

11.418

Iniziativa parlamentare

LAMal. Maggiore autonomia per il personale sanitario

**Progetto preliminare e rapporto esplicativo della Commissione della
sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale**

del 15 aprile 2015

Compendio

Con la revisione di legge proposta si intende rivalutare lo statuto professionale degli infermieri. Occorre superare l'immagine ormai obsoleta di una professione assistenziale. È opportuno migliorare la percezione che si ha del personale infermieristico, con le sue competenze specifiche, e rafforzarne il ruolo in un'assistenza sanitaria incentrata sul paziente.

In futuro il personale infermieristico deve poter fornire parte delle cure, segnatamente le prestazioni per gli accertamenti, la consulenza e il coordinamento nonché per le cure di base (incluse le cure di base psichiatriche), non più previa prescrizione o indicazione medica, bensì sulla base di un accesso diretto ai pazienti. Ciò vale sia per coloro che lavorano negli ospedali, sia per le persone esercitanti in nome e per conto proprio, sia per i dipendenti di case di cura o di organizzazioni per le cure medico-sanitarie e l'assistenza a domicilio. Per le cure mediche continuerà a essere necessaria un'indicazione o una prescrizione medica. Sarà il Consiglio federale a definire le prestazioni. Questa rivalutazione dello statuto professionale deve contribuire ad accrescere l'attrattiva delle professioni sanitarie, facilitare il reclutamento dei giovani, agevolare il reinserimento delle donne e favorire la permanenza in questo settore.

Gli infermieri devono pertanto figurare esplicitamente nell'elenco dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 LAMal. Anche le rimanenti disposizioni legali sul personale infermieristico devono essere adeguate, così come le pertinenti disposizioni esecutive. Inoltre, occorre estendere a tale personale la competenza dei Cantoni in materia di autorizzazione dei fornitori di prestazioni secondo il bisogno. Si dovranno inoltre chiarire a livello di ordinanza le questioni di attuazione, come in particolare le competenze necessarie e i diplomi di formazione. Altre questioni quali la verifica dell'economicità della fornitura di prestazioni necessitano di chiarimenti tra i partner tariffali.

Rapporto

1 Genesi del progetto

Il 16 marzo 2011 il consigliere nazionale Rudolf Joder (UDC, BE) ha presentato un'iniziativa parlamentare del seguente tenore: «La LAMal deve essere modificata allo scopo di definire quali prestazioni medico-sanitarie devono essere fornite su prescrizione medica e quali possono essere fornite sotto la responsabilità del personale sanitario». Nella motivazione dell'iniziativa, l'autore ha addotto sostanzialmente la seguente argomentazione: dato il progressivo invecchiamento della popolazione e il carattere cronico di molte malattie, l'importanza delle cure aumenterà in maniera marcata. Anche l'introduzione della remunerazione forfettaria, che porterebbe a dimissioni più rapide dei pazienti dagli ospedali, renderebbe necessarie cure più qualificate. Al contempo si delinea una penuria di personale sanitario. Se la responsabilità per le cure fosse sancita per legge si accrescerebbe l'attrattiva della professione, si faciliterebbe il reclutamento dei giovani e si porrebbero le basi per favorire la permanenza a lungo termine degli infermieri qualificati in questo settore. La normativa proposta contribuirebbe a ridurre i costi; il volume delle prestazioni non subirebbe aumenti.

Il 2 febbraio 2012, con 20 voti contro 0 e 2 astensioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa. Il 16 aprile 2012, con 9 voti contro 0 e 2 astensioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha dato il proprio consenso.

Il 29 giugno 2012 la CSSS-N ha assegnato alla propria sottocommissione «LAMal»¹ il mandato di elaborare un progetto di atto normativo. Il 29 agosto 2012 la sottocommissione ha preparato un'audizione, svoltasi il 9 gennaio 2013, con rappresentanti delle scienze infermieristiche, delle professioni infermieristiche e dei medici di famiglia. Durante le sedute del 22 maggio 2013, 9 ottobre 2013, 13 novembre 2013 e 21 maggio 2014 la sottocommissione ha discusso una modifica della LAMal e il relativo progetto preliminare. A tal fine sono stati convocati alcuni periti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), come previsto dall'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento². La CSSS-N ha poi discusso il progetto nel corso delle sedute del 13 agosto 2014, 15 ottobre 2014 e 23 gennaio 2015. Il 15 aprile 2015 ha analizzato il rapporto esplicativo e deciso di avviare la procedura di consultazione.

¹ Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

² RS 171.10

2

2.1

2.1.1

Aspetti generali del sistema formativo per le professioni sanitarie

Con l'introduzione di nuove competenze e responsabilità questa revisione ha dato un nuovo volto al sistema formativo. Ciò vale anche per i cicli di studio che sfociano in professioni sanitarie. Lo schema *Sistema formativo svizzero per le professioni sanitarie* (allegato 1) mostra i vari livelli e percorsi formativi offerti nel campo delle professioni sanitarie⁴. Il rapporto dell'Osservatorio svizzero della salute sui diplomi nel campo delle cure e dell'assistenza (*Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, systematische Übersichtsarbeit*⁵, Dossier 24, 2013), offre una panoramica completa su formazione, perfezionamento, profili e titoli professionali conseguiti secondo il diritto anteriore nel campo delle cure e dell'assistenza. La tabella *Panoramica dei diplomi e dei titoli di perfezionamento in cure infermieristiche e assistenza* (allegato 2), tratta dal rapporto Obsan, offre una panoramica completa dell'offerta formativa.

Per le professioni infermieristiche esistono attualmente due cicli di studio:

- Due atti normativi definiscono i requisiti per questi cicli di studio. Da un lato, la legge sulla formazione professionale (LFP)⁶ disciplina i cicli di studio delle scuole specializzate in cui si può conseguire il diploma di infermiere SSS. Le competenze richieste ai diplomati (infermiera dipl. SSS/infermiere dipl. SSS) sono precisate nel programma quadro d'insegnamento per i cicli di formazione in cure infermieristiche emanato il 4 settembre 2007 da OdASanté e dalla Conferenza svizzera delle formazioni in cure infermieristiche di livello terziario (CSFI) e approvato dall'Ufficio

4 www.odasante.ch > Sistema formativo > Grafico con professionisti (sito disponibile in tedesco e francese).

⁶ RS 412.10, entrata in vigore il 1° gennaio 2004.

federale della formazione professionale e della tecnologia (UFFT) il 24 settembre 2007. Il programma quadro d'insegnamento è entrato in vigore il 1° gennaio 2008. Dal 14 febbraio 2011 è in vigore una nuova versione del programma quadro d'insegnamento in cure infermieristiche SSS. Secondo l'ordinanza del DEFR concernente le esigenze minime per il riconoscimento dei cicli di formazione e degli studi postdiploma delle scuole specializzate superiori (OERic-SSS), il programma quadro d'insegnamento deve essere verificato periodicamente e adeguato agli sviluppi economici, tecnologici e didattici (art. 7 cpv. 4 OERic-SSS).

Estratto del programma quadro d'insegnamento «cure infermieristiche»

Le attività dell'infermiera-e diplomata-o SSS comprendono un ampio spettro di compiti nell'ambito delle prestazioni sanitarie, ossia:

- cura e assistenza di ammalati fisici e psichici o di persone disabili in tutte le fasi della vita e provenienti da diversi ambiti socioculturali;
- prevenzione delle malattie e promozione della salute;
- collaborazione allo sviluppo di strategie politiche per la promozione della salute a lungo termine della popolazione;
- ecc.

Le attività possono essere suddivise nel modo seguente secondo il continuum delle cure infermieristiche:

- mantenimento e promozione della salute, prevenzione;
- malattie acute;
- convalescenza e riabilitazione;
- cura di lunga durata;
- cure palliative.

L'infermiera-e diplomata-o SSS si assume la responsabilità professionale per l'intero processo delle cure e per l'esecuzione dei compiti organizzativi e medico-tecnici delegatele-delegategli. Essa-esso lavora in maniera efficiente, analitica, sistematica, basata sull'evidenza e in modo riflessivo. Essa-esso tiene conto dei principi etici e giuridici, dello stato di salute, dei bisogni e delle risorse, dell'età, del genere, della biografia, dello stile di vita e dell'ambiente sociale delle-dei pazienti, nonché dell'ambiente culturale, economico e sociale. [...]

(Fonte: <http://www.sbfi.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=it&detail=1&typ=RLP&item=17>)

Dall'altro lato, l'attuale legge federale sulle scuole universitarie professionali (LSUP)⁷ disciplina i requisiti per i cicli di studio Bachelor of Science e Master of Science nelle SUP. Costituisce il quadro legale per il diploma Bachelor of Science (BSc.) in cure infermieristiche, che consente di esercitare professioni infermieristiche. La LSUP sarà sostituita dalla legge federale del 30 settembre 2011 sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU)⁸, che attua il

⁷ RS **414.71**, entrata in vigore il 1° gennaio 2004.

