

**Rapporto esplicativo
concernente il controprogetto del Consiglio federale
all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia»**

6 aprile 2011

Compendio

Il 1° aprile 2010 è stata depositata presso la Cancelleria federale l'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» corredata da oltre 200 000 firme. Tale iniziativa intende assicurare un futuro alla medicina di famiglia in tutta la Svizzera, garantire al cittadino-paziente la possibilità di sottoporsi ad accertamenti diagnostici e di ricevere cure ottimali dal suo medico di famiglia, nonché garantire il ricambio generazionale di questa categoria di medici. Punto centrale dell'iniziativa è la richiesta di posizionare la medicina di famiglia «quale elemento essenziale delle cure di base e, di regola, quale prima risorsa per la cura di malattie e infortuni, nonché per questioni riguardanti l'educazione alla salute e la prevenzione delle malattie», inclusa la prevenzione.

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

Il 13 ottobre 2010, il Consiglio federale ha respinto l'iniziativa popolare, decidendo di presentare un controprogetto diretto. In particolare, ha rifiutato di accordare ai medici di famiglia uno statuto speciale a livello costituzionale. D'altra parte, ha tuttavia riconosciuto che in alcuni settori l'iniziativa avanza richieste legittime, da cui la decisione di proporre un controprogetto diretto. Partendo dal normale bisogno di prestazioni mediche di base della popolazione, il controprogetto in questione non si focalizza esclusivamente sulla medicina di famiglia, bensì sull'intera medicina di base che, oltre ai medici di famiglia, coinvolge anche altri professionisti sanitari medici e non medici che lavorano insieme in modo coordinato. Il controprogetto diretto prevede altresì che Confederazione e Cantoni garantiscano e sviluppino, su una base di coordinamento reciproco, una medicina di base di alta qualità e accessibile a tutti. A tal fine, le competenze federali e cantonali esistenti rimangono sostanzialmente immutate. Alla Confederazione viene però assegnata una nuova competenza riguardante la formazione e il perfezionamento, nonché l'esercizio delle professioni della medicina di base. Per il resto, essa è chiamata ad assumere competenze in settori chiaramente definiti solo in via sussidiaria e se ciò è necessario per garantire la medicina di base.

Indice

Compendio	2
1 Situazione iniziale	4
2 Aspetti formali e validità dell'iniziativa	4
2.1 Testo dell'iniziativa	4
2.2 Riuscita formale e termini di trattazione	5
2.3 Validità	5
2.4 Analisi dell'iniziativa popolare	6
3 Posizione del Consiglio federale	6
4 Controprogetto diretto	8
4.1 Testo 8	
4.2 Collocazione sistematica	8
4.3 Commento	9
4.3.1 Capoverso 1	9
4.3.2 Capoverso 2	10
4.3.3 Capoverso 3	12
4.3.4 Capoverso 4	14
4.3.5 Capoverso 5	14
4.4 Rapporto con altre disposizioni costituzionali	14
4.4.1 Articolo 117 della Costituzione federale (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)	14
4.4.2 Articoli 118 - 119a della Costituzione federale (Protezione della salute, medicina complementare, ricerca sull'essere umano, medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano, medicina dei trapianti)	15
4.4.3 Articoli 63, 63a e 64 della Costituzione federale (Formazione)	15
4.4.4 Ricerca 17	
4.4.5 Articolo 95 capoverso 1 della Costituzione federale (Attività economica privata)	18
4.4.6 Altre disposizioni costituzionali	19
5 Misure attuabili a breve termine	19
6 Ripercussioni finanziarie e a livello di personale del controprogetto diretto	20
7 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	21

1 Situazione iniziale

Il 1° aprile 2010 è stata depositata presso la Cancelleria federale, corredata da oltre 200 000 firme, l'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» lanciata il 29 settembre 2009 dall'Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera (Medici di famiglia Svizzera), fondata dalle tre società specialistiche dei medici di base (Società svizzera di medicina generale SSMG, Società svizzera di medicina interna SSMI e Società svizzera di pediatria SSP) per perseguire obiettivi di politica professionale comuni.¹

L'obiettivo dichiarato degli iniziattivisti è quello di rafforzare la medicina di famiglia in Svizzera, nonché di agevolare e rendere finanziariamente più interessante l'esercizio della professione di medico di famiglia affinché quest'ultima torni a essere ambita da una giovane generazione di medici. Per realizzarlo, essi chiedono l'inserimento nella Costituzione di diversi obiettivi e misure che vincolino maggiormente la Confederazione e i Cantoni, in particolare la definizione del ruolo del medico di famiglia quale, di regola, prima risorsa nel settore sanitario, e l'accesso assicurato all'esercizio della professione.

Con una decisione di principio, il 13 ottobre 2010 il Consiglio federale ha respinto l'iniziativa popolare e annunciato la presentazione di un controprogetto diretto. Tale controprogetto riprende alcune richieste dell'iniziativa e, pur riconoscendo il ruolo importante dei medici di famiglia come parte della medicina di base, non attribuisce loro uno statuto privilegiato, bensì li integra come componente fondamentale in una medicina di base interconnessa, coordinata e multiprofessionale.

Sia l'iniziativa popolare sia il controprogetto diretto del Consiglio federale si prefiggono di rispondere ai cambiamenti ascrivibili, tra l'altro, alle crescenti pressioni per una trasformazione strutturale del sistema sanitario, nonché ai mutati fattori sociali, economici e demografici.

2 Aspetti formali e validità dell'iniziativa

2.1 Testo dell'iniziativa

Il testo dell'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» recita:

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 118b (nuovo) Medicina di famiglia

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

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

¹ Cfr. <http://www.hausaerzteschweiz.ch/fr/home.html> (disponibile solo in francese e in tedesco).

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

⁴ La Confederazione emana prescrizioni concernenti:

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

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

In merito all'iniziativa sono inoltre disponibili precisazioni dettagliate messe a punto dal comitato promotore.²

2.2 Riuscita formale e termini di trattazione

L'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia» è stata depositata il 1° aprile 2010 corredata dalle firme necessarie. Con decisione del 27 aprile 2010, la Cancelleria federale ne ha constatato la riuscita formale con 200 210 firme valide.³

L'iniziativa è stata presentata sotto forma di progetto elaborato e il Consiglio federale ha deciso di opporle un controprogetto diretto. Conformemente all'articolo 97 capoverso 2 della legge del 13 settembre 2002 sul Parlamento (LParl)⁴, il Consiglio federale ha quindi tempo fino, al più tardi, al 1° ottobre 2011 per presentare un messaggio con un disegno di decreto federale. Dal canto suo, l'Assemblea federale deve decidere entro il 1° ottobre 2012 se raccomandare al Popolo e ai Cantoni l'accettazione o il rifiuto dell'iniziativa popolare (art. 100 LParl); nel caso una Camera si pronunci per un controprogetto o per un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa, il termine di trattazione può essere prorogato di un anno (art. 105 cpv. 1 LParl).

