

13.060

**Messaggio
concernente la modifica della
legge sulle professioni mediche (LPMed)**

del 3 luglio 2013

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge federale sulle professioni mediche universitarie (Legge sulle professioni mediche).

Nel contempo vi proponiamo di togliere dal ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2010 | M | 10.3009 | Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione (S 9.3.10, Commissione della scienza, dell'educazione e della cultura CS 09.463; N 28.9.10) |
| 2009 | M | 08.3608 | Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base (N 19.12.08, Fehr Jacqueline; S 4.6.09) |
| 2009 | P | 09.3159 | Statuto dei medici generici (S 4.6.09, Cramer Robert) |

Gradite, onorevoli presidenti e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

3 luglio 2013

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Ueli Maurer
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

Compendio

La legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (LPMed) è entrata in vigore il 1° settembre 2007. I mutamenti intervenuti nel corso di questi anni sul piano interno e internazionale rendono ora necessarie una serie di modifiche. In particolare occorre prevedere nuovi obiettivi di formazione al fine di attuare il nuovo articolo 118a Cost. sulla medicina complementare e di conferire un'importanza ancora maggiore alle cure mediche di base e alla medicina di famiglia. La presente revisione consente inoltre di tenere conto delle esperienze fatte sino ad oggi in materia di applicazione. La nozione di «libero esercizio» viene pertanto sostituita dalla nozione più ampia di «esercizio nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale».

Occorre inoltre adeguare le disposizioni della LPMed relative al riconoscimento dei diplomi e dei titoli di perfezionamento tenendo conto della giurisprudenza europea e della direttiva europea 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali, che la Svizzera ha recepito nell'ambito dell'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone fra la Svizzera e l'Unione europea (ALC).

Per quanto concerne l'esercizio delle professioni mediche universitarie, nell'ambito dell'applicazione della legge ci si è resi conto che la nozione di «libero esercizio» non è soddisfacente e si è pertanto deciso di sostituirla con quella di «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale». Di conseguenza l'obbligo di autorizzazione viene esteso a nuove categorie di operatori.

Sul piano interno, il nuovo articolo 118a Cost. prevede che la Confederazione e i Cantoni provvedano, nell'ambito delle loro competenze, alla considerazione della medicina complementare. Gli obiettivi della formazione universitaria vengono pertanto adattati di conseguenza.

La revisione risponde altresì a una richiesta legittima dell'iniziativa «Sì alla medicina di famiglia» poiché definisce nuovi obiettivi in materia di formazione e perfezionamento. Più precisamente la formazione deve consentire alle persone che esercitano una professione medica universitaria di conoscere i compiti e le funzioni delle diverse categorie di professionisti che dispensano le cure mediche di base. Il perfezionamento dovrà dal canto suo fornire le competenze necessarie per svolgere questi compiti.

Da ultimo le disposizioni sul registro vengono formulate in modo più preciso, ossia è abrogata la disposizione relativa all'eliminazione dal registro delle persone che hanno raggiunto gli 80 anni di età.

Messaggio

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

La legge federale del 23 giugno 2006¹ sulle professioni mediche universitarie è entrata in vigore il 1° settembre 2007. Emanata per colmare le lacune normative nel campo della formazione universitaria, del perfezionamento e dell'esercizio delle professioni di medico, dentista, farmacista e veterinario, la LPMed ha consentito di disciplinare a livello nazionale la formazione e l'esercizio nell'ambito delle professioni elencate e dei chiropratici. I cambiamenti intervenuti nell'ordinamento internazionale e nazionale dopo l'entrata in vigore richiedono tuttavia una revisione.

Occorre adeguare al diritto europeo le disposizioni relative alle conoscenze linguistiche sulla base della giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea (CGUE) in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali. Tale giurisprudenza è stata codificata nella direttiva 2005/36/CE² relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (segnatamente nell'art. 53 sulle conoscenze linguistiche), entrata in vigore il 20 ottobre 2005 per gli Stati membri e ripresa dalla Svizzera nell'ambito dell'Accordo del 21 giugno 1999³ sulla libera circolazione delle persone fra la Svizzera e l'Unione europea (ALC). La Svizzera applica la direttiva a titolo provvisorio dal 1° novembre 2011, fatta eccezione per il Titolo II (libera prestazione di servizi), che dovrà dapprima essere trasposto nella normativa interna. Il 14 dicembre 2012, il Parlamento ha quindi approvato la legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate, che entrerà probabilmente in vigore nel settembre 2013. Dopodiché la direttiva 2005/36/CE, compreso il Titolo II, sarà definitivamente applicabile nei rapporti fra la Svizzera e l'UE.

Sul piano interno, il nuovo articolo 118a Cost.⁴ impone alla Confederazione e ai Cantoni di provvedere, nell'ambito delle loro competenze, alla considerazione della medicina complementare. L'iniziativa parlamentare Graf-Litscher «Integrazione della medicina complementare nella formazione di medici, dentisti e farmacisti» (09.463) chiede di integrare la medicina complementare nella LPMed aggiungendo una nuova lettera j nell'articolo 8 e modificando l'articolo 9 lettera a. La Commissione della scienza, dell'educazione e della cultura del Consiglio degli Stati (CSEC-S) e successivamente il Consiglio nazionale hanno deciso di non dare seguito all'iniziativa. Il 1° febbraio 2010 la CSEC-S ha tuttavia depositato la mozione «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009), che incarica il nostro Collegio di presentare le misure necessarie affinché i futuri medici, chiropratici, dentisti e farmacisti acquisiscano adeguate conoscenze di medicina complementare durante la loro formazione. Rite-

1 RS 811.11

2 Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

3 RS 0.142.112.681

4 RS 101

niamo del tutto giustificata la richiesta della mozione e proponiamo di modificare di conseguenza gli obiettivi della formazione universitaria definiti nella LPMed.

L'iniziativa popolare «Si alla medicina di famiglia» (11.062) depositata il 1° aprile 2010 chiede di assicurare un futuro alla medicina di famiglia in tutta la Svizzera, di garantire possibilità ottimali di diagnosi e trattamento, nonché di promuovere la professione di medico di famiglia. Essenzialmente l'iniziativa mira a far sì che la medicina di famiglia sia, di norma, la medicina di riferimento per le cure in caso di malattia e infortunio e nell'ambito dell'educazione alla salute e della prevenzione delle malattie. Vista la penuria di personale medico formato in Svizzera, occorre garantire cure mediche di base coordinate e pluridisciplinari di alta qualità, nell'ambito delle quali i medici di famiglia svolgono un ruolo centrale. Non condividiamo tuttavia l'impostazione dell'iniziativa, che vuole conferire ai medici di famiglia uno statuto esclusivo mediante una norma costituzionale. La soluzione proposta non consente di fare adeguatamente fronte alle future sfide per quanto concerne l'assistenza sanitaria di base e genera nel contempo una disparità di trattamento ingiustificata nei confronti di altre categorie di medici. Abbiamo pertanto elaborato un controprogetto diretto⁵, cui ha fatto seguito un controprogetto diretto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSSS) del Consiglio degli Stati. Parallelamente al nostro controprogetto diretto, il consigliere federale Alain Berset, d'intesa con i principali partner coinvolti, ha presentato e successivamente lanciato nel giugno 2012 un piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base». Questo piano direttore – in parte ripreso dalla mozione del 19 giugno 2012 della CSSS-S «Rafforzare la medicina di famiglia» (12.3643) – definisce diverse misure per risolvere rapidamente alcuni problemi delle cure mediche di base. Dal momento che completa gli obiettivi della formazione universitaria e del perfezionamento definiti nella legge promuovendo la medicina di famiglia, la presente revisione è parte integrante del piano direttore e risponde a un obiettivo legittimo dell'iniziativa che abbiamo ripreso nell'ambito del controprogetto.

I Cantoni, i quali assicurano una parte importante dell'esecuzione della LPMed, ritengono insoddisfacente l'attuale normativa sull'esercizio delle professioni mediche. In particolare deplorano il fatto che la LPMed disciplini unicamente il libero esercizio dell'attività professionale. Chiedono quindi alla Confederazione di estendere per quanto possibile la normativa sull'esercizio delle professioni mediche universitarie e propongono di conseguenza di sostituire la nozione di «libero esercizio» con quella di professione «esercitata nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale».

1.2 La nuova normativa proposta

1.2.1 Controllo delle conoscenze linguistiche

La giurisprudenza della CGUE e il recepimento della direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali rendono necessario un adeguamento in merito ai requisiti linguistici previsti nella LPMed. Le norme vigenti in Europa prevedono infatti che le conoscenze linguistiche non possono costituire condizione di riconoscimento del diploma o del titolo di perfezionamento estero, ma vanno

⁵ FF 2011 6713 7083

esaminate nell'ambito del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione. Dal momento che il rilascio delle autorizzazioni è di competenza dei Cantoni, spetterà a questi ultimi esaminare se i richiedenti di un'autorizzazione ai sensi della LPMed siano in possesso delle conoscenze linguistiche necessarie per l'esercizio della professione. Questo tipo di verifica deve essere proporzionato, ossia le conoscenze linguistiche richieste non devono andare al di là del livello oggettivamente necessario per esercitare la professione medica in questione. Per ulteriori approfondimenti si rinvia ai commenti agli articoli 15 capoverso 1, 21 capoverso 1 e 36 capoverso 1 lettera c nel numero 2 del presente messaggio.