⁸ FF **2011** 6629

mandato legislativo del nuovo articolo costituzionale 63a⁹. Questo nuovo articolo costituzionale obbliga la Confederazione e i Cantoni a provvedere congiuntamente per un settore accademico nazionale di elevata qualità, competitivo e coordinato. La LPSU tuttavia non ha lo scopo di definire i requisiti della formazione. Risulta pertanto opportuno elaborare una legge per le professioni sanitarie che definisca le competenze da acquisire nei singoli cicli di studio. A tal fine risulta utile la futura legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan, cfr. n. 2.2.).

In attesa di queste disposizioni di legge, i curricula formativi a livello di bachelor per i cicli di studio SUP nel settore sanitario sono stati concepiti sulla base del rapporto *Progetto Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*¹⁰ (2009). Il rapporto espone i risultati del lavoro svolto dalla Conferenza dei rettori delle scuole universitarie professionali svizzere (KFH) su mandato dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia¹¹. Per ciascuna professione sanitaria interessata, e dunque anche per le professioni infermieristiche, descrive le competenze finali a livello di bachelor e di master. Sono incluse le competenze generali valide per tutte le professioni sanitarie, il che contribuisce a sviluppare una cultura lavorativa interprofessionale. Anche le competenze professionali specifiche sono state definite.

2.1.3 Statistica dei diplomi in cure infermieristiche

Dal punto di vista statistico la tabella 1 illustra lo sviluppo del numero di diplomi in cure infermieristiche per i due percorsi formativi scuola specializzata superiore SSS e bachelor SUP dal 2010 al 2012.

Tabella 1. Numero di diplomi nei percorsi formativi cure infermieristiche SUP e cure infermieristiche SSS

	Totale	Bachelor cure infermieristiche SUP Terziario A	Cure infermieristiche SSS Terziario B
2010	2290	614	1676
2011	1987	681	1306
2012	1813	704	1109

Fonte: UST, 2013.

2.1.4 Esercizio delle professioni infermieristiche e settore di competenza

L'accesso all'esercizio di professioni infermieristiche non universitarie è attualmente disciplinato dalla legislazione cantonale. Nel settore delle cure infermieristiche, per quanto riguarda l'accesso all'esercizio della professione, le disposizioni cantona-

⁹ Accettato nella votazione popolare del 21 maggio 2006.

¹⁰ Progetto *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*, C. Ledergerber, J. Mondoux, B. Sottas, KFH, 2009.

¹¹ Dal 1° gennaio 2013 Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI).

li attualmente in vigore non prevedono alcuna distinzione tra i percorsi formativi: gli infermieri con bachelor SUP e coloro che hanno concluso un percorso formativo riconosciuto dalla Confederazione nel settore delle cure infermieristiche presso una scuola specializzata superiore (SSS) sottostanno attualmente alle stesse disposizioni e hanno pari possibilità di accesso all'esercizio della professione.

La sicurezza dei pazienti è garantita dal fatto che gli infermieri, proprio come avviene per le professioni mediche universitarie, sono responsabili di fornire prestazioni nell'ambito delle competenze acquisite durante la formazione e il perfezionamento.

La formazione impartita consente agli infermieri diplomati (sia con diploma SSS, sia con bachelor SUP) in particolare di formulare in modo autonomo una diagnosi delle cure, di valutare il bisogno di cure e di adottare le misure necessarie. Tuttavia non hanno né la capacità né le competenze per sostituire il medico e formulare diagnosi mediche.

2.1.5 Formazione di livello secondario II per le professioni nel settore sanitario

Con l'integrazione delle professioni sanitarie nel sistema formativo svizzero si è giunti a una diversificazione delle qualifiche e alla creazione di nuove professioni nel settore sanitario.

A livello secondario II si offrono ora diverse formazioni con attestato federale di capacità (AFC), per le seguenti professioni:

- operatore/trice sociosanitario/a (OSS);
- operatore/trice socioassistenziale (OSA);
- assistente di studio medico.

A livello secondario II è previsto anche il certificato federale di formazione pratica come addetto/a alle cure sociosanitarie.

Queste formazioni portano a professioni che sono generalmente definite professioni sanitarie o professioni sanitarie assistenziali. Queste professioni non vanno confuse con le professioni infermieristiche.

I profili professionali e i settori di competenza delle professioni sanitarie sono definiti in virtù della legge sulla formazione professionale e delle relative ordinanze nei programmi quadro d'insegnamento. Il rapporto Obsan fornisce una panoramica sistematica dei titoli di formazione nel settore delle cure e dell'assistenza (*Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, systematische Übersichtsarbeit*, disponibile solo in tedesco)¹², Dossier 24, 2013, e contiene una breve descrizione dei profili professionali.

Questi professionisti operano in maniera indipendente (in senso tecnico, non nel senso di economicamente indipendente) nei loro settori di competenza e su prescrizione nel caso di prestazioni medico-tecniche.

Secondo le disposizioni cantonali attualmente in vigore, essi non possono esercitare in nome e per conto proprio e sono inoltre responsabili di fornire le prestazioni nell'ambito delle competenze acquisite durante la formazione.

¹² Cfr. www.obsan.ch > Publikationen > Obsan Dossier 24.

2.1.6 Statistica delle professioni infermieristiche

L'approccio generale per giungere a una stima del personale infermieristico in Svizzera consiste nel sommare le persone che si occupano delle cure negli ospedali, nelle case di cura e nell'assistenza e cura a domicilio. Le statistiche elaborate dall'Ufficio federale di statistica (UST) a seconda del luogo di attività – ospedali (K+), stabilimenti medico-sociali (Somed), assistenza e cura a domicilio (Spitex) – comprendono gli effettivi, ma anche le stime degli equivalenti a tempo pieno (ETP).

Sulla base dei dati statistici disponibili (cfr. tabella 2)¹³, nel 2012 nel settore sanitario svizzero si stimavano 84 540 infermieri, pari a 59 877,1 ETP. Gli infermieri rappresentano il gruppo professionale più numeroso davanti ai medici, il cui numero stimato è di 40 000 – 46 000 persone.

Tabella 2. Stima del personale infermieristico nel settore sanitario svizzero, a seconda del luogo di attività, al 31.12.2011.

	Ospedali		Case di cura		Spitex		Totale	
	Numero di persone	ETP ¹⁴	Numero di persone	ETP	Numero di persone	ETP	Numero di persone	ETP
Infermieri	54 052	41 103.1	18 434	12 925	12 054	5549	84 540	59 877.1

Fonte: estratto dalla lista dell'UST, T 14.3.5.3

Per quanto concerne gli infermieri di nazionalità straniera, per il momento non sono disponibili dati statistici per gli stabilimenti medico-sociali e per l'assistenza e cura a domicilio, dato che queste informazioni non sono rilevate.

In compenso, secondo la statistica degli ospedali dell'UST, nel 2011 il 34 per cento del personale sanitario era straniero e il 66 per cento svizzero. In questa statistica il termine personale sanitario comprende sia i lavoratori con un diploma di livello secondario II sia i titolari di diplomi di grado terziario. Non sono disponibili informazioni specifiche sul personale infermieristico a livello terziario. Gli ospedali sono il principale datore di lavoro per gli infermieri. Si può supporre che nel 2011 gli infermieri di nazionalità straniera nell'intero sistema sanitario svizzero costituissero circa il 30 per cento. Considerando tutti i settori economici, la quota degli stranieri va stimata al 29 per cento della popolazione attiva e il 22,9 per cento della popolazione residente svizzera è di nazionalità estera.

Nel 2011 la statistica dell'assistenza e cura a domicilio dell'UST¹⁵ contava 571 infermieri indipendenti che fornivano prestazioni a domicilio, il che equivale a 335 ETP.

¹³ In questo caso si parla di stime. A causa dell'elaborazione statistica non si possono escludere registrazioni multiple per coloro che esercitano varie attività a tempo parziale. Saranno contate due volte per esempio le persone che lavorano sia in un ospedale, sia nell'assistenza e cura a domicilio.

¹⁴ Equivalenti a tempo pieno (ETP).

In considerazione del prevedibile aumento delle esigenze e consapevolezza delle sfide future, la Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI), in collaborazione con altri partner¹⁶, ha lanciato il Masterplan «Formazioni professionali sanitarie», che si propone di aumentare l'attrattiva e il numero di diplomi di formazione nel settore sanitario.

