione universitaria

Negli ultimi anni, i posti di studio disponibili in medicina umana nelle università svizzere sono aumentati sensibilmente, ma gli sforzi compiuti sinora non basteranno per raggiungere entro il 2025 l'obiettivo di 1300 diplomi di master conseguiti ogni anno. Sono pertanto necessari ulteriori potenziamenti che, a loro volta, necessitano di mezzi supplementari e di un'azione coordinata nell'ambito della Conferenza svizzera delle scuole universitarie.

Sfide	Misure
<p>Aumento coordinato dei posti di studio nelle università.</p> <p>Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti di formazione clinica negli ospedali.</p> <p>Organizzazione dello studio di medicina (riflessioni sull'efficienza, cooperazioni tra scuole universitarie e relative sedi, organizzazione contenutistica dei cicli di studio e coordinamento con il perfezionamento dei medici, limitazione dell'ammissione (numerus clausus)).</p>	<p>Programma speciale per aumentare i posti di studio in medicina umana, dotato al massimo di 100 milioni di franchi per il periodo 2017-2020.</p> <p>Coordinamento degli sforzi nell'ambito della Conferenza svizzera delle scuole universitarie.</p>

Perfezionamento nei settori specialistici

Una volta conclusa la formazione e conseguito il diploma federale di medico è possibile seguire un perfezionamento per diventare medico specialista in uno dei 44 cicli di perfezionamento federali accreditati (settori specialistici). Tuttavia, non tutti i medici con diploma federale conseguono un titolo di perfezionamento. Visti i costi elevati della formazione in medicina umana, è nell'interesse della società fare in modo che, per quanto possibile, tutti i medici diplomati continuino a esercitare la loro professione. I salari dei medici assistenti sono compresi nelle prestazioni fatturate secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Il perfezionamento (strutturato e non strutturato) ricevuto viene pertanto indennizzato tramite il salario. I costi del perfezionamento (strutturato e non strutturato) impartito, per contro, sono esplicitamente esclusi dalle prestazioni mediche secondo la LAMal e devono essere indennizzati dai Cantoni come prestazioni d'interesse generale. Attualmente, il finanziamento di queste prestazioni varia notevolmente da un Cantone all'altro. Inoltre, il perfezionamento come medico specialista richiede molto più tempo rispetto alla durata minima di cinque o sei anni fissata nella legge.

Sfide	Misure
<p>Riduzione degli abbandoni della professione dopo il conseguimento del diploma di medico.</p> <p>L'età media dei medici che completano un perfezionamento supera i 37 anni: riduzione della durata del perfezionamento.</p>	<p>Svolgimento di studi per chiarire il fenomeno degli abbandoni della professione: i risultati sono attesi nel 2016.</p> <p>Attuazione di varie iniziative per ridurre la durata del perfezionamento da parte dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM (introduzione del Logbook elettronico per sostenere i medici assistenti nell'adempimento del programma di perfezionamento), di società mediche specialistiche, ospedali e Cantoni (organizzazione di reti di perfezionamento).</p>
<p>Garanzia del finanziamento dei perfezionamenti strutturati impartiti in tutti i Cantoni.</p>	<p>Ratifica entro la fine del 2016 di un accordo intercantonale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), che prevede il versamento di 15 000 franchi per anno e unità di lavoro equivalente a tempo pieno di un medico assistente da parte dei Cantoni agli ospedali sede di perfezionamenti. Questo accordo permetterà di indennizzare le spese sostenute da questi ultimi per i perfezionamenti strutturati impartiti.</p>

Sfide	Misure
Perfezionamento postdiploma adeguato al bisogno allo scopo, per esempio, di formare più medici di famiglia.	Nel 2014, istituzione da parte della piattaforma «Futuro della formazione medica» (FFM) del Dialogo sulla politica nazionale della sanità (Dialogo PNS) di un ampio gruppo di lavoro, incaricato di formulare proposte che servano da base per l'elaborazione e l'attuazione di raccomandazioni riguardanti il bisogno di perfezionamento per settore specialistico. Il modello di calcolo già approntato a tale scopo sarà testato nel 2016.
Promozione della formazione interprofessionale come base importante per la collaborazione interprofessionale.	Nel 2013, sviluppo da parte di un gruppo di lavoro della piattaforma «Futuro della professione medica» di sei moduli per la formazione interprofessionale incentrati su situazioni concrete nell'assistenza sanitaria. Nel 2014, discussione sulla loro attuazione con gli istituti di formazione in occasione di una conferenza nazionale. Nella primavera del 2016, decisione del Consiglio federale riguardo a un programma di promozione – da lui lanciato nel quadro dell'«Iniziativa sul personale qualificato plus» (IPQ plus) per ridurre il bisogno di specialisti – finalizzato all'attuazione di progetti di formazione interprofessionale nel periodo 2017-2020.
Studio degli effetti della crescente specializzazione della medicina sull'evoluzione della struttura della domanda e dell'offerta.	Nel 2015, istituzione da parte della piattaforma «Futuro della professione medica», su mandato del Dialogo PNS, di un gruppo di lavoro incaricato di presentare entro la fine del 2016 un rapporto che mostri come evitare per quanto possibile eventuali sviluppi inefficienti.

Assistenza sanitaria e costi

Sono pochi i Paesi che dispongono di un'assistenza sanitaria di così grande prossimità, efficienza e qualità come la Svizzera. La grande disponibilità dell'offerta in un territorio così esiguo ha però il suo prezzo: le spese sanitarie della Svizzera sono tra le più elevate al mondo. Nondimeno, i costi e il ricorso a prestazioni differiscono notevolmente da un Cantone all'altro. Diverse misure delle priorità di politica sanitaria (Sanità2020) del Consiglio federale presentate nel gennaio del 2013 contribuiscono a orientare meglio l'assistenza sanitaria sul futuro bisogno della popolazione. In questo modo si possono impiegare le risorse disponibili in modo più mirato e ridurre la dipendenza della Svizzera dal personale sanitario estero. Altre misure volte a incrementare l'efficienza e la produttività incidono sui costi della salute e sul loro aumento.

Assistenza sanitaria e costi	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Riduzione della dipendenza dall'estero nelle professioni sanitarie, impiego delle risorse umane adeguato alle competenze e promozione dell'interprofessionalità.	In aggiunta alla formazione di più medici, messa in vigore nel 2019 della legge sulle professioni sanitarie per preparare il terreno a nuove figure professionali e nuovi ruoli delle professioni sanitarie a livello di SUP. Nella primavera del 2016, decisione del Consiglio federale nel quadro dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ) in merito a un programma di promozione 2017-2020 volto a rafforzare la formazione e l'attività lavorativa interprofessionale nell'interesse di un'assistenza meglio coordinata.
Migliore orientamento del sistema sanitario al bisogno di una popolazione sempre più anziana.	Adeguamento dell'assistenza sanitaria al bisogno della popolazione e impiego efficiente delle risorse attraverso numerosi progetti, strategie e misure come la promozione dell'assistenza coordinata in gruppi specifici di pazienti e in determinate interfacce (p. es. passaggio ospedale-riabilitazione), l'introduzione della cartella informatizzata del paziente, le strategie in materia di cure palliative, demenza o cure di lunga durata, o il programma nazionale di ricerca FNS «Assistenza sanitaria».
Freno all'evoluzione dei costi.	Revisione del tariffario medico unificato TARMED da parte dei partner tariffali. Le prestazioni riportate nella struttura tariffale devono essere tariffate in modo congruo ed economico per non generare falsi incentivi, evitare la fornitura di prestazioni mediche non necessarie, prevenire ulteriori aumenti dei costi e, non da ultimo, non compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria. Nella medicina altamente specializzata (MAS), concentrazione di ulteriori sottosettori per migliorare l'efficienza e la qualità delle relative prestazioni. Attuazione della strategia della qualità e rafforzamento della valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment HTA) per migliorare la qualità e la sicurezza dei pazienti, e ridurre le prestazioni inefficaci o non necessarie.

Condizioni quadro della politica sanitaria

Un potenziale importante per sgravare il sistema sanitario è presente sia nelle persone ancora sane sia in quelle già malate: motivandole ed educandole ad adottare uno stile di vita più sano e a prendersi maggiormente cura di sé stesse si potrebbe ridurre notevolmente il bisogno di prestazioni mediche e sanitarie. Un contributo per migliorare lo stato di salute può altresì giungere da decisioni in altri ambiti della politica – per esempio la formazione, l'economia, l'ambiente e gli affari sociali – volte a rafforzare le pari opportunità e la partecipazione alla vita economica e sociale o a migliorare le condizioni ambientali.

Condizioni quadro della politica sanitaria	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Aumento della percentuale di anni trascorsi in buona salute rispetto alla durata della vita (compressione della morbilità) per ridurre la domanda di prestazioni mediche e di cura.	Diversi programmi che si concluderanno alla fine del 2016 – per esempio i programmi nazionali tabacco e alcol – saranno integrati nelle strategie nazionali in materia di malattie non trasmissibili, dipendenze e malattie psichiche. Ciò permetterà di coordinare meglio i vari sforzi di prevenzione del consumo di sostanze o dei comportamenti e di sfruttare meglio le sinergie nell’ambito di queste tre priorità tematiche. In collaborazione con i suoi partner, la Confederazione intende inoltre motivare la popolazione ad adottare uno stile di vita sano. La strategia nazionale contro le infezioni nosocomiali (NOSO), il programma nazionale HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili (PNHI), la strategia per l’eliminazione del morbillo e la strategia nazionale di prevenzione dell’influenza stagionale (GRIPS) consentiranno di ridurre ulteriormente il carico di morbilità delle malattie trasmissibili.
Promozione dell’alfabetizzazione della salute ed educazione all’autoassistenza.	Questa misura è focalizzata sui gruppi di popolazione più vulnerabili, per esempio persone migranti o a basso reddito, spesso sprovviste delle conoscenze necessarie per poter usufruire adeguatamente del sistema sanitario.
Sensibilizzazione di altri settori politici su questioni sanitarie.	Preso atto delle 330 000 persone in età attiva regolarmente impegnate in compiti di cura e assistenza, e visto il prospettato aumento del bisogno in questo ambito, nel 2014, il Consiglio federale ha adottato un piano d’azione volto a sostenere e sgravare in modo mirato le persone che assistono o prestano cure a propri congiunti. Inoltre, nella primavera del 2016 deciderà in merito a un programma di promozione per potenziare le offerte di alleggerimento nel periodo 2017-2020. Tale misura si inserisce nell’«Iniziativa sul personale qualificato plus» (IPQ plus) e si prefigge di ridurre il bisogno di manodopera specializzata. Poiché la salute dipende per il 60 per cento da fattori che esulano dalla politica sanitaria, l’UFSP attua una politica sanitaria globale per sensibilizzare altri settori politici e motivare le persone ad adottare uno stile di vita sano.

1. Situazione iniziale e obiettivo

1.1. Contesto

Negli ultimi anni, in Svizzera, tenuto conto del bisogno per garantire l'assistenza sanitaria, sono stati formati troppo pochi medici. Tra le cause all'origine di questo fenomeno figurano il costo enorme di un posto di studio in medicina e la carenza di posti di formazione clinica. Il saldo negativo è stato compensato reclutando più medici stranieri. Secondo la Federazione dei medici svizzeri FMH, i medici con un diploma estero costituiscono il 30 per cento dell'intero corpo medico attivo in Svizzera.¹ Negli ospedali, la loro quota supera il 40 per cento.² Attualmente, tra i medici ai quali le autorità di vigilanza cantonali hanno rilasciato un'autorizzazione al libero esercizio della professione, la quota di quelli titolari di un diploma di medico riconosciuto supera il 50 per cento.³

Il fatto che in futuro la Svizzera dovrà formare un maggior numero di medici riscuote un ampio consenso politico e sociale, oltre che per la possibile limitazione dell'accesso a specialisti stranieri in seguito all'accettazione dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa (art. 121a Cost.), anche per motivi di correttezza nei confronti dei Paesi di provenienza che si fanno carico dei costi di formazione. Da un lato, la formazione di più personale sanitario ben qualificato rientra nelle priorità di politica sanitaria del Consiglio federale (Sanità2020); costituisce un obiettivo dell'area di intervento «Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza» ed è inserita in una strategia globale che comprende altre aree di intervento. Dall'altro, l'aumento del numero di diplomi conseguiti in medicina umana figura nell'elenco di misure per l'attuazione dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ).⁴

Negli ultimi anni, le università hanno già aumentato sensibilmente i posti di studio disponibili in medicina umana, ma per raggiungere l'obiettivo di 1200-1300 diplomi di master conseguiti ogni anno, raccomandato dal Consiglio federale in un rapporto⁵ pubblicato a settembre 2011, occorrono ulteriori sforzi. Tale cifra è necessaria per poter sostituire i 32 000 medici censiti nel 2009 con loro colleghi formati in Svizzera e, benché da allora l'effettivo dei medici sia ulteriormente cresciuto, rimane il valore di riferimento da perseguire.