1.2.2 Nozione di «esercizio nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale»

La nozione di «libero esercizio» utilizzata sino a oggi pone problemi d'applicazione poiché, secondo quanto risulta dal messaggio del 3 dicembre 2004⁶ concernente la LPMed, la legge disciplina unicamente l'attività svolta a titolo indipendente. Il disciplinamento delle condizioni per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio rimane di competenza dei Cantoni. Per quanto concerne la nozione di libero esercizio, il messaggio rinviava essenzialmente al rapporto del Consiglio federale del 14 novembre 2001⁷ concernente un trattamento uniforme e coerente delle attività lucrative dipendenti e indipendenti in diritto fiscale e in diritto delle assicurazioni sociali. Il rapporto rileva che i criteri elaborati dalla giurisprudenza per delimitare l'attività lucrativa dipendente da quella indipendente differiscono solo in minima parte fra i vari ambiti del diritto (diritto fiscale, diritto delle assicurazioni sociali e diritto del lavoro). Gli elementi caratteristici di un'attività dipendente sono ad esempio l'esistenza di un rapporto di subordinazione, l'obbligo di fornire personalmente il proprio lavoro, la presenza obbligatoria, nonché l'assenza di rischi imprenditoriali e di responsabilità nei confronti di terzi. L'attività indipendente si contraddistingue invece per investimenti significativi, l'uso di locali propri, il rischio imprenditoriale, la piena responsabilità nei confronti di terzi e l'assunzione di personale proprio. Questa distinzione risulta problematica per taluni Cantoni che applicano criteri diversi. In particolare, l'attuale nozione di «libero esercizio» non tiene conto del criterio di responsabilità professionale.

I criteri applicati sino ad oggi escludono ad esempio i medici che lavorano in uno studio costituito in società anonima o i farmacisti che percepiscono uno stipendio dal proprietario del laboratorio dove lavorano. Non essendo attualmente considerati in quanto liberi professionisti ai sensi della legge, questi operatori non sottostanno alle disposizioni sull'esercizio delle professioni mediche e, soprattutto, sfuggono al regime di autorizzazione. Ne possono risultare conseguenze negative per la qualità delle cure.

La sostituzione della nozione di «libero esercizio» mediante quella di «esercizio nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» si fonda sull'articolo 95 capoverso 1 Cost. e riprende l'espressione utilizzata nella legge del 18 marzo 2011⁸ sulle professioni psicologiche. In seguito a questo cambiamento terminologico, in

6 FF 2005 145, n 2.6, pag. 195

7 FF 2002 1020

8 RS 935.81

futuro saranno subordinate alla LPMed anche le persone che, pur esercitando la loro professione nel settore privato e sotto la propria responsabilità, non sono attualmente considerate indipendenti. D'ora in poi la LPMed disciplinerà qualsiasi tipo di attività economica privata di tutte le persone attive sotto la propria responsabilità professionale. Per ulteriori approfondimenti sulla nozione di «esercizio nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» si rinvia al numero 2 del presente messaggio.

1.2.3 Inserimento della medicina complementare fra gli obiettivi della formazione

Il nuovo articolo 118a Cost. impone alla Confederazione e ai Cantoni di provvedere, nell'ambito delle loro competenze, alla considerazione della medicina complementare. La mozione della Commissione della scienza, dell'educazione e della cultura del Consiglio degli Stati (CSEC-S) «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009) chiede di conseguenza che i futuri medici, chiropratici, dentisti e farmacisti acquisiscano conoscenze appropriate in medicina complementare durante la loro formazione. Le persone che esercitano una professione medica universitaria devono disporre di conoscenze adeguate per dispensare eventuali consigli in modo competente. Ad esempio devono essere in grado di valutare l'impatto di una terapia complementare su una tradizionale, nonché di individuare le possibili interazioni fra prodotti terapeutici tradizionali e complementari. Occorre pertanto adeguare gli obiettivi della formazione definiti nella LPMed. Per ulteriori approfondimenti, si rinvia ai commenti agli articoli 8 lett. j, 9 lettera i e 10 lettera i.

1.2.4 Promozione delle cure mediche di base e della medicina di famiglia

La revisione della legge sulle professioni mediche consente di considerare una legittima richiesta dell'iniziativa popolare «Si alla medicina di famiglia» (11.062) che è stata ripresa anche nell'ambito del nostro controprogetto. Concretamente, alcune competenze nell'ambito delle cure mediche di base sono state aggiunte agli obiettivi della formazione universitaria e del perfezionamento, conformemente a quanto previsto dal piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base». Al termine della formazione universitaria le persone che esercitano una professione medica universitaria devono conoscere i ruoli e le funzioni dei diversi professionisti della salute che dispensano le cure di base, nel cui ambito i medici di famiglia svolgono un ruolo fondamentale. Il perfezionamento serve inoltre a familiarizzare con i compiti in questo ambito. Di fronte alle sfide future – ossia all'invecchiamento della popolazione che comporterà inevitabilmente un aumento delle malattie croniche, multiple e complesse – occorre porre l'accento sull'interazione fra i professionisti della salute, sui punti di contatto e sulla collaborazione fra i medici, gli ospedali e le cure a domicilio. La nozione di «cure mediche di base» si fonda sul bisogno generale della popolazione di disporre di servizi medici quali trattamenti, riabilitazione e cure palliative. Il criterio determinante per la definizione delle cure mediche di base è che le prestazioni siano regolarmente richieste da una grande parte di popolazione.

Per maggiori dettagli si rinvia ai commenti agli articoli 4 capoverso 2 lettera d, 8 lettera k, 9 lettera h e 17 capoverso 2 lettera i.

1.2.5 Registro delle professioni mediche

In futuro il registro delle professioni mediche dovrà contenere dati relativi ai diplomi e ai titoli di perfezionamento delle persone che esercitano una professione medica universitaria, nonché alle autorizzazioni rilasciate per esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale. Oltre a istituire una base legale formale per l'utilizzazione del numero AVS (art. 51 cpv. 4^{bis}), la revisione è l'occasione per rimediare ad alcuni problemi a livello di applicazione. Concretamente le iscrizioni verranno eliminate dal registro al momento del decesso e non più automaticamente al compimento degli 80 anni (art. 54 cpv. 4), mentre la cancellazione e l'eliminazione dei dati (art. 53 e 54) sono disciplinati in modo più preciso. Inoltre il Consiglio federale dovrebbe mantenere la possibilità di prevedere eccezioni all'accesso a taluni dati (art. 53 cpv. 3).

1.3 Motivazione e valutazione della soluzione proposta

Una grande maggioranza dei partecipanti alla consultazione si è espressa favorevolmente in merito alla revisione, ritenendola nel complesso positiva. I consensi concernono soprattutto l'estensione del campo d'applicazione della legge in relazione all'esercizio della professione (sostituzione di «libero esercizio» con «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale»). Alcuni partecipanti ritengono insufficiente la portata della revisione, adducendo che non comprende tutti i medici. Propongono pertanto di assoggettare alle disposizioni sull'esercizio della professione l'intera categoria, compresi i medici che lavorano alle dipendenze di un datore di lavoro e quelli che lavorano nel settore pubblico. Questa proposta non può tuttavia essere attuata per motivi costituzionali: l'obbligo di autorizzazione e gli obblighi professionali cui sono assoggettate le persone che esercitano una professione medica nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale costituiscono una grave ingerenza nella libertà economica. Sono pertanto consentiti soltanto nella misura in cui servano al raggiungimento degli obiettivi definiti nella legge sulle professioni mediche, in particolare la protezione della sanità pubblica. La soluzione scelta, che prevede l'obbligo di autorizzazione unicamente per l'attività nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale, è conforme sia alla ripartizione delle competenze prevista dalla Costituzione sia al principio di proporzionalità.

Le disposizioni sugli obiettivi in materia di formazione universitaria e perfezionamento hanno suscitato numerose obiezioni. La critica principale è che la revisione è utilizzata per introdurre in una legge formale delle norme che andrebbero disciplinate altrove. Gli obiettivi della formazione dovrebbero essere definiti nel pertinente catalogo e non essere oggetto di un disciplinamento dettagliato a livello di legge. Per questo motivo si è deciso di rinunciare alle disposizioni più controverse relative alla garanzia di qualità, la sicurezza dei pazienti e l'elaborazione elettronica dei dati.

La maggior parte dei Cantoni ritiene che le conoscenze linguistiche dei richiedenti stranieri dovrebbero essere valutate in modo uniforme. Suscita quindi molta resi-

stenza la prospettiva di dover esaminare nell'ambito del rilascio dell'autorizzazione se i candidati padroneggiano una lingua nazionale. Secondo i Cantoni l'esame delle conoscenze linguistiche dovrebbe essere centralizzato presso l'organo incaricato del riconoscimento.

Secondo la direttiva dell'UE 2005/36/CE e la giurisprudenza della CGUE le conoscenze linguistiche non possono costituire una condizione per il riconoscimento di un diploma o di un titolo di perfezionamento, ma vanno esaminate ai fini dell'esercizio vero e proprio della professione. La verifica delle conoscenze linguistiche nell'ambito del rilascio dell'autorizzazione proposta nel disegno è quindi conforme al diritto europeo. L'onere supplementare che ne deriverà per i Cantoni dipenderà dalla procedura scelta: le conoscenze linguistiche non dovranno per forza essere valutate nell'ambito di un esame, ma potranno essere attestate ad esempio per il tramite di certificati linguistici.