2.1.7 Sviluppo dei ruoli

Come messo in evidenza dal rapporto sui futuri profili professionali di medici e personale infermieristico (*Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*¹⁷, 2007 e 2011), gli infermieri, al pari di medici e altri professionisti del settore sanitario, non lavorano in un comparto protetto. Gli sviluppi sociali in tutti gli ambiti (dal sistema di valori fino a quello economico) hanno un influsso decisivo sulle condizioni quadro della loro attività¹⁸. Questo fenomeno, amplificato dai recenti cambiamenti nel panorama formativo svizzero e dalla nascita di nuove qualifiche, unito alle crescenti esigenze, ha contribuito a numerosi lavori di riflessione e progetti pilota sulla formazione di team, ovvero sul cosiddetto «Skill-/Grade-Mix», nonché sul profilo e sulle competenze di ciascun gruppo professionale.

I lavori di riflessione prendono le mosse dai dati sul settore, dalle esigenze dei pazienti e dagli istituti che impiegano personale infermieristico, così come dalle esigenze dei Cantoni, che sono competenti per la pianificazione, i servizi e in parte anche per il finanziamento.

2.2 Nuova legge sulle professioni sanitarie

Nell'interesse della sanità pubblica, la prevista legge sulle professioni sanitarie (LPSan) deve promuovere la qualità nelle professioni sanitarie a livello di scuole universitarie professionali (SUP). A tal fine vengono definiti requisiti uniformi per tutta la Svizzera per quanto concerne la formazione e l'esercizio della professione, tenendo conto dei regolamenti validi nella formazione professionale superiore e nelle professioni mediche universitarie.

Nata dalla collaborazione tra l'UFSP e la SEFRI, la proposta di legge deve soddisfare i requisiti delle politiche in materia di salute e di formazione. L'atto è concettualmente ispirato alla legge del 23 giugno 2006¹⁹ sulle professioni mediche (LPMed) e presumibilmente sarà trasmesso al Parlamento nell'autunno del 2015.

La LPSan disciplina i cicli di studio SUP per infermieri, fisioterapisti, ergoterapisti, levatrici e dietisti. Definisce in maniera uniforme a livello nazionale le competenze

¹⁵ Gli infermieri indipendenti, che lavorano meno di 250 ore all'anno, non sono tenuti a partecipare alla rilevazione statistica dell'UST.

¹⁶ Tra cui Ufficio federale della sanità pubblica, Cantoni (Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione [CDPE] e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità [CDS]) nonché Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario (OdASanté).

¹⁷ *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden* (I futuri profili professionali di medici e personale infermieristico, disponibile unicamente in tedesco), Accademia svizzera delle scienze mediche, 2011.

¹⁸ ASSM, 2011, pag. 5

¹⁹ RS 811.11

generali da acquisire nei cicli di studio SUP del settore sanitario a livello di bachelor. Le competenze professionali specifiche richieste ai titolari di diplomi di bachelor SUP verranno poi definite dal Consiglio federale e sancite in una corrispondente ordinanza federale.

I requisiti per i cicli di studio delle scuole specializzate superiori (SSS), e dunque quelli per le cure infermieristiche, continuano a essere definiti nella LFPr²⁰.

Siccome il settore delle professioni sanitarie può comportare elevati rischi per i pazienti, il progetto prevede un obbligo di autorizzazione per esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale. L'espressione «esercitare la professione sotto la propria responsabilità professionale»²¹ ha una portata più vasta rispetto alla nozione di «libero esercizio»: include anche le persone che assumono la responsabilità professionale delle persone impiegate. Questo approccio armonizzato a livello nazionale garantisce che la responsabilità per una terapia spetta al personale specializzato appositamente formato. Questo obbligo di autorizzazione sarà combinato con obblighi professionali e misure disciplinari. In questo modo la LPSan contribuisce a garantire la qualità del servizio e la sicurezza dei pazienti.

La legislazione per l'esercizio della professione nel settore privato senza assunzione di responsabilità professionale rimane di competenza dei Cantoni. Inoltre, non spetta alla Confederazione regolamentare attività nel settore pubblico.

Nell'ottica dell'esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale, uno degli obiettivi dichiarati della politica formativa e sanitaria è quello di equiparare il diploma SSS in cure infermieristiche al diploma di bachelor rilasciato dalle SUP nello stesso settore di studio. Entrambe le formazioni trasmettono competenze che garantiscono un esercizio professionale di alta qualità e che sono richieste sul mercato del lavoro. Le offerte formative a entrambi i livelli ampliano il campo di reclutamento di professionisti del settore sanitario e consentono di sfruttare il potenziale delle giovani leve, argomento prioritario proprio nell'ottica di contrastare la penuria di personale qualificato. La legge sulle professioni sanitarie equipara i due diplomi in relazione a:

- rilascio dell'autorizzazione di esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale;
- obblighi professionali e relative misure disciplinari.

Occorre inoltre osservare che per il momento le professioni sanitarie con formazione di livello secondario II sono escluse dall'avamprogetto per la nuova LPSan.

²⁰ RS 412.10

²¹ Il termine «esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» è correlato alle competenze legislative della Confederazione (art. 95 cpv. 1 Cost.). L'esercizio dell'attività economica privata di cui all'articolo 95 capoverso 1 Cost. consiste in attività lavorative finalizzate alla realizzazione di un utile o di un reddito ai sensi del diritto privato. Vi rientrano le attività (principali e accessorie) svolte sia dai lavoratori dipendenti (ossia impiegati di un'impresa privata) che indipendenti. Un'attività economica non è più considerata privata ai sensi degli articoli 27 e 95 Cost. se viene esercitata da enti statali o istituiti dallo Stato e soggetti al diritto pubblico. Nell'avamprogetto di legge l'obbligo di autorizzazione di cui all'articolo 10 è limitato alle persone che esercitano la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale.

2.3 Invecchiamento della popolazione e crescita del fabbisogno di cure

La popolazione svizzera invecchia. Secondo le previsioni demografiche dell'UST, tra il 2010 e il 2030 la quota delle persone di più di 65 anni passerà dal 17,1 al 24,2 per cento²². Parallelamente aumenterà il numero degli oltre ottuagenari; secondo le stime dell'UST la loro quota rispetto alle persone di più di 65 anni passerà dal 28,4 al 32,4 per cento tra il 2010 e il 2030. In tal modo, in Svizzera crescerà anche la quota di persone bisognose di cure. Tra gli 80-84enni la percentuale è del 13 per cento e tra coloro di oltre 85 anni si supera il 34 per cento.

L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) ha studiato le possibili ripercussioni future degli sviluppi demografici ma anche delle tendenze nel campo della medicina e nella società sulla necessità di ricevere cure²³. La domanda di cure aumenterà, anche se nei prossimi anni migliorerà lo stato di salute degli anziani, per esempio grazie ai progressi della medicina, ad una migliore assistenza medica o al rafforzamento della prevenzione. In base allo scenario di riferimento in questo studio, in Svizzera il numero delle persone anziane bisognose di cure passerà da oltre 125 000 nel 2010 a più di 182 000 nel 2030 (il che significa una crescita relativa del 46%). La quota relativa di ottantenni e di anziani in questa fascia d'età bisognosi di cure aumenterà, passando dal 74 per cento (2010) a poco meno dell'80 per cento (2030). In altre parole: in futuro vi dovrebbero essere non solo più anziani bisognosi di cure – per lo più donne –, ma in molti casi la loro età sarà anche più elevata (il che per esempio aumenta il rischio di comorbidità)²⁴.

Dato che le persone vivono sempre più a lungo, occorre considerare anche un sensibile aumento del numero di malati di Alzheimer o di altre forme di demenza. Basandosi su un tasso di frequenza dei casi di demenza pari a quello odierno, tra il 2010 e il 2030 questa cifra dovrebbe passare dalle 125 000 alle 218 000 persone. Il ricorso a migliori strategie di trattamento e riabilitazione potrebbe arginare la crescita vertiginosa del numero di persone bisognose di cure. Tuttavia, anche in caso di sviluppi positivi, nei prossimi decenni bisognerà fare i conti con una rapida progressione delle cifre, soprattutto perché le persone nate negli anni del baby boom avranno raggiunto l'età critica.

Nei prossimi anni si assisterà anche ad un cambiamento del tipo di cure richieste. Secondo lo studio dell'Obsan crescerà la domanda di cure ambulatoriali erogate da professionisti della salute. Già oggi il 90 per cento circa degli anziani tra gli 80 e gli 84 anni vive a casa propria. In base alle tendenze demografiche, mediche e sociali, nei prossimi anni l'ingresso in un istituto per anziani o di cura avverrà sempre più tardi, di solito nell'ultima fase della vita.