2.3 Validità

L'iniziativa soddisfa le condizioni di validità previste dall'articolo 139 capoverso 3 della Costituzione federale (Cost.):

- a) è formulata sotto forma di progetto interamente elaborato e soddisfa le esigenze di unità della forma;

² Cfr. http://www.samf.ch/download/explic_it.pdf

³ FF 2010 2581

⁴ RS 171.10

- b) tra i singoli elementi che la compongono esiste un nesso materiale e pertanto soddisfa le esigenze di unità della materia;
- c) non viola disposizioni cogenti del diritto internazionale e pertanto soddisfa le esigenze di compatibilità con tale diritto.

L'iniziativa deve quindi essere dichiarata valida.

2.4 Analisi dell'iniziativa popolare

L'iniziativa popolare sarà analizzata in modo approfondito nell'ambito del messaggio del Consiglio federale.

3 Posizione del Consiglio federale

Come menzionato, sia l'iniziativa sia il controprogetto diretto mirano a risolvere un problema che si va viepiù acuendo sotto la spinta dei cambiamenti demografici, economici e sociali, e che si manifesta soprattutto nella sempre più accentuata penuria di medici e di altri specialisti, e in una struttura dell'offerta sempre meno adeguata ai bisogni.

Impasse di diverse entità a dipendenza della regione si osservano soprattutto nella regolamentazione della successione degli studi individuali che costituiscono il modello classico dell'assistenza di base fornita dal medico di famiglia. Questa situazione è dovuta, da un lato, all'incremento del numero di donne che esercitano la professione di medico e, dall'altro, al cambiamento generale delle aspettative professionali. In particolare, l'aspirazione sempre più diffusa tra i medici di lavorare a tempo parziale per trovare un equilibrio tra attività professionale e vita privata risulta inconciliabile con l'immagine tradizionale del medico di famiglia. Considerato il desiderio di lavorare a tempo parziale, la ripresa di uno studio individuale comporta segnatamente un rischio economico maggiore che molti medici non sono più disposti a correre. Per questi motivi, soprattutto i giovani medici preferiscono lavorare per studi associati o, in generale, per unità assistenziali di maggiori dimensioni che meglio rispondono alle loro esigenze professionali. A questo proposito, è interessante notare come dal 2006 la quota di titoli di medico specialista rilasciati a fornitori di prestazioni mediche di base sia rimasta perlopiù stabile, tra il 40 e il 48 per cento, ciò che smentisce l'opinione diffusa secondo cui l'interesse per la professione di medico di base stia scemando.

La mancanza di corrispondenza tra la struttura dell'offerta ambulatoriale esistente (studi medici individuali) e le condizioni di lavoro auspiccate dai giovani medici e da altri specialisti della medicina di base, come pure il fatto che, in linea di principio, in Svizzera vengono formati troppo pochi specialisti, sono entrambi fattori che rafforzano la necessità di interventi. Da un lato, occorre aumentare in linea generale il numero di posti per la formazione e il perfezionamento e, dall'altro, rendere possibile mediante misure appropriate il cambiamento strutturale verso unità assistenziali più grandi e meglio coordinate. Questo decorso si rivela necessario anche in considerazione dell'evoluzione demografica e delle nuove sfide che essa comporta, e deve essere sorretto da una politica sulla formazione e il perfezionamento, nonché sull'esercizio della professione da parte dei professionisti sanitari medici e non medici orientata al futuro, che tenga presente anche la mutata situazione formativa delle professioni infermieristiche e terapeutiche. Oggi, infatti, questi specialisti sanitari assolvono cicli formativi del livello terziario nelle scuole universitarie e, grazie alla loro formazione di base e alla loro specializzazione,

possiedono competenze che li avvicinano sempre di più ai medici, nella loro qualità d'interlocutori in grado di lavorare in modo autonomo e di assumersi responsabilità specialistiche. Poiché una medicina di base deve comprendere, oltre alle cure vere e proprie, anche e soprattutto la prevenzione, la riabilitazione e le cure palliative, è evidente che l'interconnessione e la stretta collaborazione tra i diversi professionisti sono requisiti imprescindibili.

Già oggi la medicina di base viene prestata, oltre che dai medici di famiglia, anche da altri professionisti universitari e non universitari del settore della salute. Inoltre, molti pazienti trovano un'assistenza adeguata alle loro esigenze e ai loro bisogni nei centri sanitari e di pronto soccorso come quelli che, spesso in cooperazione con ospedali, stanno sorgendo nelle città. Infine, mentre alcuni pazienti costantemente in cura da medici specialisti auspicano in linea di principio il proseguimento di questo tipo di assistenza, altri chiedono di poter essere seguiti da vicino da un medico di famiglia. Una tale molteplicità di esigenze dei pazienti non può essere soddisfatta da un percorso terapeutico prescritto unilateralmente nella Costituzione.

Al contrario, la popolazione svizzera attribuisce grande importanza alla libera scelta del medico e ritiene che spetti al singolo individuo decidere se e come eventualmente limitare tale scelta. Queste posizioni di fondo non trovano riscontro nell'iniziativa popolare, in quanto essa stabilisce che, di regola, il medico di famiglia deve essere la prima risorsa del sistema di cure. Inoltre, a fronte dell'accresciuta incidenza delle patologie multiple complesse, desta interrogativi dal punto di vista della politica sanitaria la proposta di designare, privilegiandola, un'unica categoria professionale quale, di regola, prima risorsa per la cura di malattie e infortuni, precludendo di fatto a tutti gli altri medici specialisti la possibilità di offrire le prime consultazioni. Questo meccanismo, infatti, avrebbe importanti ripercussioni sulla libera scelta del medico.

Inoltre, se venisse accettata, l'iniziativa comporterebbe costi elevati: basti ad esempio pensare che occorrerebbe assicurare l'accesso alla professione a tutti i medici di famiglia (p.es. tramite l'eliminazione permanente delle limitazioni riguardanti l'autorizzazione a esercitare nel quadro dell'assicurazione sociale malattie; cfr. cpv. 4 lett. b del testo dell'iniziativa). La Confederazione e i Cantoni verrebbero in tal caso privati, in base alla Costituzione, di qualsiasi strumento di gestione anche in quelle regioni dove notoriamente non sussiste alcuna penuria di beni e servizi della medicina di base. L'estensione quantitativa risultante dall'offerta eccessiva provocherebbe un incremento dei costi e lo stesso farebbero le richieste inerenti all'ampliamento e all'adeguata remunerazione delle prestazioni (cfr. cpv. 4 lett. c), nonché alla valorizzazione delle particolari attività di consulenza e di coordinamento (cfr. cpv. 4 lett. d). I costi supplementari così generati dovrebbero essere coperti dai premi delle assicurazioni sociali e dalle entrate fiscali della Confederazione e dei Cantoni.