Per raggiungerlo, il Consiglio federale ha deciso, nell'ambito delle misure di accompagnamento al piano di attuazione dell'articolo costituzionale 121a e dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ) del DEFR, di adottare in collaborazione con i Cantoni una serie di misure volte ad aumentare durevolmente il numero di diplomi conseguiti in medicina umana. A tale scopo, ha previsto, nel quadro del messaggio concernente il promovimento dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione (messaggio ERI) negli anni 2017-2020, di aumentare di 100 milioni di franchi al massimo il credito per i sussidi vincolati a progetti secondo la LPSU. Ciò consentirà di finanziare un programma di promozione che contribuirà ad aumentare durevolmente il numero di diplomi conseguiti in medicina umana. Grazie al finanziamento supplementare della Confederazione, entro il 2025 l'obiettivo di 1300 diplomi di master all'anno in medicina umana dovrà essere raggiunto.

Come misura a lungo termine, il Consiglio federale ha inoltre deciso che, nella prima metà della legislatura 2015-2019, verificherà in collaborazione con i Cantoni l'appropriatezza dell'attuale meccanismo di finanziamento della Confederazione nel settore della formazione in medicina umana. Nel complesso, occorrerà creare incentivi efficaci per aumentare l'efficienza nella formazione dei medici.

¹ Bollettino dei medici svizzeri (2015): Statistique médicale 2014 de la FMH. Augmentation de la part de femmes et de médecins étrangers. 462-469. (non disponibile in italiano)

² Statistica degli stabilimenti ospedalieri 2013 (UST), disponibile in tedesco e francese: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/01.html

³ Confronta al riguardo i dati sulla pagina Internet dell'UFSP: www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/13938/14387/index.html?lang=it

⁴ Iniziativa sul personale qualificato – Stato di attuazione e prossimi sviluppi, rapporto del 19 giugno 2015 del Consiglio federale in adempimento di diversi interventi parlamentari: www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/39971.pdf

⁵ Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base, rapporto del Consiglio federale in adempimento della mozione Fehr 08.3608: www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14201/index.html?lang=it

1.2. Obiettivo del rapporto

La garanzia di un'assistenza sanitaria efficiente e appropriata in Svizzera non dipende solo dall'effettivo dei medici, ma da molti altri fattori. In questo contesto, è lecito interrogarsi sulla struttura, sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza sanitaria: come deve essere strutturata per risultare il più efficiente possibile ed essere in grado di rispondere alle (future) esigenze della società? Quali medici occorrono? Come si possono impiegare in modo ottimale e utilizzare nel lungo periodo le varie risorse del personale sanitario specializzato medico e non medico? Come si può intervenire per frenare l'evoluzione dei costi nel sistema sanitario? Come si deve procedere per rafforzare in futuro la promozione della salute in generale e dell'autoassistenza? Il presente rapporto mostra che, in merito agli interrogativi sollevati sopra, numerose misure sono già state adottate. Affinché il Parlamento possa valutare nel contesto globale il previsto finanziamento speciale orientato su progetti a favore delle scuole universitarie, volto ad aumentare il numero di diplomi conseguiti in medicina umana, il presente rapporto fornisce una panoramica delle varie sfide e delle misure in corso nonché delle competenze dei diversi attori della politica sanitaria e della formazione. Elaborato dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI) e dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), questo rapporto fungerà da base di informazione per il dibattito ERI nel settore della medicina e sarà sottoposto al Parlamento unitamente al messaggio ERI 2017-2020.

2. Percorsi di carriera per i medici

2.1. Curriculum e percorsi di carriera professionali

Chi vuole accedere allo studio di medicina umana deve possedere un attestato di maturità federale o riconosciuto a livello federale e, a dipendenza dell'università, superare un test di idoneità. Dal 1998, infatti, nelle università della Svizzera tedesca⁶ lo studio di medicina soggiace a una limitazione dell'ammissione (numerus clausus). Dal 2009, tale studio si suddivide in un ciclo bachelor e in un ciclo master della durata di tre anni ciascuno. Mentre soprattutto nei primi due anni (e in parti del terzo) del ciclo bachelor gli studenti acquisiscono una formazione di base in scienze naturali (cosiddetta formazione preclinica), nei tre anni del ciclo master (e in parte del terzo anno di bachelor) seguono la formazione clinica. Inoltre, nel quinto anno di studio, di norma svolgono dieci mesi di tirocinio pratico (anno di studi opzionale come viceassistente). Lo studio si conclude con un lavoro di master.

Una volta conseguito il diploma di master è possibile sostenere l'esame federale in medicina umana. Chi lo supera ottiene il diploma federale di medico che abilita all'esercizio dell'attività sotto sorveglianza e al perfezionamento per diventare medico specialista (funzione di medico assistente). Il perfezionamento si svolge quasi esclusivamente in ospedali e sotto la sorveglianza di un medico specialista. È possibile scegliere tra 44 titoli federali di perfezionamento (p.es. *medicina interna generale* o *psichiatria e psicoterapia*) e tre titoli di medico specialista di diritto privato. La durata minima del perfezionamento per diventare medico specialista fissata nella legge varia da cinque a sei anni a dipendenza delle esigenze del relativo programma, ma in realtà il perfezionamento dura quasi sempre più a lungo: nel 2014, l'età media all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento era di quasi 38 anni. Il conseguimento di un titolo di perfezionamento abilita all'esercizio della professione di medico sotto la propria responsabilità professionale (p. es. attività in uno studio medico). L'ottenimento del titolo di dottore non costituisce un requisito indispensabile a tale scopo.

Concluso il perfezionamento, il medico specialista può proseguire la propria carriera professionale in ospedale o in uno studio medico. Sono possibili anche forme miste come l'attività di medico indipendente. Il medico indipendente cura i propri pazienti sia ambulatorialmente nel proprio studio sia in ospedale, ad esempio quando necessitano di interventi chirurgici nel suo settore specialistico (p. es. chirurgia ortopedica, ginecologia e ostetricia ecc.).

⁶ Università di Basilea, Berna, Friburgo e Zurigo; l'Università di Friburgo offre soltanto il ciclo bachelor, gli studenti possono seguire il ciclo master alle Università di Basilea, Berna o Zurigo.

Figura 1: Percorso di carriera dei medici in Svizzera, dalla formazione universitaria al pensionamento.



Chi opta per una carriera in ospedale, oltre all'assistenza ai pazienti deve svolgere un'attività di ricerca e pubblicazione. In ospedale, le tappe della carriera sono scandite dalle funzioni di capoclinica, caposervizio e primario. A partire da una data funzione, la carriera in ospedale è strettamente legata a una carriera accademica di successo. Chi vi aspira deve tassativamente conseguire il titolo di dottore in medicina (Dr. med.), ma se ciò non è il caso può comunque inoltrare una domanda di abilitazione purché vanti una proficua e pluriennale attività clinica e di ricerca in Svizzera e all'estero. Con il conferimento dell'abilitazione, la facoltà conferma che il richiedente è in grado di insegnare e svolgere attività di ricerca autonomamente. Sebbene per le università svizzere non costituisca più un requisito indispensabile, l'abilitazione è spesso ritenuta un vantaggio per l'avanzamento nella carriera accademica presso un'università o un ospedale (universitario), visto che consente di accedere – in alcuni casi passando per la posizione di professore assistente con o senza tenure track – a un posto di professore associato od ordinario.

2.2. Basi legali

La tabella sottostante riporta le principali basi legali applicate lungo il percorso di carriera professionale e accademica di un medico.

Tabella 1: Basi legali per le varie tappe della formazione e del perfezionamento in medicina e per la carriera professionale in medicina.

Tappe del percorso di carriera	Basi legali	Competenza	Commento
Ammissione allo studio di medicina / Numerus clausus	Normative cantonali	Cantoni universitari	Ogni anno, i Cantoni universitari decidono, nell'ambito della loro autonomia, in base al rapporto tra iscrizioni pervenute e posti disponibili, se limitare l'ammissione agli studi di medicina. Il test di idoneità è svolto dalla Conferenza svizzera dei rettori delle scuole universitarie swiss-universities in collaborazione con Istituto dell'università di Friburgo che si occupa dello sviluppo di test e di diagnostica (ZTD).
Ciclo bachelor e master	Leggi cantonali	Cantoni universitari	In Svizzera, le università sono di competenza dei Cantoni. La loro gestione e il loro finanziamento sono disciplinati da leggi cantonali.

Tappe del percorso di carriera	Basi legali	Competenza	Commento
	Accordo intercantonale sulle università (AIU)	Cantoni	L'accordo regola a livello intercantonale l'accesso alle università nel rispetto del principio della parità di trattamento e fissa la compensazione da versare ai Cantoni universitari.
	Legge federale sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU)	Confederazione (SEFRI)	La Confederazione sostiene le università mediante la concessione di sussidi. La LPSU coordina e disciplina, tra l'altro, il finanziamento delle scuole universitarie, la ripartizione dei compiti nei settori con costi particolarmente onerosi, l'accreditamento e la concessione dei sussidi federali.
	Legge sulle professioni mediche (LPMed), regolamenti delle facoltà	Confederazione (UFSP), Commissione interfacoltà di medicina svizzera (CIMS/SMIFK), facoltà	La LPMed fissa gli obiettivi della formazione concretizzati nel catalogo svizzero degli obiettivi di apprendimento (SCLO). Tale catalogo costituisce la base per i cicli di formazione e l'esame federale.
Esame federale / Diploma federale di medico	LPMed e ordinanza sugli esami LPMed	Confederazione (UFSP) in collaborazione con la commissione d'esame e gli esperti delle facoltà	L'esame è uguale per tutti e si svolge contemporaneamente in tutte le sedi delle facoltà di medicina. Si compone di una parte teorica scritta e di una parte pratica. Il diploma federale di medico abilita all'esercizio della professione sotto sorveglianza e al perfezionamento secondo la LPMed.
Riconoscimento di diplomi esteri	Legge sulle professioni mediche (LPMed)	Commissione delle professioni mediche (MEBEKO)	La MEBEKO riconosce i diplomi esteri delle professioni mediche universitarie se vige un accordo con lo Stato che li ha rilasciati, come è il caso dei Paesi UE e AELS. I cittadini di Paesi non UE/AELS possono presentare una domanda per l'ottenimento del diploma federale. La MEBEKO fissa le relative condizioni.
Perfezionamento come medico specialista	Obiettivi di perfezionamento secondo la LPMed Regolamento per il perfezionamento professionale SIWF/ISFM Programmi di perfezionamento (società mediche specialistiche e SIWF/ISFM)	Confederazione (UFSP), Istituto svizzero per la formazione medica (SIWF/ISFM) e società mediche specialistiche	Attualmente è possibile scegliere tra 44 programmi di perfezionamento accreditati dalla Confederazione (settori specialistici come p. es. oftalmologia). Secondo la LPMed, l'accreditamento dei programmi deve essere ripetuto dal DFI ogni sette anni. I perfezionandi sono liberi di scegliere in quale settore vogliono specializzarsi. I programmi di perfezionamento sono sviluppati e adeguati dalle società mediche specialistiche in collaborazione con il SIWF/ISFM. Il SIWF/ISFM è l'organizzazione dei medici responsabile per tutti i perfezionamenti e aggiornamenti. Oltre ai titoli di perfezionamento, esistono anche tre titoli di medico specialista di diritto privato, 35 titoli di formazione approfondita di diritto privato e 31 certificati di formazione complementare.

Tappe del percorso di carriera	Basi legali	Competenza	Commento
Esame di medico specialista / Titolo federale di perfezionamento	Regolamento per il perfezionamento professionale SIWF/ISFM e disposizioni secondo il programma di perfezionamento delle singole società mediche specialistiche	Società mediche specialistiche	L'esame di medico specialista verifica individualmente se gli obiettivi del perfezionamento secondo la LPMed e secondo il programma di perfezionamento del settore specialistico in questione sono stati raggiunti.
Riconoscimento di titoli di perfezionamento esteri	Legge sulle professioni mediche (LPMed)	Commissione delle professioni mediche (MEBEKO)	La MEBEKO riconosce i titoli di perfezionamento esteri delle professioni mediche universitarie se vige un accordo con lo Stato che li ha rilasciati, come è il caso dei Paesi UE e AELS.
Attività professionale in studio medico	LPMed (condizioni di autorizzazione e obblighi professionali per l'esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale)	Autorità di vigilanza cantonali	Nella misura in cui l'attività viene esercitata nel settore ambulatoriale privato e sotto la propria responsabilità professionale, i medici soggiacciono all'obbligo di autorizzazione secondo la LPMed. I Cantoni verificano se le condizioni di autorizzazione secondo la LPMed sono soddisfatte e, in tal caso, rilasciano un'autorizzazione al libero esercizio della professione.
Attività professionale in ospedale	Leggi e ordinanze sanitarie cantonali	Autorità di vigilanza cantonali	In alcuni Cantoni, tutti i medici soggiacciono all'obbligo di autorizzazione. La maggior parte dei Cantoni prevede l'obbligo di autorizzazione per determinate funzioni dirigenziali negli ospedali. Non esistono normative unitarie.