La maggior parte delle organizzazioni responsabili del perfezionamento che si sono espresse durante la consultazione ritengono che le proposte di modifica concernenti l'articolo 19 (ammissione a un ciclo di perfezionamento accreditato), l'articolo 52 capoverso 2 (obbligo di notifica per tutte le ammissioni a un ciclo di perfezionamento accreditato) e l'articolo 55 lettera a^{bis} (decisione formale in merito all'ammissione a un ciclo di perfezionamento accreditato) conducano a una burocratizzazione eccessiva del perfezionamento. Di conseguenza l'unica modifica apportata all'articolo 19 consiste in un adeguamento redazionale del testo tedesco, che risulta ora più chiaro. Il contenuto dell'articolo 55 lettera a^{bis} dell'avamprogetto è stato invece ripreso in un nuovo capoverso 2 secondo cui l'organizzazione responsabile del perfezionamento è tenuta, su richiesta della persona interessata, a emanare una decisione formale, e quindi impugnabile, in merito all'ammissione a un ciclo di perfezionamento accreditato.

1.4 Attuazione

L'attuazione della legge, soprattutto per quanto concerne il controllo dell'esercizio della professione, spetta anzitutto ai Cantoni. In seguito alle modifiche previste, i Cantoni dovranno verificare le competenze linguistiche delle persone che richiedono l'autorizzazione d'esercizio. Non sarà tuttavia necessario organizzare esami di lingua, ma sarà sufficiente appurare la conoscenza della lingua ufficiale del Cantone, ad esempio mediante un certificato linguistico.

I Cantoni dovranno inoltre apportare i necessari adeguamenti terminologici in seguito all'introduzione della nozione di «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» (cfr. n. 3.2 per ulteriori approfondimenti).

1.5 Interventi parlamentari

La revisione adempie la richiesta formulata nella mozione della CSEC-S del 1° febbraio 2010 «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009), completando di conseguenza gli obiettivi della formazione universitaria.

Risponde altresì alla mozione Jacqueline Fehr del 2 ottobre 2008 (08.3608) che chiede al nostro Collegio di elaborare, d'intesa con i Cantoni e le organizzazioni specializzate competenti, una strategia volta a contrastare la penuria di medici in Svizzera e a promuovere la medicina di famiglia.

Da ultimo fa seguito al postulato Cramer del 18 marzo 2009 (09.3159) che ci ha incaricati di sottoporre alle vostre Camere un rapporto sullo statuto dei medici generici in Svizzera, esaminando il loro ruolo nel sistema sanitario e l'importanza, per loro stessi e per il sistema sanitario, di una remunerazione adeguata delle prestazioni, segnatamente delle analisi di laboratorio.

2 **Commento ai singoli articoli**

Sostituzione dell'espressione «libero esercizio della professione» con «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale»

Una delle principali innovazioni della revisione consiste nell'introdurre la nozione di «*propria responsabilità professionale*» al posto della nozione sinora utilizzata di «*libero esercizio*». Questa modifica consente di migliorare la tutela della sanità pubblica e di tenere conto delle critiche formulate dai Cantoni nell'ambito dell'esecuzione della LPMed vigente.

In futuro la LPMed non prevederà più un'autorizzazione per il «libero esercizio» bensì per «l'esercizio (della professione) nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale». La nuova nozione è più ampia di quella attualmente vigente (cfr. n. 1.2.2): in futuro la LPMed disciplinerà l'attività lucrativa privata di tutte le persone che lavorano sotto la propria responsabilità professionale. In tal modo saranno subordinate all'obbligo di autorizzazione anche le persone attive in studi associati di diritto privato, a meno che siano assoggettate alla vigilanza di un collega. L'espressione «sotto la propria responsabilità professionale» evidenzia chiaramente il cambiamento voluto. Ai fini dell'interpretazione si può ricorrere ad esempio al diritto del lavoro. Contrariamente ai rapporti di lavoro secondo gli articoli 320 e seguenti CO⁹, in questo caso l'attività non avviene secondo direttive del datore di lavoro (cfr. art. 321d CO). In virtù del principio di proporzionalità, l'obbligo di autorizzazione concerne unicamente l'attività esercitata sotto la propria responsabilità professionale. Il regime di autorizzazione e, se del caso, l'obbligo di perfezionamento correlato all'esercizio di una professione nel settore privato rappresentano una grave ingerenza nella libertà economica e possono quindi essere imposti solo nella misura in cui siano necessari per tutelare gli obiettivi della LPMed, ossia la salute pubblica. Nel caso in cui l'esercizio della professione avvenga sotto sorveglianza, si considera invece che la sicurezza del paziente sia sufficientemente tutelata anche senza il rilascio di ulteriori autorizzazioni. Questo sistema garantisce che la responsabilità del trattamento sia conferita a uno specialista appositamente formato.

La sostituzione dell'espressione concerne i seguenti articoli: articolo 1 capoverso 3 lettera e, articolo 5 capoverso 2, articolo 34, articolo 35 capoversi 1–3, articolo 36 capoversi 1–3, articolo 37, articolo 40, articolo 41 capoverso 1, articolo 43 capoversi 1 lettere d ed e, nonché capoverso 3, articolo 44 capoverso 2, articolo 45,

rubrica e capoverso 2, articolo 52 capoverso 1, articolo 65 capoverso 1, articolo 66 capoverso 1 e articolo 67 capoverso 2.

Art. 4 cpv. 2 lett. d

In futuro gli obiettivi della formazione saranno incentrati sulle cure mediche di base. La conseguente modifica nell'ambito della formazione e del perfezionamento si riallaccia al nostro controprogetto diretto all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia»¹⁰. Il nostro intento è di conferire la massima importanza a cure mediche di base di alta qualità e accessibile a tutti. Questo obiettivo può essere raggiunto soltanto se i diversi professionisti della salute concertano i loro interventi, conferendo ai medici di famiglia un ruolo di pilotaggio. Occorre infatti considerare che la medicina di famiglia costituisce l'asse portante delle cure mediche di base e svolge o può svolgere una funzione centrale ai fini dell'assistenza globale ai pazienti. La medicina di famiglia è quindi intesa come un campo di attività medica focalizzato prevalentemente sull'assistenza primaria (cfr. terminologia in francese: «soins de premier recours/soins médicaux de base»). I requisiti in materia di formazione e perfezionamento devono essere formulati di conseguenza.

Gli obiettivi della formazione in generale e quelli definiti nell'*articolo 4 capoverso 2 lettera d* in particolare costituiscono la base normativa per rafforzare le cure mediche di base nella formazione universitaria e nel perfezionamento. Gli obiettivi della formazione fungono infatti da base per la formulazione degli obiettivi didattici per le professioni mediche universitarie. A titolo comparativo si consideri ad esempio lo «Swiss Catalogue of Learning Objectives for undergraduate Medical Training» (SCLO)¹¹ della Commissione medica svizzera interfacoltà (SMIFK), considerato vincolante per tutte le facoltà di medicina umana. I cataloghi degli obiettivi didattici costituiscono dal canto loro la base materiale per gli esami federali (art. 12 e segg.) e sono stati ripresi nell'ordinanza del 26 novembre 2008¹² sugli esami LPMed. Le competenze relative alle cure mediche di base vanno pertanto concretizzate nei cataloghi degli obiettivi didattici per tutte le professioni mediche universitarie. Sono strettamente correlate ai General Objectives, che a loro volta sono stati integrati negli obiettivi didattici sulla base del modello CanMEDS, il quadro educativo per le professioni mediche il cui scopo principale è di migliorare l'assistenza ai pazienti. Questo modello, che è stato ripreso e adattato in tutto il mondo, definisce sette ruoli che la medicina di base deve svolgere ai fini di un'assistenza – e quindi salute – ottimale: esperto in medicina (ruolo centrale), comunicatore, collaboratore, manager, promotore di salute, studioso, professionista. Dal profilo della formazione universitaria e delle strategie internazionali in questo ambito, le nozioni di conoscenze, attitudini, capacità e comportamento sono riunite nel termine di «competenza» (per le singole definizioni cfr. il «Quadro europeo delle qualifiche per l'apprendimento permanente (EFQ)¹³» e il rapporto «Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World»¹⁴).

¹⁰ FF 2011 6713

¹¹ <http://sclo.smifk.ch/> > SCLO 2nd edition > Downloads

¹² RS 811.113.3

¹³ http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_it.pdf

¹⁴ Frenk J et al., The Lancet, vol. 376, issue 9756, 2010.

Art. 7 lett. c

La nuova formulazione sancisce chiaramente che chi studia medicina deve effettivamente rispettare il diritto di autodeterminazione dei pazienti. Inoltre il termine «programmi di formazione» è sostituito da «cicli di formazione», utilizzato anche nel resto del testo (cfr. p. es. art. 24).