Riepilogando, analogamente all'iniziativa, il Consiglio federale riconosce la necessità d'intervenire nel settore della medicina di base. In aggiunta ai provvedimenti⁵ già adottati in questo settore dalla Confederazione e dai Cantoni negli ultimi anni, sono ora previste ulteriori misure a breve termine (cfr. punto 5). Ciò nonostante, il Consiglio federale è del parere che, a livello costituzionale,

⁵ Gruppo di lavoro «Assistenza medica di base» CDS / UFSP; <http://www.gdk-cds.ch/251.0.html>

l'accento non vada posto sugli interessi particolari di una singola categoria professionale, bensì sulla medicina di base, nell'interesse di tutta la popolazione.

Il controprogetto diretto si concentra sulla *medicina di base*, rinunciando a una nuova regolamentazione della ripartizione delle competenze nell'intera assistenza sanitaria. Una reimpostazione di tale portata, infatti, dovrebbe essere necessariamente preceduta da approfondite e accurate analisi e discussioni tra i partner coinvolti, sulla falsariga di quando sta accadendo tra Confederazione (Dipartimento federale dell'interno DFI) e Cantoni (Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS) nell'ambito del progetto «Strategia nazionale della sanità».

4 Controprogetto diretto

4.1 Testo

Il testo della disposizione costituzionale recita:

Art. 117a Cost. Medicina di base

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

² La Confederazione emana prescrizioni sulla formazione e il perfezionamento per le professioni della medicina di base e sul loro esercizio.

³ Se necessario per garantire la medicina di base, la Confederazione può emanare prescrizioni su:

- a. la gestione e il coordinamento dell'assistenza e dell'offerta di formazione e perfezionamento;
- b. la garanzia della qualità delle prestazioni e il loro indennizzo;
- c. lo scambio elettronico di dati.

⁴ La Confederazione può fornire consulenza ai Cantoni per lo sviluppo e l'introduzione di modelli di assistenza moderni.

⁵ La Confederazione e i Cantoni coordinano la preparazione e l'attuazione delle loro misure.

4.2 Collocazione sistematica

Da una parte, un'integrazione della disposizione costituzionale sulla medicina di base proposta dal controprogetto nelle norme sulla competenza (art. 118-119a Cost.⁶) finalizzate alla protezione della salute e della personalità dell'uomo appare illogica⁷. Dall'altra, per preservare la connessione dell'articolo 117 Cost. (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni) con le altre norme sulla sicurezza

⁶ Solo l'articolo 118a (Medicina complementare) non ha come scopo prioritario la protezione della salute e della personalità.

⁷ L'iniziativa popolare esige che la nuova disposizione venga inserita nella Costituzione federale come articolo 118b. Il 7 marzo 2010, tuttavia, è già entrato in vigore un articolo 118b intitolato «Ricerca sull'essere umano».

sociale, la disposizione in questione deve essere inserita nella Costituzione come nuovo articolo 117a Cost.

4.3 Commento

4.3.1 Capoverso 1

La norma costituzionale del controprogetto esordisce con una disposizione programmatica che non modifica in alcun modo la ripartizione delle competenze tra la Confederazione e i Cantoni. Il *capoverso 1* conferisce un mandato generale agli attori statali, senza tuttavia imporre loro il raggiungimento di un risultato, né tantomeno creare diritti che possono essere fatti valere in sede giudiziaria. Contrariamente all'iniziativa, la norma costituzionale proposta dal controprogetto pone al centro la medicina di base a favore della quale gli enti pubblici devono adoperarsi nell'ambito dei rispettivi compiti. La descrizione della *medicina di base* è orientata al bisogno corrente della popolazione di beni e prestazioni mediche fondamentali per la prevenzione, le cure, la riabilitazione e le cure palliative. In linea di principio, se tali prestazioni sono offerte in regime ambulatoriale o stazionario è irrilevante ai fini della loro attribuzione alla medicina di base. Inoltre, non vengono fornite da una sola categoria professionale, bensì da diversi specialisti e istituzioni. Per la descrizione della medicina di base ciò che conta è che le sue prestazioni fondamentali vengano per esperienza richieste regolarmente dai diversi gruppi di popolazione e che ciò prosegua anche in futuro. Il concetto di assistenza di base viene utilizzato e descritto rifacendosi anche al suo attuale utilizzo nella Costituzione⁸ e nelle leggi federali⁹. Da un lato, inoltre, tale assistenza può essere distinta da quella fornita nell'ambito del diritto all'aiuto in situazioni di bisogno (art. 12 Cost.), in quanto le sue prestazioni vanno oltre l'aiuto medico minimo fornito a ogni persona in una *situazione di bisogno* e in misura adeguata solo alle circostanze concrete del singolo caso. Dall'altro, non include tutte le prestazioni dell'*assistenza sanitaria* come quelle richieste solo sporadicamente (p.es. trattamento di malattie molto rare) o che, per altri motivi (p.es. disponibilità di conoscenze specialistiche per particolari quadri clinici, requisiti qualitativi, elevate esigenze tecniche o ripercussioni finanziarie), possono essere offerte unicamente in forma concentrata.

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

⁸ Articolo 43a capoverso 4 e articolo 92 capoverso 2 Cost.; cfr. anche avamprogetto del 27 agosto 2010 sul nuovo articolo 41a Cost.

⁹ Articolo 1 capoverso 2 della legge del 30 aprile 1997 sulle telecomunicazioni (RS 784.10); sezione 1 del capitolo 2 della legge del 23 marzo 2007 sull'approvvigionamento elettrico (RS 734.7).

Il requisito secondo cui la medicina di base deve essere *di alta qualità* implica, tra l'altro, che le prestazioni devono essere sempre fornite da specialisti qualificati, di comune intesa e in interconnessione tra loro, e in ogni caso solo nella misura necessaria. Occorre cioè evitare un'assistenza eccessiva o insufficiente. Infine, è necessario prestare attenzione alla garanzia della qualità nella fornitura delle prestazioni. La disposizione costituzionale non specifica nel dettaglio quali prescrizioni e quali misure vengono introdotte o attuate dalle autorità e nella prassi.

La disposizione costituzionale del controprogetto nomina esplicitamente la *medicina di famiglia* come una *componente fondamentale* della medicina di base, visto che – anche se non in modo esclusivo – ne costituisce la spina dorsale e svolge o può svolgere una funzione importante ai fini dell'assistenza globale dei pazienti. Nel contempo stabilisce però chiaramente che la medicina di base non può essere monopolizzata né dai medici di famiglia né da altre categorie professionali mediche o non mediche. Visto il carattere sempre più interdisciplinare della medicina di base, un monopolio di questo tipo sarebbe poco lungimirante e, in caso di penuria di medici di famiglia, potrebbe addirittura metterla a repentaglio. Come indicato nella documentazione dell'iniziativa, il concetto di medicina di famiglia è di uso comune nel linguaggio corrente, ma tra gli specialisti è regolarmente oggetto di discussioni. Nell'ambito della disposizione costituzionale del controprogetto, la medicina di famiglia è intesa come un campo di attività medica focalizzato prevalentemente sull'assistenza primaria al quale devono orientarsi, tra l'altro, anche i requisiti posti alla formazione e al perfezionamento come pure all'infrastruttura. Il compito di decidere quali titoli di perfezionamento medico attribuire alla medicina di famiglia viene però lasciato al legislatore¹⁰.