²² Ufficio federale di statistica, Scenari dell'evoluzione demografica in Svizzera 2010–2060, 2010, secondo lo scenario medio A-00-2010

²³ François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn: *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz* (Anziani bisognosi di cure e cure di lunga durata – Scenari aggiornati per la Svizzera), collana dell'Osservatorio svizzero della salute, edizioni Hans Huber, 2011; cfr. anche comunicato stampa dell'Osservatorio svizzero della salute del 19.5.2011

²⁴ *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter* (Anziani bisognosi di cure e di cure di lunga durata, in tedesco e in francese), F. Höpflinger, L. Bayer-Oglesby e A. Zumbrunn, Obsan, 2011, pag. 60, figura 2.

Le possibili modalità di evoluzione del fabbisogno di cure e di personale sono state studiate dall'Obsan nell'ambito dello studio pubblicato nel 2009 sul personale sanitario in Svizzera, che ha stilato un bilancio della situazione attuale e futura fino al 2020 (*Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*)²⁵. Le previsioni riguardano gli ospedali, le case per anziani e di cura nonché i servizi Spitex. Prendendo come scenario di riferimento lo scenario demografico «medio» dell'UST, lo studio ipotizza una riduzione della durata delle degenze ospedaliere e un miglioramento dello stato di salute della popolazione più anziana. Partendo da queste ipotesi, il fabbisogno di cure nel periodo 2006–2020 potrebbe aumentare nel modo seguente: giorni di degenza +2,4 per cento, giorni trascorsi in case per anziani e di cura +30 per cento e clienti Spitex + 20 per cento.

Presupponendo una produttività e un tasso di attività invariati, questo maggiore fabbisogno di cure renderebbe necessari 17 000 nuovi posti di lavoro (equivalenti a tempo pieno) e 25 000 operatori in più (+13%). A questo si aggiungono 60 000 professionisti del settore sanitario (30%), da sostituire a causa dei pensionamenti. La domanda più consistente di un numero supplementare di dipendenti, oltre 15 000, riguarderà secondo lo studio dell'Obsan le case per anziani e di cura.

2.4 Diritto vigente

2.4.1 Fornitori di prestazioni secondo la LAMal

La LAMal opera una distinzione tra i fornitori di prestazioni che esercitano direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le persone dispensanti cure in nome e per conto proprio previa prescrizione o indicazione medica. Nel suo messaggio del 6 novembre 1991²⁶ concernente la revisione dell'assicurazione malattia, il Consiglio federale si esprime in questi termini: «Queste cure devono innanzitutto essere dispensate, come avviene attualmente, sotto la sorveglianza e la guida del medico, il quale svolge al riguardo una «funzione di cardine» poiché deve prodigare le cure necessarie in una forma appropriata ed ottimale [...]. Egli può e dovrà agire in tal senso collaborando accortamente con gli altri fornitori di prestazioni. Il chiropratico dovrà procedere allo stesso modo, come già attualmente, per quanto concerne il suo campo d'attività [...]. Le persone che esercitano professioni denominate paramediche, segnatamente coloro che prodigano cure sanitarie extraospedaliere e a domicilio [oggi: cure ambulatoriali e domiciliari], elencate in modo non esauriente nella legge, potranno invece, come attualmente, dispensare cure a carico dell'assicurazione malattia soltanto previa prescrizione medica. In questo modo ci si prefigge di coordinare il meglio possibile diagnosi e terapia, ciò che permette di garantire la qualità e l'economicità delle prestazioni e quindi di agire anche nell'interesse degli assicurati e dei pazienti.». Le Camere federali hanno ripreso la disposizione proposta dal Consiglio federale.

Secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal, esercitano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie tra gli altri i medici, i chiropratici, le levatrici

²⁵ Hélène Jaccard, France Weaver, Maik Roth, Marcel Widmer, *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020* (Personale sanitario in Svizzera – Bilancio della situazione attuale e futura fino al 2020, in tedesco e francese); cfr. anche Factsheet Obsan del 7 aprile 2009

²⁶ FF 1992 I 65, pag. 134

ci, gli ospedali, le case per partorienti, le case di cura nonché gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici. I fornitori di prestazioni che esercitano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono enumerati esaustivamente nella legge. L'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal rinvia alle persone e alle organizzazioni dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Le persone dispensanti cure previa prescrizione medica sono enumerate esaustivamente nell'articolo 46 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal)²⁷: trattasi, oltre agli infermieri, di fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti e dietisti. Questa distinzione si basa sul principio che il medico deve svolgere una «funzione di cardine» e garantire il coordinamento di diagnosi e terapia.

Secondo l'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal, possono dispensare cure previa prescrizione o indicazione medica anche le organizzazioni che occupano persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica. I requisiti affinché queste organizzazioni possano dispensare cure a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono sanciti negli articoli 51–52b OAMal. Gli infermieri sono occupati segnatamente nelle organizzazioni di cura e aiuto a domicilio. Analogamente a ospedali e case di cura, in questo caso non figurano gli infermieri, bensì le organizzazioni di cura e aiuto a domicilio quali fornitori di prestazioni nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2.4.2 Autorizzazione degli infermieri a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

L'articolo 49 OAMal fissa le condizioni che gli infermieri²⁸ devono soddisfare per essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Essi devono attestare:

- a. il conseguimento del diploma di una scuola di cure infermieristiche riconosciuto o ritenuto equipollente da un organismo designato in comune dai Cantoni, o di un diploma riconosciuto secondo la legge federale del 13 dicembre 2002 sulla formazione professionale;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un infermiere autorizzato conformemente all'OAMal, oppure in un ospedale o presso un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio, sotto la direzione di un infermiere che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nell'ordinanza.

Qualora possano fornire questa prova, previa prescrizione o indicazione medica, sono legittimati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in nome e per conto proprio.

²⁷ RS 832.102

²⁸ Sono così designati anche gli infermieri con un diploma di bachelor a livello di scuola professionale superiore. Risultano invece escluse le professioni sanitarie di livello secondario II (cfr. n. 2.1.4).

2.4.3 Prestazioni secondo la LAMal

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi (art. 25 cpv. 1 LAMal). Per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche dei medici vige il principio della fiducia. Generalmente tutte le prestazioni mediche sono remunerate, se non diversamente disposto. Si presuppone dunque implicitamente il carattere obbligatorio delle prestazioni mediche diagnostiche e terapeutiche. Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal). Determina inoltre in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal). In virtù dell'articolo 33 capoverso 5 LAMal il Consiglio federale ha delegato queste competenze al Dipartimento federale dell'interno (DFI). Per designare le prestazioni il Consiglio federale consulta le commissioni. Dopo aver consultato la Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF), il DFI decide se i costi di una prestazione richiesta o contestata sono o meno a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure se lo sono soltanto a determinate condizioni. La decisione è menzionata nell'allegato 1 dell'ordinanza del 29 settembre 1995²⁹ sulle prestazioni (OPre).

Per le cure che sono dispensate previa prescrizione o indicazione medica, la LAMal riporta l'elenco esaustivo delle prestazioni obbligatorie (elenchi positivi, catalogo chiuso delle prestazioni). Sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo le prestazioni menzionate esplicitamente nell'ordinanza dipartimentale sulle prestazioni o in un elenco che per delega è elaborato dal DFI (elenco delle analisi con tariffa, elenco dei medicinali con tariffa e elenco dei mezzi e degli apparecchi) o dall'UFSP (elenco delle specialità). Se non esplicitamente menzionata, la prestazione non è obbligatoria. Anche per le prestazioni preventive dei medici e per le prestazioni di maternità vige un elenco positivo.

2.4.4 Cure medico-sanitarie dispensate ambulatoriamente e in casa di cura

Le cure medico-sanitarie dispensate a casa, ambulatoriamente o in una casa di cura che possono essere dispensate previa prescrizione o indicazione medica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono descritte in maniera esaustiva nell'articolo 7 OPre. Il capoverso 1 dell'articolo 7 OPre sancisce quali persone e organizzazioni possono effettuare prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Trattasi di infermieri, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e case di cura. Il capoverso 2 dell'articolo 7 OPre definisce le prestazioni (valutazione, consigli e coordinamento; lettera a), contiene un elenco di esami e cure (lettera b) e descrive le cure di base (lettera c).

²⁹ RS 832.112.31

2.4.5 Rilevazione del bisogno di cure

L'articolo 8 OPre disciplina la prescrizione medica, il mandato medico e la valutazione dei bisogni. Il capoverso 1 stabilisce che la prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio siano definiti in base alla valutazione dei bisogni e del piano comune dei provvedimenti necessari. Se vi è un mandato medico, in caso di cure a domicilio il paziente può contattare un infermiere o un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio a sua scelta. L'infermiere valuta le prestazioni necessarie con il paziente e con il medico e definisce tipo, portata, momento, frequenza e durata degli impieghi. Nel caso dei pazienti assistiti in una casa di cura, è quest'ultima a occuparsi della valutazione.

