



Charlotte Creiser, sezione Sistema sanitario (GESV)  
5 febbraio 2018

---

# **Prima rilevazione «Dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali» (MAS 2015): analisi della partecipazione e della popolazione target**

---



## Indice

1	Contesto generale della rilevazione MAS .....	3
1.1	Obiettivi della rilevazione MAS .....	3
1.2	Basi legali.....	3
1.3	Specificità della prima rilevazione MAS .....	3
2	Definizione della popolazione target.....	3
3	Chiarimenti sul metodo di ponderazione (METH) .....	6
4	Analisi della partecipazione .....	6
4.1	Analisi generale.....	6
4.2	Analisi della partecipazione per Cantone.....	8
4.3	Cause delle eccezioni (popolazione periferica).....	9
4.4	Cause di mancata risposta .....	10
4.5	Cause delle unità fuori target.....	11
5	Analisi delle strutture in funzione della forma giuridica .....	12
5.1	Raffronto della ripartizione delle forme giuridiche tra la popolazione iniziale (fonte: RIS) e la popolazione partecipante ponderata (fonte: MAS).....	12
5.2	Ripartizione delle forme giuridiche per Cantone .....	12
5.3	Ripartizione delle condizioni professionali in funzione della forma giuridica.....	13
5.4	Offerta di cure mediche in funzione della forma giuridica .....	14
6	Ripartizione delle strutture di attività medica in funzione dell'età .....	15
6.1	Condizioni professionali dei medici in funzione della fascia d'età .....	15
6.2	Ripartizione delle fasce d'età dei medici in funzione dell'offerta di cure mediche delle sedi .....	16
7	Attività ambulatoriali multisede .....	16
7.1	Caratterizzazione delle imprese multisede in funzione della forma giuridica.....	16
7.2	Quota dei medici attivi presso più di una sede.....	17
8	Sintesi .....	18



## **1 Contesto generale della rilevazione MAS**

### **1.1 Obiettivi della rilevazione MAS**

La rilevazione costituisce una pietra miliare per descrivere l'assistenza sanitaria in Svizzera basandosi su dati. Deve consentire di colmare le ampie lacune esistenti in termini di conoscenze. A medio termine permetterà di fare asserzioni precise concernenti, ad esempio, il panorama dell'assistenza sanitaria o i trasferimenti al settore ambulatoriale.

L'obiettivo di questa rilevazione consiste nel fornire una panoramica del settore ambulatoriale e del relativo modo di funzionamento sulla base di fatti empirici. Offrirà un contributo importante alla ricerca di soluzioni e di tariffe soddisfacenti per l'assistenza sanitaria.

Inoltre, per la prima volta ci si focalizza sugli studi medici e sui centri ambulatoriali nonché sulle relative sedi, e non più soltanto sui medici considerati individualmente.

Infine, aggiornare e correggere gli indirizzi degli studi medici e dei centri ambulatoriali interpellati è utile per i registri interessati, per i Cantoni nonché per le società di medicina e i medici stessi.

### **1.2 Basi legali**

La rilevazione «Dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali» (Medical Ambulatory – Structure: MAS) deriva dal progetto MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Così come le altre rilevazioni sull'assistenza sanitaria, poggia su una doppia base legale: da un lato gli articoli 23 e 59a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), dall'altro la legge sulla statistica federale e l'ordinanza sulle rilevazioni statistiche. La rilevazione MAS viene pertanto condotta a scopo sia statistico che di vigilanza legale. Per questo motivo si tratta di una rilevazione totale, a carattere obbligatorio, che si svolge a cadenza annuale.

### **1.3 Specificità della prima rilevazione MAS**

La prima rilevazione MAS ha preso avvio il 15 novembre 2016 ed è stata protratta fino al 15 giugno 2017. I dati della prima rilevazione MAS, riferiti al 2015, non hanno potuto essere utilizzati a scopo di vigilanza legale poiché il regolamento per il trattamento dei dati secondo l'articolo 59a LAMal è stato pubblicato il 20 marzo 2017, ovvero quando la rilevazione era già in corso. Il regolamento, che ha chiarito la trasmissione dei dati nell'ambito dell'articolo 59a LAMal, sarà applicato per le prossime rilevazioni. La prima rilevazione MAS è quindi stata svolta soltanto a scopo statistico. Ciò significa che i dati sono stati anonimizzati nella loro integralità. L'UST ha il diritto di utilizzare e pubblicare i dati a scopo statistico in anteprima.