Art. 8 lett. c

Il termine «medicamenti» viene sostituito con l'espressione più ampia «agenti terapeutici» e, conformemente all'articolo 2 capoverso 1 lettera a in combinato disposto con l'articolo 4 capoverso 1 lettere a e b della legge del 15 dicembre 2000¹⁵ sugli agenti terapeutici, comprende, oltre ai medicamenti (prodotti di origine chimica o biologica destinati ad avere un'azione medica sull'organismo umano o animale o dichiarati tali, utilizzati segnatamente ai fini della diagnosi, della prevenzione o del trattamento di malattie, ferite e handicap; sono medicamenti anche il sangue e i suoi derivati) i dispositivi medici (prodotti, compresi strumenti, apparecchi, diagnosi in vitro, software e altro materiale o sostanze, destinati o dichiarati essere destinati ad uso medico, e il cui effetto principale non è raggiunto con un medicamento). Chi ha concluso gli studi di medicina umana, odontoiatria e chiropratica deve essere in grado di utilizzare sia i medicamenti che i dispositivi medici in modo professionale, economico ed ecologicamente sostenibile.

Art. 8 lett. g

La modifica concerne unicamente il testo tedesco e quello francese. La competenza centrale delle professioni mediche universitarie è l'unione fra conoscenze tecniche, attitudini relazionali e competenza sociale. La formazione universitaria deve fornire le conoscenze, attitudini e capacità necessarie per lo sviluppo delle competenze e dei comportamenti scientifici, tecnici e relazionali a loro volta necessari per valutare e gestire i problemi di salute dei pazienti. Per i pazienti è quindi importante che le persone che esercitano una professione medica li capiscano sia in quanto individui sia nel loro contesto sociale e sappiano tenere conto delle loro esigenze e di quelle dei loro familiari. A tal proposito devono essere presi in debito conto anche gli aspetti culturali e le difficoltà che possono insorgere in questo ambito.

Art. 8 lett. j (nuova)

Gli obiettivi della formazione nell'ambito della medicina umana, dell'odontoiatria e della chiropratica sono completati in attuazione dell'articolo 118a Cost. e della mozione della CSEC-S «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009). Tutti gli studenti di queste tre discipline devono avere conoscenze adeguate sui metodi della medicina complementare. Ora le facoltà dovranno concretizzare l'obiettivo nel loro catalogo di obiettivi didattici e inserirlo nei curricula. Spetterà agli istituti di formazione definire quali metodi dovranno far parte dei curricula e quale dovrà essere il relativo grado di approfondimento (cfr. anche n. 1.2.3).

Art. 8 lett. k (nuova)

Visto lo sviluppo demografico e sociale in corso, le cure mediche di base, e in particolar modo la medicina di famiglia, acquisiranno viepiù importanza in quanto punto di contatto fra l'assistenza ospedaliera e quella ambulatoriale. Accanto alle cure acute, per assistere adeguatamente i pazienti cronici e i pazienti affetti da multimorbilità sono necessarie competenze in materia di prevenzione, riabilitazione e cure palliative. Le cure mediche di base richiedono che parte dei medici in medicina umana abbiano acquisito competenze in «medicina di famiglia» e che gli altri medici in medicina umana, gli odontoiatri e i chiropratici siano in grado di garantire un lavoro di rete ottimale. D'altro canto le cure di base non sono fornite soltanto dai medici in medicina umana, ma anche da gruppi interdisciplinari composti di personale medico universitario (p. es. farmacisti, chiropratici) e di altri operatori sanitari (p. es. personale di cura, fisioterapisti, ostetriche, nutrizionisti, ergoterapisti e podologi). Per questo motivo è importante che già nella formazione universitaria in medicina umana, odontoiatria e chiropratica le rispettive conoscenze e competenze siano inserite nei cataloghi degli obiettivi didattici e nei curricoli. Occorre che gli studenti siano sensibilizzati sui compiti, i ruoli e le funzioni delle cure mediche di base e che acquisiscano le necessarie capacità. In particolare i medici in medicina umana devono acquisire le conoscenze, capacità e attitudini della medicina di famiglia in vista dell'esercizio della professione. Devono avere dimestichezza con i ruoli e le funzioni dei vari professionisti della salute nelle cure mediche di base e conoscere l'importanza della medicina di famiglia ai fini della politica sanitaria. Al riguardo è altresì importante consolidare la ricerca e l'insegnamento nelle facoltà.

Art. 9 lett. c

Questa disposizione viene precisata dal punto di vista linguistico: gli studi di farmacia non devono trasmettere soltanto conoscenze sui medicinali ma anche sui dispositivi medici importanti per l'esercizio della professione. In tal modo si definisce chiaramente che i farmacisti non devono conoscere tutti i dispositivi medici, bensì soltanto quelli rilevanti per il loro lavoro (cfr. anche art. 8 lett. c).

Art. 9 lett. h (nuova)

I farmacisti svolgono un importante ruolo nell'ambito delle cure mediche di base apportando conoscenze e competenze alla rete multiprofessionale di cure. Analogamente a quanto avviene per i medici, i dentisti e i chiropratici, durante la formazione devono essere preparati sui compiti dei diversi professionisti della salute nelle cure mediche di base (cfr. commento all'art. 8 lett. k). Questo vale anche in vista della nuova normativa sul perfezionamento in farmacia d'officina e d'ospedale.

Art. 9 lett. i (nuova)

In attuazione dell'articolo 118a Cost. e della mozione CSEC-S «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009) vengono adeguati gli obiettivi di formazione per i farmacisti. Gli studenti devono acquisire i principi e le basi tecniche relativi alla preparazione, alla dispensazione, allo smercio, alla documentazione e all'eliminazione di medicinali della medicina complementare. Le facoltà dovranno concretizzare l'obiettivo nel loro catalogo di obiettivi didattici e inserirlo nei curricoli. Spetterà agli istituti di formazione definire

quali principi dovranno far parte dei curricula e quale dovrà essere il relativo grado di approfondimento delle conoscenze da conseguire (cfr. anche n. 1.2.3).

Art. 10 lett. i (nuova)

Analogamente a quanto avviene per altre professioni mediche universitarie, anche in veterinaria occorre prevedere competenze nell'ambito della medicina complementare. In attuazione dell'articolo 118a Cost. e della mozione CSEC-S «Acquisizione di adeguate conoscenze di medicina complementare durante la formazione» (10.3009) vengono pertanto adeguati gli obiettivi di formazione per i veterinari. Gli studenti devono acquisire adeguate conoscenze sui metodi della medicina complementare. Anche in questo caso le facoltà dovranno concretizzare l'obiettivo di formazione nel catalogo degli obiettivi didattici e inserirlo nei curricula. Spetterà agli istituti di formazione definire quali metodi dovranno far parte dei curricula e quale dovrà essere il grado di approfondimento delle conoscenze da conseguire (cfr. anche n. 1.2.3).

Art. 12 cpv. 2, frase introduttiva

Per motivi di chiarezza la frase introduttiva è stata riformulata appositamente per i chiropratici. Benché in Svizzera la formazione universitaria in chiropratica sia possibile dal 2008, sino ad oggi non si è riusciti a istituire un pertinente ramo di ricerca e formazione. Di conseguenza occorre mantenere la possibilità di studiare all'estero e più precisamente in una delle scuole universitarie elencate nell'ordinanza del DFI del 20 agosto 2007¹⁶ concernente i cicli di studio in chiropratica riconosciuti.

La nozione di «punti di credito formativo» corrisponde come attualmente a quella di «crediti formativi secondo il sistema europeo di accumulazione e trasferimento dei crediti (crediti formativi ECTS)», ossia i crediti riconosciuti dalle università conformemente al sistema di Bologna.

Art. 13 Disposizioni esecutive concernenti gli esami federali

Questa modifica meramente formale della rubrica e del *capoverso 1* chiarisce che si tratta di norme esecutive del Consiglio federale, che attualmente sono concretizzate nell'ordinanza del 26 novembre 2008¹⁷ sugli esami LPMed. Inoltre la nuova rubrica rispecchia meglio il contenuto dell'articolo. Il tenore dell'attuale *capoverso 2* viene ripreso dal nuovo articolo 13a.

Art. 13a (nuovo) Istituzione delle commissioni d'esame

Questa disposizione era contenuta nell'articolo 13 *capoverso 2*. Per motivi di trasparenza l'istituzione della commissione viene ora disciplinata in un articolo a sé.

Art. 15 cpv.1

Sino ad oggi la padronanza di una lingua nazionale costituiva una condizione per il riconoscimento di un diploma o di un titolo di perfezionamento estero (cfr. art. 21

¹⁶ RS 811.115.4

¹⁷ RS 811.113.3

cpv. 1). La direttiva europea 2005/36/CE ridefinisce nel Titolo IV (modalità di esercizio della professione) i requisiti relativi alle conoscenze linguistiche conformemente alla giurisprudenza della CGUE. Ne consegue che le persone cui sono state riconosciute le qualifiche professionali devono disporre delle conoscenze linguistiche necessarie per esercitare la professione nello Stato membro ospitante. I requisiti relativi alle conoscenze linguistiche vengono quindi disciplinati nell'ambito delle condizioni per l'esercizio della professione (cfr. art. 36 cpv.1 lett. c e relativi commenti).

Art. 17 cpv. 2 lett. i (nuova)

Nel capoverso 2 è stato introdotto un nuovo obiettivo di perfezionamento (lett. i) al fine di promuovere l'interazione nell'ambito delle cure mediche di base: il perfezionamento deve servire ad approfondire e ampliare le conoscenze acquisite durante la formazione universitaria per quanto concerne i compiti, i ruoli e le funzioni dei diversi professionisti della salute. Lo scopo è di conferire le attitudini, capacità e competenze sociali necessarie per garantire cure mediche di base confacenti al bisogno in collaborazione con altri operatori in ambito sanitario. Al fine di garantire un'interazione efficace, i diversi professionisti della salute devono conoscere i loro compiti specifici nell'ambito delle cure di base.