La norma proposta dal controprogetto, quindi, definisce sulla falsariga di disposizioni costituzionali analoghe¹¹ l'orientamento generale al quale gli enti pubblici devono attenersi nell'ambito delle loro competenze. Pertanto, ogni volta che operano nel settore della medicina di base, gli organi federali e cantonali (unitamente a quelli comunali) incaricati di stabilire e di applicare il diritto sono tenuti a perseguire tale orientamento. Così facendo, stabiliscono anche l'entità concreta della medicina di base, nonché le misure da adottare per garantirne l'accessibilità e la qualità, aspetti questi ultimi che non possono essere sanciti in modo astratto nella Costituzione. Per contro, il principio di sussidiarietà (art. 5a Cost.) stabilisce già – e per questo motivo non viene più ribadito nella disposizione del controprogetto – che quando lo Stato interviene anche nel settore della medicina di base deve sempre farlo a complemento della responsabilità personale e dell'iniziativa privata.

4.3.2 Capoverso 2

Per raggiungere l'obiettivo prescritto nella disposizione costituzionale del controprogetto, ossia una medicina di base di alta qualità e accessibile a tutti, è fondamentale che tutti gli specialisti coinvolti ricevano una formazione e un perfezionamento che tengano conto delle esigenze di tale assistenza. In questo contesto, per formazione e perfezionamento si intende un processo che comprende varie parti: la formazione professionale di base, la formazione nelle scuole

¹⁰ Cfr. per la legislazione vigente art. 55a della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) (RS 832.10); allegato 1 dell'ordinanza sulle professioni mediche (RS 811.112.0).

¹¹ Articolo 61a capoverso 3 e articolo 89 capoverso 1 Cost.

universitarie professionali e negli atenei, la formazione professionale continua e il perfezionamento accademico post-laurea. Il perfezionamento, in particolare, serve ad approfondire e ad ampliare le competenze acquisite nel corso della formazione oppure a specializzarsi in un determinato settore o campo di attività. L'attribuzione delle parti citate sopra alla formazione o al perfezionamento non è definita in modo generale nella Costituzione, ma spetta piuttosto al legislatore stabilirla tenendo conto della terminologia correntemente in uso nel rispettivo campo.

Su questo sfondo, il *capoverso 2* conferisce alla Confederazione la competenza di disciplinare la formazione e il perfezionamento per le professioni della medicina di base e la autorizza a introdurre nel loro regolamento sulla formazione e il perfezionamento aspetti di politica sanitaria e assistenziale, come ad esempio una migliore armonizzazione dei diversi profili di competenza finalizzata a una collaborazione più efficiente e meglio coordinata. La Confederazione ha inoltre la possibilità, mediante la prescrizione di obiettivi, di disciplinare a livello legislativo particolari conoscenze, attitudini e capacità riguardanti la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale con specialisti di altre professioni, le basi legali del sistema di sicurezza sociale e del sistema sanitario svizzeri, nonché la valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni. Il *capoverso 2* permette altresì alla Confederazione d'introdurre una regolamentazione della formazione per tutte le professioni della medicina di base più completa rispetto a quella odierna e di emanare prescrizioni sull'esercizio di tali professioni anche se svolte in forma privata (art. 95 cpv. 1 Cost.). Visti i diversi campi di attività aperti a ciascuna di queste professioni, il legislatore federale deve emanare eventuali prescrizioni tenendo presente il bisogno in tal senso di ognuna di esse.

Gli specialisti attivi nella medicina di base non sono esclusivamente i medici comunemente denominati «di base» (p.es. medici specialisti in medicina interna generale o in pediatria, medici generici) o medici di famiglia¹². Infatti, anche altri specialisti sanitari medici (p.es. psichiatri, geriatri e cardiologi) e non medici (in particolare odontoiatri, farmacisti e infermieri, ma anche p.es. assistenti di studio medico, dietisti, tecnici di radiologia medica e soccorritori sanitari) forniscono un contributo importante alla medicina di base. Conformemente alla disposizione costituzionale proposta dal controprogetto, la Confederazione deve emanare regolamenti sulla formazione e il perfezionamento per professioni di diversi livelli formativi: universitario (p.es. medico, farmacista), universitario professionale (livello terziario A, p.es. infermiere SUP, dietista) e professionale superiore (livello terziario B, p.es. infermiere SSS). Il compito di definire in dettaglio la cerchia degli specialisti attivi nella medicina di base spetta al legislatore.

Pertanto, il *capoverso 2* assegna alla Confederazione una competenza che va oltre a quella sancita dalle pertinenti disposizioni costituzionali esistenti (cfr. punti 4.4.3 e 4.4.4), consentendole di fissare obiettivi di politica sanitaria e assistenziale riguardanti la formazione e il perfezionamento, nonché l'esercizio della professione. Nel contempo, le conferisce anche la facoltà di legiferare indipendentemente dal contesto (pubblico o privato) in cui tali professioni vengono esercitate. In virtù del *capoverso 2*, la Confederazione può inoltre emanare regolamenti sulla formazione e il perfezionamento per quelle professioni della medicina di base, in particolare a livello di scuole universitarie professionali, che a differenza di altre (p.es. le

¹² Cfr. articolo 55a *capoverso 1* della legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

professioni mediche universitarie ai sensi della LPMed) non sono ancora state disciplinate, e regolamentarne l'esercizio se ciò appare utile e appropriato.

Tali competenze, tuttavia, non influenzano né le modalità di finanziamento previste dalle disposizioni costituzionali sulla formazione, né le strutture formative che ne risultano.

4.3.3 Capoverso 3

Conformemente al *capoverso 3*, la Confederazione può intervenire in determinati aspetti della medicina di base mediante l'emanazione di leggi. Tale facoltà è puramente sussidiaria; in altre parole, la Confederazione può emanare prescrizioni solo se ciò è necessario per garantire una medicina di base di alta qualità e accessibile a tutti. Questa concezione ha un duplice effetto limitativo: da un lato, evita che la Confederazione intervenga in assenza di una necessità comprovata in settori di competenza dei Cantoni, dall'altro, impedisce al legislatore di attivarsi spinto da altri motivi che non siano la garanzia della medicina di base. Ciò nonostante, è lasciato all'apprezzamento del legislatore federale valutare in quali situazioni è indispensabile che la Confederazione intervenga per garantire una medicina di base di alta qualità e accessibile a tutti, fornita in modo efficiente e finanziariamente sostenibile. Le possibilità di regolamentazione da parte della Confederazione sono limitate agli aspetti descritti qui di seguito:

Lettera a

La Confederazione può emanare prescrizioni sussidiarie sulla *gestione e sul coordinamento* intercantonali o regionali *della medicina di base*. Poiché il compito di garantire l'assistenza sanitaria spetta ai Cantoni, sono loro a essere interessati in prima linea da tali prescrizioni. Per garantire una medicina di base adeguata, la Confederazione potrebbe ad esempio introdurre esigenze minime per l'offerta di prestazioni, mentre per garantire l'accessibilità delle prestazioni a tutti i gruppi di popolazione potrebbe prescrivere limiti minimi o massimi di densità della copertura sanitaria. Ciò le consentirebbe di indurre i Cantoni a garantire un'assistenza minima a un determinato livello e di indicare loro dove è possibile eliminare strutture assistenziali.¹³

La Confederazione può altresì emanare prescrizioni sulla *gestione e il coordinamento dell'offerta di formazione e perfezionamento* disponibile per le professioni della medicina di base. Mentre il capoverso 2 obbliga la Confederazione a regolamentare le esigenze qualitative poste alla formazione e al perfezionamento degli specialisti attivi nella medicina di base, il capoverso 3 lettera *a* le conferisce la possibilità, se necessario, di emanare prescrizioni quantitative sui posti di formazione e perfezionamento disponibili e sul loro utilizzo efficiente. Sono inoltre ipotizzabili prescrizioni che regolamentano l'accesso alle offerte di formazione e di perfezionamento (p.es. introduzione, revoca o innalzamento del *numerus clausus*, fissazione di numeri minimi di posti di formazione in diverse professioni della medicina di base). In questo senso, anche l'obbligo di offrire posti di praticantato adeguati, ad esempio in strutture stazionarie, potrebbe costituire uno strumento utile. L'obiettivo costante di tutte queste prescrizioni è quello di garantire una

¹³ Per valutare la struttura dell'offerta in determinate regioni o settori specializzati è possibile utilizzare in particolare le analisi effettuate ad esempio dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan).

disponibilità sufficiente di specialisti nella medicina di base e di evitare che tale disponibilità possa essere messa a repentaglio da capacità formative troppo esigue.

Le competenze sussidiarie della Confederazione ai sensi della lettera *a* si limitano esplicitamente agli aspetti della gestione e del coordinamento. La loro esecuzione, in particolare la modalità di raggiungimento degli obiettivi o la decisione relativa all'avvio di un'eventuale collaborazione intercantonale, spetta ove necessario ai Cantoni.

Lettera b

La Confederazione deve avere la possibilità, se necessario, di emanare prescrizioni per *garantire la qualità* delle prestazioni fornite nell'ambito della medicina di base, ad esempio attraverso la fissazione di indicatori di qualità, l'introduzione di misure per la garanzia della qualità o l'obbligo di applicare linee guida riconosciute nel trattamento di malati cronici (p.es. persone affette da diabete o insufficienza cardiaca). In virtù della lettera *b*, la Confederazione può anche, in linea di principio, fissare criteri unitari per il rilevamento di dati riguardanti la qualità delle prestazioni nella medicina di base.

L'*indennizzo* delle prestazioni fornite nell'ambito della medicina di base deve essere adeguato. Il rimborso di una parte importante dei costi di tali prestazioni è disciplinato dalla legislazione sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Se necessario, per garantire la medicina di base la Confederazione deve poter emanare prescrizioni soprattutto nel settore dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (p.es. prescrizioni sulle strutture tariffarie a livello nazionale) o altre disposizioni quadro per i negoziati tariffari nell'ambito delle quali i partner tariffari devono esercitare la propria autonomia tariffaria.¹⁴

Lettera c

Attraverso l'emanazione di prescrizioni sullo *scambio elettronico di dati* la Confederazione può garantire una struttura e un uso uniformi dei relativi sistemi come la cartella medica elettronica del paziente che, se introdotta, costituirebbe uno strumento importante ai fini dell'efficienza e della qualità della fornitura di prestazioni nella medicina di base.

Qualora venga approvata la necessità di un intervento del legislatore federale in uno o più dei settori menzionati nelle *lettere a-c*, è possibile che, relativamente alla medicina di base, la Confederazione modifichi leggi esistenti (p.es. legge sulle professioni mediche universitarie o legge sull'assicurazione malattie) oppure ne emani di nuove (p.es. legislazione sulla cartella medica elettronica del paziente). Se da un lato il capoverso 3 autorizza la Confederazione a emanare puntualmente prescrizioni sulla qualità e sullo scambio elettronico di dati destinate a specialisti e istituzioni attivi nella medicina di base, dall'altro, l'articolo 46 capoverso 1 Cost. affida ai Cantoni il compito di attuarle ed eseguirle. La ripresa di questa classica ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni è tanto più giustificata, in quanto la norma costituzionale proposta dal controprogetto non apporta alcuna modifica sostanziale alla ripartizione delle competenze tra i due livelli istituzionali.

¹⁴ Riguardo al rapporto con l'articolo 117 Cost., cfr. punto 4.7.1.

4.3.4 Capoverso 4

Viste le modifiche strutturali di cui necessita la medicina di base, è indispensabile che vengano sviluppati e introdotti modelli di assistenza moderni. Poiché è compito dei Cantoni garantire l'assistenza medica, è a loro che spetta attivarsi, coinvolgendo anche le istituzioni e le categorie professionali interessate, quando la diffusione spontanea di modelli di assistenza moderni risulta insufficiente. Dal canto suo, la Confederazione può, da un lato, coadiuvare i Cantoni nell'ambito delle sue attuali competenze introducendo ad esempio nuovi modelli di rimborso dei costi nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e, dall'altro, sostenerli fornendo loro consulenza conformemente al capoverso 4, mettendo a loro disposizione le proprie conoscenze specialistiche oppure esperti esterni. Tale consulenza può ad esempio consistere in analisi del sito volte a identificare le regioni che meglio si prestano per l'introduzione di unità assistenziali di maggiori dimensioni, non da ultimo nell'intento di fornire dati di base affidabili per agevolare la partecipazione di finanziatori privati e pubblici alla creazione di una nuova infrastruttura. Grazie al capoverso 4, è quindi possibile creare un valore aggiunto per l'ulteriore sviluppo della medicina di base con ripercussioni relativamente contenute in termini di costi per la Confederazione.

4.3.5 Capoverso 5

Il *capoverso 5* impone alla Confederazione e ai Cantoni l'obbligo generale e completo di coordinare reciprocamente la preparazione e l'attuazione delle loro misure. Tale obbligo di coordinamento va oltre quello di aiuto reciproco tra Confederazione e Cantoni sancito dall'articolo 44 Cost. ed è motivato dalla maggiore compenetrazione delle competenze tra i diversi livelli istituzionali osservabile nella medicina di base rispetto ad altri settori. L'obiettivo è fare in modo che le misure della Confederazione e dei Cantoni (incluse quelle dei Comuni) nel settore della medicina di base vengano preparate e attuate in modo coordinato dal punto di vista sia della tempistica sia dei contenuti e nel rispetto delle rispettive competenze. Il modo di procedere per concretizzare tale obiettivo deve ancora essere stabilito. Le possibili alternative spaziano da forme di cooperazione relativamente blande fino alla creazione di piattaforme o organismi di accompagnamento comuni. Nel secondo caso, la Confederazione e i Cantoni potrebbero approfittare di strutture e progetti di collaborazione già in essere come ad esempio la piattaforma «Dialogo sulla politica nazionale della sanità».