## **2 Definizione della popolazione target**

Sono oggetto della rilevazione MAS le imprese, ovvero le persone giuridiche (enti morali). Le ditte individuali interpellate sono spesso anche persone fisiche: in Svizzera gli studi medici e i centri ambulatoriali fanno sempre più spesso parte di studi medici di gruppo che assumono forme giuridiche complesse e architetture finanziarie diverse tra loro. Per fornire un resoconto di tale situazione occorre descrivere queste strutture, che concorrono anche alla gestione delle visite e dei dossier dei pazienti, inducendo una nuova ripartizione delle responsabilità. A gestire e finanziare le strutture mediche ambulatoriali non sono soltanto i medici, ma anche



altri attori come il settore dell'economia privata, gli assicuratori, i Cantoni e i Comuni o gli ospedali.

La rilevazione dei dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali è quindi indirizzata sia ai medici indipendenti e alle strutture di cure ambulatoriali fornite da medici i cui costi sono assunti dalla LAMal, sia alle altre strutture di cure ambulatoriali i cui centri non fatturano a carico della LAMal, come ad esempio le cliniche di chirurgia estetica. L'obiettivo è avere, in adempimento del mandato statistico conferito all'UST, una panoramica il più possibile completa del settore ambulatoriale.

Per poter adempiere il mandato di sorveglianza della LAMal sono altresì necessarie una base statistica di qualità e una descrizione corretta delle strutture che fatturano secondo la LAMal. Oggigiorno, la persona o la struttura che emette le fatture non corrisponde più necessariamente al responsabile medico. Da una ventina d'anni a questa parte, non esiste più soltanto il modello secondo il quale il medico si occupa – senza deleghe né condivisioni della responsabilità – dei pazienti, dell'amministrazione, del personale e delle finanze in uno studio medico di sua proprietà. Sia nelle strutture sia nei centri ambulatoriali gestiti da personale non medico, la responsabilità medica (responsabilità del medico nei confronti dei pazienti) si differenzia chiaramente dalla responsabilità giuridica e, in alcuni casi, da quella finanziaria.

I primi beneficiari dei risultati della rilevazione e della statistica sulla popolazione medica sono i Cantoni. Viste le loro competenze in materia di sanità, infatti, hanno la possibilità di pilotare il settore ambulatoriale, così come l'obbligo di controllare le autorizzazioni a praticare la medicina e all'esercizio della professione per le strutture di cure ambulatoriali. Le conoscenze acquisite sui modi di organizzazione e sulla ripartizione geografica del corpo medico saranno utili anche a quest'ultimo.

Per descrivere l'assistenza sanitaria, non è interessante soltanto l'impresa in qualità di persona giuridica, ma anche la sede presso la quale si offre assistenza sanitaria («point of care»). In effetti, determinare il luogo in cui una prestazione medica è fornita consente di informare direttamente i Cantoni che intendono pilotare maggiormente il settore dell'assistenza sanitaria ambulatoriale. Le sedi amministrative o dedicate ad altre attività, ad esempio il settore alberghiero o il fitness, forniscono indicazioni complementari sulla diversificazione delle attività dell'impresa di assistenza sanitaria, ma in quanto tali non sono oggetto di studio della rilevazione MAS.

Le imprese interpellate nell'ambito della rilevazione MAS sono determinate sulla base di diversi criteri cumulativi:

- l'impresa non deve rientrare nell'elenco degli ospedali oggetto di studio della statistica ospedaliera (SO);
- i proprietari delle ditte individuali devono essere in possesso di un'autorizzazione a praticare la medicina a titolo di «libero esercizio» di cui alla LPMed (v. riquadro corrispondente), mentre le imprese con altre forme giuridiche devono impiegare almeno un medico;
- l'impresa deve essere la più piccola persona giuridica (ad es., in quanto tale una società semplice composta da più ditte individuali non è interpellata nell'ambito della rilevazione MAS);
- l'impresa deve versare uno o più contributi AVS per l'attività (indipendente/datore di lavoro, AVS per salariati).



### La nozione di «libero esercizio»

Fino all'entrata in vigore, il 1° gennaio 2018, della LPMed e dell'ordinanza sul registro LPMed rivisti, la nozione di «libero esercizio» corrispondeva, conformemente alla legge sulle professioni mediche (LPMed), all'indipendenza giuridica ed economica del medico.

Il termine «libero esercizio» è ormai stato sostituito da «esercizio della professione come attività economica privata sotto la propria responsabilità professionale». Ciò significa che un medico impiegato nel settore dell'economia privata, ad esempio nell'ambito di una SA, deve essere in possesso di un'autorizzazione a praticare la medicina. Per determinare la condizione professionale del medico, è opportuno che nei registri cantonali contenenti le autorizzazioni a praticare la medicina e nel MedReg vi siano altri criteri, come la forma giuridica e la modalità di esercizio del medico (indipendente/salariato ospedaliero/salariato di altro tipo/misto). A partire dal mese di gennaio 2020 i Cantoni saranno obbligati a indicare nel MedReg se il medico detiene una ditta individuale.

