



Per e-mail a:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Schwarzenburgstrasse 157
3097 Liebefeld

Berna, 27 gennaio 2021

Attuazione della revisione della LAMal (autorizzazione dei fornitori di prestazioni): procedura di consultazione sulle modifiche all'ordinanza

Egregio Consigliere federale Berset,
Gentili Signore e Signori,

con riferimento alla procedura di consultazione menzionata in oggetto, siamo lieti di prendere posizione in merito alle previste modifiche all'ordinanza.

Alcune osservazioni preliminari per una migliore comprensione delle nostre successive considerazioni. I nostri soci, i medici assistenti e capiclinica che esercitano la professione in Svizzera, sono interessati dalla nuova regolamentazione delle autorizzazioni, approvata dal Parlamento nella sessione estiva 2020, come nessun altro gruppo all'interno del corpo medico. Per questo, dopo l'invio del messaggio del Consiglio federale, ci siamo occupati intensamente dell'argomento, partecipando alla dialettica politica dall'inizio alla fine. Lo abbiamo fatto sempre con uno spirito costruttivo, cioè nel riconoscimento della volontà trasversale di regolamentazione, anche se nutrivamo e continuiamo a nutrire perplessità su come sia possibile affrontare la complessa e mutevole realtà del sistema sanitario di uno stato a struttura federale come la Svizzera attraverso un controllo preventivo e uniforme. In altre parole, ci chiediamo se sia possibile soddisfare le esigenze delle persone, in continua evoluzione, tramite previsioni e applicando mezzi aritmetici a tutti i settori e le relazioni.

Torneremo più avanti su questo punto. A titolo introduttivo, desideriamo anche sottolineare che apprezziamo il fatto che i parlamentari abbiano ripreso nell'avamprogetto diverse nostre richieste, segnatamente per quanto concerne i tre anni di perfezionamento professionale presso un centro di perfezionamento professionale svizzero riconosciuto nella disciplina specialistica per la quale si richiede l'autorizzazione, l'elevata competenza linguistica e l'affermazione della libera scelta del medico. Tale

apertura al dialogo ce la aspettiamo, in fase di attuazione, anche da parte dei Cantoni, che provvederemo a contattare tempestivamente tramite le nostre sezioni, per supportarli con la nostra interpretazione delle situazioni di partenza assai diverse a livello regionale e per individuare le migliori soluzioni possibili. Veniamo ora ai punti per noi essenziali a livello dell'ordinanza, i quali corrispondono sostanzialmente a quelli della risposta dell'FMH alla procedura di consultazione, sebbene affrontino anche altri aspetti che noi non abbiamo approfondito. A tale proposito noi sosteniamo la posizione e le richieste della FMH.

Ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale

Secondo la nostra valutazione si tratta dello strumento normativo più importante. Tuttavia, esprimiamo forti dubbi sul fatto che i Cantoni, nella loro diversità in termini di dimensioni e di struttura e, non da ultimo, delle loro amministrazioni, saranno tutti in grado di soddisfare i requisiti che vengono posti loro e che sapranno farlo in modo che, a livello dell'intera Svizzera, ne emerga un risultato tale da soddisfare i requisiti di un trattamento professionale ed equo per tutti i medici che richiedono un'autorizzazione. Fondamentale per noi a questo proposito è, da un lato, il carico di lavoro burocratico aggiuntivo nelle amministrazioni cantonali, che probabilmente in molti casi richiederà un incremento delle risorse umane e finanziarie con notevoli costi aggiuntivi per il settore sanitario – il contrario cioè di ciò che si vorrebbe ottenere con la gestione strategica delle autorizzazioni.

Dall'altro lato, guardiamo con preoccupazione ai prevedibili oneri aggiuntivi, sia per i datori di lavoro che per i lavoratori, correlati ai nuovi compiti amministrativi. Anche questo è tempo che costa e, soprattutto, che alla fine verrà a mancare, in una forma o nell'altra, per l'assistenza ai pazienti vera e propria – una tendenza che noi osserviamo da anni e che abbiamo tentato di contrastare con la nostra campagna [«Medicina, non burocrazia!»](#), volta a ottenere ascolto a livello politico.

In secondo luogo, riteniamo che la premessa fondamentale per gestire questa ordinanza sia garantire il massimo coordinamento dei Cantoni in relazione ai criteri di valutazione. Rinviamo al primo paragrafo di questa pagina: più precisi e uniformi saranno i criteri e maggiori saranno l'equità e la praticità di gestione secondo lo spirito del principio della parità di trattamento.