3. Misure in corso e sfide

3.1. Formazione

La formazione in medicina umana è compito delle facoltà di medicina delle università⁷ gestite dai Cantoni che ne sono responsabili. Alla Conferenza svizzera delle scuole universitarie (CSSU) e alla Conferenza svizzera dei rettori delle scuole universitarie swissuniversities è assegnata una funzione di coordinamento. Negli ultimi anni, soprattutto i Cantoni ma anche la Confederazione hanno già intrapreso sforzi per aumentare il numero di diplomi conseguiti in medicina umana presso tutte e cinque le facoltà di medicina. Questo capitolo illustra, da un lato, il finanziamento e le condizioni quadro per il coordinamento tra le diverse parti interessate⁸ nel settore della formazione universitaria

⁷ Le università di Basilea, Berna, Ginevra, Losanna e Zurigo possiedono una facoltà di medicina che consente agli studenti di svolgere l'intero percorso di studio (bachelor e master). L'Università di Friburgo, per contro, offre soltanto il ciclo bachelor e gli studenti possono svolgere il ciclo master presso uno dei cinque atenei menzionati (BS, BE, GE, LS, ZH). L'ammissione allo studio presso l'Università di Friburgo è limitata e, di conseguenza, presuppone il superamento di un test di idoneità. L'Università di Neuchâtel offre il primo anno di bachelor in medicina umana senza limitazioni di accesso; una volta superati i relativi esami gli studenti devono proseguire gli studi all'università di Ginevra o di Losanna.

⁸ Università, facoltà di medicina, Cantoni (universitari) (direzioni dell'educazione e della sanità), Confederazione.

in medicina umana. Dall'altro, mostra l'evoluzione degli ultimi anni del numero di posti di studio in medicina umana fino al diploma federale, e formula previsioni per gli anni a venire.

3.1.1. Sfide: Formazione

Finanziamento e coordinamento della formazione universitaria in medicina umana

Come già illustrato nel capitolo 2.2, i Cantoni sono responsabili della gestione e del finanziamento delle proprie scuole universitarie e dei propri cicli di formazione e, di conseguenza, anche delle facoltà di medicina, inclusa la formazione dei medici fino al diploma di master. I Cantoni sopportano pertanto anche la maggior parte dei costi della formazione. La Confederazione, dal canto suo, finanzia le scuole universitarie conformemente alle disposizioni della legge federale sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU; RS 414.20) mediante la concessione di sussidi di base, per gli investimenti edili e per le spese locative, e di sussidi vincolati a progetti. Inoltre, sostiene le facoltà di medicina delle università tramite sussidi nel settore della promozione della ricerca (Fondo nazionale svizzero FNS, Commissione per la tecnologia e l'innovazione CTI, programmi quadro dell'UE). Destinati a coprire le spese di gestione delle università, tra il 2008 e il 2014 i sussidi di base sono costantemente aumentati, in media del 3,9 per cento l'anno. Nel periodo ERI 2013-2016, inoltre, la Confederazione ha finanziato con lo strumento dei sussidi vincolati a progetti un programma per promuovere il consolidamento e il potenziamento dell'insegnamento e della ricerca nella medicina umana dotato di 3 milioni di franchi. Nel 2013, i sussidi della Confederazione hanno coperto il 27 per cento⁹ dei costi nel settore dell'insegnamento della medicina umana.¹⁰ Tale calcolo non tiene conto dei costi per la ricerca e lo sviluppo, dato che è impossibile stabilire con precisione la quota del finanziamento da parte della Confederazione.

Le possibilità di un intervento sull'offerta da parte della Confederazione mediante i sussidi di base sono limitate. La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni nell'ambito della Conferenza svizzera delle scuole universitarie (CSSU), può rafforzare la promozione dell'indirizzo di studio medicina, a livello di fissazione delle priorità di politica universitaria, unicamente attraverso la ponderazione dei gruppi di campi specifici nel modello di ripartizione dei sussidi di base. Le scuole universitarie sono però libere di allocare i sussidi di base ricevuti come meglio credono. Il Consiglio federale, inoltre, può favorire gli investimenti edili destinati alla formazione di medici attraverso l'ordine di priorità secondo la legge sui sussidi (LSu; RS 616.1). Tuttavia, un influsso maggiore può essere esercitato solo attraverso i sussidi vincolati a progetti. Con questo strumento la Confederazione e i Cantoni possono sostenere progetti concreti delle scuole universitarie e verificare il raggiungimento degli obiettivi e dei compiti concordati congiuntamente.

Ammissione allo studio di medicina umana

Dato che le iscrizioni a medicina superano nettamente i posti a disposizione nelle università cantonali, soprattutto nel settore clinico, gli atenei svizzero-tedeschi (Basilea, Berna, Friburgo¹¹ e Zurigo) limitano l'accesso a tali studi mediante un test di idoneità. La limitazione dell'ammissione (numerus clausus [NC]) mira a garantire uno sfruttamento efficiente delle capacità di formazione disponibili. Nemmeno il previsto aumento dei posti di studio modificherà sostanzialmente questa situazione. Nel 2014, alle università con NC sono pervenute complessivamente circa 3500 iscrizioni a fronte di 800 posti di studio disponibili.

Gli atenei svizzero-francesi, dal canto loro, non prevedono in linea di principio alcuna limitazione dell'accesso alla facoltà di medicina, ma nei primi due anni di studio applicano una selezione intrauniversitaria. Attualmente, quindi, l'ammissione allo studio di medicina nelle università svizzere avviene in due modi, entrambi supportati da argomentazioni valide. Mentre il numerus clausus minimizza il rischio economico e individuale legato alla perdita di uno o

⁹ UST: Couverture des coûts selon la catégorie de revenus, l'objet de coûts et le domaine en 2013 (31.7.2015): www.bfs.ad-min.ch/bfs/portal/fr/index/themen/15/06/data/blank/04.html (non disponibile in italiano)

¹⁰ Il settore dell'insegnamento comprende le categorie formazione di base e formazione approfondita. I costi per la ricerca e lo sviluppo non sono presi in considerazione.

¹¹ L'Università di Friburgo offre soltanto il ciclo bachelor. Per seguire il ciclo master gli studenti devono recarsi in un'altra università.

più anni di formazione, la selezione nei primi anni di studio ossequia il principio della libera scelta dell'indirizzo di studio e permette verosimilmente di accertare meglio l'idoneità allo studio in questione.

Visto che il numero di studenti ammessi in medicina umana è connesso con quello dei posti di studio disponibili e che un'elevata percentuale di matricole alle università con NC consegue anche il diploma di master, si presume che la limitazione dell'accesso allo studio di medicina non abbia alcun effetto rilevante sul numero di diplomi di master rilasciati. La decisione sulla limitazione dell'accesso e sul tipo di selezione, benché coordinata tramite la la CSSU, è in ultima analisi di competenza dei Cantoni. Nel 2016, la CSSU affronterà la tematica dell'esame attitudinale nel settore della medicina umana. A tale scopo, ha nominato un gruppo di lavoro incaricato di discutere sull'efficienza, i costi e le possibili alternative all'odierno test di idoneità. I risultati saranno presentati sotto forma di rapporto alla fine del 2016.

Aumento dei posti di studio disponibili nelle università in medicina umana

Negli ultimi anni, gli atenei cantonali hanno aumentato sensibilmente i posti di studio disponibili in medicina umana. Dato che nelle università senza limitazione dell'ammissione la selezione avviene solo durante i primi due anni di studio, i posti di formazione clinica e il numero dei diplomi di master rilasciati sono fondamentali per valutare la capacità di posti di studio in medicina umana. Secondo la CSSU, nel 2016 i posti di formazione clinica disponibili presso le cinque facoltà di medicina in Svizzera erano complessivamente 1055. Rispetto al 2007, ciò corrisponde a un incremento del 44 per cento (cfr. tabella 2). Dato che la formazione clinica avviene in gran parte direttamente negli ospedali, l'aumento dei posti disponibili in questo settore è strettamente legato a possibili collaborazioni tra ospedali e facoltà di medicina. In futuro, il migliore sfruttamento di potenziali inutilizzati negli ospedali, adatti e disposti ad allacciare una cooperazione con le facoltà di medicina potrebbe acquisire una crescente importanza.

Tabella 2: Posti di formazione clinica disponibili presso le facoltà di medicina dal 2007 al 2015.

Anno	Posti di formazione clinica	Aumento cumulato in % (base 2007)
2007	731	-
2010	815	+ 12 %
2013	860	+ 18 %
2016	1055	+ 44 %

Fonte: Conferenza svizzera delle scuole universitarie CSSU, stato novembre 2015.

L'aumento dei posti di formazione clinica ha già influito sul numero dei diplomi di master rilasciati: dal 2005 al 2014 ha compiuto un balzo avanti di quasi il 39 per cento passando da 622 a 863.

Tabella 3: Numero di diplomi di master rilasciati in medicina umana dal 2004 al 2014.

Anno	Numero di diplomi di master	Aumento cumulato in % (base 2005)
2005	622	-
2008	667	+ 7 %
2011	744	+ 20 %
2014	863	+ 39 %

Fonte: UST

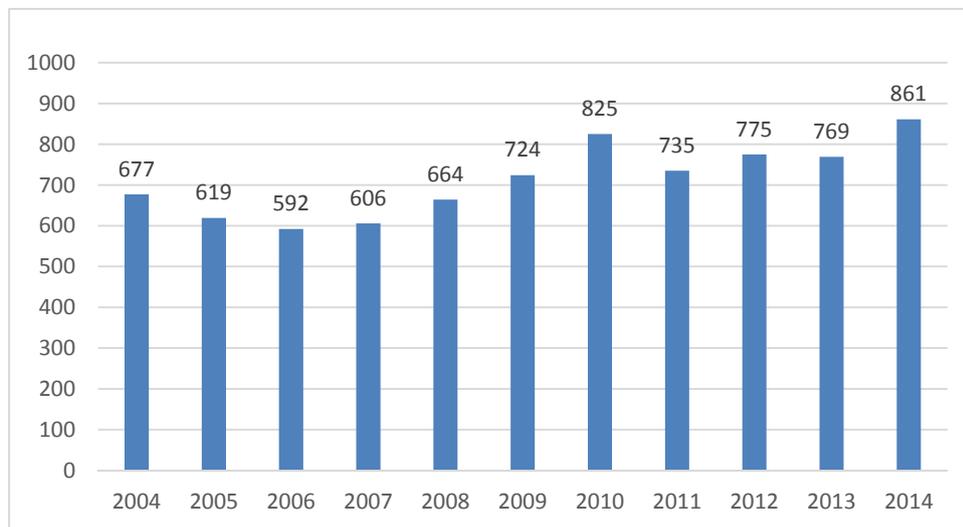
Femminilizzazione dello studio di medicina umana

Negli ultimi anni, la quota di donne tra coloro che hanno conseguito un diploma di master in medicina umana è costantemente e visibilmente cresciuta: se all'inizio degli anni 1980 si situava ancora a poco meno del 30 per cento, nel 2002 si aggirava già attorno al 50 per cento e nel 2014 è salita al 56 per cento.

Diplomi federali

Dal 2001 al 2014, in Svizzera sono stati rilasciati complessivamente 10 138 diplomi federali di medico, ciò che equivale a una media di 724 diplomi. Il numero di diplomi federali conseguiti è pressoché identico a quello di diplomi di master rilasciati lo stesso anno e negli ultimi anni ha anch'esso conosciuto un aumento. Due diplomi federali di medico su tre sono stati conseguiti in un'università della Svizzera tedesca e uno su tre in un ateneo della Svizzera francese.

Figura 2: Numero di diplomi federali rilasciati a persone che hanno concluso gli studi in un'università svizzera.