4.4 Rapporto con altre disposizioni costituzionali

4.4.1 Articolo 117 della Costituzione federale (Assicurazione contro le malattie e gli infortuni)

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

Con l'emanazione delle legislazioni federali sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni la Confederazione ha fatto uso della competenza attribuitale dall'articolo citato. Tali legislazioni influiscono notevolmente sull'impostazione dell'assistenza sanitaria e, di conseguenza, sulla medicina di base in Svizzera. La

legislazione sull'assicurazione contro le malattie, in particolare, contempla alcune prescrizioni che coincidono con le finalità dell'articolo 117a Cost. (p.es. coordinamento dell'assistenza attraverso la pianificazione ospedaliera intercantonale, qualità delle prestazioni, assistenza di alta qualità). Pertanto, sia l'articolo 117 Cost. (rispettivamente la sua attuazione nella legislazione) sia l'articolo 117a Cost. proposto dal controprogetto riguardano, in parte, i medesimi aspetti normativi.

Il loro obiettivo è, per contro, fondamentalmente diverso: l'articolo 117 Cost., infatti, consente di disciplinare solo – ma pur sempre – le condizioni quadro per il rimborso dei costi delle prestazioni nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni; le norme che influiscono sull'impostazione dell'assistenza sanitaria devono sempre servire in ultima analisi agli scopi delle assicurazioni sociali interessate. L'articolo 117a Cost., per contro, mira direttamente ed esclusivamente a garantire la disponibilità di una medicina di base di alta qualità e accessibile a tutti. Il presente progetto di disposizione costituzionale presenta quindi una prospettiva sostanzialmente diversa rispetto a quella dell'articolo 117 Cost.. A ciò si aggiunge che, mentre il campo di applicazione della norma costituzionale proposta dal controprogetto è circoscritto alla medicina di base, l'assicurazione contro le malattie ai sensi dell'articolo 117 Cost. – benché venga in parte correntemente denominata «assicurazione di base» – non contempla alcuna limitazione di questo tipo e, in linea di principio, regola il rimborso dei costi per le prestazioni dell'intera assistenza sanitaria in base a criteri del diritto delle assicurazioni sociali.

4.4.2 Articoli 118 - 119a della Costituzione federale (Protezione della salute, medicina complementare, ricerca sull'essere umano, medicina riproduttiva e ingegneria genetica in ambito umano, medicina dei trapianti)

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

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

4.4.3 Articoli 63, 63a e 64 della Costituzione federale (Formazione)

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

Conformemente all'articolo 63 Cost., ha ad esempio la facoltà di emanare prescrizioni in materia di formazione professionale. Rientrano in questo settore la

formazione professionale di base, le scuole di maturità professionale, i cicli di studio della formazione professionale superiore e la formazione professionale continua. L'articolo 63 Cost. non si applica invece più alle scuole universitarie professionali¹⁵ e alla formazione universitaria.

Poiché anche determinati specialisti con una formazione universitaria (p.es. medici) e universitaria professionale (soprattutto infermieri) svolgono un ruolo fondamentale nella medicina di base, occorre che la Confederazione riceva la competenza di emanare regolamenti sulla formazione e il perfezionamento anche per le professioni universitarie e universitarie professionali, in altre parole una competenza che vada oltre quella legislativa di cui all'articolo 63a capoverso 5 Cost. (cfr. qui sotto). Inoltre, se ciò è necessario per garantire la medicina di base, le misure per la gestione e il coordinamento dell'offerta di formazione e di perfezionamento disponibile adottate in virtù dell'articolo 117a capoverso 3 lettera a Cost. possono riguardare tutti i settori formativi (cfr. punto 4.3.3, commento al cpv. 3 lett. a).

L'articolo 63a Cost. disciplina la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni nell'ambito del progetto di gestione globale coordinata del sistema universitario svizzero. Tale articolo contiene prevalentemente disposizioni sulle competenze, l'organizzazione e le procedure riguardanti le scuole universitarie (università, politecnici federali, scuole universitarie professionali e alte scuole pedagogiche). In virtù del capoverso 5, la Confederazione detiene una competenza normativa sussidiaria limitata nell'ambito dei campi menzionati.

Contrariamente all'articolo 63a capoverso 5 Cost., la nuova competenza normativa della Confederazione proposta dal controprogetto non dipende dal fallimento del coordinamento tra gli enti responsabili delle scuole universitarie e non riguarda tutti gli aspetti della formazione. Ovviamente la legislazione in materia di formazione e perfezionamento degli specialisti attivi nella medicina di base sarà integrata nelle strutture formative già esistenti o che stanno per sorgere.

La Confederazione detiene già oggi determinate competenze per disciplinare il perfezionamento. L'articolo 64a Cost., ad esempio, le conferisce la competenza di emanare una legislazione quadro obbligandola a stabilire principi in materia di perfezionamento. Inoltre, il concetto di perfezionamento alla base dell'articolo 64a Cost. oltre a essere relativamente aperto ha anche un'accezione molto ampia che abbraccia sia la formazione professionale continua sia il perfezionamento generale¹⁶ e pone l'accento sulla cosiddetta «learning-to-learn competence»¹⁷.

Il concetto di perfezionamento evoca la crescente importanza dell'apprendimento permanente¹⁸, ma – come rilevano due passaggi tratti dal FF¹⁹ – l'articolo 64a Cost. non contempla il perfezionamento accademico nelle scuole universitarie. I principi menzionati al capoverso 1 possono valere per istituzioni di perfezionamento

¹⁵ Cfr. G. Schmid e M. Schott, Art. 63 BV, in: B. Ehrenzeller et al. (a cura di), St. Galler Kommentar zur Schweizerischen Bundesverfassung, 2a edizione, Zurigo ecc. 2008 (St. Galler Kommentar BV), Rz. 8.

¹⁶ Cfr. B. Ehrenzeller e K. Sahlfeld, Art. 64a, in: St. Galler Kommentar BV, Rz. 11.

¹⁷ Cfr. comunicazione «Spazio europeo dell'istruzione e della formazione durante l'intero arco della vita», Commissione UE, 2001.

¹⁸ FF 2005 4945

¹⁹ FF 2005 4945, 4963

pubbliche o private e riguardare aspetti come la garanzia della qualità, il riconoscimento di diplomi o la tutela della buona fede.²⁰

Al contrario dell'articolo 64a Cost., il capoverso 2 della disposizione costituzionale proposta dal controprogetto conferisce alla Confederazione un'ampia competenza normativa che va oltre a quella di emanare una legislazione quadro.