In terzo luogo, nel gestire i numeri massimi bisogna tenere presente il processo in atto del progressivo trasferimento dalle prestazioni stazionarie a quelle ambulatoriali, incentivato a livello politico in considerazione dei progressi della medicina. Il fabbisogno di capacità in ambito ambulatoriale continuerà a crescere il che, per il perfezionamento professionale dei giovani soci della nostra associazione volto al conseguimento del titolo di specializzazione, significa che molte competenze potranno d'ora in poi essere apprese solo presso ambulatori ospedalieri, con la conseguente necessità di rafforzarne le capacità. In alcuni punti, il disegno di ordinanza valuta male la realtà nei reparti ambulatoriali degli ospedali. Nella forma proposta, la prevista regolamentazione avrà effetti molto negativi sul perfezionamento professionale in campo medico, ripercuotendosi quindi anche sull'assistenza. Chiediamo pertanto di ripensare e correggere questo aspetto.

Art. 1 Principio

La questione è il volume di prestazioni. In questo contesto sollecitiamo una considerazione differenziata delle prestazioni dei medici che stanno svolgendo il perfezionamento professionale, dei relativi formatori e dei medici specialisti che forniscono servizi sotto la propria responsabilità senza un mandato di perfezionamento professionale. L'elevato livello qualitativo dell'assistenza medica può essere garantito solo attraverso un pari livello di qualità e il costante coinvolgimento del perfezionamento professionale in campo medico. A parte ciò, la misurazione deve comprendere anche le prestazioni che non vengono fornite per le cure medico-sanitarie obbligatorie, bensì anche per l'assicurazione contro gli infortuni e per quella militare.

In termini di fabbisogno, ciò significa che tutte le prestazioni esplicitamente citate qui sopra devono avere il loro peso specifico nella definizione e che bisogna pensare alle relative capacità necessarie. Tuttavia, il rapporto esplicativo a pagina 7 sottolinea onestamente come il fabbisogno obiettivo della popolazione sia un costrutto latente che non può essere osservato. *«L'obiettivo di questa fase è quindi di stimare la variazione regionale della domanda utilizzando metodi statistici adeguati.»* Inoltre, una valutazione complessiva non può escludere l'assistenza ai pazienti a monte e a valle, ad esempio presso case di cura, centri di riabilitazione o da parte della Spitex.

Infine, chiediamo l'integrazione di un ulteriore quarto paragrafo, il quale stabilisce che le associazioni mediche cantonali e le sezioni cantonali dell'asmac debbano essere coinvolte in anticipo in tutte le decisioni relative alla determinazione del grado di assistenza regionale, alla definizione dei numeri massimi e alla determinazione del fattore di ponderazione.

Art. 2 Calcolo dell'offerta di medici da parte dei Cantoni

Per noi, in quanto associazione i cui soci lavorano principalmente negli ospedali, si pone la questione fondamentale di come gestire il settore ambulatoriale ospedaliero. Nel rapporto esplicativo, essa viene affrontata alle pagine 3 e 10, ma le affermazioni fatte al riguardo non ci tranquillizzano in alcun modo. Leggiamo infatti che, per i medici che lavorano in ambito ambulatoriale ospedaliero, non sussiste al momento alcuna banca dati nazionale con il numero di equivalenti a tempo pieno e, conseguenza, si è reso necessario effettuare delle stime: *«Il tasso di attività dei medici che esercitano in questo settore può essere stimato per esempio attraverso il tasso di attività dei medici che esercitano in uno studio nel campo di specializzazione esaminato.»*

Un'affermazione di questo tipo non rende giustizia alla complessità del lavoro quotidiano in ospedale e ignora i problemi a livello di gestione pratica. Infatti, uno studio medico e un ospedale universitario sono mondi completamente differenti. Anche nel caso di prestazioni ambulatoriali comparabili, è necessario considerare il contesto totalmente diverso in cui vengono fornite, soprattutto per quanto riguarda il perfezionamento professionale in campo medico che si svolge prevalentemente negli ospedali. Con quale livello di precisione è possibile determinare l'offerta in ambito ambulatoriale ospedaliero se proprio i giovani medici, nel percorso verso il titolo di specializzazione, passano da un reparto all'altro e dal settore

ambulatoriale ospedaliero a quello stazionario? Chi fornisce i relativi dati e – vedi sopra – quali oneri amministrativi aggiuntivi ne risultano se per ogni prestazione deve essere registrato il relativo medico competente? E quali sono le implicazioni pratiche? Un primario, ad esempio, prima di occupare per la prima volta o nuovamente un posto da medico assistente in futuro dovrà sempre chiedere preventivamente l'autorizzazione al Cantone? Ma non solo. In che modo i medici assistenti dovrebbero pianificare il proprio perfezionamento professionale non sapendo se otterranno i posti di perfezionamento professionale necessari per i loro curriculum ovvero se tali posti saranno in generale ancora disponibili tra due o tre anni? Negli ospedali molti medici sono assunti a tempo determinato. Se lavorano, almeno parzialmente, anche in ambito ambulatoriale, la già notevole incertezza per gli interessati aumenta ulteriormente a causa di ulteriori normative restrittive, poco chiare o in costante cambiamento.