Accanto alla formazione teorica, il perfezionamento pratico è indispensabile sia ai fini delle cure mediche di base sia della centralità della medicina di famiglia. Già durante il perfezionamento occorrerebbe affrontare tematiche legate alle caratteristiche delle località d'impiego (regioni, città/campagna) alla struttura (ospedale, ambulatorio) e alla tipologia di pazienti (età, sesso, background culturale). Per garantire anche in futuro la qualità professionale è quindi indispensabile un perfezionamento adeguato e coerente, anche sotto forma di praticantati.

La nozione di «sotto la propria responsabilità» di cui all'articolo 17 si riferisce all'approfondimento delle conoscenze, attitudini e capacità, nonché delle modalità di comportamento e della competenza sociale da acquisire durante il perfezionamento e non va confusa con la nozione di «nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» di cui all'articolo 34 capoverso 1. Per quanto concerne l'esercizio della professione, i veterinari, i dentisti e i farmacisti acquisiscono infatti con il conseguimento del diploma federale le competenze necessarie per esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale (art. 36 cpv. 1). Per i veterinari, i dentisti e i farmacisti, gli obiettivi di perfezionamento elencati nel capoverso 2 costituiscono spunti di perfezionamento. Conformemente all'articolo 36 capoverso 2, i medici e i chiropratici devono invece acquisire un titolo di perfezionamento, oltre al diploma federale, prima di chiedere l'autorizzazione di «esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale».

Art. 17 cpv. 3 (nuovo)

L'assistenza in studio medico deve essere inserita nel ciclo di formazione in medicina interna generale. Questo vale soprattutto per il percorso medicina di famiglia, per il quale occorrerà definire un periodo minimo obbligatorio da assolvere in uno studio medico. Si tratta di una condizione indispensabile al fine di garantire un perfezionamento di elevata qualità per il futuro esercizio della professione sotto la propria responsabilità. È infatti importante che i nuovi medici, oltre a fare pratica in

ospedale, acquisiscano esperienza anche con il lavoro quotidiano di un medico di famiglia.

L'assistenza in studio medico nell'ambito di un ciclo di formazione in medicina interna generale è importante per acquisire le necessarie conoscenze, attitudini e capacità per esercitare la professione di medico di famiglia. Il periodo di pratica può essere assolto nelle più svariate forme della medicina di famiglia quali studi privati o associati, nonché in strutture simili.

Art. 19 cpv. 1

La modifica concerne unicamente il testo tedesco. Il termine «absolvieren» è attualmente utilizzato in due accezioni diverse nell'articolo 12 capoverso 1 lettera b e nell'articolo 19, con conseguente rischio di confusione. Nell'articolo 12 «absolvieren» è infatti utilizzato nel senso di «aver concluso», mentre nell'articolo 19 capoverso 1 nel senso di «partecipare». Per motivi di coerenza si è pertanto deciso di sostituirlo nell'articolo 19 con «besuchen». Questo termine, che va inteso come «partecipare», è del tutto chiaro e rende la norma più comprensibile. Il testo francese e quello italiano rimangono immutati («suivre une formation postgrade» e «seguire un ciclo di perfezionamento»).

Per essere ammessi a un ciclo di perfezionamento accreditato occorre essere in possesso di un corrispondente diploma federale o diploma estero riconosciuto. L'ammissione avviene mediante una decisione formale (cfr. art. 55 cpv. 2) sia mediante altri strumenti quali l'e-logbuch. In tal modo la formazione può essere strutturata meglio e in modo più trasparente.

Anche in futuro si applicheranno le restrizioni seguenti¹⁸:

- se mancano posti di perfezionamento, il legislatore non può obbligare né le organizzazioni responsabili del perfezionamento né i Cantoni a istituirne. Non sussiste alcun diritto deducibile in giudizio all'istituzione di un posto di perfezionamento;
- in qualità di centri di perfezionamento autorizzati entrano in considerazione istituzioni quali ospedali universitari e cantonali e i relativi istituti, ma anche ospedali più piccoli e ambulatori o farmacie private;
- il perfezionamento dovrebbe essere accessibile a ogni titolare di un diploma federale, indipendentemente dalla sua appartenenza a un'associazione professionale. L'accesso al perfezionamento non va subordinato all'adesione alla politica di un'associazione professionale.

Art. 21 cpv. 1

Sino ad oggi la padronanza di una lingua nazionale costituiva una condizione per il riconoscimento di diplomi e titoli di perfezionamento esteri (cfr. art. 15 cpv. 1). La direttiva europea 2005/36/CE ridefinisce nel Titolo IV (modalità di esercizio della professione) i requisiti relativi alle conoscenze linguistiche conformemente alla giurisprudenza della CGUE. Ne consegue che le persone cui sono state riconosciute le qualifiche professionali devono disporre delle conoscenze linguistiche necessarie per esercitare la professione nello Stato membro ospitante. I requisiti relativi alle

¹⁸ FF 2005 187

conoscenze linguistiche vengono quindi disciplinati nell'ambito delle condizioni per l'esercizio della professione (cfr. art. 36 cpv. 1 lett. c e relativi commenti) e sono quindi stralciati dal *capoverso 1*, che li contemplava quali condizioni per il riconoscimento dei titoli di perfezionamento esteri.

Analogamente a quanto è avvenuto sino ad oggi, il *capoverso 1* prevede che il riconoscimento di titoli di perfezionamento esteri presupponga l'esistenza di un accordo sul riconoscimento reciproco che sancisca esplicitamente l'equivalenza. Per il riconoscimento di diplomi e titoli di perfezionamento esteri continuerà ad essere competente la Commissione delle professioni mediche (MEBEKO) (art. 21 cpv. 3, cfr. anche art. 50 cpv. 1 lett. d).

Art. 21 cpv. 4

Il riconoscimento delle qualifiche professionali può avvenire esclusivamente sulla base di un accordo internazionale. Il *capoverso 1* disciplina i casi in cui tale accordo esiste. Il vigente *capoverso 4* contempla invece il caso dell'acquisizione di un titolo di perfezionamento federale da parte di personale medico che non si vede riconosciuto il titolo conseguito all'estero, ad esempio perché la Svizzera non ha concluso un accordo di riconoscimento reciproco con lo Stato nel quale è stato rilasciato, ossia in un cosiddetto «Stato terzo».

Visto che non vi è la possibilità di riconoscere l'equivalenza di questi titoli di perfezionamento esteri, il diritto vigente prevede che i loro titolari possano richiedere che siano esaminate le condizioni per l'acquisizione di un titolo di perfezionamento federale. Sino a oggi è stata la MEBEKO che, dopo aver sentito la competente organizzazione responsabile del perfezionamento, esaminava i casi concreti e stabiliva le condizioni necessarie per acquisire il titolo di perfezionamento federale. In pratica ci si è tuttavia resi conto che la soluzione più idonea sarebbe quella di incaricare direttamente l'organizzazione responsabile del perfezionamento, e quindi del rilascio del rispettivo titolo, di definire tali condizioni. Solo questa organizzazione dispone di fatto delle competenze per valutare in modo efficace quali siano le eventuali lacune che il richiedente deve recuperare.

Nonostante l'abrogazione dell'articolo 21 capoverso 4, la MEBEKO rimane competente per il riconoscimento dei titoli di perfezionamento esteri. Questa competenza comprende sia il riconoscimento del titolo qualora le condizioni siano adempiute, sia il rigetto di una domanda qualora le condizioni non siano adempiute, ad esempio qualora il richiedente abbia ottenuto il titolo di perfezionamento in uno Stato con il quale la Svizzera non ha concluso alcun accordo di riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali.

Le organizzazioni responsabili del perfezionamento sono invece competenti per esaminare le domande di computo dei periodi di perfezionamento assolti all'estero, soprattutto se il titolo conseguito non è riconosciuto.

Invece di presentare una domanda di riconoscimento alla MEBEKO, le persone in possesso di un titolo di perfezionamento estero possono pertanto decidere di rivolgersi direttamente all'organizzazione responsabile del perfezionamento per chiedere il computo del periodo di perfezionamento svolto all'estero in vista dell'acquisizione del titolo federale.

In questi casi l'esame non verte sul riconoscimento del titolo, bensì sul computo dei periodi di perfezionamento conseguiti all'estero e quindi sulle condizioni per

l'ottenimento del titolo federale. L'organizzazione responsabile del perfezionamento esamina e decide a quali condizioni il rispettivo titolo di perfezionamento federale può essere acquisito (cfr. anche art. 20 e 55 lett. a e d).

Art. 27 cpv. 5, frase introduttiva

Secondo l'esperienza acquisita nell'ambito degli accreditamenti effettuati in passato o attualmente in corso, il fatto di consultare due volte la MEBEKO non apporta alcun vantaggio supplementare. È quindi sufficiente che la MEBEKO sia consultata dall'istanza competente prima della decisione di accreditamento, conformemente a quanto previsto nell'articolo 28.