Fondamentale è anche l'aggiornamento dei dati concernenti l'attività nel MedReg. Per facilitare il compito dei medici, è indispensabile che questi ultimi segnalino soltanto una volta all'anno i cambiamenti che li riguardano e che la catena dei registri sia aggiornata dai Cantoni fino al RIS. Progressivamente, il MedReg dovrebbe assumere un ruolo di «sportello unico» per l'aggiornamento degli indirizzi e della condizione professionale dei medici.

### Fonti dirette e indirette

Il registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS o, in tedesco, BUR) dell'UST è la fonte diretta per determinare la popolazione target della rilevazione MAS ed estrarne i dati relativi agli indirizzi necessari per avviare la rilevazione. Questo registro è strettamente legato al registro IDI (numero d'identificazione delle imprese o, in tedesco, UID), anch'esso tenuto dall'UST, che identifica tutte le imprese presenti in Svizzera. La gerarchia delle fonti dell'IDI è stabilita all'articolo 3 dell'ordinanza sul numero d'identificazione delle imprese (OIDI). I servizi IDI incaricati di comunicare all'UST le unità IDI e le relative mutazioni sono, in ordine di priorità decrescente, i seguenti.

- Registro di commercio: registri cantonali di commercio e registro centrale dell'Ufficio federale del registro di commercio.
- Registri dei settori economici: registro delle professioni mediche (MedReg).
- Registri delle casse di compensazione AVS, registri fiscali cantonali e registro degli assoggettati all'IVA.
- Altri registri, ad esempio il RIS.

Il registro settoriale per i medici indipendenti nel senso imprenditoriale del termine (ditta individuale) iscritti all'IDI è il MedReg. Quest'ultimo è alimentato dalle direzioni cantonali della sanità, che ricavano le informazioni dalle autorizzazioni a praticare la medicina e all'esercizio della professione da esse rilasciate. I dati iniziali provengono pertanto dalle direzioni cantonali della sanità (e dai rispettivi uffici), che in qualità di autorità rilasciano autorizzazioni e aggiornano il MedReg.

La qualità dei dati iniziali degli studi medici aventi la forma giuridica di ditta individuale dipende dall'intera catena Cantoni – MedReg – IDI – RIS – GESV, mentre quella dei dati iniziali degli studi medici e dei centri ambulatoriali organizzati in SA, Sagl o altre forme giuridiche dipende principalmente dal registro di commercio (v. grafico di seguito, «La catena dei registri all'origine dei dati iniziali MAS»).

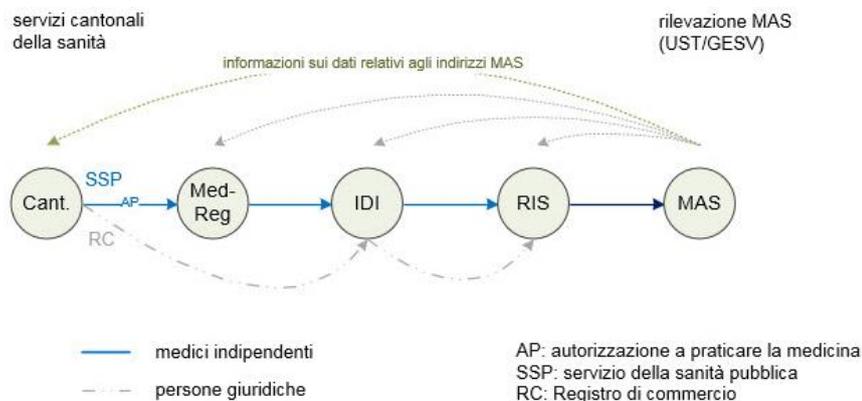


Grafico: catena dei registri all'origine dei dati iniziali MAS

Dopo il registro IDI e il RIS, anche il registro delle casse professionali di compensazione (AVS) è una fonte indiretta importante, in particolare per verificare la condizione professionale del medico.

### 3 Chiarimenti sul metodo di ponderazione (METH)

In una prima fase, dal registro delle imprese e degli stabilimenti (RIS) dell'UST si estraggono tutte le imprese corrispondenti a studi medici e centri ambulatoriali per invitarle a partecipare all'indagine. Occorre tuttavia partire dal presupposto che una determinata parte di esse non risponderà. Inoltre, il processo di raccolta dei dati consente di identificare una quota non trascurabile di unità fuori target. Rimane anche un certo numero di imprese per le quali l'UST non riceve nessuna forma di riscontro e non sa quindi se rientrano nella popolazione target o meno. Per tenere conto dei diversi aspetti del meccanismo di risposta devono essere calcolate delle incidenze da attribuire alle imprese che hanno fornito una risposta. Per modellizzare il meccanismo di risposta vengono utilizzate informazioni supplementari ricavate da diverse fonti di dati amministrativi. Si tratta in particolare di indicazioni geografiche o di informazioni relative alla Nomenclatura generale delle attività economiche (NOGA) per le imprese o ancora al numero di addetti. Queste informazioni supplementari sono utilizzate sulla base di regressioni logistiche.