Nella documentazione che ci è stata messa a disposizione per la presa di posizione non troviamo alcuna risposta. Tali indicazioni sono tuttavia indispensabili, sia in linea di principio che adattandole alla realtà concreta, per fornire ai Cantoni linee guida chiare per l'attuazione della gestione strategica delle autorizzazioni. A tale proposito non deve tuttavia in nessun caso accadere che gli ospedali, già finanziariamente provati a causa della pandemia da coronavirus ed eventualmente costretti a ulteriori risparmi, si trovino a dover affrontare ulteriori problemi che potrebbero mettere a rischio l'attività, cioè l'assistenza ai pazienti e la loro sicurezza, gravandoli di nuovi oneri. Inoltre, non deve nemmeno verificarsi una situazione di svantaggio del settore ambulatoriale ospedaliero rispetto a quello ambulatoriale degli studi medici.

In tal senso riteniamo il calcolo degli equivalenti a tempo pieno problematico, poiché negli ospedali e negli studi medici il lavoro a tempo pieno spesso presenta caratteristiche differenti. Negli studi medici, infatti, spesso vige un orario di lavoro teorico di 42 ore alla settimana con un maggior numero di giornate di ferie. Per questo, nella definizione e indicazione dei gradi di occupazione, occorre prudenza. Le dieci mezzeggiornate settimanali menzionate a pagina 10 del rapporto esplicativo lasciano molto spazio alle interpretazioni, in quanto unità di misura rilevanti per il corpo medico sono l'orario di lavoro settimanale o il numero di turni.

A parte ciò, le informazioni delle associazioni mediche cantonali in nostro possesso ci confermano che fino ad ora non esistono ancora dati statistici affidabili sul rispettivo grado di occupazione, in quanto tale aspetto è difficile da definire soprattutto per i lavoratori autonomi e, nel caso dei lavoratori assunti e dei collaboratori a tempo parziale, è soggetto a oscillazioni. Per noi, in quanto associazione che si impegna a favore di condizioni di lavoro buone e moderne, nel rispetto delle norme della legge sul lavoro e promuovendo la conciliabilità tra professione e vita familiare, è quindi di primaria importanza che i medici che lavorano a tempo parziale non siano svantaggiati dal sistema di gestione strategica delle autorizzazioni: incrementi e riduzioni del grado di occupazione devono essere sempre garantiti poiché non dipendono solo dalle esigenze degli interessati, ma anche da quelle dei pazienti. Allo stesso modo, devono essere obbligatoriamente conteggiate le assenze per maternità, congedo di paternità, congedi non retribuiti e simili

e pertanto anche le capacità/prestazioni di base fisse aggiuntive. L'attuale pandemia da coronavirus sta evidenziando purtroppo ciò che accade se questo ultimo aspetto non sarà o non potrà più essere sufficientemente considerato.

Art. 3 Definizione dei campi di specializzazione medica

I modi di procedere abbozzati nei paragrafi 2 e 3 nascondono un margine discrezionale e quindi potenziali incertezze, possono risultare complicati e, in alcuni casi, rappresentare la realtà in modo distorto. Sono necessarie linee guida chiare e vincolanti per tutta la Svizzera, che non abbiano effetti negativi per i medici che non possono essere incasellati in uno schema o modello semplice perché svolgono attività mediche diverse, in diversi luoghi e con gradi di occupazione divergenti e fluttuanti.

Art. 4 Definizione delle regioni a cui si applicano i numeri massimi

Non ci è chiaro in che modo vengano prese esattamente le decisioni politiche in merito alle unità territoriali per cui saranno in vigore numeri massimi. Nel rapporto esplicativo i termini «cantone» e «regione» – quest'ultimo soprattutto nel contesto del modello di regressione – vengono utilizzati nello stesso modo, senza ulteriori specificazioni, benché il termine «regione» nell'art. 4 di questa ordinanza possa riferirsi a unità territoriali estremamente differenti. Ciò riporta alla questione di quanto sia differenziato il modello di calcolo, cioè fino a quale livello vengano scomposte le sue cifre che sono poi utilizzate come base decisionale.