Fonte: Registro delle professioni mediche UFSP

Previsioni dell'UST sui diplomi in medicina umana

Alla luce del costante aumento dei posti di studio disponibili in medicina umana presso le università cantonali, nel 2015, l'Ufficio federale di statistica (UST) ha calcolato alcuni scenari futuri fino al 2024 dai quali emerge che, con ogni probabilità, senza tener conto degli ulteriori sforzi in tal senso che saranno ancora intrapresi, la tendenza all'aumento rilevata negli ultimi anni proseguirà. Secondo l'UST, nel 2024 gli atenei svizzeri rilasceranno circa 1050 diplomi di master in medicina umana. Questa previsione coincide con i 1055 posti di formazione clinica (ciclo master) a partire dal 2016 prospettati dalle università nel 2015.

Diplomi conseguiti in Svizzera nel confronto internazionale

Un confronto eseguito nel 2013 con i Paesi OCSE sui diplomi di master in medicina umana mostra che con 9,7 medici ogni 100 000 abitanti la Svizzera forma nettamente meno medici rispetto alla Germania (12,2), alla Gran Bretagna (13,2), ai Paesi Bassi (14,4) e alla Danimarca (18,4).¹² Prendendo come base i 1050 diplomi pronosticati dall'UST per il 2024 e la popolazione attuale di 8,3 milioni di persone, in quell'anno in Svizzera si conteranno 12,6 diplomi di master ogni 100 000 abitanti. Inoltre, mettendo in relazione il numero comparativamente basso di diplomi

¹² OECD-Data, Medical Graduates 2013. cfr. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm>

di master con la densità di medici in Svizzera, risulta ancora una volta evidente che per coprire il proprio bisogno di medici la Svizzera fa ampiamente ricorso a specialisti provenienti dall'estero (cfr. cap. 3.3).

3.1.2. Misure in corso: Formazione

Benché, come anticipato sopra, le università svizzere negli ultimi anni abbiano aumentato sensibilmente i posti di studio disponibili, tali sforzi non basteranno per raggiungere l'obiettivo di 1300 diplomi di master conseguiti entro il 2025. Sono quindi necessari ulteriori potenziamenti e questi necessitano a loro volta di mezzi supplementari e di un'azione coordinata nell'ambito della Conferenza svizzera delle scuole universitarie.

Programma speciale per la medicina umana

Come anticipato nel capitolo 3.1.1, la Confederazione può influire sull'offerta in medicina umana essenzialmente attraverso i sussidi vincolati a progetti secondo la LPSU. Per questo motivo, il finanziamento speciale a favore delle università finalizzato a incrementare il numero di diplomi in medicina umana è previsto nell'ambito di questo strumento. Il Consiglio federale intende mettere a disposizione come finanziamento iniziale, nel quadro del messaggio ERI 2017-2020, al massimo 100 milioni di franchi per un programma speciale volto ad aumentare durevolmente il numero di diplomi in medicina umana presso le università svizzere.¹³ I fondi stanziati serviranno a finanziare un pacchetto di misure per accrescere durevolmente fino a circa 1300 il numero di diplomi di master rilasciati ogni anno entro il 2025.

Il Consiglio svizzero delle scuole universitarie, cui competono le decisioni in merito alla concessione dei sussidi vincolati a progetti, ha fissato i punti chiave del programma speciale: le misure dovranno fornire un contributo realizzabile a breve termine, ma dagli effetti a lungo termine, all'aumento duraturo e adeguato alle esigenze dell'assistenza medica dei posti di studio (formazione bachelor/master secondo le disposizioni della legge sulle professioni mediche (LPMed) e di conseguenza dei diplomi. In linea di principio, saranno graditi gli sforzi per rafforzare le cure mediche di base e l'interprofessionalità. Le misure che comportano una decentralizzazione della medicina (altamente) specializzata non saranno prioritarie. Gli studi di fattibilità, le idee di progetto nonché la creazione di strutture di ricerca non saranno finanziate. Il carattere duraturo dovrà essere garantito da piani finanziari pluriennali sostenuti dai responsabili delle scuole universitarie. L'aumento dell'offerta dovrà altresì tenere conto del sistema nel suo insieme e rispettare i principi di appropriatezza ed economicità. L'inserimento nell'intero sistema di formazione (posti di bachelor/master/stage) dovrà essere comprovato. Inoltre, con l'applicazione di forfait, il Consiglio delle scuole universitarie introduce un modello di finanziamento semplice, comprensibile ed equo, aperto anche a domande per progetti innovativi.

Dopo l'adozione del messaggio ERI 2017-2020 da parte del Consiglio federale, il Consiglio delle scuole universitarie definirà il programma speciale. Successivamente, spetterà alla Conferenza svizzera dei rettori delle scuole universitarie swissuniversities mettere a concorso e coordinare l'elaborazione delle domande di sussidi. L'esame delle domande all'attenzione del Consiglio delle scuole universitarie sarà condotto dal comitato permanente per le questioni riguardanti la medicina universitaria¹⁴. Su questa base e in seguito alla consultazione parlamentare del messaggio ERI 2017-2020 il Consiglio delle scuole universitarie prenderà le decisioni necessarie in merito al finanziamento dei progetti e quindi al coordinamento e alla ripartizione dei compiti.

¹³ Conformemente alle vigenti disposizioni sui sussidi vincolati a progetti, le scuole universitarie sono tenute ad assumere il 50 per cento dei costi complessivi del progetto. Qualora un partner del progetto assuma una parte essenziale dei compiti di coordinamento o abbia fornito prestazioni preliminari, può essere dispensato in toto o in parte dal fornire una prestazione propria (cfr. art. 59 cpv. 3 LPSU e piano del 30 gennaio 2014 per la concessione di sussidi vincolati a progetti). (<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20000392/201301010000/414.201.pdf>, art. 45; www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/DE/FH/Publikationen/140206_D_Mandat_SUK_FHR_an_CRUS_KFH_COHEP_PgB_2017_2020.pdf / www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/FR/FH/Publikationen/140206_F_Mandat_CUS_CHES_a_CRUS_KFH_COHEP_CPro_2017_2020.pdf)

¹⁴ Composizione del comitato: tre rappresentanti dei Cantoni membri del Consiglio delle scuole universitarie con una facoltà di medicina; due rappresentanti dei Cantoni membri del Consiglio delle scuole universitarie senza una facoltà di medicina; tre rappresentanti di swissuniversities (livello di rettorato); un rappresentante della direzione dell'UFSP; un rappresentante politico della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS); un rappresentante accademico dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (SAMS).

Settore: formazione universitaria	
Sfide	Misure
<p>Aumento coordinato dei posti di studio nelle università.</p> <p>Ottimizzazione dell'utilizzo dei posti di formazione clinica negli ospedali.</p> <p>Organizzazione dello studio di medicina (riflessioni sull'efficienza, preparazione del ciclo di studio¹⁵, cooperazioni tra scuole universitarie e relative sedi, organizzazione contenutistica dei cicli di studio e coordinamento con il perfezionamento dei medici, limitazione dell'ammissione [numerus clausus]).</p>	<p>Programma speciale per aumentare i posti di studio in medicina umana, dotato di max. 100 milioni di franchi per il periodo 2017-2020.</p> <p>Coordinamento degli sforzi nell'ambito della Conferenza svizzera delle scuole universitarie (CSSU).</p>

3.2. Perfezionamento

Una volta conclusa la formazione e conseguito il diploma federale di medico è possibile seguire un perfezionamento per diventare medico specialista in uno dei 44 cicli di perfezionamento federali accreditati (in seguito denominati settori specialistici) secondo la LPMed. Il conseguimento di un titolo di perfezionamento è una condizione imprescindibile per poter esercitare l'attività di medico nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale (p. es. in uno studio). Oltre ai 44 settori specialistici esistono altre specializzazioni disciplinate dal diritto privato. A dipendenza del settore specialistico è possibile conseguire anche titoli di formazione approfondita (35), titoli di formazione interdisciplinare (1) e certificati di formazione complementare (31), che attestano l'acquisizione di competenze approfondite o supplementari. Al pari del titolo di perfezionamento, alcuni di questi titoli autorizzano a fatturare determinate prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La continua evoluzione della medicina porterà verosimilmente alla nascita di altre specializzazioni e sottospecializzazioni.

Medici senza titolo di perfezionamento

Non tutti i medici con diploma federale conseguono un titolo di perfezionamento. Un'analisi degli anni di diploma svizzeri 1984-2003 mostra che, complessivamente, alla fine del 2013, il 12 per cento di coloro che in quel periodo hanno ottenuto il diploma federale di medico non ha conseguito alcun titolo di perfezionamento. Tra gli uomini, tale quota si situa al 10,5 per cento e tra le donne al 14,4 per cento.¹⁶ È possibile che questi medici siano attivi in altri ambiti professionali dove le loro conoscenze specialistiche acquisite sono pure necessarie (p.es. assicurazioni, amministrazione, industria farmaceutica ecc.), ma anche che abbiano lasciato temporaneamente o definitivamente la Svizzera o abbiano abbandonato la professione. Ad oggi, non è stato effettuato alcuno studio rappresentativo che rilevi l'entità esatta e analizzi i motivi di queste "perdite" dopo il conseguimento del diploma.

Titoli federali di perfezionamento per anno

Negli ultimi anni, il numero di medici assistenti o di titoli di perfezionamento conferiti ogni anno è aumentato considerevolmente a causa, tra l'altro, dell'introduzione nel 2005 della settimana lavorativa di 50 ore. Dal 2012, in Svizzera vengono rilasciati ogni anno oltre 1600 titoli federali di perfezionamento, ossia circa il doppio dei diplomi di

¹⁵ Formazione in medicina umana: Analisi sistemica e raccomandazioni – Rapporto finale (in lingua tedesca). 2015. Prof. Dr. Loprieno commissionato dal SEFRI: http://www.sbf.admin.ch/dokumentation/00335/01737/01738/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6i0NTU042i2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEeHx9f2ym162epYbg2c_JKbNoKSn6A--

¹⁶ Rapporto statistico Medicina umana 2013 (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP): www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/index.html?lang=it

master. Ciò è possibile perché oltre il 40 per cento dei nuovi titoli di medico specialista sono conferiti a medici con un diploma estero.

Nuove leve di medici per provenienza formativa 2005-2013

Oltre ai medici assistenti con diploma estero, nella Confederazione giungono anche numerosi medici specialisti formati. Le nuove leve di medici in Svizzera si suddividono così in tre gruppi: 1) medici con diploma e titolo di perfezionamento conseguiti in Svizzera; 2) medici con diploma conseguito all'estero e titolo di perfezionamento conseguito in Svizzera; 3) medici con diploma e titolo di perfezionamento conseguiti all'estero in un Paese UE/AELS. Le nuove leve degli anni 2005-2013 sono composte per il 40 per cento da medici formati in Svizzera e per il 60 per cento da medici parzialmente o interamente formati all'estero (cfr. figura X nell'Allegato 1).

Ripartizione dei medici per settore specialistico 1990-2013

I medici di base (medicina generale interna, pediatria, medico generico) sono i primi interlocutori per tutti i problemi di salute e per tutti i gruppi di pazienti, e costituiscono da sempre il gruppo di medici specialisti più numeroso. Dal 1990, la loro quota è cresciuta in termini sia relativi sia assoluti. Attualmente, sfiora il 50 per cento di tutti i titoli di perfezionamento conseguiti (cfr. figura Y nell'Allegato 1). Questa evoluzione positiva potrebbe essere tra l'altro riconducibile ai miglioramenti nella formazione, nel perfezionamento e nella remunerazione raggiunti grazie al *piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base»*. Complessivamente, le donne conseguono oltre la metà dei titoli di perfezionamento e tra pochi anni la loro quota salirà a circa il 60 per cento, ciò che corrisponde alla quota di donne che ottengono il diploma di medico. Benché diverse, le preferenze dei due sessi riguardo ai settori specialistici non rimangono necessariamente immutate. Attualmente, le donne sono in netta maggioranza in ginecologia e ostetricia, ma la loro quota sta crescendo velocemente anche nell'assistenza medica di base (medicina generale interna, pediatria) dove nel 2013 hanno conseguito il 54 per cento dei titoli di perfezionamento. La femminilizzazione del corpo medico tende quindi a rafforzare i settori specialistici dell'assistenza medica di base. Ma la quota di donne aumenta visibilmente anche in settori specialistici con attività chirurgica. Tuttavia, dato che in generale le donne o le giovani generazioni di medici lavorano con un tasso di occupazione inferiore rispetto a quello delle generazioni di medici più vecchie, l'aumento in cifre assolute dei medici non si traduce in un corrispettivo aumento delle unità di lavoro equivalenti a tempo pieno.

Dipendenza dall'estero per settore specialistico

Un'analisi dei dati relativi alle giovani leve degli anni 2005-2014 indica che, in 18 dei 44 settori specialistici, la quota di medici specialisti interamente formati all'estero supera il 50 per cento (cfr. figura Z nell'Allegato 1).