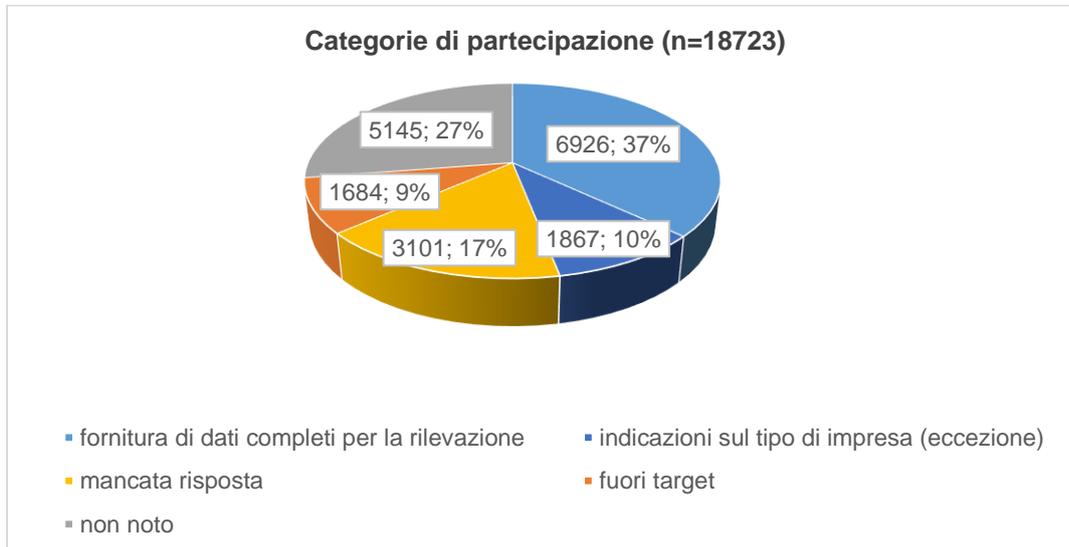
## 4 Analisi della partecipazione

### 4.1 Analisi generale

Il tasso di dati inviati dalle imprese interpellate nell'ambito della rilevazione MAS 2015 si avvicina al 47%. Non è difficile spiegare perché alcune imprese non hanno risposto oppure non rientravano nella popolazione target. Sottraendo le imprese fuori target (9%), ovvero quelle contattate per la rilevazione MAS ma che non avrebbero dovuto esserlo, il tasso di dati inviati risulta pari al 51% circa. In entrambi i casi, si può affermare che circa un'impresa interpellata su due ha fornito dati. Soltanto il 27% delle imprese interpellate non ha dato nessuna indicazione sulla propria situazione. Quasi tre quarti delle imprese interpellate ha



quindi fornito dati per la rilevazione, il tipo di impresa (eccezione) o almeno un'informazione sui dati iniziali. In tal senso, la prima rilevazione MAS può essere considerata un successo.



Tra le imprese interpellate che hanno partecipato alla rilevazione (47%), si distinguono quelle che hanno fornito dati completi (37%, popolazione principale) e quelle che hanno dato indicazioni sul tipo di impresa (10%, popolazione periferica). Le imprese della popolazione periferica hanno potuto indicare soltanto il relativo tipo di impresa a condizione che al 31 dicembre 2015 soddisfacessero uno dei due criteri seguenti: una cifra d'affari inferiore a 30 000 franchi all'anno o un'assenza di infrastruttura ambulatoriale propria. Per la prima rilevazione si trattava di stimarne il numero.