Art. 29 Periodo di validità

Sino ad oggi il periodo di validità nella LPMed per i cicli di studio e di perfezionamento era fissato a sette anni al massimo. In futuro farà invece stato la legge federale del 30 settembre 2011¹⁹ sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU), alla quale rinvia il nuovo *capoverso 1* e il cui articolo 34 delega al Consiglio delle scuole universitarie la competenza di fissare la durata dell'accREDITAMENTO. In tal modo sarà garantita una regolamentazione uniforme dei periodi di validità dei cicli di studio.

Per i cicli di formazione il periodo di accREDITAMENTO massimo rimane a sette anni (*cpv. 2*).

Art. 31 Modifica di un ciclo di perfezionamento accREDITATO

Dal momento che l'accREDITAMENTO dei cicli di studi sarà retto dalla LPSU, l'articolo 31 si applica unicamente ai cicli di perfezionamento e la rubrica viene adeguata di conseguenza.

In futuro dovranno essere sottoposte all'istanza di accREDITAMENTO tutte le modifiche materiali di un ciclo di perfezionamento – ossia tutte le modifiche che si ripercuotono sul contenuto dei cicli di perfezionamento accREDITATI – e non più soltanto le modifiche sostanziali (*cpv. 1*). Gli adeguamenti puramente formali che servono all'applicazione delle norme materiali continueranno invece a essere esclusi dall'obbligo di notifica. Per modifiche materiali si intendono ad esempio l'adeguamento di un obiettivo del perfezionamento, oppure la modifica del numero di ore o di interventi. Gli adeguamenti formali – per i quali non è prevista la notifica – non hanno invece alcun impatto sui contenuti e consistono in semplici modifiche organizzative concernenti ad esempio le modalità di iscrizione agli esami o la riscossione delle tasse d'esame. Questa precisazione si è resa necessaria poiché la nozione di «modifiche sostanziali» si è rivelata poco chiara e di difficile applicazione.

Art. 31 a (nuovo) Obbligo d'autorizzazione

Su domanda, le organizzazioni responsabili del perfezionamento mettono gratuitamente a disposizione dell'istanza di accREDITAMENTO tutte le informazioni di cui essa necessita per far fronte ai compiti di vigilanza (art. 47 cpv. 2), ossia i documenti relativi alla garanzia di qualità delle organizzazioni professionali e delle società

¹⁹ FF 2011 6629

specialistiche come pure le pertinenti informazioni degli istituti di perfezionamento. Rientrano fra questi documenti ad esempio i rapporti di visita degli istituti e degli studi medici di formazione, gli orientamenti degli istituti di formazione, gli organigrammi, i risultati e le statistiche delle valutazioni dei medici-assistenti, i registri ecc. In quanto strumenti ausiliari, gli standard di qualità per l'accreditamento di cicli di perfezionamento e le guide (di autovalutazione e di valutazione esterna) per l'accreditamento di cicli di formazione elaborati per ogni disciplina dovranno contenere un elenco dei documenti che potranno essere richiesti.

Art. 34 cpv. 2 (nuovo)

La nuova disposizione (cpv. 2) delimita la nuova nozione di attività esercitata nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale e si riallaccia alla base costituzionale su cui poggia la LPMed. L'articolo 95 capoverso 1 Cost. abilita la Confederazione a emanare prescrizioni sull'esercizio dell'attività economica privata ma non a emanare prescrizioni sulle attività economiche che comportano lo svolgimento di compiti pubblici o la fornitura di prestazioni pubbliche dei Cantoni o dei Comuni. Questo settore è di competenza esclusiva dei Cantoni, che possono prevedere nel loro diritto un obbligo di autorizzazione per l'attività svolta sotto la responsabilità propria. La nozione di «servizio pubblico» è stata introdotta dal Parlamento durante il dibattito sulla legge del 18 marzo 2011²⁰ sulle professioni psicologiche (cfr. commento relativo all'art. 22 cpv. 2 LPPsi²¹). Per motivi di analogia, la nozione viene ripresa anche nella LPMed.

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, il trattamento dispensato ai malati in un ospedale è un compito pubblico se l'ospedale è pubblico e se il trattamento è eseguito da impiegati dell'ospedale e fa parte dei loro compiti.²²

Il criterio dell'ospedale pubblico e il criterio dello svolgimento di un compito pubblico sono legati: indipendentemente dalla loro forma giuridica e dallo statuto del loro personale, gli ospedali e le cliniche sono considerati pubblici se il diritto cantonale conferisce loro un compito pubblico. Il diritto cantonale deve concretizzare il compito pubblico dotando lo stabilimento interessato di un quadro di diritto pubblico nel cui ambito esercitare tale compito. In questo quadro rientrano per esempio l'obbligo di ammettere i pazienti a determinate condizioni e l'obbligo di fornire i servizi previsti in un mandato di prestazioni²³.

L'obbligo di autorizzazione di cui al *capoverso 1* si applica soltanto alle attività professionali che costituiscono un'attività economica privata ai sensi dell'articolo 95 Cost. e non alle attività professionali nel servizio pubblico. Spetta ai Cantoni garantire un'applicazione uniforme della nozione di «compito pubblico» e di «attività economica privata», poiché sono le leggi cantonali a definire quali settori della sanità rientrino nei compiti pubblici.

²⁰ RS 935.81

²¹ FF 2009 6044

²² DTF 133 III 462, consid. 2.1; DTF 122 III 101, consid. 2a cc; DTF 111 II 149, consid. 3a.

²³ FF 2009 6044, Messaggio concernente la legge sulle professioni psicologiche, commento all'art. 22 cpv. 2.

Art. 36 cpv. 1 lett. c (nuova)

Secondo la direttiva europea 2005/36/CE e la giurisprudenza della CGUE, le conoscenze linguistiche non possono costituire un requisito per il riconoscimento di titoli e diplomi, ma vanno esaminate solo ai fini dell'avvio dell'attività professionale vera e propria. Questa innovazione comporta un trasferimento di competenze: siccome sono i Cantoni a esaminare le condizioni per rilasciare al personale medico l'autorizzazione a esercitare la professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale, spetterà loro anche esaminare le conoscenze linguistiche. A tal fine potranno decidere liberamente come procedere, ossia se valutare le conoscenze sulla base di certificati linguistici acquisiti o se istituire esami specifici.

I requisiti relativi alle conoscenze linguistiche devono rispettare il principio di proporzionalità e non possono in alcun caso andare al di là di quanto oggettivamente necessario per l'esercizio della professione²⁴. L'autorità cantonale deve pertanto esaminare se il richiedente padroneggia una lingua ufficiale del Cantone e a tal fine può avvalersi del quadro di riferimento europeo per le lingue²⁵. Conoscenze corrispondenti al livello B 2 sono probabilmente adeguate (utilizzatore avanzato o indipendente). Lo scopo è di garantire una comprensione ottimale fra medico e pazienti. I titolari di un certificato di livello B 2 sono infatti in grado di comprendere le idee fondamentali di testi complessi su argomenti sia concreti sia astratti, comprese le discussioni tecniche nel proprio settore di specializzazione. Sono in grado di interagire con relativa scioltezza e spontaneità, tanto che l'interazione con un parlante nativo si sviluppa senza eccessiva fatica e tensione. Sanno produrre testi chiari e articolati su un'ampia gamma di argomenti e esprimere un'opinione su un argomento d'attualità, esponendo i pro e i contro delle diverse opzioni.

Art. 36 cpv. 4 (nuovo)

Conformemente al principio del mercato interno e in seguito all'unificazione delle condizioni di autorizzazione a livello federale, si presuppone che, in linea di massima, tutte le persone che hanno ottenuto l'autorizzazione cantonale adempiano anche le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione in un altro Cantone. Infatti, il secondo Cantone rilascia praticamente sempre l'autorizzazione richiesta senza porre particolari condizioni. In casi eccezionali, può accadere che le condizioni esistenti al momento del rilascio non siano più date (p. es. in caso di grave malattia del richiedente) e che l'autorizzazione debba pertanto essere rifiutata. È inoltre possibile che il richiedente debba colmare delle lacune linguistiche (p. es. in caso di trasferimento da un Cantone germanofono a uno francofono). Rimane peraltro salvo l'articolo 37. Da ultimo occorre rilevare che le disposizioni sul mercato interno ai applicano a titolo sussidiario. In particolare, la legge del 6 ottobre 1995²⁶ sul mercato interno (LMI) accorda il diritto a una procedura di autorizzazione semplice, gratuita e rapida al titolare di un'autorizzazione cantonale che vuole esercitare la sua professione in un altro Cantone (art. 3 cpv. 4 LMI).

²⁴ CGUE, 4.7.2000, Salomone Haim g. kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Rs. C-424/97, racc. 2000, I-5123.

²⁵ <http://europass.cedefop.europa.eu/it/resources/european-language-levels-cefr>

²⁶ RS 943.02

Art. 38 cpv. 2 (nuovo)

Il nuovo *capoverso 2* prevede uno scambio di informazioni fra i Cantoni nel caso di revoca dell'autorizzazione. Se una persona cui viene revocata l'autorizzazione in un Cantone possiede l'autorizzazione a esercitare anche in un altro Cantone, il Cantone di revoca informa le competenti autorità dell'altro Cantone.