Durata del perfezionamento

La durata del perfezionamento dipende dal relativo programma. Ad eccezione di quello che permette di conseguire il titolo di medico generico, la maggior parte dei programmi prevede cinque o sei anni di perfezionamento.¹⁷ In realtà, tuttavia, per conseguire il titolo di perfezionamento i medici impiegano molto più tempo: nel 2014, l'età media al momento dell'ottenimento del diploma federale di medico era di 26,7 anni e all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento era di 37,7 anni. Ne consegue che i medici possono iniziare a lavorare sotto la propria responsabilità professionale e, per esempio, aprire uno studio solo tardivamente. Tra i fattori suscettibili di allungare la durata del perfezionamento, e quindi di innalzare l'età media al momento dell'ottenimento del titolo, figurano l'acquisizione di ulteriori titoli di formazione approfondita che possono rivelarsi utili e vantaggiosi per la futura attività (in un

¹⁷ Secondo la direttiva 93/16/CEE, ogni Stato membro ha l'obbligo di offrire una formazione specifica in medicina generale, che comprenda almeno una formazione a tempo pieno triennale. Il titolo «medico generico» corrisponde a questi requisiti minimi e abilita all'esercizio della professione sotto la propria responsabilità professionale.

studio), le pause professionali o la decisione di non intraprendere il perfezionamento subito dopo il conseguimento del diploma di medico.

Motivi della scelta del settore specialistico

Alcuni studi mostrano che i fattori determinanti ai fini della scelta del settore specialistico sono la sua varietà, il contatto con i pazienti e la conciliabilità di lavoro e famiglia. Quest'ultimo aspetto viene valutato attentamente soprattutto dalle donne. I pareri sull'importanza degli incentivi finanziari differiscono: malgrado il salario inferiore rispetto a quello percepito in altri settori specialistici, la quota di titoli di perfezionamento conseguiti in uno dei settori specialistici dell'assistenza medica di base è aumentata in termini sia relativi sia assoluti. Sulla scelta in questione, le condizioni di lavoro e il dispendio di tempo incidono verosimilmente in misura uguale o addirittura superiore al reddito.

3.2.1. Sfide: Perfezionamento

Alla luce di quanto esposto sopra, le sfide da affrontare nell'ambito del perfezionamento sono diverse. Visti i costi elevati della formazione in medicina umana, è nell'interesse della società fare il possibile, affinché tutti i medici diplomati continuino a esercitare la loro professione. L'entità e i motivi degli abbandoni della professione dopo il conseguimento del diploma di medico o addirittura del titolo di perfezionamento sono ancora perlopiù sconosciuti e sarebbe opportuno esaminarli più a fondo. Solo quando si saprà quanti giovani medici abbandonano la professione e perché, sarà eventualmente possibile adottare misure appropriate per ridurre questo fenomeno.¹⁸ Un'altra sfida che si dovrà affrontare consiste nell'indurre i futuri medici a specializzarsi nei settori in cui si rileva un bisogno di assistenza da parte della popolazione. Inoltre, occorrerà garantire il finanziamento del perfezionamento. I costi del perfezionamento (strutturato e non strutturato) impartito sono esplicitamente esclusi dalle prestazioni mediche secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e devono essere indennizzati dai Cantoni come prestazioni d'interesse generale. Per contro, i costi salariali dei medici assistenti possono essere inclusi nelle prestazioni mediche secondo la LAMal. Il perfezionamento (strutturato e non strutturato) ricevuto è pertanto indennizzato tramite il salario. Attualmente, par quanto riguarda il finanziamento delle prestazioni per il perfezionamento strutturato impartito si osservano notevoli differenze tra i Cantoni.¹⁹ Inoltre, il perfezionamento per diventare medico specialista richiede molto più tempo rispetto alla durata minima di cinque o sei anni fissata nella legge. In questo contesto, la creazione di reti di perfezionamento grazie alla collaborazione di più ospedali a livello regionale potrebbe consentire di organizzare in modo più efficiente la rotazione necessaria per un curriculum di perfezionamento. Iniziative in tal senso sono già in atto, ma devono essere ulteriormente rafforzate con il sostegno dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM) e delle società mediche specialistiche.²⁰ Un altro modo per accorciare la durata del perfezionamento consiste nell'introdurre, già durante la formazione, alcuni moduli di approfondimento tematico poi computati al momento del perfezionamento. Le relative modifiche possono essere apportate solo di concerto con gli attori responsabili della formazione e del perfezionamento (facoltà di medicina, ISFM, SIWF e società mediche specialistiche). Per la giovane generazione di medici è pure fondamentale la conciliabilità di lavoro e famiglia. I medici assistenti che per motivi familiari vogliono ridurre il proprio grado di occupazione hanno bisogno di modelli di orario di lavoro più flessibili. Ciò consentirebbe di evitare interruzioni o abbandoni definitivi della professione per sopraggiunti obblighi familiari. Ospedali e studi medici sono quindi chiamati ad adeguare ancora meglio i rispettivi modelli di orario di lavoro alle esigenze dei giovani medici e, in particolare, ad applicare rigorosamente la settimana lavorativa di 50 ore, affinché questi ultimi continuino a esercitare. Un'ulteriore sfida risiede nella continua evoluzione della medicina che, se da un lato porterà alla nascita di altre specializzazioni e sottospecializzazioni, e permetterà

¹⁸ Uno studio in tal senso sarà avviato nel 2016 dall'Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC) e dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).

¹⁹ Il perfezionamento strutturato comprende le attività previste nel quadro dei corsi per il perfezionamento secondo le direttive pertinenti. Occorre distinguere tra insegnamento ricevuto (prospettiva dei medici che seguono il perfezionamento) e insegnamento impartito (prospettiva dei docenti). Quest'ultimo comprende i costi dell'attività d'insegnamento come lo svolgimento di lavori pratici, seminari, relazioni, colloqui, preparazione/correzione di esami e preparazione di programmi didattici/corsi, ma non i costi arrecati ai centri di perfezionamento dalla partecipazione dei medici (assistenti) al perfezionamento.

²⁰ Per esempio, con il «Cursus Romand de Médecine de Famille» (CRMF) la Svizzera francese ha attuato un progetto per migliorare il coordinamento della rotazione dei perfezionandi.

di compiere progressi nella cura di persone malate, dall'altro, renderà più complesso il sistema e aumenterà il bisogno di coordinamento tra il personale sanitario specializzato.

3.2.2. Misure in corso: Perfezionamento

Nel 1998, Confederazione e Cantoni hanno avviato il progetto «Politica nazionale svizzera della sanità» (rinominato in seguito «Dialogo sulla politica nazionale della sanità» (Dialogo PNS)) per affrontare insieme le sfide attuali e future della sanità pubblica. Nel 2010, il Dialogo PNS ha istituito la piattaforma «Futuro della formazione medica» incaricata di elaborare proposte di soluzioni concrete per i problemi riguardanti tra l'altro il perfezionamento dei medici e l'interprofessionalità seguenti:

Finanziamento del perfezionamento dei medici – Accordo

In molti hanno temuto che la revisione della LAMal nel settore del finanziamento ospedaliero (in vigore dal 1° gennaio 2009; attuazione della maggior parte delle misure dal 1° gennaio 2012) avrebbe potuto indurre ospedali e cliniche a diminuire il proprio impegno nella formazione e nel perfezionamento dei medici a causa dell'attesa pressione sui costi. Il finanziamento del perfezionamento (strutturato e non strutturato) impartito non è incluso negli importi forfettari riferiti alle prestazioni (nel settore delle cure somatiche acute SwissDRG), ma fa parte delle cosiddette prestazioni d'interesse generale il cui finanziamento è a carico dei Cantoni. I costi salariali dei medici assistenti possono invece essere inclusi nelle prestazioni mediche secondo la legge sull'assicurazione malattie, per cui il perfezionamento (strutturato e non strutturato) ricevuto viene indennizzato tramite il salario. A seguito di questi timori, il Dialogo PNS ha incaricato la piattaforma «Futuro della formazione medica» di analizzare la situazione e di elaborare proposte di soluzioni concrete per garantire il perfezionamento. Nell'agosto del 2011, il Dialogo PNS ha adottato il «Modello PEP» (pragmatico, semplice, forfettario, dal tedesco «pragmatisch, einfach, pauschal»), elaborato dal gruppo tematico «Finanziamento del perfezionamento dei medici». Si tratta di un modello che obbliga in linea di principio tutti gli ospedali e tutte le cliniche iscritti nell'elenco degli ospedali a offrire un perfezionamento a un numero di medici assistenti commisurato alle proprie capacità. I Cantoni, dal canto loro, sono tenuti a sostenere finanziariamente il perfezionamento strutturato impartito con un forfait annuo per unità di lavoro equivalente a tempo pieno, fermo restando che il versamento dei contributi dipende dall'adempimento di determinati criteri di qualità. Alla sua assemblea plenaria del 20 novembre 2014, la CDS ha adottato l'accordo sul finanziamento del perfezionamento dei medici e invitato i Cantoni ad avviare la procedura di ratifica. L'accordo in questione stabilisce che, per il perfezionamento strutturato impartito, il Cantone di ubicazione versa agli ospedali un importo forfettario minimo di 15 000 franchi per anno e unità di lavoro equivalente a tempo pieno. Inoltre, prevede un meccanismo di compensazione intercantonale finalizzato a sgravare i Cantoni particolarmente impegnati nel perfezionamento mediante il versamento di contributi compensativi. L'accordo non prevede per contro alcun obbligo generale di perfezionamento. A metà 2015, i Cantoni che lo avevano ratificato erano sei. Il processo di ratifica dovrebbe concludersi entro il 2016. L'accordo potrà entrare in vigore quando vi avranno aderito almeno 18 Cantoni.

Coordinamento del perfezionamento di medici

Dal 2013, la piattaforma FFM si occupa della questione della ripartizione dei medici adeguata al bisogno nei vari settori specialistici. A tale scopo, ha commissionato due studi sui meccanismi di gestione del perfezionamento dei medici nel contesto internazionale e in Svizzera.²¹ Gli esperti intervistati in Svizzera hanno richiamato l'attenzione, tra l'altro, sui pericoli legati a una sovrassistenza in singoli settori specialistici e, al riguardo, hanno chiamato in causa soprattutto il gruppo di coloro che giungono in Svizzera come medici specialisti «formati». A loro modo di vedere – e i dati riportati all'inizio del capitolo 3.2 lo confermano – questo gruppo è presente in misura eccessiva nelle discipline chirurgiche specialistiche e meno in quelle discipline generalmente preposte all'assistenza di base.

²¹ Peter Berchtol et al., *Steuerung der ärztlichen Weiterbildung. Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen*, 2014.
Philipp Dubach et al., *Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz*, Berna 2014. www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/15279/index.html?lang=de (rapporto integrale disponibile solo in tedesco)

In ultima analisi, essi ritengono che non sia possibile stabilire in quale misura, oggi o nel prossimo futuro, in determinati settori specialistici o in determinate regioni, vi sia un eccesso di assistenza o un'assistenza insufficiente. Per un'analisi permanente della situazione attuale e futura in materia di assistenza medica manca la base di dati che collega le indicazioni sull'evoluzione dell'offerta con informazioni sulla domanda o sul bisogno.

Sulla base dei due rapporti, alla fine del 2014, la piattaforma «Futuro della formazione medica» ha istituito, su mandato del Dialogo PNS, un ampio gruppo di lavoro denominato «Coordinamento del perfezionamento dei medici». Codiretto dall'UFSP e dall'ISFM, tale gruppo ha ricevuto l'incarico di reperire le basi di dati mancanti, di sviluppare un modello di calcolo (tool) per il futuro coordinamento del mix di medici specialisti e di proporre strutture organizzative (commissione), procedure e strumenti appropriati per attuare le raccomandazioni sul perfezionamento in determinati settori specialistici o gruppi di settori specialistici. Un rapporto con una descrizione dettagliata del modello di calcolo è stato pubblicato nel novembre del 2015. Nel 2016/17 saranno elaborate le prime previsioni tecniche per determinati settori specialistici.

Interprofessionalità

Nel 2012, su mandato del Dialogo PNS, la piattaforma FFM ha istituito un gruppo tematico che si è occupato dell'interprofessionalità dal punto di vista della formazione. La formazione interprofessionale è infatti considerata la base per una collaborazione interprofessionale di successo, in quanto rafforza la conoscenza delle competenze delle varie professioni sanitarie migliorando il coordinamento delle prestazioni in situazioni terapeutiche complesse. Il gruppo tematico ha sviluppato alcuni moduli per la formazione interprofessionale incentrati su sei situazioni di assistenza concrete, per esempio urgenza, trattamento ambulatoriale post-ospedaliero o cure palliative (Toolbox). Nel dicembre del 2014, in occasione della conferenza nazionale «Formazione interprofessionale degli specialisti sanitari – Miglioramento continuo della presa a carico dei pazienti» tale «Toolbox» è stato discusso con istituti di formazione di tutta la Svizzera. Nella primavera del 2016, inoltre, il Consiglio federale delibererà sul programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario 2017-2020» finalizzato all'attuazione di progetti di formazione interprofessionale. Nell'ambito di tale programma potranno essere impiegati i moduli sviluppati dalla piattaforma «Futuro della professione medica» (cfr. al riguardo capitolo 3.3.2).