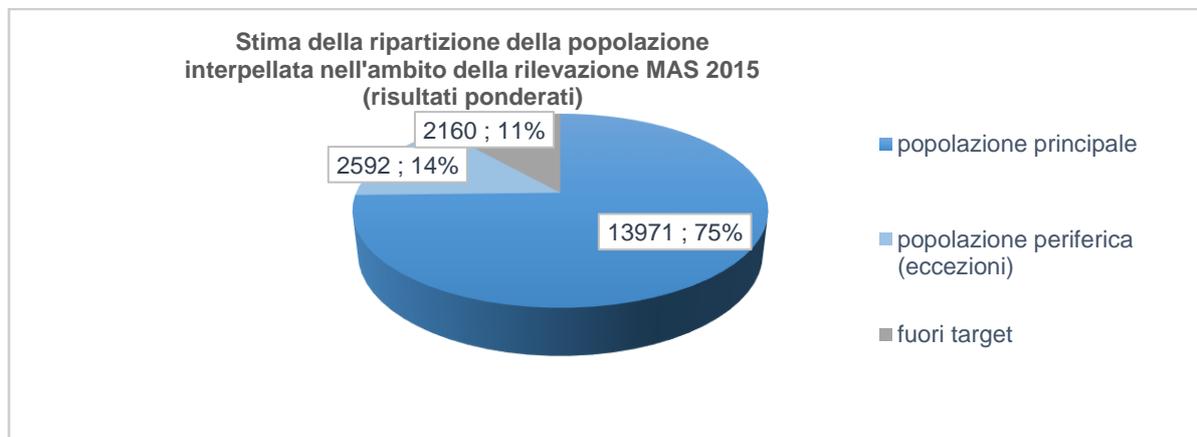
È importante sottolineare che la decisione di autorizzare un'impresa a non partecipare alla rilevazione MAS si basa sulla dichiarazione dell'impresa come pure su un eventuale controllo in diverse fonti, tra cui il RIS. Le imprese che dichiarano di essere state invitate a partecipare per errore vengono avvisate che questa informazione sarà trasmessa ai Cantoni dove la loro impresa ha sede e ai registri interessati. Dichiarano quindi la loro situazione amministrativa con cognizione di causa.

Durante e al termine della rilevazione MAS, l'UST ha fatto pervenire ai Cantoni e ai registri interessati dei documenti con i cambiamenti di indirizzo o di attività notificati dai partecipanti.

La decisione finale concernente la situazione amministrativa delle imprese spetta ai Cantoni e ai registri interessati menzionati e, di conseguenza, si potrebbe verificare una leggera variazione delle proporzioni registrate per quanto concerne i tipi di partecipazione.

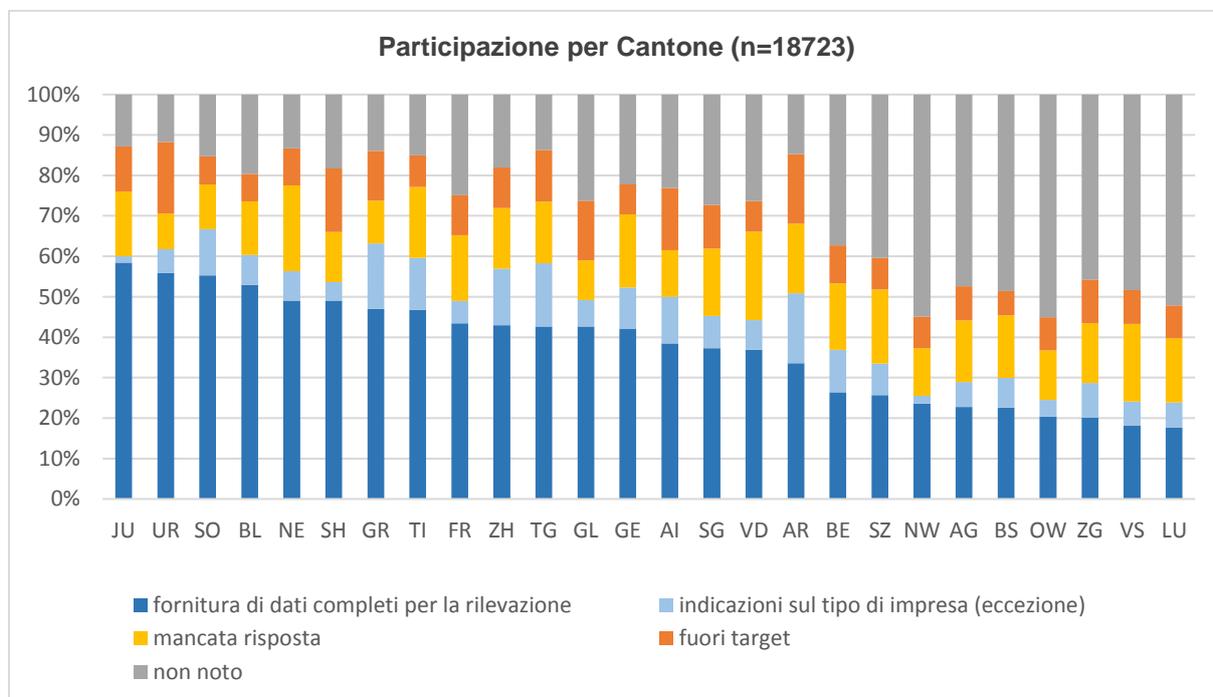
### **Stima della ripartizione della popolazione interpellata**