I dettagli della valutazione sono fissati in contratti amministrativi degli assicuratori malattia con i fornitori di prestazioni per i settori case di cura, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e infermieri indipendenti. La procedura convenuta è solitamente concordata come segue.

- Deve esserci un mandato medico o una prescrizione medica.
- Un infermiere che soddisfa i requisiti definiti nel contratto amministrativo rileva il bisogno di cure. Utilizza un formulario sul quale le parti contraenti si sono accordate e che contiene tutte le indicazioni necessarie. Nei limiti imposti dalle direttive cantonali, il fornitore di prestazioni è solitamente libero di scegliere fra vari sistemi di rilevazione del bisogno di cure. Si possono utilizzare i sistemi PLAISIR, RAI/RUG o BESA.
- Il formulario di notifica del bisogno, debitamente compilato e firmato dal medico e dall'infermiere responsabile, è consegnato all'assicuratore.

2.4.6 Responsabilità del fornitore di prestazioni nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e responsabilità dell'infermiere per la propria prestazione

Come menzionato nell'introduzione, la LAMal distingue due «categorie» di fornitori di prestazioni: da un lato coloro che possono esercitare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'altro le persone dispensanti cure per conto proprio previa prescrizione o indicazione medica.

Nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie tutti questi fornitori di prestazioni sono responsabili delle loro prestazioni. Ciò significa che sono responsabili della qualità delle cure dispensate. Le persone che lavorano sotto la responsabilità e la sorveglianza di un medico dispensano per conto prestazioni delegate (p. es. assistenti di studio medico, psicoterapeuti). Queste persone non figurano nella LAMal come fornitori. Le prestazioni sono fatturate nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dal medico delegante, cui spetta anche la responsabilità.

Allo stesso modo è l'ospedale, la casa di cura o l'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio a fungere da fornitore di prestazioni nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e non i medici e gli infermieri da questi impiegati. All'interno di ospedali, case di cura, organizzazioni di cure e d'aiuto a

domicilio e organizzazioni quali gli studi medici le persone a cui è assegnata una prestazione sono responsabili di detta prestazione. La responsabilità civile è disciplinata dalle disposizioni di diritto civile o di diritto pubblico applicabili.

3 Nuova normativa proposta

3.1 Caratteristiche

La revisione di legge si propone in primo luogo di rivalutare lo statuto professionale degli infermieri. Occorre superare l'immagine ormai obsoleta di una professione assistenziale. È opportuno migliorare la percezione che si ha del personale infermieristico, con le sue competenze specifiche, e rafforzarne il ruolo in un'assistenza sanitaria incentrata sul paziente. Soprattutto nell'ambito delle cure di base devono poter lavorare in maniera più indipendente. Questa rivalutazione dello statuto professionale deve contribuire ad accrescere l'attrattiva delle professioni sanitarie, facilitare il reclutamento dei giovani, agevolare il reinserimento delle donne e favorire la permanenza in questo settore.

Il personale infermieristico deve pertanto figurare esplicitamente nell'elenco dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 LAMal e ottenere il giusto riconoscimento. In virtù dell'articolo 25a capoverso 3 LAMal e dell'articolo 33 capoverso 1^{bis} LAMal in combinato disposto con l'articolo 33 capoverso 5 LAMal e con l'articolo 33 OAMal, nell'articolo 7 OPre il Consiglio federale e il DFI definiranno quali prestazioni potranno essere effettuate a titolo indipendente e senza prescrizione medica. Si tratterà di un «elenco positivo» di misure riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché di misure nell'ambito delle cure di base. Non sono invece previste modifiche nel settore delle cure mediche, che continuano a dover essere prescritte dal medico.

Il fatto che in futuro gli infermieri potranno effettuare determinate prestazioni senza prescrizione o indicazione medica si ripercuote in maniera diversificata, a seconda che gli infermieri siano occupati in un ospedale, in un'organizzazione di cura e aiuto a domicilio o in una casa di cura oppure esercitino in nome e per conto proprio:

- gli infermieri devono essere esplicitamente menzionati nell'articolo 25 capoverso 2 LAMal come fornitori di prestazioni dispensate in un *ospedale*. Ciò deve rafforzare la loro posizione in vista dell'organizzazione interna dell'ospedale e della ripartizione delle competenze. Il fatto che gli infermieri siano menzionati esplicitamente non cambia nulla al fatto che, dal punto di vista dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il fornitore di prestazioni avente il diritto di fatturazione continua a essere l'ospedale e le cure nell'ambito degli importi forfettari sono remunerate secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal.
- Se in seguito a un soggiorno ospedaliero si rivelano necessarie *cure acute e transitorie*, i medici e gli infermieri dovranno prescrivere queste cure congiuntamente (art. 25a cpv. 2 LAMal). Anche in questo settore occorre rafforzare la posizione degli infermieri e considerare meglio le loro conoscenze specifiche. Non cambia nulla per quanto concerne la remunerazione delle cure (art. 25a cpv. 2 LAMal).

- Gli infermieri che sono impiegati in un'*organizzazione di cura e aiuto a domicilio* o in una *casa di cura* devono poter dispensare le cure definite dal Consiglio federale sulla base di una valutazione dei bisogni, ma senza prescrizione o indicazione medica (art. 25a cpv. 1 LAMal). Nella legge deve essere disciplinata una situazione che in molti casi è già realtà: finora le cure dovevano essere prescritte dal medico, ma di fatto in molti casi i medici approvavano il bisogno di cure rilevato dagli infermieri. I fornitori di prestazioni aventi il diritto di fatturazione rimangono le organizzazioni di cura e aiuto a domicilio o le case di cura.
- Gli infermieri esercitanti *in nome e per conto proprio* devono dispensare le cure definite dal Consiglio federale sulla base di una valutazione dei bisogni, ma senza prescrizione o indicazione medica e poter fatturare individualmente nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

È difficile valutare come questa nuova regolamentazione si ripercuoterà sulla quantità di prestazioni fornite. Come misura di accompagnamento il Consiglio federale deve pertanto ottenere la competenza di far dipendere da un bisogno l'autorizzazione degli infermieri a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'articolo 55a LAMal, che disciplina la limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie, deve essere debitamente completato.

Inoltre, con una nuova disposizione transitoria, entro cinque anni dall'entrata in vigore della modifica di legge il Consiglio federale dovrà presentare al Parlamento un rapporto sugli effetti, in particolare economici, della modifica di legge.

3.2 Proposte di minoranza

Una minoranza (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) chiede che le cure acute e transitorie rivelatesi necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero siano dispensate in base a una prescrizione medica previa consultazione degli infermieri competenti (art. 25a cpv. 2 LAMal). In futuro si dovrà prestare maggior considerazione alle conoscenze specifiche degli infermieri. Al contempo occorre tuttavia chiarire che la prescrizione di tali prestazioni rimane di competenza medica. La minoranza respinge pertanto l'articolo 33 capoverso 1^{bis} lettera c, proposto dalla commissione, che attribuirebbe al Consiglio federale la competenza di designare le prestazioni che devono essere prescritte congiuntamente da medici e infermieri.

Una minoranza (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin) chiede che per gli infermieri esercitanti per conto proprio e senza prescrizione medica si introduca la libertà di contrarre. In altri termini, abbandonando la normativa attuale, il diritto ad avere remunerate le prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non varrà per tutti gli infermieri autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie. Solo se riescono a concludere un contratto con uno o più assicuratori le loro prestazioni sono remunerate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 40a LAMal). Con questo strumento la minoranza intende impedire un aumento immotivato del volume delle cure dispensate ambulatorialmente. Intende infine cedere la gestione dell'offerta agli assicuratori malattie, diversamente dalla maggioranza della Commissione, che con la modifica dell'articolo 55a LAMal vuole affidare al Consiglio federale e ai Cantoni una competenza gestionale.

Art. 25 cpv. 2 lett. a

L'articolo 25 capoverso 2 lettera a della legge descrive le prestazioni che sono dispensate ambulatoriamente, in ospedale o in casa di cura nonché le cure dispensate in ospedale.

L'attuale disciplinamento della delimitazione delle cure dispensate in ospedale secondo l'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal da quelle dispensate ambulatoriamente secondo l'articolo 25a LAMal consente un certo margine interpretativo, poiché la formulazione nell'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal non esclude esplicitamente le cure dispensate ambulatoriamente. Con la formulazione proposta la delimitazione tra l'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal e l'articolo 25a LAMal è chiara: l'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal si riferisce solamente alle cure dispensate nell'ambito di una cura ospedaliera.