Crescente specializzazione della medicina umana ed effetti sull'organizzazione ospedaliera

Sinora, la specializzazione della medicina ha quasi sempre portato all'istituzione di nuove cattedre universitarie e a offerte di assistenza sotto forma di nuovi reparti in ospedali e nuovi studi medici. Nel dicembre del 2015, la piattaforma «Futuro della professione medica» ha incaricato un altro gruppo tematico di studiare gli effetti della crescente specializzazione della medicina sul sistema sanitario. I progressi compiuti dalle scienze mediche sono accolti con favore, ma occorre esaminare gli sviluppi che ne risultano, come le sovrapposizioni con altre specializzazioni o la creazione di nuove strutture di offerta e quindi anche di domanda, dal punto di vista della qualità e dell'efficienza. Un rapporto contenente proposte per gestire gli sviluppi in questione è atteso per la fine del 2016.

Settore: perfezionamento dei medici	
Sfide	Misure in corso
<p>Diminuzione degli abbandoni della professione dopo il conseguimento del diploma di medico.</p> <p>L'età media dei medici che completano un perfezionamento supera i 37 anni: riduzione della durata del perfezionamento.</p>	<p>Svolgimento di studi per chiarire il fenomeno degli abbandoni della professione: i risultati sono attesi nel 2016.</p> <p>Attuazione di varie iniziative per ridurre la durata del perfezionamento da parte dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM (introduzione del Logbook elettronico per sostenere i medici assistenti nell'adempimento del programma di perfezionamento), di società mediche specialistiche, ospedali e Cantoni (organizzazione di reti di perfezionamento). Possibile influsso sulla struttura del perfezionamento anche da parte del DFI attraverso l'accreditamento dei cicli di perfezionamento secondo la LPMed.</p>
<p>Garanzia del finanziamento dei perfezionamenti strutturati impartiti in tutti i Cantoni.</p>	<p>Ratifica entro la fine del 2016 di un accordo intercantonale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), che prevede il versamento di 15 000 franchi per anno e unità di lavoro equivalente a tempo pieno di un medico assistente da parte dei Cantoni agli ospedali sede di perfezionamenti. L'accordo permetterà di indennizzare le spese sostenute da questi ultimi per i perfezionamenti strutturati impartiti.</p>
<p>Perfezionamento postdiploma adeguato al bisogno, per esempio più medici di famiglia.</p>	<p>Nel 2014, istituzione da parte della piattaforma «Futuro della formazione medica» di un ampio gruppo di lavoro, incaricato di formulare proposte che servano da base per l'elaborazione e l'attuazione di raccomandazioni riguardanti il bisogno di perfezionamento per settore specialistico. Il modello di calcolo già approntato a tale scopo sarà testato nel 2016.</p>
<p>Promozione della formazione interprofessionale come base importante per la collaborazione interprofessionale.</p>	<p>Nel 2013, sviluppo da parte di un gruppo di lavoro della piattaforma «Futuro della professione medica» di sei moduli per la formazione interprofessionale incentrati su situazioni concrete nell'assistenza sanitaria. Nel 2014, discussione sulla loro attuazione con gli istituti di formazione in occasione di una conferenza nazionale. Nella primavera del 2016, decisione del Consiglio federale riguardo a un programma di promozione – da lui lanciato nel quadro dell'«Iniziativa sul personale qualificato plus» (IPQ plus) per ridurre il bisogno di specialisti – finalizzato all'attuazione di progetti di formazione interprofessionale nel periodo 2017-2020.</p>
<p>Studio degli effetti della crescente specializzazione della medicina sull'evoluzione della struttura della domanda e dell'offerta.</p>	<p>Nel 2015, istituzione da parte della piattaforma «Futuro della professione medica», su mandato del Dialogo PNS, di un gruppo di lavoro incaricato di presentare entro la fine del 2016 un rapporto che mostri come evitare nel limite del possibile sviluppi inefficienti.</p>

3.3. Assistenza sanitaria e costi

Sono pochi i Paesi che dispongono di un'assistenza sanitaria così prossima, efficiente e di qualità come la Svizzera. L'assistenza sanitaria compete ai Cantoni che, peraltro, si fanno carico anche di una quota preponderante dei costi a carico degli enti pubblici. I Cantoni pianificano l'offerta di prestazioni nel settore stazionario e la finanziano insieme agli assicuratori. Rilasciano autorizzazioni all'esercizio della professione a fornitori di prestazioni indipendenti e decidono, nell'ambito dell'articolo 55a della legge federale sull'assicurazione malattie, se autorizzarli a fatturare le loro prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I dati riportati qui di seguito forniscono una breve visione d'insieme delle capacità del sistema di assistenza e della sua evoluzione.

Situazione attuale ed evoluzione dell'effettivo dei medici

Secondo la statistica medica della FMH, dal 1990 il numero di medici è cresciuto del 70 per cento raggiungendo quota 34 348 nel 2014.²² Tra i medici attivi, gli uomini (60,4 %) sono in maggioranza, ma è probabile che nei prossimi anni il rapporto tra i generi si capovolgerà. Un terzo dei medici attivi (10 478) proviene dall'estero e secondo la tendenza attuale questa cifra aumenterà ulteriormente a causa sia della quota elevata di medici assistenti formati all'estero che assolvono il loro perfezionamento in Svizzera sia dell'afflusso di medici specialisti dall'estero.

Densità di medici 2013 nel confronto internazionale

Con 4,99 medici ogni 1000 abitanti, l'Austria guida la classifica dei Paesi OCSE con la maggiore densità di medici. Con 4,04 medici ogni 1000 abitanti, la Svizzera si posiziona nella stessa fascia di Germania (4,05), Norvegia (4,31), Svezia (4,01) o Italia (3,9). Molto più distanziati i Paesi anglosassoni come gli USA (2,56), la Gran Bretagna (2,77) o l'Australia (3,36).

Medici e tempo di lavoro nel settore ambulatoriale

Secondo la statistica medica della FMH, nel 2014, 17 804 medici (ossia quasi il 52 % dell'intero effettivo) erano attivi principalmente nel settore ambulatoriale e lavoravano in media 8,2 mezza giornate a settimana.²³ Il 57,2 per cento di essi aveva uno studio individuale. Il tempo di lavoro medio delle donne (6,8 mezza giornate a settimana) era inferiore a quello degli uomini (8,8 mezza giornate a settimana). La conciliabilità di vita privata e lavoro ha assunto una crescente importanza per gran parte dei futuri medici specialisti di entrambi i generi. Nei prossimi anni, pertanto, il tempo di lavoro medio dei medici potrebbe diminuire ulteriormente facendo aumentare di conseguenza il bisogno di formazione.

Evoluzione delle strutture dell'offerta ambulatoriale

La durata dell'attività professionale negli studi medici è diminuita, tra l'altro, a causa dell'introduzione nel 2002 dell'obbligo di perfezionamento per i medici di tutti gli indirizzi di studio. Attualmente, i medici che aprono uno studio hanno in media più di 40 anni. La minore durata dell'attività e il minore volume di lavoro svolto dall'apertura dello studio sino al pensionamento comportano una maggiore incidenza dei costi di investimento e di gestione per apparecchi radiologici, laboratorio, eHealth e amministrazione, e in rendite più basse. Vista la lunga durata del perfezionamento, per coloro che intendono aprire uno studio è sempre meno interessante investire nelle infrastrutture necessarie, tenuto conto del tempo di lavoro ridotto e dell'età media all'apertura dello studio superiore ai 40 anni. Ripartire questi costi su più persone è quindi un'alternativa ragionevole che, per giunta, soddisfa le aspettative professionali dei giovani medici. I grandi centri di assistenza sanitaria ambulatoriale permettono di lavorare a tempo parziale e di coinvolgere altre figure professionali della sanità come fisioterapisti, levatrici o infermieri qualificati. Il

²² La statistica medica della FMH rileva una copertura molto buona nel settore ambulatoriale, ma non in quello stazionario (ospedali). Rispetto a quest'ultima, la statistica degli stabilimenti ospedalieri dell'UST riporta circa 7000 medici in più.

²³ Secondo la definizione dell'indagine condotta su myFMH, una mezza giornata corrisponde a 4-6 ore.

problema del ricambio generazionale denunciato da molti medici di famiglia (con studio individuale) deve essere letto in quest'ottica. Le grandi strutture dell'offerta che stanno sorgendo negli ultimi tempi sono frutto dell'iniziativa di ospedali (come p. es. il centro di pronto soccorso Citynotfall aperto dall'Inselspital e dalla clinica privata Sonnenhof di Berna o i centri medici creati dal gruppo di cliniche private Hirslanden). Alcuni Comuni investono in infrastrutture ambulatoriali affinché i giovani medici trovino sul loro territorio condizioni di lavoro attrattive. Anche i gruppi non medici, come per esempio Migros, sono sempre più interessati a investire nell'assistenza medica ambulatoriale. Il cambiamento in atto nella struttura dell'offerta ambulatoriale offre molte opportunità per organizzare l'assistenza in modo più efficiente e adeguarla meglio al crescente numero di malati cronici e multipli.

Medici di famiglia e medici specialisti

Malgrado che dal 2000 il numero di medici di famiglia sia cresciuto in termini assoluti di quasi 2000 unità, la loro densità ogni 1000 abitanti è rimasta praticamente invariata a causa dell'evoluzione demografica. Con 8032 medici di base²⁴, nel 2014 la Svizzera ne registrava uno ogni 1000 abitanti, valore questo in linea con le raccomandazioni dell'OCSE. Alla fine del 2014, la popolazione svizzera aveva a disposizione complessivamente 9772 medici specialisti con un proprio studio. La quota di specialisti nel settore ambulatoriale ammontava al 54,9 per cento. Nei decenni trascorsi, il rapporto tra medici di base e specialisti si è spostato in tutti i Paesi OCSE, Svizzera compresa, a favore dei secondi, fino a registrare in media, nel 2011, 2 specialisti per 1 medico di base.²⁵

Gestione strategica delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale

Alla fine del 2011, con la scadenza della moratoria all'apertura di nuovi studi medici – introdotta la prima volta nel 2002 e più volte prorogata – le autorizzazioni al libero esercizio della professione rilasciate dai Cantoni hanno registrato una forte impennata soprattutto tra i medici specialisti. Dal 5 luglio 2013, i Cantoni possono nuovamente intervenire in caso di sovrassistenza medica sul proprio territorio. La limitazione delle autorizzazioni non si applica ai medici che hanno esercitato almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto. La relativa disposizione di legge scadrà a metà 2016. Con il messaggio del 18 febbraio 2015 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (gestione strategica del settore ambulatoriale), il Consiglio federale ha formulato una proposta per una gestione strategica duratura del settore ambulatoriale, ma il Parlamento non l'ha accolta. Il 18 dicembre 2015, infatti, nella votazione finale, il Consiglio nazionale ha bocciato la modifica della LAMal che avrebbe reso definitiva la moratoria in questione. Di conseguenza, da metà 2016, i Cantoni non disporranno più di alcun strumento di controllo e dovranno rilasciare un'autorizzazione al libero esercizio della professione a tutti i medici che ne faranno richiesta.

Ospedali e medici ospedalieri

Nel 2013, in Svizzera si contavano 293 ospedali per complessivi 37 836 posti letto. Nel 2000, gli ospedali attivi erano ancora 364 e i posti letto 45 569. Malgrado l'importante smantellamento, la Svizzera dispone in rapporto alla sua popolazione e alle sue dimensioni geografiche di un numero di ospedali elevato rispetto agli altri Paesi OCSE, ma il suo numero di posti letto risulta leggermente inferiore alla media OCSE. La degenza media è nettamente diminuita, ma rimane ancora sopra la media OCSE.²⁶ Alla fine del 2013, i medici impiegati negli ospedali erano 24 204 per complessive 20 350 unità di lavoro equivalenti a tempo pieno. Il 48 per cento di loro stava seguendo un perfezionamento (medici assistenti), il 42 per cento era titolare di un diploma di medico conseguito all'estero.

²⁴ Sono considerati medici di base, i medici che hanno conseguito un titolo di perfezionamento in medicina interna generale o in pediatria e i medici generici.

²⁵ OCSE, Health at a Glance. OECD-Indicators, 2013.