Conformemente al capoverso 2 del controprogetto, la Confederazione, oltre a disciplinare il perfezionamento inteso come aggiornamento delle conoscenze acquisite, deve anche poter emanare prescrizioni sulla formazione professionale continua e il perfezionamento accademico post-laurea per gli specialisti attivi nella medicina di base.

Per perfezionamento, quindi, s'intende in particolare il rafforzamento della competenza e la specializzazione nel rispettivo settore. Tale concetto di perfezionamento è incentrato sulla formazione ed è articolato e valutabile in base alla durata e al contenuto. Le conoscenze, le attitudini e le capacità acquisite durante la formazione devono essere approfondite e ampliate in vista della rispettiva attività di responsabilità specialistica. La Confederazione è tenuta a disciplinare il perfezionamento professionale in modo specifico e deve poter emanare prescrizioni in materia, ad esempio sotto forma di obiettivi di perfezionamento, di regolamenti per l'accREDITamento dei cicli di perfezionamento e di titoli federali di perfezionamento. A tal scopo, deve tenere presenti in primo luogo le norme sancite dalla vigente legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (LPMed)²¹.

4.4.4 Ricerca

Conformemente all'articolo 64 Cost., la Confederazione promuove la ricerca scientifica e l'innovazione (cpv. 1), può subordinare il suo sostegno all'assicurazione della qualità e al coordinamento (cpv. 2) e può istituire, assumere in proprio o gestire centri di ricerca (cpv. 3). Il controprogetto, al contrario dell'iniziativa, non contiene alcuna disposizione corrispondente, in quanto l'articolo 64 Cost. può essere applicato anche alla ricerca nella medicina di base.

Il Consiglio federale può affidare al Fondo nazionale svizzero (FNS) l'esecuzione di programmi di ricerca d'importanza nazionale. I servizi federali come pure ogni persona fisica o giuridica possono presentare alla Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca (SER) proposte concernenti i programmi nazionali di ricerca (PNR). Ai sensi dell'ordinanza del 10 giugno 1985 sulla promozione della ricerca e dell'innovazione (O-LPRI)²², nelle proposte di PNR occorre precisare che il relativo oggetto è conforme agli scopi dei programmi nazionali di ricerca (p.es. tematica d'importanza nazionale, che necessita del contributo di diverse discipline, non attribuibile esclusivamente alla ricerca fondamentale pura o alla ricerca vicina all'industria ecc.). Le proposte presentate possono essere prese in considerazione solo se adempiono i criteri stabiliti per i PNR. Sulla base della priorità assegnata loro e dell'esito dello studio di fattibilità effettuato per ciascuna di esse, il DFI propone periodicamente al Consiglio federale l'esecuzione di uno fino a tre programmi nazionali di ricerca.

²⁰ Cfr. G. Biaggini, Art. 64a, Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zurigo, 2007 (BV-Kommentar), Rz. 3 segg.

²¹ RS 811.11

²² RS 420.11

La promozione della ricerca mediante la concessione di sussidi subordinati a progetti è possibile anche nel quadro della legge dell'8 ottobre 1999 sull'aiuto alle università (LAU)²³, purché le relative domande vengano presentate tramite le università e i progetti in questione soddisfino i criteri richiesti. In questo caso, la decisione in merito alla concessione di un sussidio spetta alla Conferenza universitaria svizzera (CUS). Le domande di sussidi per progetti di ricerca della medicina di base soggiacciono pertanto alle medesime condizioni di tutti gli altri settori.

4.4.5 Articolo 95 capoverso 1 della Costituzione federale (Attività economica privata)

L'articolo 95 capoverso 1 Cost.²⁴ conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sull'esercizio dell'attività economica privata. In virtù di tale disposizione, la Confederazione dispone di un'ampia competenza normativa per quanto attiene all'attività economica privata²⁵: può emanare prescrizioni sull'esercizio di un'attività e, di conseguenza, anche sulle condizioni per accedere a un'attività economica privata e sul modo di esercitarla.

Un'attività economica non è più considerata privata ai sensi degli articoli 27 e 95 Cost. quando consiste in un compito o in un servizio pubblico che, in quanto tale, soggiace al diritto pubblico²⁶. Secondo una parte della dottrina, quando uno Stato esercita una vera e propria attività lucrativa, ad esempio quando vende servizi commercializzabili, svolge un'attività economica privata. Conformemente alla giurisprudenza, la cura di malati in un ospedale è un compito pubblico quando lo è l'ospedale (p.es. un ospedale cantonale) e quando le cure vengono prestate da persone impiegate presso tale ospedale nell'ambito delle loro mansioni²⁷.

In virtù dell'articolo 95 capoverso 1 Cost., nell'ambito della legge sulle professioni mediche e del disegno di legge sulle professioni psicologiche²⁸ sono stati in particolare emanati regolamenti sulla formazione e il perfezionamento come pure sull'esercizio delle professioni mediche universitarie rispettivamente delle professioni psicologiche. Mentre quelle appena citate sono professioni tipicamente esercitate nell'economia privata, alcune professioni della medicina di base vengono solitamente svolte nell'ambito di un rapporto d'impiego, spesso presso istituzioni di diritto pubblico (p.es. ospedali cantionali). Se possono ancora essere ritenute attività economiche private ai sensi dell'articolo 95 capoverso 1 Cost. è una questione controversa che, peraltro, può rimanere anche aperta, dato che la nuova disposizione costituzionale conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sulla formazione e il perfezionamento, nonché sull'esercizio della professione per le persone attive nella medicina di base indipendentemente dalla forma e dal contesto in cui lavoreranno (come indipendenti nell'economia privata, oppure come impiegati presso un'istituzione di diritto pubblico o privato).

²³ RS 414.20

²⁴ Cfr. al riguardo anche la perizia dell'UFG «Loi sur les professions médicales: exercice indépendant et dépendant» del 9 giugno 2008 (disponibile solo in francese e in tedesco).

²⁵ A. Auer et al., *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, 2006, n. 958; G. Biaggini, *BV-Kommentar*, Art. 95, Rz. 3.

²⁶ A. Auer et al., *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, 2006, n. 940; P. Richli, *Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts*, Berna, 2007, n. 170.

²⁷ DTF 133 III 462, 465 Considerando 2.1.

²⁸ FF 2009 6065

4.4.6 Altre disposizioni costituzionali

L'articolo 12 Cost. sancisce un diritto fondamentale a un minimo di mezzi necessari per vivere dignitosamente. L'assistenza di base secondo l'articolo 117a Cost. va oltre questo livello di prestazioni in ambito medico, ma in compenso non conferisce alcun diritto esigibile in via giudiziaria.

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

Il capoverso 4 dell'articolo 43a Cost. sull'assegnazione e l'esecuzione dei compiti statali stabilisce che le prestazioni di base devono essere accessibili a ognuno in misura comparabile. Questa prescrizione figura anche nella disposizione costituzionale proposta dal controprogetto, ma solo limitatamente alla medicina di base. Dal punto di vista della finalità vi è quindi corrispondenza tra le due norme.