Dai risultati ponderati della rilevazione emerge che, a causa di problemi legati all'aggiornamento dei registri, la popolazione fuori target potrebbe raggiungere l'11%, ovvero 2160 imprese contattate nell'ambito della MAS. Il numero di studi medici e di centri ambulatoriali, compresa la popolazione periferica, ammonterebbe così a 16 563, e la popolazione principale conterebbe in tal caso 13 971 studi medici e centri ambulatoriali. Ciò può essere spiegato dall'aumento in atto da diversi anni delle forme giuridiche diverse dalla ditta individuale e che impiegano più di un medico.



#### 4.2 Analisi della partecipazione per Cantone

Uno dei presupposti per garantire una partecipazione del corpo medico alla rilevazione MAS 2015 è stato il fatto che la FMH, il principale rappresentante settoriale per la rilevazione MAS, come pure i relativi partner (Cassa dei medici e NewIndex) hanno incoraggiato la fornitura dei dati a scopo statistico. Le interfacce con le banche dati esistenti, appartenenti rispettivamente alla Cassa dei medici (RoKo), a NewIndex, alla FMH e al MedReg, hanno facilitato le imprese interpellate nella registrazione dei dati, consentendo loro da un lato di importare in pochi clic dati esistenti e, dall'altro, di garantire la buona qualità dei dati forniti.



Anche le raccomandazioni delle società cantonali di medicina hanno influenzato il tasso di dati inviati. I Cantoni le cui società cantonali di medicina hanno sostenuto la rilevazione MAS sono tra quelli che presentano il tasso di informazioni fornite più elevato. Si situano a metà classifica i Cantoni in cui si è attesa l'adozione del regolamento per il trattamento dei dati secondo l'articolo 59a LAMal per raccomandare di partecipare. Infine, i Cantoni le cui società hanno dissuaso i propri membri dal fornire dati per la rilevazione registrano tassi di partecipazione