²⁶ OCSE, Health at a Glance. OECD-Indicators, 2013.

Elevate spese sanitarie e notevoli differenze cantonali

La grande disponibilità dell'offerta di assistenza sanitaria in un territorio così esiguo ha il suo prezzo: le spese sanitarie della Svizzera sono tra le più elevate al mondo. Nondimeno, i costi e il ricorso a prestazioni differiscono notevolmente da un Cantone all'altro.²⁷ Nel 2011, per quanto riguarda i costi complessivi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, la differenza tra il Cantone più caro, ossia Ginevra (costi annui pro capite: 3538 franchi), e quello più conveniente, ossia Appenzello Interno (costi annui pro capite: 1869 franchi), ammontava a 1668 franchi. Principali responsabili di questo divario sono i costi per le prestazioni ospedaliere stazionarie, seguiti da quelli per le prestazioni ospedaliere ambulatoriali e i medicinali.

3.3.1. Sfide: Assistenza sanitaria e costi

L'assistenza sanitaria in Svizzera è dotata di un'infrastruttura e di un personale eccellenti. Le notevoli differenze cantonali dal punto di vista dei costi, ma anche in settori sanitari concreti (p. es. tasso di parti cesarei), potrebbero indicare un eccesso di assistenza o un'assistenza insufficiente in determinati settori di prestazione. In seguito alla decisione del 18 dicembre 2015 del Consiglio nazionale, da metà 2016 i Cantoni non avranno più alcuna possibilità di vincolare al bisogno il rilascio di nuove autorizzazioni al libero esercizio della professione in regioni che già presentano un'alta densità di medici. Nel sistema sanitario si riscontra un'elevata e crescente dipendenza dall'estero che sarebbe opportuno ridurre. Esso rimane ancora prioritariamente incentrato sul trattamento dei malati acuti, ma in futuro, sarà sempre più necessario assistere persone anziane affette da patologie croniche multiple. Spesso, il trattamento di ogni singola malattia in base alle regole del settore specialistico pertinente provoca effetti indesiderati come somministrazioni eccessive di medicinali o intolleranze farmacologiche che non di rado rendono necessari ricoveri d'urgenza. Promuovere il coordinamento dei diversi trattamenti da parte del personale sanitario specializzato, attraverso una migliore organizzazione delle interfacce e dei passaggi, ed evitare doppi e prestazioni inutili, rafforza la qualità dell'assistenza e, di conseguenza, riveste una crescente importanza. Parallelamente, l'aumento della produttività e dell'efficienza negli anni a venire costituirà un fattore chiave per arginare il crescente bisogno di specialisti sanitari. Infatti, solo frenando complessivamente l'aumento dei costi, l'accesso universale alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarà garantito anche in futuro.

3.3.2. Misure in corso: Assistenza sanitaria e costi

Alcune delle misure espone in questo capitolo sono tratte dalle priorità di politica sanitaria del Consiglio federale («Sanità2020») del gennaio 2013 e contribuiscono, tra l'altro, ad adeguare meglio l'assistenza sanitaria al futuro bisogno della popolazione attraverso un impiego più mirato delle risorse disponibili e una riduzione della dipendenza dall'estero nel personale sanitario. Altre mirano ad aumentare l'efficienza e la produttività per influenzare i costi della salute e la loro corsa verso l'alto,²⁸ permettendo di impiegare meno personale per svolgere le medesime prestazioni.

Legge sulle professioni sanitarie

La buona collaborazione degli specialisti sanitari è fondamentale per l'assistenza coordinata. Da anni, gli sforzi intrapresi nella politica di educazione in ambito sanitario si concentrano sul riorientamento dei cicli di formazione verso la collaborazione interprofessionale e su una nuova consapevolezza nell'esercizio della professione. Con l'adozione della legge federale sulle professioni mediche universitarie e della revisione della legge sugli agenti terapeutici, che attribuisce ai farmacisti nuovi compiti nell'ambito dell'assistenza di base, sono già stati compiuti importanti passi avanti verso il rafforzamento dell'interprofessionalità nella formazione e nel perfezionamento. La legge sulle professioni sanitarie, elaborata congiuntamente dalla SEFRI e dall'UFSP e posta verosimilmente in

²⁷ *Coûts de l'assurance obligatoire des soins et recours à ses prestations en Suisse*. Obsan Bulletin 5/2013 (www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-05_f.pdf)

²⁸ L'elenco completo delle 36 misure perseguite da «Sanità2020» può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/gesund-heit2020/14638/index.html?lang=fr (non disponibile in italiano)

vigore nel 2019, costituisce un'ulteriore pietra miliare lungo il percorso per raggiungere questo obiettivo, nella misura in cui si prefigge di sostenere lo sviluppo dell'assistenza coordinata con specialisti sanitari qualificati a livello di scuole universitarie professionali. L'avvento di nuove figure professionali e di nuovi ruoli nell'assistenza medica di base può contribuire a sgravare soprattutto i medici attivi in questo settore, rendendo così più attrattive sia la professione di medico sia le professioni sanitarie e, di conseguenza, allungando la permanenza nella professione.

Programma di promozione dell'interprofessionalità

Nell'ambito dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ), il 19 giugno 2015 il Consiglio federale ha deciso di commissionare al DFI il lancio del programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario 2017-2020» a favore soprattutto dell'assistenza medica di base. Nella primavera del 2016, il DFI sottoporrà al Consiglio federale un progetto in tal senso con indicate le risorse necessarie per realizzarlo. Tale programma servirà a finanziare progetti nel settore della formazione e dell'assistenza sanitaria interprofessionale nonché a sostenere la collaborazione paritaria di diverse professioni nell'interesse di un'assistenza sanitaria meglio coordinata e intersettoriale. In questo modo sarà possibile impiegare le risorse umane in modo più efficiente a beneficio dei pazienti.

Promozione dell'assistenza coordinata

I pazienti affetti da patologie multiple tendono a consultare svariati specialisti che li curano prescrivendo loro farmaci e terapie dalla prospettiva del proprio settore specialistico. In mancanza di strutture d'incentivazione appropriate, spesso tali prestazioni vengono fornite in modo troppo poco coordinato. Sommati, i vari trattamenti possono provocare un'assistenza eccessiva, insufficiente o inadeguata e compromettere la qualità delle cure. Il rafforzamento dell'assistenza coordinata è quindi una delle misure fondamentali previste da «Sanità2020» che porterà a un impiego più mirato delle risorse umane e delle infrastrutture disponibili. Nei prossimi anni, l'attenzione sarà rivolta, da un lato, alla legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP), la cui attuazione – l'entrata in vigore è prevista nel 2017 – migliorerà le condizioni per il coordinamento dei trattamenti e accrescerà l'efficienza del sistema sanitario, e dall'altro, a miglioramenti puntuali in gruppi specifici di pazienti e in interfacce con un forte bisogno di coordinamento (p. es. passaggio ospedale-riabilitazione).

Strategie nazionali in materia di cure palliative, demenza o cure di lunga durata

Nel 2010, è stata lanciata la «Strategia nazionale in materia di cure palliative» decisa dalla Confederazione e dai Cantoni. Le cure palliative hanno lo scopo di migliorare il più possibile la qualità di vita restante delle persone affette da malattie incurabili, potenzialmente letali o croniche progressive. Tali cure si basano quasi esclusivamente su una collaborazione interprofessionale concordata in modo ottimale tra i rappresentanti delle diverse professioni sociosanitarie e mettono al primo posto, anziché la massima fornitura di prestazioni che richiede moltissime risorse (umane), una medicina personalizzata incentrata sulla qualità di vita dei pazienti.

Per fronteggiare meglio il bisogno di assistenza delle persone affette da demenza, nel 2013 la Confederazione e i Cantoni hanno adottato la «Strategia nazionale sulla demenza» che prevede, tra l'altro un esame dell'offerta di presa a carico disponibile per individuare eventuali lacune, la promozione del riconoscimento precoce e della diagnostica per migliorare il trattamento dei malati e il sostegno fornito ai loro familiari, e un'analisi dei sistemi di finanziamento esistenti per garantire una remunerazione adeguata e la sostenibilità finanziaria di prestazioni conformi al bisogno per persone affette da demenza. Questa strategia permetterà di sgravare per tempo le persone che assistono propri congiunti, di ritardare il più possibile la presa a carico stazionaria dei malati di demenza in case di cura e di rallentare l'aumento del bisogno di personale infermieristico specializzato.

Nel 2014, nel quadro del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità», la Confederazione e i Cantoni hanno concordato l'approntamento di una strategia per le cure di lunga durata. Attualmente in elaborazione, tale strategia si prefigge di ritardare il più possibile il bisogno di cure mediante il rafforzamento della prevenzione, e di garantire il finanziamento, il reclutamento di personale sanitario, l'alleggerimento dei familiari e la qualità delle cure di lunga

durata. Analogamente alle due strategie illustrate sopra, anche questa vuole contribuire a ridurre il bisogno di personale infermieristico specializzato.

Programma nazionale di ricerca FNS «Assistenza sanitaria»

Il PNR «Assistenza sanitaria» del FNS intende promuovere una ricerca innovativa nel campo dell'assistenza sanitaria. Durerà cinque anni, dal 2017 al 2021, ed è dotato di un budget di 20 milioni di franchi. Il suo obiettivo è acquisire conoscenze per ottimizzare le strutture di cura e assistenza sanitaria, migliorare la qualità dell'assistenza, accrescere l'efficienza, ridurre l'assistenza eccessiva, insufficiente o inadeguata, e contribuire a gestire le sfide concrete nel trattamento di malati cronici in Svizzera.

Revisione TARMED

Le prestazioni mediche nel settore ambulatoriale vengono oggi remunerate prevalentemente in base al tariffario medico unificato TARMED (LAMal, LAINF, LAM, LAI) che, in virtù del principio «più prestazioni fornisco, più prestazioni fatturo», incentiva l'aumento del volume delle prestazioni. Il tariffario è attualmente oggetto di una revisione da parte dei partner tariffali competenti (fornitori di prestazioni e associazioni degli assicuratori) che, in questo contesto, devono anche vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia, in altre parole rispettare il primato di una remunerazione delle prestazioni adeguata agli oneri e basata sul principio di causalità. Le prestazioni riportate nella struttura tariffale devono essere tariffate in modo congruo ed economico per non generare falsi incentivi, evitare la fornitura di prestazioni mediche non necessarie, prevenire ulteriori aumenti dei costi e, non da ultimo, non compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria. Le posizioni TARMED sovratariffate – per esempio nel settore della radiologia, della radioterapia, dell'oftalmologia o della chirurgia ambulatoriale – necessitano pertanto di un adeguamento. I partner tariffali hanno annunciato che sottoporranno la proposta di revisione al Consiglio federale per approvazione a metà 2016.

Concentrazione della medicina altamente specializzata

La medicina altamente specializzata (MAS) si occupa delle terapie e degli interventi rari, complessi e costosi (p. es. per grandi ustionati pediatrici). Se tali prestazioni vengono offerte in un numero eccessivo di centri, la qualità ne risente perché agli specialisti che le forniscono mancano routine e know-how tecnico; inoltre, diventa impossibile raggiungere un'efficienza ottimale, ciò che proprio nel settore MAS genera costi considerevoli. La revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) in materia di finanziamento ospedaliero obbliga i Cantoni ad approntare insieme nel settore della MAS una pianificazione per tutta la Svizzera. Se essi non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni (art. 39 cpv. 2^{bis} LAMal). Per adempiere tale obbligo, il 1° gennaio 2009, i direttori cantonali della sanità hanno posto in vigore la Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS). Sinora, sono già state attribuite prestazioni in vari sottosettori, ma contro numerose decisioni in tal senso diversi ospedali hanno interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale (TAF). Nelle sue sentenze, il TAF ha imposto una procedura di pianificazione a due fasi, che tutela il diritto degli ospedali di essere sentiti, e ha ribadito che i criteri di pianificazione emanati dal Consiglio federale devono essere rispettati. Il 18 dicembre 2015, il Consiglio federale ha adottato un rapporto della CDS che fa il punto della situazione sulla pianificazione MAS. Ad oggi, non si è mai avvalso della sua competenza sussidiaria in materia. Una nuova valutazione è prevista tra tre anni. Nel frattempo continuerà a seguire gli sviluppi in questo ambito e, all'occorrenza, ad adottare misure – senza far uso della competenza citata – affinché il processo di pianificazione non subisca inutili battute d'arresto.