In futuro gli infermieri saranno menzionati esplicitamente nell'articolo 25 capoverso 2 lettera a in un nuovo numero 2^{bis}, questo per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a OPre nonché per le cure di base di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c OPre, che non necessitano di prescrizione o mandato del medico. Anche in futuro le cure mediche di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre saranno dispensate da infermieri previa prescrizione medica. Coerentemente in tali casi gli infermieri rientrano nell'articolo 25 capoverso 2 lettera a numero 3 LAMal.

Il fatto di menzionare esplicitamente gli infermieri nell'articolo 25 capoverso 2 lettera a numero 2^{bis} LAMal non modifica nulla al fatto che dal punto di vista dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è l'ospedale il fornitore di prestazioni avente il diritto di fatturazione e che le cure sono remunerate nell'ambito degli importi forfettari secondo l'articolo 49 capoverso 1 LAMal.

Art. 25a cpv. 1 e 2

L'articolo 25a LAMal è stato deciso dalle Camere federali nell'ambito del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure³⁰ ed è entrato in vigore il 1° gennaio 2011. Contrariamente a quanto sancito in passato nell'articolo 25, ovvero che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assumeva anche i costi delle prestazioni ambulatoriali, a domicilio, in ospedale o in una casa di cura, da inizio 2011 l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presta un contributo alle cure, in virtù dell'articolo 25a capoverso 1 LAMal. Il disciplinamento del finanziamento residuo compete ai Cantoni.

Per le cure mediche di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre continuerà a essere necessaria la prescrizione o il mandato del medico. Per questo caso è stato ora formulato l'articolo 25a capoverso 1 lettera a LAMal.

³⁰ RU 2009 3517

L'articolo 25a capoverso 1 lettera b LAMal disciplina le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), nonché le prestazioni per le cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) che possono essere dispensate dagli infermieri senza prescrizione o indicazione medica.

Resta tuttavia valida la condizione di un comprovato bisogno terapeutico affinché l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presti il proprio contributo.

Con il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure è stata introdotta la nozione di cure acute e transitorie. Se in seguito a un soggiorno ospedaliero si rivelano necessarie, esse sono remunerate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero. In questo modo non viene pagato un qualche importo, bensì rimborsato un importo forfettario. Assicuratori e fornitori di prestazioni concordano gli importi forfettari. Con la modifica proposta decade, per quanto concerne le cure acute e transitorie, il requisito della prescrizione da parte del medico unicamente. D'ora in poi la prescrizione delle cure acute e transitorie deve avvenire congiuntamente da parte di medico e infermiere. Una disposizione del genere corrisponde peraltro a quanto già oggi è prassi corrente in molti ospedali.

Una minoranza (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) chiede che le cure acute e transitorie rivelatesi necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero siano prescritte da un medico previa consultazione dell'infermiere competente. In futuro le competenze specifiche degli infermieri andranno considerate maggiormente. Al contempo occorre tuttavia chiarire che il medico continuerà a essere competente per la prescrizione di tali prestazioni.

Art. 33 cpv. 1^{bis}

La descrizione dell'obbligo di fornire prestazioni secondo l'articolo 33 capoverso 1 LAMal significa che in linea di massima tutte le prestazioni mediche sono remunerate, se non deciso diversamente. Si presuppone dunque implicitamente il carattere obbligatorio delle prestazioni mediche diagnostiche e terapeutiche (principio della fiducia). Le terapie e gli esami svolti da medici o chiropratici sono generalmente remunerati, purché l'allegato 1 OPre non preveda disposizioni speciali.

Per le prestazioni degli infermieri tuttavia non deve valere il principio della fiducia e coerentemente, l'articolo 33 capoverso 1^{bis} LAMal prevede che sia attribuita al Consiglio federale la competenza di designare le prestazioni che:

- sono dispensate da infermieri previa prescrizione o indicazione di un medico (ovvero le cure mediche; cfr. art. 33 cpv. 1^{bis} lett. a LAMal);
- sono dispensate da infermieri senza prescrizione o indicazione di un medico (ovvero valutazione, consigli e coordinamento nonché cure di base; cfr. art. 33 cpv. 1^{bis} lett. b LAMal); nonché
- sono prescritte congiuntamente da medici e infermieri (ovvero cure acute e transitorie; cfr. art. 33 cpv. 1^{bis} lett. c LAMal).

Art. 35 cpv. 2 lett. d^{bis}

L'articolo 35 capoverso 2 LAMal menziona i fornitori di prestazioni che sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In futuro gli infermieri saranno menzionati esplicitamente alla lettera d^{bis}, questo per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a OPre nonché per le cure di base di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c OPre, che gli infermieri possono dispensare senza prescrizione o indicazione medica. Le cure mediche di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b saranno dispensate anche in futuro dagli infermieri previa prescrizione o indicazione medica. Coerentemente, in tali casi gli infermieri rientrano nell'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal. Occorre presupporre che, come finora, una parte degli infermieri eserciti in nome e per conto proprio, ma che la maggioranza tuttavia lavori negli ospedali o nelle organizzazioni di cura e aiuto a domicilio.

A livello di ordinanza si disciplina il titolo di formazione che gli infermieri devono possedere per poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La disposizione è stata decisa nel 1995 e adeguata solo una volta alle nuove competenze della Confederazione. Dall'entrata in vigore della LAMal diversi punti essenziali del sistema formativo nel settore sanitario sono stati modificati (cfr. allegati 1 e 2) e nuovi cicli di formazione sono stati istituiti, soprattutto a livello di scuole universitarie professionali. In rapporto con l'assegnazione di nuove competenze agli infermieri si dovrà chiarire a livello di ordinanza quali diplomi costituiscono il requisito per poter dispensare le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sia nel caso di cure dirette, sia nel caso di cure previa prescrizione o indicazione medica.

Art. 40a Infermieri

Una minoranza (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin) chiede che gli infermieri esercitanti in nome e per conto proprio senza prescrizione medica non abbiano il diritto al rimborso delle loro prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per autorizzare gli infermieri a esercitare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve vigere la libertà di contrarre. Per questo motivo il capoverso 2 prevede la necessità di stipulare un contratto di autorizzazione con uno o più assicuratori. È attribuita al Consiglio federale la competenza di definire i dettagli.

Art. 55a

Con la decisione del 21 giugno 2013 delle Camere federali di modificare la LAMal è stata reintrodotta la limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie. La disposizione è entrata in vigore il 1° luglio 2013 e vige fino al 30 giugno 2016. Vale per i medici, fatta eccezione per coloro che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto. Con la proposta di nuova regolamentazione della gestione strategica del settore ambulatoriale i Cantoni devono avere la possibilità, ma non l'obbligo, di disciplinare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie. A tal fine si baseranno su criteri di qualità. Questa regolamentazione potrà riguardare tutti i fornitori di prestazioni, non unicamente i medici, e dovrà tenere conto anche dell'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale. Con l'articolo 55a capoverso 1 lettere c e d

proposto si sancisce esplicitamente la competenza dei Cantoni di introdurre l'autorizzazione secondo il bisogno per gli infermieri.

Disposizione transitoria

Con la disposizione transitoria, entro cinque anni dall'entrata in vigore della modifica di legge il Consiglio federale dovrà presentare al Parlamento un rapporto sugli effetti, in particolare economici, della modifica di legge.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e per il personale

Con le misure nel settore della formazione si è accresciuta l'attrattiva delle professioni sanitarie. Da un lato ciò dovrebbe contrastare la penuria di personale nel settore. Per il momento, tuttavia, è difficile dire se lo sviluppo così generato sarà sufficiente per disporre degli infermieri che saranno necessari in futuro. Questo soprattutto perché l'offerta di infermieri sarà influenzata da fattori che sono in mutamento. Anche il rapporto della Svizzera con i Paesi dell'UE, dai quali provengono molti infermieri esercitanti in Svizzera, ha in questo caso un influsso notevole.

Secondo l'articolo 25a LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatoriamente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura. Secondo l'articolo 7a OPre il contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie in caso di cure a domicilio ammonta:

- per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento da parte di infermieri e organizzazioni di cura e aiuto a domicilio a 79.80 franchi all'ora, e
- per le prestazioni per le cure di base a 54.60 franchi all'ora.

Agli assicurati possono essere addossati i costi per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo massimo alle cure e i Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. Se si dovesse sviluppare un mercato per infermieri con formazioni soprattutto di livello terziario e se questi ultimi dovessero effettuare non solo prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento, ma anche per le cure di base non è escluso che prima o poi essi rivendicheranno una migliore retribuzione. Quanto più saranno necessari infermieri con formazione di livello terziario per mantenere elevato il livello qualitativo delle cure, tanto più è probabile che essi chiedano e ottengano retribuzioni in linea con la formazione, e questo abbia ripercussioni in termini di costi per assicuratori, assicurati e Cantoni.