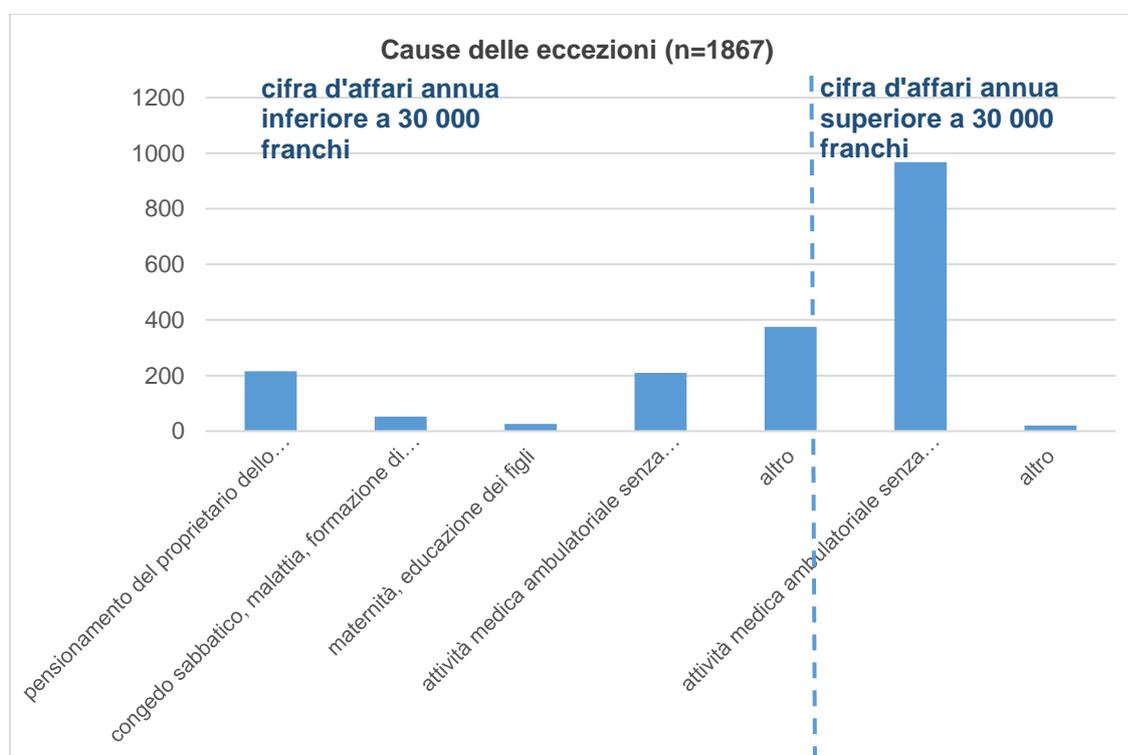


attorno al 30% o inferiori a questa soglia, una percentuale quasi due volte inferiore rispetto ai Cantoni con i tassi più elevati. Per spiegare l'elevato tasso di dati completi inviati da un Cantone vi sono però anche altri fattori di cui tenere conto. Alcuni studi medici o centri ambulatoriali hanno fornito i dati MAS senza tenere conto o senza essere informati in merito agli incentivi o alle raccomandazioni esterne. Il dinamismo del tessuto dei *trust center* e dei settori contabili medici in alcuni Cantoni può aver contribuito a una preparazione facilitata dei dati relativi alla rilevazione MAS.

Si osserva pure che, nel complesso, la somma delle mancate risposte e delle imprese fuori target presentano lo stesso ordine di grandezza per l'insieme dei Cantoni, indipendentemente dal tasso di invio dei dati del Cantone. Se ne deduce che le imprese interpellate hanno proceduto a un appuramento dei loro dati presso l'UST, a prescindere dagli incentivi personali e politici a fornire dati.

#### 4.3 Cause delle eccezioni (popolazione periferica)

La popolazione periferica MAS riguarda principalmente le ditte individuali con una cifra d'affari annua superiore a 30 000 franchi, ma senza infrastruttura propria per l'attività medica ambulatoriale. In questa categoria rientrano in particolare i medici ospedalieri che versano contributi all'AVS in qualità di indipendenti attraverso l'ospedale. Questi medici si occupano di pazienti ambulatoriali in ospedale e dovrebbero pertanto rientrare nella statistica ospedaliera (SO) in qualità di esterni. Tipicamente hanno degli orari di visita, ma non dispongono di un'infrastruttura propria. Questi medici percepiscono un onorario. Per l'utilizzo dell'infrastruttura, l'ospedale datore di lavoro preleva una parte dell'onorario prima di versare il resto al medico. Rientrano in questa categoria anche i medici supplenti e i medici delle assicurazioni.



Il secondo tipo di eccezione più frequente corrisponde a imprese con una cifra d'affari annua inferiore a 30 000 franchi. La categoria «Altri» include le ditte individuali senza infrastruttura ambulatoriale propria, come i supplenti indipendenti o i medici delle assicurazioni. L'altra

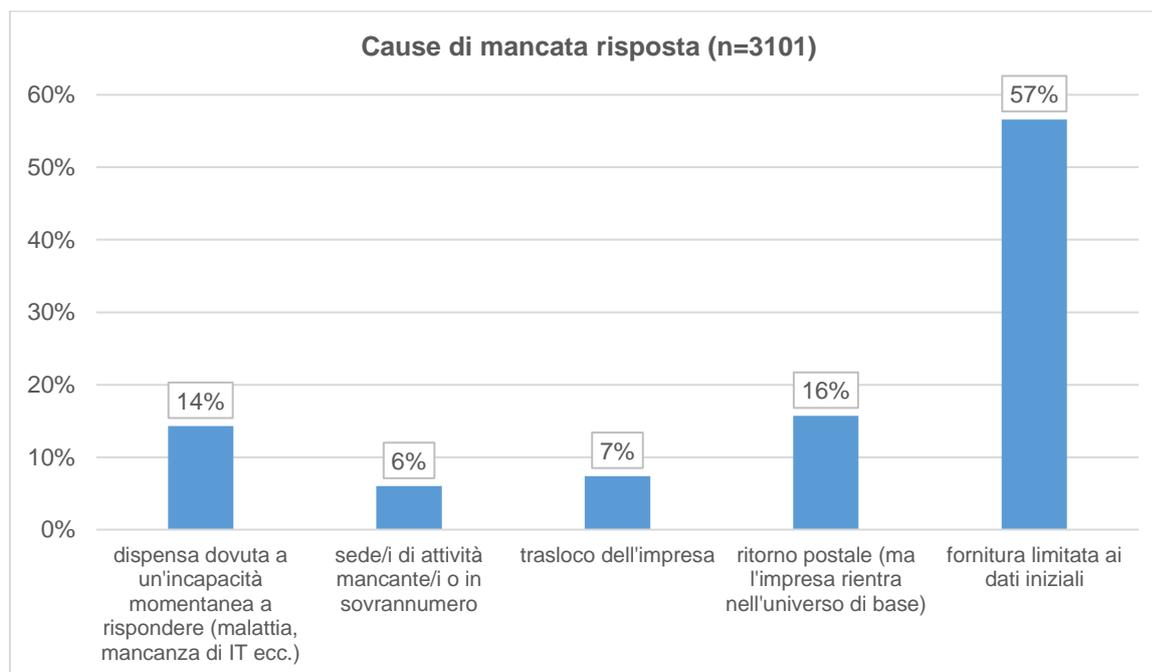


importante categoria con una cifra d'affari annua inferiore a 30 000 franchi è quella dei medici pensionati ancora in parte attivi, i quali continuano a utilizzare la loro autorizzazione a praticare la medicina per prescrivere medicinali a familiari o conoscenti.