Strategia della qualità e rafforzamento della valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment HTA)

Sul fatto che la Confederazione debba assumere un ruolo direttivo e coordinatore nel settore della garanzia della qualità sono tutti concordi. Per consentire un'attuazione efficiente e duratura della sua strategia della qualità adottata nel 2009, il Consiglio federale ha elaborato un avamprogetto di legge per la creazione e il finanziamento di strutture nazionali volte a migliorare la qualità (legge federale sul Centro per la qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) e – al fine di sfruttare le sinergie esistenti tra i due settori – a rafforzare la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment HTA). Il rafforzamento dell'HTA serve a verificare sistematicamente le prestazioni mediche già rimborsate dall'AOMS, a predisporre basi decisionali migliori per la valutazione di nuove prestazioni e a individuare prontamente eventuali prestazioni o estensioni delle indicazioni la cui efficacia, appropriatezza o economicità risulta controversa. L'obiettivo è ridurre il numero di prestazioni, farmaci e procedure inefficaci e inefficienti, e frenare l'aumento dei costi. Sulla base dei risultati della procedura di consultazione sull'avamprogetto di legge, a maggio 2015 il Consiglio federale ha deciso di trattare separatamente i due settori qualità e HTA. Entro la primavera del 2016, l'UFSP sottoporrà per decisione al Consiglio federale una proposta relativa alle risorse necessarie. Il Consiglio federale ha inoltre concesso mezzi per la realizzazione di un primo programma HTA 2015-2017 pari a 600 000 franchi l'anno.

La strategia della qualità mira ad accrescere ulteriormente la sicurezza e la qualità del sistema sanitario, e a ridurre i costi causati da una qualità insufficiente. Il suo finanziamento sarà garantito dagli assicuratori-malattie. Un servizio specializzato dell'UFSP elaborerà proposte di obiettivi strategici all'attenzione del Consiglio federale, preparerà, metterà a concorso, assegnerà e valuterà progetti e programmi. Una commissione extraparlamentare denominata «Qualità nell'assicurazione malattie» assisterà la Confederazione nell'elaborazione degli obiettivi strategici attraverso i quali il Consiglio federale indicherà la direzione da seguire. Per l'attuazione della strategia ci si baserà sulle conoscenze tecniche del personale sanitario specializzato, dei Cantoni, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati nonché dei pazienti. La modifica necessaria della legge federale sull'assicurazione malattie sarà posta in vigore entro il 2018.

Settore: assistenza sanitaria e costi	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Riduzione della dipendenza dall'estero nelle professioni sanitarie, impiego delle risorse umane adeguato alle competenze e promozione dell'interprofessionalità.	In aggiunta alla formazione di più medici, messa in vigore nel 2019 della legge sulle professioni sanitarie per accelerare lo sviluppo dell'assistenza coordinata con specialisti sanitari qualificati e per preparare il terreno alla collaborazione interprofessionale delle professioni sanitarie SUP con le professioni mediche. Lancio nel quadro dell'«Iniziativa sul personale qualificato» (IPQ) di un programma di promozione 2017-2020 volto a rafforzare la formazione e l'attività lavorativa interprofessionale nell'interesse di un'assistenza meglio coordinata.
Miglioramento dell'orientamento del sistema sanitario al bisogno di una popolazione sempre più anziana.	Adeguamento dell'assistenza sanitaria al bisogno della popolazione e impiego efficiente delle risorse attraverso numerosi progetti, strategie e misure come la promozione dell'assistenza coordinata in gruppi specifici di pazienti e in determinate interfacce (p. es. passaggio ospedale-riabilitazione), l'introduzione della cartella informatizzata del paziente, le strategie in materia di cure palliative, demenza o cure di lunga durata, o il programma nazionale di ricerca FNS «Assistenza sanitaria».

Settore: assistenza sanitaria e costi	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Freno all'evoluzione dei costi.	Revisione del tariffario medico unificato TARMED da parte dei partner tariffali. Le prestazioni riportate nella struttura tariffale devono essere tariffate in modo congruo ed economico per non generare falsi incentivi, evitare la fornitura di prestazioni mediche non necessarie, prevenire ulteriori aumenti dei costi e, non da ultimo, non compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria. Nella medicina altamente specializzata (MAS), concentrazione di ulteriori sottosettori per migliorare l'efficienza e la qualità delle relative prestazioni. Attuazione della strategia della qualità e rafforzamento della valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment HTA) per migliorare la qualità e la sicurezza dei pazienti, e ridurre le prestazioni inefficaci o non necessarie.

3.4. Condizioni quadro della politica sanitaria

Mentre il capitolo 3.3 si è concentrato sulle diverse professioni sanitarie, sulla loro collaborazione e sullo sviluppo dell'offerta di assistenza sanitaria adeguata al bisogno, la breve panoramica sottostante mostra che un potenziale importante per sgravare il sistema sanitario è presente sia nelle persone ancora sane sia in quelle già malate. Motivandole ed educandole ad adottare uno stile di vita più sano e a prendersi maggiormente cura di sé stesse si potrebbe ridurre notevolmente il bisogno di prestazioni mediche e sanitarie. Un contributo per migliorare lo stato di salute può altresì giungere da decisioni in altri ambiti della politica – per esempio la formazione, l'economia, l'ambiente e gli affari sociali – volte a rafforzare le pari opportunità e la partecipazione alla vita economica e sociale o a migliorare le condizioni ambientali.

Settore: condizioni quadro della politica sanitaria	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Aumento della percentuale di anni trascorsi in buona salute rispetto alla durata della vita (compressione della morbilità) per ridurre la domanda di prestazioni mediche e di cura.	Diversi programmi che si concluderanno alla fine del 2016 – per esempio i programmi nazionali tabacco e alcol – saranno integrati nelle strategie nazionali in materia di malattie non trasmissibili, dipendenze e malattie psichiche. Ciò permetterà di coordinare meglio i vari sforzi di prevenzione del consumo di sostanze o di comportamenti e di sfruttare meglio le sinergie nell'ambito di queste tre priorità tematiche. In collaborazione con i suoi partner, la Confederazione intende inoltre motivare la popolazione ad adottare uno stile di vita sano. Le strategie nazionali contro le infezioni nosocomiali (NOSO), l'HIV e le infezioni sessualmente trasmissibili (IST), la strategia per l'eliminazione del morbillo e la strategia nazionale di prevenzione dell'influenza stagionale (GRIPS) ridurranno ulteriormente il carico di morbilità delle malattie trasmissibili.

Settore: condizioni quadro della politica sanitaria	
Sfide	Misure in corso (Sanità2020)
Promozione della competenza individuale in materia di salute ed educazione all'autoassistenza.	Misura focalizzata sui gruppi di popolazione più vulnerabili, per esempio persone migranti o a basso reddito, spesso sprovviste delle conoscenze necessarie per poter usufruire adeguatamente del sistema sanitario.
Sensibilizzazione di altri settori politici su questioni sanitarie.	<p>Preso atto delle 330 000 persone in età attiva regolarmente impegnate in compiti di cura e assistenza, e visto il prospettato aumento del bisogno in questo ambito, nel 2014, il Consiglio federale ha adottato un piano d'azione volto a sostenere e sgravare in modo mirato le persone che assistono o prestano cure a propri congiunti. Inoltre, nella primavera del 2016 deciderà in merito a un programma di promozione per potenziare le offerte di alleggerimento nel periodo 2017-2020. Tale misura si inserisce nell'«Iniziativa sul personale qualificato plus» (IPQ plus) e si prefigge di ridurre il bisogno di manodopera specializzata.</p> <p>Poiché la salute dipende per il 60 per cento da fattori che esulano dalla politica sanitaria, l'UFSP attua una politica sanitaria globale per sensibilizzare altri settori politici e motivare le persone ad adottare uno stile di vita sano.</p>

4. Allegato

Figura X

Nuove leve di medici per provenienza formativa 2005-2013

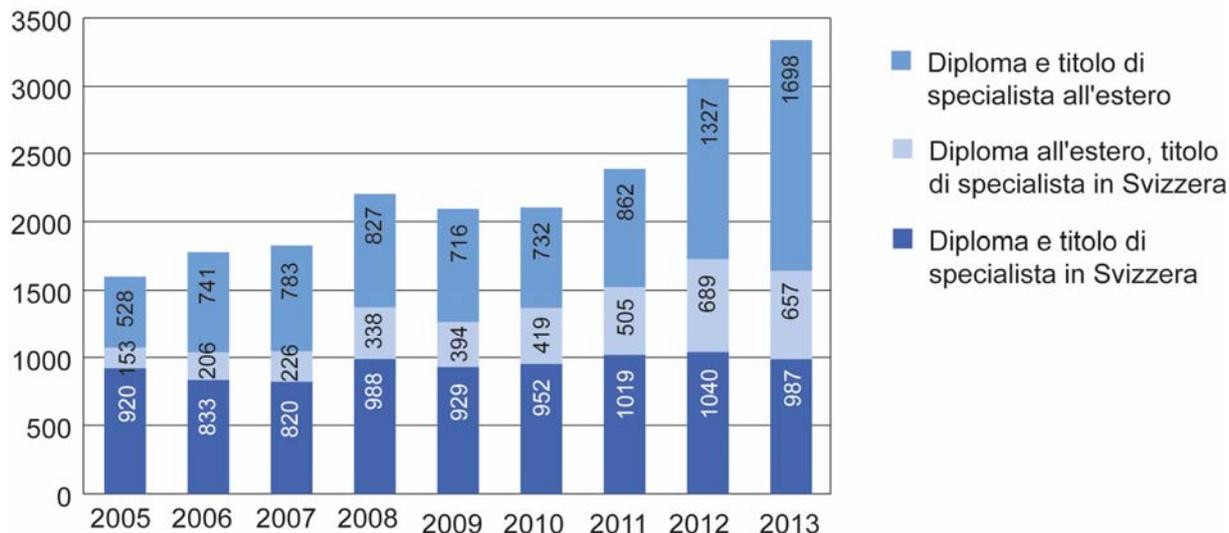


Figura Y

Titoli di perfezionamento per settore specialistici

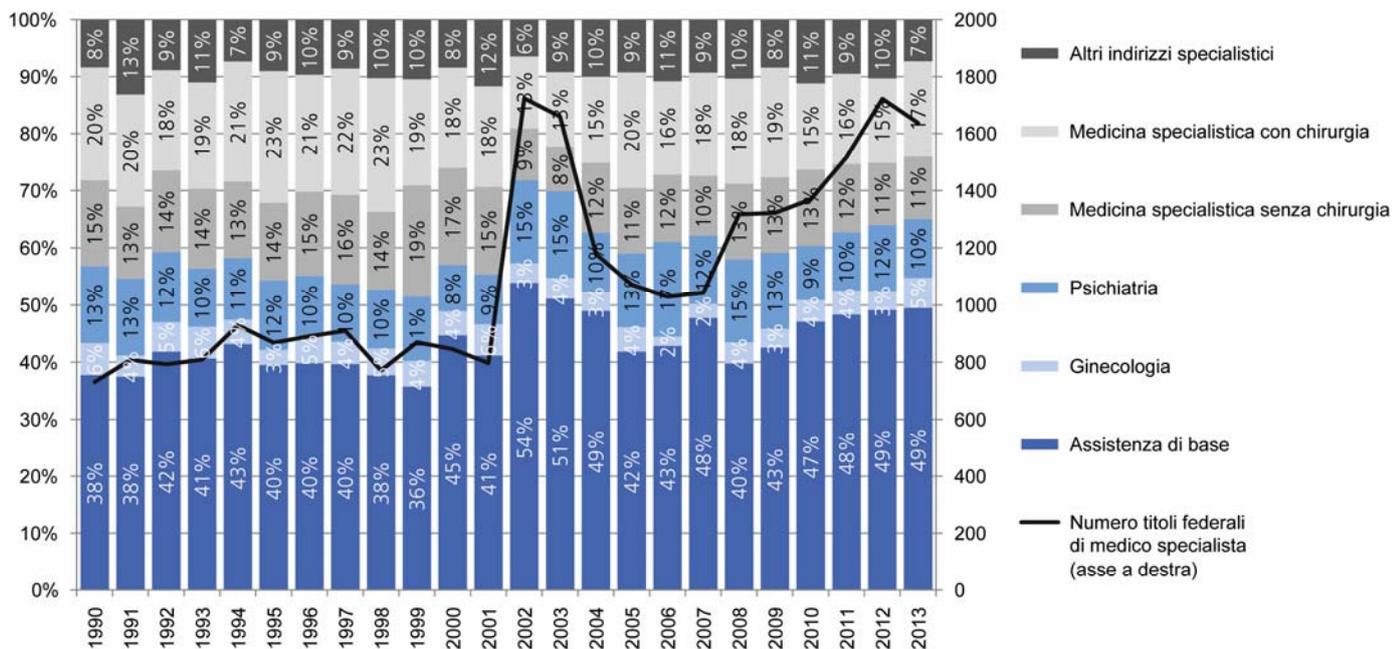


Figura Z