In risposta alla domanda sugli effetti dell'eventuale trasferimento di determinate competenze dai medici agli infermieri si possono formulare solamente ipotesi. Se gli infermieri autorizzati sono liberi di decidere quali prestazioni fornire, vi è teoricamente un incentivo a fornirne più che nel caso in cui sia necessaria una prescrizione medica. È impossibile prevedere se effettivamente, a seguito della modifica di legge

proposta, vi saranno conseguenze in termini di costi e se il volume aumenterà in questi termini. Le statistiche mostrano comunque che se aumenta il numero di fornitori di prestazioni aumenta anche la quantità di prestazioni fornite. Non si può neppure escludere che i medici siano sgravati qualora non debbano più prescrivere determinate prestazioni, in particolare per le cure di base a domicilio o nelle case di cura. A priori è difficile formulare una valutazione fondata e capire se di fatto vi sarà uno sgravio tangibile e dunque anche un risparmio in termini di costi.

Attualmente esiste un gruppo molto esiguo di infermieri che esercitano per conto proprio. Stando alla statistica dell'assistenza e cura a domicilio (Spitex) dell'UST del 2012, vi sono circa 650 infermieri, 273 organizzazioni a scopo di lucro e 671 organizzazioni di diritto privato e pubblico senza scopo di lucro³¹. Né il comportamento né l'evoluzione di questo gruppo sono noti. È tuttavia probabile che nascano nuove organizzazioni o che si sviluppino quelle esistenti, che si specializzino maggiormente nelle cure di base qui analizzate, e che aumentino sia i fornitori di prestazioni sia di conseguenza le prestazioni fornite. Questi sviluppi futuri non sono tuttavia prevedibili. Siccome la direzione e la portata delle diverse tendenze di sviluppo sono difficili da stimare, non si possono quantificare le ripercussioni finanziarie. L'unico fatto certo è che, a causa delle disposizioni di finanziamento contenute nella LAMal (finanziamento ospedaliero, finanziamento delle cure), eventuali costi aggiuntivi sarebbero a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dei pazienti e anche dei Cantoni. Questi ultimi assumono almeno il 55 per cento degli importi forfettari relativi alle prestazioni in caso di degenza in ospedale e una buona parte dei costi residui in caso di cure a domicilio e in case di cura. A tal riguardo gli assicuratori devono assumere la loro funzione di controllo e verificare l'economicità delle prestazioni di cura, indipendentemente dal fatto che esse siano dispensate con o senza prescrizione o indicazione medica (cfr. n. 5.2).

Non è infine da escludere che anche altri gruppi professionali avanzeranno le stesse pretese degli infermieri³² e che, in tal senso, la modifica di legge possa costituire un precedente.

5.2 Attuabilità

Dall'entrata in vigore della LAMal diversi punti essenziali del sistema formativo nel settore sanitario sono stati modificati (cfr. n. 2.1). Con la modifica dell'articolo 49 OAMal decisa dal Consiglio federale il 3 dicembre 2004, che sancisce le condizioni che gli infermieri devono soddisfare per poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, si è tenuto conto delle nuove competenze della Confederazione³³, ma, di fatto, l'articolo è rimasto sostanzialmente immutato da quando è entrata in vigore la legge. Con la modifica di legge qui proposta gli infermieri ottengono maggiori competenze. Per garantire che gli infermieri esercitanti direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-

³¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/05/key/02.html>

³² Ufficio di studi di politica del lavoro e di politica sociale (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG), Stato di avanzamento della discussione in Svizzera sul ricorso nella medicina di base a professionisti non medici altamente qualificati (*Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung*), Berna, novembre 2013

³³ RU 2004 5075

sanitarie soddisfino le condizioni necessarie, il Consiglio federale, sulla base del nuovo sistema formativo, deve definire i certificati di capacità o i titoli di scuola specializzata o di scuola universitaria professionale necessari per poter fornire prestazioni per la valutazione e le cure di base senza prescrizione o indicazione medica, incluse quelle per le cure di base psichiatriche. L'articolo 49 OAMal dovrà essere debitamente adeguato.

Attualmente per tutte le cure a domicilio e in casa di cura è comunque necessaria una prescrizione o un'indicazione medica. Con la modifica di legge proposta si distinguerà tra le cure degli infermieri dispensate direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (valutazione, consigli e coordinamento nonché cure di base) e quelle dispensabili previa prescrizione o indicazione medica (cure mediche). L'articolo 7 OPre deve essere adeguato in maniera tale da risultare chiaro che il rimborso delle prestazioni di cui al capoverso 2 lettera b (cure mediche) continua ad essere subordinata a un mandato o a una prescrizione del medico. La competenza è delegata dal Consiglio federale al DFI.

Secondo l'articolo 56 LAMal il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie può rifiutare la remunerazione per le prestazioni eccedenti questo limite. Sulla base di queste disposizioni gli assicuratori controllano l'economicità del fornitore di prestazioni. Ciò avviene secondo un metodo stabilito mediante contratto da assicuratori e fornitori di prestazioni (art. 56 cpv. 6 LAMal). Nel settore delle prestazioni mediche il controllo è sistematico. I partner tariffali hanno concordato che l'analisi della varianza finora impiegata debba continuare ad essere sviluppata congiuntamente da assicuratori e fornitori di prestazioni. Le spiegazioni di santésuisse sulla statistica dei fatturatori utilizzata nell'ambito del controllo delle fatture evidenziano come nel controllo dell'economicità confluiscono effettivamente i costi disposti dai medici per medicinali e fisioterapia, ma non quelli per le cure a domicilio e in casa di cura³⁴. L'imperativo di economicità è valido in generale anche per gli infermieri. Anche loro sono tenuti per legge a stabilire mediante contratto un metodo per controllare l'economicità. Attualmente il controllo dell'economicità da parte dell'assicuratore è disciplinato nei contratti amministrativi con le associazioni di fornitori di prestazioni (cfr. n. 2.4.5). A tal fine si prevedono solitamente visite di controllo degli assicuratori ai fornitori di prestazioni. Tuttavia anche il medico che firma il formulario per rilevare il bisogno di cure, esercita un controllo sulla classificazione del bisogno di cure. Se questo controllo venisse meno, rimarrebbe comunque il controllo svolto dagli assicuratori con le visite di controllo ai fornitori di prestazioni. Gli assicuratori conoscono i singoli pazienti e le loro storie soprattutto dai dossier. Per questo motivo hanno maggiori difficoltà nel riconoscere classificazioni false, soprattutto troppo elevate, rispetto al caso in cui sia il medico curante a dover firmare un formulario.

³⁴ http://www.santesuisse.ch/user_content/editor/files/Onlineshop/erlaeuterungen-statistik_f.pdf

6 Rapporto con il diritto europeo

6.1 Prescrizioni dell'Unione europea

L'articolo 3 paragrafo 3 sottoparagrafo 2 del Trattato sull'Unione europea³⁵ affida all'Unione il compito di promuovere la giustizia e la protezione sociali. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è disciplinata nell'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)³⁶. Il principio della libera circolazione necessita di un coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, come sancito dall'articolo 48 TFUE. Il diritto comunitario non prevede alcuna armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati membri possono continuare a decidere le modalità, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento nonché l'organizzazione dei loro sistemi nazionali di sicurezza sociale. Il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale è disciplinato dal Regolamento (CE) n. 883/2004³⁷ e dal Regolamento di esecuzione n. 987/2009³⁸. Dall'entrata in vigore dell'accordo del 21 giugno 1999³⁹ tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea il 1° giugno 2002 la Svizzera fa parte del sistema di coordinamento multilaterale.

La Raccomandazione del Consiglio, del 27 luglio 1992, relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale⁴⁰ chiede agli Stati membri di garantire a tutte le persone legalmente residenti nel loro territorio l'accesso alle cure sanitarie necessarie nonché alle misure di prevenzione delle malattie.

6.2 Strumenti del Consiglio d'Europa

La parte II del Codice Europeo di Sicurezza sociale del 16 aprile 1964⁴¹ (CESS) disciplina le cure mediche e stabilisce che gli Stati partecipanti sono tenuti a garantire alle persone assistite cure mediche in caso di malattia per qualunque causa, anche in caso di maternità. Il beneficiario può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso. Inoltre la durata delle prestazioni può essere limitata a 26 settimane per ciascun caso. In sede di ratifica del CESS la Svizzera ha dichiarato di non accettare gli obblighi della parte II.

Il Codice Europeo di Sicurezza sociale (riveduto) del 6 novembre 1990 amplia il campo di applicazione personale e materiale del CESS. Entra in vigore dopo la ratifica da parte di due Stati membri del Consiglio d'Europa. Finora i Paesi Bassi hanno ratificato (22.12.2009) e altri 13 Stati hanno firmato.