Art. 50 cpv. 2

In seguito all'estensione delle sue competenze, d'ora in poi la MEBEKO potrà far trattare a terzi dati personali di cui necessita per adempiere i suoi compiti. Questa innovazione si è resa necessaria poiché il Global Location Number (GLN) viene attribuito da un'organizzazione in Svizzera esterna all'Amministrazione. Il GLN è già utilizzato nell'ambito di TARMED da parte delle competenti organizzazioni mantello (FMH e Pharmasuisse) in quanto numero di identificazione univoco ed ha acquisito un'importanza centrale nel sistema sanitario svizzero. È assegnato dalla fondazione Refdata su mandato della MEBEKO al momento del rilascio o del riconoscimento del diploma. Per adempiere il suo mandato, la MEBEKO trasmette alla fondazione Refdata le informazioni relative alle persone e ai diplomi che ha registrato nella sua banca dati. Queste informazioni costituiscono, in complemento al GLN, una parte dei dati di base per il registro delle professioni mediche universitarie (registro) (cfr. art. 51 segg.). Fa inoltre parte di questa banca dati il nuovo numero d'assicurato AVS conformemente all'articolo 50e capoverso 1 della legge federale del 20 dicembre 1946²⁷ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS), che in futuro verrà rilevato al momento dell'iscrizione all'esame federale. Per completare i dati già registrati relativi al personale medico universitario e ai titolari di diplomi e titoli esteri che verranno riconosciuti, la MEBEKO richiederà il nuovo numero AVS all'Ufficio centrale di compensazione (UCC).

Art. 51 cpv. 4^{bis} (nuovo)

L'articolo 50e capoverso 1 LAVS prevede che il nuovo numero di assicurato AVS possa essere utilizzato sistematicamente nel registro soltanto se una legge federale lo prevede esplicitamente. Il *capoverso 4^{bis}* istituisce la base legale necessaria a tal fine. Conformemente all'articolo 50e capoverso 1 LAVS il numero di assicurato viene utilizzato sistematicamente per identificare in modo univoco e per aggiornare i dati personali (cambiamento di nome, decesso ecc.) relativi alle persone elencate nel registro. Sulla base della succitata disposizione della LAVS, il nuovo numero di assicurato AVS non sarà accessibile al pubblico ma sarà a disposizione unicamente dei servizi dell'UFSP incaricati della tenuta del registro e delle autorità cantonali competenti del rilascio delle autorizzazioni per l'esercizio della professione.

Art. 52 cpv. 1

Capoverso 1: per i Cantoni, la nuova nozione di «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» comporterà un'estensione dell'obbligo di iscrizione nel registro. Un'ulteriore innovazione consiste nel prevedere esplicitamente che le autorità cantonali notifichino anche le revoche di autorizzazione di cui all'articolo 38 affinché siano iscritte nel registro. In quanto

²⁷ RS 831.10

«dati personali degni di particolare protezione» (cfr. art. 53 cpv. 2), i motivi della revoca non sono invece direttamente consultabili né mutabili nel registro. Le autorità cantonali devono notificare i dati degni di particolare protezione mediante un apposito formulario all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Solo le autorità competenti possono consultare i dati degni di particolare protezione (cfr. art. 53 cpv. 2). Le persone autorizzate in seno alle autorità competenti possono chiedere informazioni sui dati personali degni di particolare protezione presentando all'UFSP una domanda per via elettronica.

Per motivi giuridici possono essere iscritte nel registro soltanto le misure disciplinari passate in giudicato e non l'apertura di procedimenti né i procedimenti in corso. Se ciò fosse consentito saremmo in presenza di una chiara lesione del principio di presunzione di innocenza, che deve invece valere per tutte le persone nei confronti delle quali non è stata emessa una condanna definitiva. Ne risulterebbe una situazione inammissibile, paragonabile a una condanna anticipata. L'iscrizione nel registro non è peraltro neanche necessaria dal momento che, secondo l'articolo 44, l'autorità di vigilanza di un Cantone che avvia un procedimento disciplinare contro una persona che esercita una professione medica in virtù di un'autorizzazione rilasciata da un altro Cantone deve informare l'autorità di vigilanza del Cantone in questione e addirittura consultarla qualora preveda di pronunciare un divieto di esercizio della professione. In tal modo la comunicazione fra le autorità competenti delle informazioni necessarie alla tutela dei pazienti è garantita.

Da ultimo spetta alla competente autorità di vigilanza valutare nell'ambito del procedimento disciplinare se, per motivi cautelari, sia opportuno prevedere restrizioni all'autorizzazione all'esercizio della professione vincolandola a oneri o sospendendola (art. 43 cpv. 4). Anche per quanto concerne questi dati, le autorità competenti del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione possono chiedere informazioni all'UFSP per via elettronica.

Art. 53 cpv. 2, 2^{bis} (nuovo) e 3 (nuovo)

Per motivi di proporzionalità, nel *capoverso 2* i dati relativi a restrizioni dell'autorizzazione all'esercizio della professione sono stralciati e disciplinati in un nuovo *capoverso 2^{bis}*. Dal momento che i Cantoni hanno emanato normative diverse per quanto concerne le persone che esercitano una professione medica universitaria e non sempre l'autorità incaricata di rilasciare l'autorizzazione all'esercizio della professione è anche autorità di vigilanza, quest'ultima viene menzionata esplicitamente. Per motivi oggettivi e nell'interesse della tutela dei pazienti, entrambe le autorità dovrebbero poter disporre di tali dati se le misure di sicurezza sono osservate.

Per motivi di proporzionalità il *capoverso 2^{bis}* prevede che soltanto le autorità competenti per un procedimento disciplinare in corso possono chiedere dati relativi a restrizioni soppresse e a divieti temporanei di esercitare la professione cui è apposta la menzione «cancellato». Questa facoltà sarà invece preclusa alle autorità di vigilanza nell'ambito di una semplice domanda di autorizzazione.

Il *capoverso 3* riprende in parte il vecchio *capoverso 2*, secondo cui tutti gli altri dati sono accessibili pubblicamente. L'innovazione risiede nella facoltà conferita al Consiglio federale di prevedere eccezioni qualora il pubblico accesso non sia necessario ai fini della sanità pubblica. Si pensi ad esempio alle informazioni relative alla lingua di corrispondenza o alla base legale dell'autorizzazione all'esercizio della

professione. Le eccezioni al pubblico accesso di determinati dati vanno intese nell'ottica del principio di proporzionalità e si inseriscono nella tutela dei diritti della personalità delle persone che esercitano una professione medica. I dettagli sono disciplinati nell'ordinanza sul registro LPMed.

Art. 54 Cancellazione ed eliminazione di iscrizioni nel registro

Questo articolo è stato reimpostato: il vecchio capoverso 3 è diventato *capoverso 1*, il vecchio capoverso 1 è diventato *capoverso 2* e il vecchio capoverso 2 è diventato *capoverso 3*. Dal profilo materiale sono stati introdotti gli adeguamenti seguenti:

In considerazione del principio di proporzionalità si considera opportuno eliminare definitivamente dal registro l'iscrizione di restrizioni cinque anni dopo che sono state soppresse e l'iscrizione di avvertimenti, ammonimenti e multe cinque anni dopo che sono stati pronunciati (*cpv. 1 e 2*). In ossequio al principio di proporzionalità, per i divieti temporanei di esercitare la professione il termine per l'annullamento rimane invece invariato a dieci anni dopo la loro soppressione (*cpv. 3*).

I fatti dimostrano che spesso i medici continuano ad esercitare la loro attività anche oltre gli 80 anni di età. Si è pertanto rinunciato a prevedere un limite di età a livello federale per l'eliminazione dei dati personali dal registro. I Cantoni possono tuttavia prevedere dei limiti nelle loro leggi (*cpv. 4*).

Art. 55 cpv. 2 (nuovo)

Per motivi pratici, le organizzazioni responsabili del perfezionamento non possono emanare una decisione di ammissione per tutte le persone che vogliono seguire un ciclo di perfezionamento (cfr. anche commento all'art. 19 cpv. 1). Su domanda delle persone interessate, sono tuttavia tenute a emanare una decisione formale sull'ammissione.

Art. 67a (nuovo) Disposizioni transitorie relative alla modifica del ...

Questa disposizione è da ricondurre al passaggio dalla nozione di «libero esercizio» a quella di «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale». Si applica unicamente alle persone che adempiono le condizioni seguenti: (1) già prima dell'entrata in vigore della presente modifica praticavano una professione assoggettata alla presente legge; (2) non esercitavano la professione liberamente ai sensi della normativa previgente; (3) esercitavano tuttavia la professione a titolo privato sotto la propria responsabilità professionale e (4) il diritto cantonale non prevede alcun obbligo di autorizzazione per l'attività esercitata.

Queste condizioni sono ad esempio riunite nel caso di una «società anonima di medici» o di medici che lavorano in una clinica a titolo privato sotto la propria responsabilità professionale (ma non a titolo indipendente secondo il diritto previgente) in un Cantone che ha previsto l'obbligo di autorizzazione soltanto per l'attività indipendente. D'ora in poi anche queste persone necessiteranno di un'autorizzazione.

La disposizione transitoria lascia cinque anni di tempo agli interessati per richiedere l'autorizzazione ed eventualmente riorganizzarsi o acquisire le qualifiche supplementari necessarie.

Modifica della legge del 18 marzo 2011²⁸ sulle professioni psicologiche

Art. 43 cpv. 4

Analogamente alla modifica dell'articolo 54 capoverso 4 LPMed, viene adeguata anche la corrispondente disposizione della legge sulle professioni psicologiche.