5 Misure attuabili a breve termine

In aggiunta alla presentazione di un controprogetto diretto e alle possibilità di intervento a medio e lungo termine che ne derivano, è in corso l'esecuzione o l'elaborazione di misure attuabili a breve termine nell'interesse della medicina di base e, in particolare, della medicina di famiglia.

Il titolo federale di perfezionamento in «medicina interna generale»²⁹ è stato creato per rispondere a bisogni fondamentali sia dei medici di famiglia sia dei medici di base nel settore stazionario.

Nel corso dei lavori di revisione della legge sull'assicurazione malattie (proroga della clausola del bisogno) è stato eliminato il blocco delle autorizzazioni per le persone in possesso di determinati titoli federali di perfezionamento attribuiti alla medicina di base (medicina generale, medico generico, medicina interna, pediatria)³⁰. Per quanto riguarda invece l'indennizzo, nell'estate del 2010, i partner tariffari hanno avviato un progetto di revisione del TARMED. Inoltre, l'introduzione di modelli assicurativi particolari (Managed Care) ha ampliato il ventaglio delle possibilità d'indennizzo.

In occasione della revisione della legge sulle professioni mediche, che sarà posta in consultazione nell'estate del 2011, è previsto un adeguamento degli obiettivi di formazione e perfezionamento nel settore della medicina di base o della medicina di famiglia.

In linea di principio, la promozione della ricerca nelle professioni universitarie della medicina di base è possibile anche mediante sussidi subordinati a progetti ai sensi della legge sull'aiuto alle università. Le relative domande possono però essere considerate solo se soddisfano i criteri sanciti da tale legge.

Infine, la Confederazione ha la possibilità di sostenere la ricerca nella medicina di base anche promuovendo l'interconnessione degli organismi di ricerca corrispondenti, come ad esempio gli istituti per la medicina di famiglia.

²⁹ Cfr. allegato 1 all'ordinanza sulle professioni mediche (OPMed).

³⁰ Iniziativa parlamentare del 12 giugno 2009.

6 Ripercussioni finanziarie e a livello di personale del controprogetto diretto

La disposizione costituzionale proposta dal controprogetto *si attiene in linea di principio al disciplinamento delle competenze vigente* nel settore sanitario (cfr. art. 117a cpv. 1 Cost.) limitandosi ad aggiungere alcuni *nuovi compiti puntuali* nell'articolo 117a capoversi 2 e 4 Cost..

Sulla base del capoverso 2, occorre innanzitutto regolamentare gli aspetti qualitativi che, a prescindere dal dispendio legislativo, non generano alcun costo supplementare per la Confederazione. Un incremento qualitativo della formazione e del perfezionamento dei vari specialisti attivi nella medicina di base, così come un migliore coordinamento delle loro competenze potrebbero condurre a medio o lungo termine a prestazioni mediche migliori e, di conseguenza, a una medicina di base più efficace ed efficiente.

Il capoverso 4, dal canto suo, non apporta alcun cambiamento alle competenze fondamentali dei Cantoni relativamente alla garanzia dell'assistenza sanitaria. Il sostegno fornito loro dalla Confederazione sotto forma di consulenza deve dapprima, ove necessario e auspicato, aiutarli a elaborare le basi necessarie per lo sviluppo e l'introduzione di modelli di assistenza moderni. Sulla base del capoverso 4, le ripercussioni finanziarie per la Confederazione possono essere stabilite nel dettaglio solo al momento della sua attuazione nell'ambito di misure concrete e, all'occorrenza, limitate mediante la fissazione di un tetto massimo. Malgrado ciò, si può partire dal presupposto che tali ripercussioni riguarderanno unicamente i costi del personale di un team di consulenza e i costi materiali per i mandati di ricerca e di consulenza.

Il capoverso 3 conferisce alla Confederazione *competenze normative sussidiarie, limitate a determinati campi* e orientate a una medicina di base adeguata ed efficiente. Per i Cantoni, le prescrizioni riguardanti la gestione e il coordinamento (lett. a) generano un valore aggiunto quando, ad esempio, i limiti minimi o massimi fissati dalla Confederazione per la densità della copertura sanitaria non sono ancora rispettati sul loro territorio oppure quando sono chiamati a meglio coordinare la loro assistenza sanitaria. Considerata la molteplicità degli strumenti disponibili, stime più attendibili sugli oneri supplementari attesi possono essere stilate solo sulla scorta delle prescrizioni concrete. Alla Confederazione dovrebbero in ogni caso incombere unicamente i costi del personale e materiali per la preparazione e la comunicazione delle prescrizioni inerenti alla gestione.

Con ogni probabilità, le eventuali prescrizioni relative alla qualità e allo scambio elettronico di dati (lett. b e c) cagioneranno costi supplementari ai loro destinatari, ossia ai fornitori di prestazioni attivi nella medicina di base, solo per un periodo transitorio (durante le fasi di sviluppo e d'introduzione), mentre quelle riguardanti l'indennizzo delle prestazioni (lett. b) genereranno principalmente costi a carico degli assicurati. Per la Confederazione i maggiori oneri dovrebbero limitarsi, anche in questo ambito, ai costi del personale e materiali per la preparazione e la comunicazione delle prescrizioni.

Ai fini del coordinamento della preparazione e dell'attuazione delle misure da parte della Confederazione e dei Cantoni conformemente al capoverso 5, ci si dovrà in primo luogo avvalere delle piattaforme e dei canali di coordinamento già esistenti tra i due livelli istituzionali (p.es. «Dialogo sulla politica nazionale della sanità»,

piattaforma «Futuro della formazione medica»). Per la Confederazione e i Cantoni ciò comporterà verosimilmente costi supplementari pressoché irrilevanti.

Poiché, in ultima analisi, la nuova norma costituzionale deve contribuire a una medicina di base efficiente e meglio coordinata, a medio termine è possibile che abbia un effetto frenante sull'aumento dei costi nel settore della salute.

7 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

Con la conclusione, il 21 giugno 1999, dell'accordo sulla libera circolazione delle persone³¹, la Svizzera si è impegnata ad applicare le regole in materia valide nell'UE. Per agevolare la libera circolazione delle persone, il diritto comunitario prevede in particolare norme per il riconoscimento degli attestati di capacità professionali. La nuova direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali³², che in Svizzera entrerà probabilmente in vigore nel corso del 2011, si applica a tutte le professioni regolamentate e riprende i principi vigenti (in particolare le disposizioni delle direttive settoriali e il disciplinamento generale in materia di riconoscimento) uniformandoli, riordinandoli e snellendoli.

L'attuazione della disposizione costituzionale proposta dal controprogetto dovrà tenere conto degli ordinamenti di diritto internazionale menzionati.

³¹ RS 0.142.112.681

³² GU L 255/22 del 30.9.2005