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 e la riveduta Carta sociale europea del 3 maggio 1996 statuiscono all'articolo 12 il diritto alla sicurezza sociale. La Svizzera non ha ratificato i due accordi.

³⁵ GU C 326 del 26 ottobre 2012, pag. 13

³⁶ GU C 326 del 26 ottobre 2012, pag. 47

³⁷ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS **0.831.109.268.1**)

³⁸ Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS **0.831.109.268.11**)

³⁹ RS **0.142.112.681**

⁴⁰ GU L 245 del 26 agosto 1992, pag. 49

⁴¹ RS **0.831.104**

6.3 Compatibilità del progetto con il diritto europeo

La finalità della presente iniziativa parlamentare è di rivalutare lo statuto professionale degli infermieri. Il diritto comunitario applicabile in Svizzera non fissa alcuna norma per questo settore. Gli Stati possono definire liberamente questi aspetti. Per tale motivo il progetto è compatibile con il diritto europeo recepito dalla Svizzera.

7 Basi legali

7.1 Costituzionalità e legalità

Il presente progetto si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale, che conferisce alla Confederazione una competenza completa in materia di assicurazione malattie.

7.2 Delega di competenze legislative

Le competenze di disciplinamento necessarie per esercitare l'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni di esecuzione) sono delegate al Consiglio federale nell'articolo 96 LAMal.

7.3 Forma dell'atto

Si tratta della modifica di una legge federale.

Eidg. Höhere Fachprüfung

Expert/-in in Infektionsprävention im Gesundheitswesen mit eidg. Diplom
Expert/-in in Biomedizinischer Analytik u. Labormanagement mit eidg. Diplom**
Expert/-in im Operationbereich mit eidg. Diplom**
Expert/-in in Zytodagnostik mit eidg. Diplom**

Eidg. Berufsprüfung

Medizinische/-r Masseur/-in mit eidg. FA
Medizinische/-r Kodier/-in mit eidg. FA
Transportsanitäter/-in mit eidg. FA
Fachmann/-frau für Neuropathologische Diagnostik (FND) mit eidg. FA
Fachmann/-frau Langzeitpflege mit eidg. FA**

Eidg. Fähigkeitszeugnis

Fachmann/-frau Gesundheit EFZ
Laborant/-in EFZ Fachrichtung Biologie
Dentalassistent/-in EFZ
Podologe/-in EFZ

Eidg. Attest

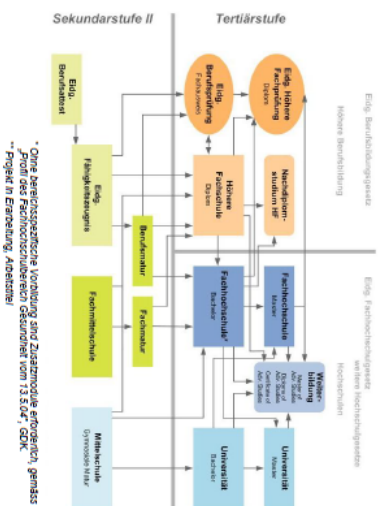
Assistent/-in Gesundheit und Soziales
EBA

Nachdiplomstudium HF

dpl. Expert/-in in Anästhesiepflege NDS HF
dpl. Expert/-in in Notfallpflege NDS HF
dpl. Expert/-in in Intensivpflege NDS HF

Höhere Fachschule

dpl. Pflegefachmann/-frau HF
dpl. Biomed. Analytiker/-in HF
dpl. Fachmann/-frau für med. techn. Radiologie HF
dpl. Aktivierungsfachmann/-frau HF
dpl. Fachmann/-frau Operationstechnik HF
dpl. Dentalhygieniker/-in HF
dpl. Orthoptist/-in HF
dpl. Rettungssanitäter/-in HF
dpl. Podologe/-in HF



Fachhochschule – Master

Master of Science
in Pflege
in Physiotherapie

Fachhochschule – Bachelor

Bachelor of Science
in Pflege
in Physiotherapie
in Ergotherapie
Hebammen
in Ernährung und Diätetik
in Medizinischer Radiologie-Technik
(HES-SO)

Universität – Master

Master of Science in Nursing (MSN) /
PhD Nursing Science

Universität – Bachelor

Bachelor of Science in Nursing (BSN),
Universität Basel (setzt zusätzlich ein
Tertiärdiplom in Pflege voraus)

Stand Ende März 2012

B) Übersicht der Aus- und Weiterbildungsabschlüsse Pflege und Betreuung

Tab. 1 Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Bildungsstufe	Berufsabschluss heute	seit wann	ISCED	häufige Einsatzorte			altrechtliche Abschlüsse
				Spital	APH	Spitex	
Tertiär A	Universität						
	PhD Nursing Science	Studiengänge seit 2008	5A	✓	✓	✓	
	Master of Science in Nursing (MSN)	Studiengänge seit 2000 ¹	5A	✓	✓	✓	
	Bachelor of Science in Nursing (BSN)	Studiengänge seit 2000	5A	✓	✓	✓	
Tertiär A	Fachhochschule						
	Master of Science in Pflege (MScP)	Studiengänge seit 2009	5A	✓	✓	✓	
	Bachelor of Science in Pflege (BScN)	Studiengänge seit 2006	5A	✓	✓	✓	• Pflegeexpertin/-experte HöFa II
Tertiär B	Höhere Fachschule						
	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B				• Dipl. Krankenschwester/-pfleger in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau II (DN II) • Dipl. Krankenschwester/-pfleger AKP, PsyKP, KWS, IKP • mit Einschränkungen: Gesundheits- und Krankenpflege DN I
	Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓	✓	✓	• Dipl. Aktivierungstherapeut/in
	Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF	seit 2009 in Kraft	5B	✓	✓	✓	• Dipl. Technische/r Operationsassistent/in (TOA)
Sekundär II	Dipl. Rettungsassistent/in HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓	✓	✓	• Dipl. Rettungsassistent/in
	Eidg. Fähigkeitszeugnis						
	Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (Fage)	seit 2009 in Kraft	3B	✓	✓	✓	• Praktische Krankenpflege (PKP) FA SRK • Hauspfleger/in EFZ
	Fachfrau/-mann Betreuung EFZ (Fabe)	seit 2005 in Kraft	3B	✓	✓	✓	• Betagtenbetreuer/in • soziale Lehre in Betagtenbetreuung
Sekundär I	Eidg. Berufsattest						
	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	seit 2010 in Kraft	3B	✓	✓	✓	• Pflegeassistent/in
	Zertifikat Pflegehelfer/in SRK	seit 2012 in Kraft	3B	✓	✓	✓	
Sekundär I	Zertifikat Hausheifer/in in der Spitex						

APH: Alters- und Pflegeheim

¹ 1998–2008: Studiengänge von WEG Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Aarau in Kooperation mit Universität Maastricht (NL)

² Hauptdienstort: Arztpraxis

Indice

1	Genesi del progetto	3
2	Situazione iniziale	4
2.1	Personale sanitario	4
2.1.1	Aspetti generali del sistema formativo per le professioni sanitarie	4
2.1.2	Cicli di studio per le professioni infermieristiche	4
2.1.3	Statistica dei diplomi in cure infermieristiche	6
2.1.4	Esercizio delle professioni sanitarie e settore di competenza	6
2.1.5	Formazione di livello secondario II per le professioni nel settore sanitario	7
2.1.6	Statistica delle professioni infermieristiche	8
2.1.7	Sviluppo dei ruoli	9
2.2	Nuova legge sulle professioni sanitarie	9
2.3	Invecchiamento della popolazione e crescita del fabbisogno di cure	11
2.4	Diritto vigente	12
2.4.1	Fornitori di prestazioni secondo la LAMal	12
2.4.2	Autorizzazione degli infermieri a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	13
2.4.3	Prestazioni secondo la LAMal	14
2.4.4	Cure medico-sanitarie dispensate ambulatoriamente e in casa di cura	14
2.4.5	Rilevazione del bisogno di cure	15
2.4.6	Responsabilità del fornitore di prestazioni nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e responsabilità dell'infermiere per la propria prestazione	15
3	Nuova normativa proposta	16
3.1	Caratteristiche	16
3.2	Proposte di minoranza	17
4	Commento ai singoli articoli	18
5	Ripercussioni	21
5.1	Ripercussioni finanziarie e per il personale	21
5.2	Attuabilità	22
6	Rapporto con il diritto europeo	24
6.1	Prescrizioni dell'Unione europea	24
6.2	Strumenti del Consiglio d'Europa	24
6.3	Compatibilità dell'avamprogetto con il diritto europeo	25
7	Basi legali	25
7.1	Costituzionalità e legalità	25
7.2	Delega di competenze legislative	25
		29

Allegato 1

Allegato 2