Modifica della legge del 3 ottobre 1951²⁹ sugli stupefacenti

Art. 9 cpv. 1 e 3

Al fine di uniformare la terminologia, l'espressione «sotto la propria responsabilità» utilizzata in questa disposizione viene sostituita da «nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale». Le LSTup disciplina l'impiego di stupefacenti sia da parte di operatori sanitari nel settore privato sia di operatori sanitari che lavorano al servizio di Cantoni e Comuni (cfr. nuovo art. 34 cpv. 2 LPMed). Tutti gli operatori sanitari che lavorano sotto la propria responsabilità menzionati nell'ordinanza del 17 ottobre 2001³⁰ possono impiegare stupefacenti senza autorizzazione supplementare se sono in possesso di un'autorizzazione conformemente alla LPMed oppure se svolgono la loro professione al servizio dei Cantoni e Comuni e dispongono di un'autorizzazione cantonale. In tal modo gli operatori sanitari che lavorano nel settore privato e quelli che lavorano per i Cantoni e i Comuni sotto la propria responsabilità professionale sono equiparati per quanto concerne l'impiego di stupefacenti. Sono fatte salve le autorizzazioni eccezionali previste nell'articolo 8 LSTup.

Il capoverso 3 è abrogato poiché privo d'oggetto in seguito alla nuova formulazione del capoverso 1.

3 Ripercussioni

3.1 Per la Confederazione

La presente revisione non avrà alcuna conseguenza finanziaria per la Confederazione né richiederà l'istituzione di nuovi posti di lavoro.

La nuova possibilità conferita all'istanza di accreditamento di ottenere più informazioni per svolgere i compiti di sorveglianza (art. 31a LPMed) non dovrebbe comportare un aumento del lavoro.

La MEBEKO sarà sgravata solo in misura contenuta dai suoi compiti, dal momento che le modifiche apportate dalla revisione della legge concernono una piccola parte del suo mandato. In effetti il controllo delle conoscenze linguistiche che sarà trasferito ai Cantoni (art. 36 cpv. 1 lett. c nuova) consiste attualmente nel verificare l'esistenza di un certificato di lingua e non nell'organizzazione di un esame. Il fatto di trasferire alle organizzazioni responsabili del perfezionamento il compito di definire le condizioni per l'ottenimento dei titoli federali nel caso di titoli esteri non riconosciuti (abrogazione dell'art. 21 cpv. 4) non rappresenta neanche esso un sensibile sgravio. Già attualmente la MEBEKO consulta infatti le suddette organizzazioni, che in pratica si fanno carico di gran parte dell'esame richiesto da tali casi

²⁸ RS 935.81

²⁹ RS 812.121

³⁰ RS 812.212.1

(cfr. art. 21). Da ultimo, neanche il fatto che la MEBEKO sarà consultata un'unica volta nell'ambito della procedura di accreditamento (art. 27 cpv. 5 e 28) comporterà una riduzione sensibile dell'onere della commissione.

3.2 Per i Cantoni e i per Comuni

Sino ad oggi, la padronanza di una lingua nazionale ha costituito una condizione per il riconoscimento di un diploma o di un titolo di perfezionamento estero ed era sottoposta a verifica da parte delle autorità federali preposte al riconoscimento. Come illustrato in precedenza (cfr. n. 1.2.1) il requisito della lingua non è tuttavia compatibile con la giurisprudenza della CGUE e con la normativa instaurata dalla direttiva 2005/36/CE. D'ora in poi spetterà ai Cantoni verificare le conoscenze linguistiche delle persone che presentano una domanda di autorizzazione all'esercizio della professione. La verifica dovrà essere proporzionata, ossia le conoscenze linguistiche richieste non dovranno andare al di là del livello oggettivamente necessario per esercitare la professione medica in questione. Per maggiori dettagli si rinvia ai commenti alle disposizioni seguenti: articolo 15 capoverso 1, articolo 21 capoverso 1, articolo 36 capoverso 1 lettera c. Le conoscenze richieste dovrebbero situarsi almeno al livello B 2 del quadro di riferimento europeo per le lingue. Il maggior onere che ne deriverà dipenderà dalla procedura di controllo scelta dai singoli Cantoni (semplice verifica dell'esistenza di un certificato di lingua oppure organizzazione di un esame di lingua).

Inoltre occorre sostituire nelle normative cantonali l'espressione «libero esercizio della professione» con quella di «esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale».

Da ultimo, il miglioramento conseguito nello scambio di informazioni fra i Cantoni interessati in caso di revoca dell'autorizzazione all'esercizio della professione (art. 38 cpv. 2 e art. 52 cpv. 1) conduce a una maggior trasparenza e quindi a una gestione più efficace delle autorizzazioni, che a sua volta compensa un eventuale aumento del lavoro.

3.3 Altre ripercussioni

Gli istituti di formazione dovranno – qualora non l'avessero già fatto – inserire nei loro curricula una formazione in medicina complementare e mettere l'accento sulla medicina di famiglia, al fine di adempiere i nuovi obiettivi di formazione previsti dalla legge. Per quanto concerne la medicina complementare, spetterà agli istituti di formazione definire quali conoscenze dovranno essere trasmesse nelle loro facoltà.

4 Rapporto con il programma di legislatura

Il disegno è annunciato nel messaggio del 25 gennaio 2012³¹ sul programma di legislatura 2011–2015 e nel decreto federale del 15 giugno 2012³² sul programma di legislatura 2011–2015.

³¹ FF 2012 305, qui 388

5 Aspetti giuridici

5.1 Costituzionalità e legalità

In futuro la LPMed disciplinerà più il «libero esercizio della professione», bensì «l'esercizio della professione nel settore privato sotto la propria responsabilità professionale» del personale medico universitario. La nuova nozione consente alla Confederazione di meglio sfruttare il margine di manovra legislativo che l'articolo 95 capoverso 1 Cost. le conferisce, poiché riprende la nozione di settore privato in relazione all'esercizio della professione. Nel contempo la LPMed lascia alla competenza normativa dei Cantoni il disciplinamento delle professioni al servizio pubblico di Cantoni e Comuni (cfr. art. 34 cpv. 2).

Il principio di proporzionalità è rispettato poiché la legge disciplina l'esercizio della professione soltanto nei confronti delle persone che sono attive sotto la loro responsabilità professionale e non di quelle che lavorano sotto la vigilanza di uno specialista.

Le modifiche corrispondono al diritto di rango superiore; sono compatibili sia con la normativa UE sia con la Costituzione.

5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

In virtù dell'ALC, sono applicabili in Svizzera le norme sulla libera circolazione delle persone vigenti nell'UE.

Il Comitato misto per l'Accordo sulla libera circolazione Svizzera UE ha deciso nel settembre 2011 che, ad eccezione del Titolo II, la direttiva UE 2005/36/CE sarebbe stata provvisoriamente applicata dalla Svizzera il 1° novembre 2011.

La direttiva 2005/36/CE contempla essenzialmente il sistema attualmente vigente del riconoscimento dei diplomi, ma apporta alcuni miglioramenti puntuali. Le principali modifiche sono elencate qui di seguito.

Consolidamento: la direttiva consolida la normativa esistente sul riconoscimento reciproco di diplomi.

Ammodernamento del sistema: il sistema generale del riconoscimento dei diplomi si applica a titolo sussidiario, ossia quando l'allegato III dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone non prevede un titolo professionale settoriale.

Semplificazione delle prestazioni: quale importante innovazione il Titolo II della direttiva 2005/36/CE prevede una procedura di notifica per i prestatori di servizi. In futuro la prestazione di servizi transfrontalieri (soggiorno di breve durata fino a 90 giorni) non sarà più sottoposta all'obbligo del riconoscimento del diploma, anche se la professione è regolamentata. Sono previste eccezioni per le attività che pregiudicano la salute o la sicurezza delle persone. In vece della procedura di riconoscimento, gli Stati ospitanti potranno tuttavia richiedere ai prestatori di servizi una notifica preliminare. Il 14 dicembre 2012 il Parlamento ha adottato la legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei presta-

tori di servizi in professioni regolamentate³³, che entrerà probabilmente in vigore nel settembre 2013. A partire da tale data la direttiva UE 2005/36/CE si applicherà a titolo definitivo anche alla Svizzera.

La presente revisione apporta gli adeguamenti imposti dalla direttiva. In particolare le conoscenze linguistiche non saranno più esaminate in quanto condizione per il riconoscimento di diplomi o titoli di perfezionamento esteri, ma saranno valutate nell'ambito del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione.

5.3 Delega di competenze legislative

L'articolo 53 capoverso 3 del disegno di revisione delega nuove competenze legislative al Consiglio federale. Concretamente statuisce che il Consiglio federale possa prevedere eccezioni al pubblico accesso ai dati, qualora ciò non sia nell'interesse della sanità pubblica.

5.4 Subordinazione al freno alle spese

Conformemente all'articolo 159 capoverso 3 lettera b Cost. le disposizioni in materia di sussidi, i crediti d'impegno e le dotazioni finanziarie implicanti nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi devono essere approvate dalla maggioranza dei membri di ciascuna Camera. Siccome non contiene disposizioni in materia di sussidi né decisioni di finanziamento, il presente disegno non sottostà al freno alle spese.

³³ FF 2012 8561