Il riferimento a regioni che si estendono in più Cantoni o che comprendono più Cantoni è importante, cfr. più sotto la nostra osservazione riguardo all'art. 6. Ma che cosa accade se, nel contesto intercantonale, i Cantoni definiscono le proprie regioni di assistenza per determinati settori specialistici in modo differente e non riescono a mettersi d'accordo? Oppure se, riguardo a una regione responsabile della fornitura delle cure, la collaborazione sovracantonale sarebbe teoricamente l'unica soluzione logica, ma essa viene rifiutata da uno o più Cantoni interessati? Inoltre, in alcuni casi, il termine regione dovrà essere differenziato per area tematica: ad esempio, più un campo medico è specializzato e maggiore sarà probabilmente il bacino d'utenza. Inoltre, come già accennato, la valutazione non può prescindere dall'assistenza ai pazienti a monte e a valle, ad esempio presso case di cura, centri di riabilitazione o da parte della Spitex.

Art. 5 Metodo di analisi del bisogno di prestazioni mediche

Per un'associazione professionale medica è difficile valutare la validità e idoneità del metodo descritto. Il rapporto esplicativo lo spiega in effetti in modo più dettagliato, ma non vi è alcun confronto con potenziali alternative. Alla luce delle nostre esperienze con il modello OBSAN dobbiamo supporre che, mediante un modello complesso con molte incognite e variabili, venga calcolato un numero presumibilmente esatto che poi dovrà servire come base per la gestione strategica. Si tratta di un modo di procedere pericoloso. Soprattutto nel sistema sanitario, regolamentazioni e linee guida errate possono avere conseguenze fatali per l'assistenza sanitaria e – una volta individuate – non possono essere corrette tanto facilmente. Nella misura in cui vengono cancellati posti od offerte di perfezionamento professionale il danno è già avvenuto.

Purtroppo i nostri ripetuti avvertimenti in tal senso non hanno trovato ascolto. Va notato inoltre che ci sono settori specialistici in cui c'è già oggi un'assistenza insufficiente (come la medicina di famiglia, la pediatria, la medicina per adolescenti e la psichiatria).

Art. 6 Considerazione dei flussi di pazienti per il calcolo del tasso di approvvigionamento regionale

Accogliamo con favore tutti gli sforzi compiuti nell'ambito delle normative di politica sanitaria che non si occupano solo dell'assistenza intracantonale, ma promuovono anche il coordinamento al di là dei confini cantonali e il pensiero in termini di unità regionali più grandi. Infatti, ciò corrisponde all'attuale mobilità della popolazione, come dimostra l'ampia separazione tra casa e lavoro.

La questione è tuttavia da quale fonte uniforme (a livello nazionale) provengano i dati per la determinazione dei flussi di pazienti. Inoltre, proprio tali flussi hanno la caratteristica di poter variare in base all'offerta o agli sviluppi a livello economico. Un approccio volto a promuovere un'utile collaborazione intercantonale potrebbe, o addirittura dovrebbe, consistere nel fatto che non siano gli attuali flussi di pazienti a determinare l'offerta per il futuro, bensì che sia l'offerta a indirizzare in modo mirato tali flussi, individuando quella che possa essere la soluzione più sensata per i pazienti (per esempio, per quanto riguarda l'assistenza vicino a casa).

Art. 7 Misurazione delle prestazioni ricevute

A quanto pare sono state rilevate solo le prestazioni presentate alle casse malati. Che fine fanno tutte le fatture non dichiarate in tal modo, ad esempio a causa di una franchigia troppo elevata o non esaurita?

Art. 8 Considerazione di un fattore di ponderazione nel calcolo del tasso di approvvigionamento regionale

Da un lato, va accolto con favore il fatto che l'assistenza non debba essere determinata solo sulla base di modelli di calcolo. I Cantoni devono assolutamente avere un margine di manovra per far confluire nella determinazione anche fattori soft non mappabili in generale o secondo il significato richiesto. Dall'altro lato, le perifrasi utilizzate per descrivere questo aspetto sono molto vaghe e il margine di manovra, di per sé importante, può portare a risultati arbitrari e non comprensibili od oggettivamente comparabili tra i cantoni. In particolare il «sondaggio tra i professionisti del settore» ci induce a rinviare nuovamente all'assoluta necessità di coinvolgere le società mediche cantonali e le sezioni cantonali dell'asmac. Servono valutazioni consolidate dei fornitori di servizi con conoscenze a livello locale e non singole perizie effettuate a distanza. Ancora una volta, a questo proposito desideriamo affermare con la massima chiarezza che la prevista gestione strategica delle autorizzazioni ha il potenziale per indebolire permanentemente l'assistenza sanitaria in Svizzera. Per questo è indispensabile garantire la collaborazione con i fornitori di prestazioni direttamente interessati sia per l'ulteriore elaborazione delle ordinanze esistenti che per l'attuazione a livello cantonale.

Art. 10 Definizione di numeri massimi

Manca una regolamentazione su come procedere se un Cantone, ad esempio, ha dieci domande di

autorizzazione in sospeso ma, a causa dei numeri massimi, ne può approvare solo due. Quali criteri verranno adottati in questi casi per le esclusioni e le decisioni? Faranno fede la data di ricevimento della domanda, la qualifica e l'esperienza del/della richiedente o fattori completamente differenti? A questo proposito noi chiediamo parametri chiari, comparabili in tutta la Svizzera e pertanto anche impugnabili.

La verifica periodica dei numeri massimi è indispensabile, ma va assolutamente combinata con un orizzonte temporale vincolante, senza per questo sovraccaricare i Cantoni. Con ciò arriviamo a un ulteriore aspetto decisivo che evidenzia la difficoltà nel gestire la realtà attraverso modelli di calcolo, restando al contempo al passo con essa. I Cantoni adeguano i contratti di prestazioni per i loro ospedali, alcuni studi medici vengono chiusi e si stanno costruendo nuovi grandi quartieri. Ci sono quindi tanti fattori importanti che hanno un impatto significativo e diretto sulla domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie. In tale contesto, sottolineiamo anche la nostra preoccupazione per il fatto che le autorizzazioni devono in ogni caso godere di un elevato grado di certezza del diritto, poiché il fatto di mettersi in proprio comporta per gli interessati investimenti e debiti da rimborsare nel corso di molti anni. Autorizzazioni a tempo determinato non terrebbero sicuramente conto di questa esigenza.

Non va dimenticato che i Cantoni gestiscono diversamente il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio della professione. In alcuni Cantoni, le autorizzazioni vengono sempre concesse a tempo indeterminato, in altri solo per un periodo limitato. Non deve accadere che agli attuali titolari di un'autorizzazione venga improvvisamente rifiutato il rinnovo a causa dei numeri massimi.

Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Sosteniamo la posizione e le argomentazioni della FMH, secondo la quale la gestione del registro dovrebbe essere affidata all'Ufficio federale di statistica (UST). La gestione – cioè segnatamente l'inserimento dei dati – e l'utilizzo di questo registro devono essere organizzati nel modo più semplice possibile, la gestione in particolare in modo da garantire, per quanto possibile, minimi oneri burocratici aggiuntivi per tutti i soggetti coinvolti.

Bisogna considerare se, in relazione alla gestione strategica delle autorizzazioni e agli obiettivi con essa perseguiti, sono effettivamente necessarie tutte le informazioni postulate e se il loro previsto utilizzo, come suggerito nel rapporto esplicativo, soddisfa tutti i requisiti in materia di protezione dei dati. Noi partiamo dal presupposto che tutti i necessari chiarimenti preliminari siano stati effettuati in modo sufficientemente approfondito e preciso.

Per quanto concerne gli artt. 14 e 15, nella variante 1 non è formulato chiaramente se i compiti debbano essere svolti da terzi incaricati della gestione del registro, qualora venga scelta la variante 1.

Artt. 21 e 22: secondo il rapporto esplicativo, è il Consiglio federale a stabilire le tariffe sulla base del principio di equivalenza e copertura dei costi. Dato che anche i fornitori di prestazioni trarrebbero vantaggio dall'iscrizione nel registro, è evidente che dovrebbero anch'essi essere soggetti al pagamento delle tariffe, cosa che però mettiamo in dubbio visto che già oggi possono ottenere i dati e le informazioni per essi rilevanti da altre fonti. Inoltre, quali costi e ricavi si possono prevedere globalmente?

Vi ringraziamo per la considerazione della nostra presa di posizione e restiamo a vostra disposizione per eventuali chiarimenti o ulteriori spiegazioni.

Distinti saluti

Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Barrile'.

Angelo Barrile
Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Marti'.A horizontal line drawn below the signature of Marcel Marti.

Marcel Marti
Responsabile Politica e comunicazione/
Vicedirettore