#### 4.4 Cause di mancata risposta

Tra le mancate risposte figurano le imprese che avrebbero potuto partecipare alla rilevazione MAS 2015 ma che non sono state in grado di farlo.

Il 57% di esse ha risposto soltanto a una parte del questionario, senza fornire i propri dati completi e alcune, non avendo tempo di finire il questionario, hanno rinunciato alla ricerca dei dati richiesti. Altre imprese non hanno capito alcuni meccanismi del questionario. Per la rilevazione MAS relativa ai dati dell'anno di riferimento 2017, che prenderà avvio nel mese di novembre 2018, è prevista una versione ottimizzata del questionario volta a facilitare la comprensione. Una parte delle mancate risposte è riconducibile al fatto che alcune imprese, pur avendo preparato i dati da inviare all'UST, non hanno ottenuto l'autorizzazione da parte della società cantonale di medicina.



Oltre alle dispense, le altre cause di esonero sono l'impossibilità di contattare le imprese interpellate (rinvio da parte della Posta) e l'inesattezza dei dati relativi agli indirizzi nella rilevazione. Le ragioni di questi indirizzi inesatti sono traslochi e cambiamenti legati alle sedi (apertura o chiusura di una sede).

Se si vuole che il tasso di risposta alla rilevazione MAS aumenti per meglio descrivere l'assistenza sanitaria ambulatoriale, è importante creare le condizioni affinché gli uffici cantonali della sanità e i registri interessati possano aggiornare periodicamente gli indirizzi degli studi medici e dei centri ambulatoriali e delle relative sedi, indipendentemente dal fatto che fatturino o meno nel quadro della LAMaI.

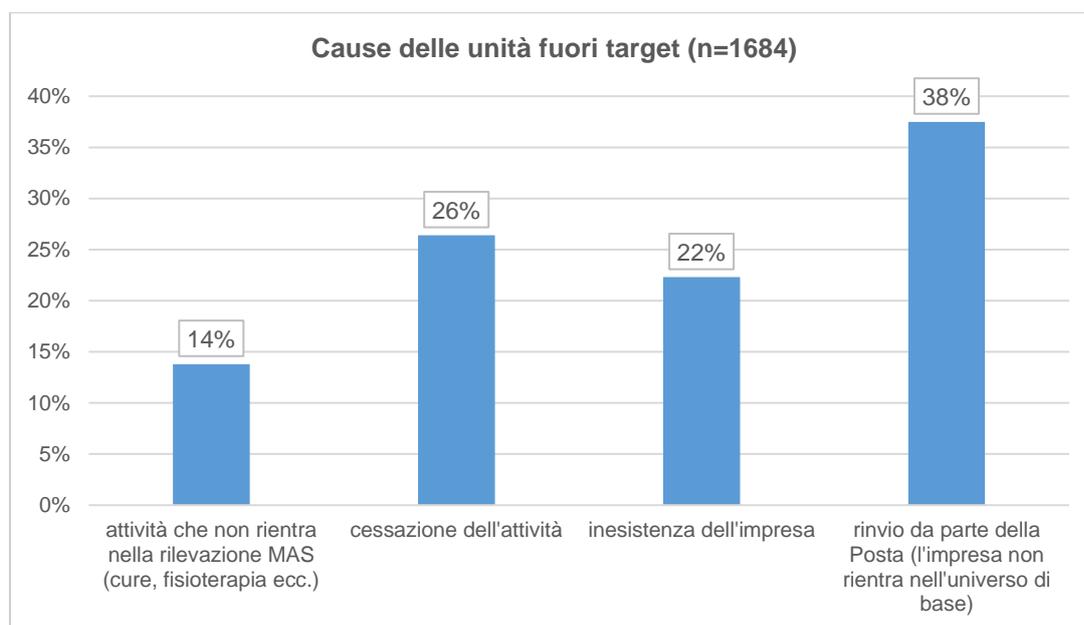
Le dispense, terza causa di mancata risposta, sono state accordate agli studi medici e alle imprese che non erano in grado di partecipare nel corso del periodo di rilevazione, secondo il principio di proporzionalità, dopo attento esame della situazione individuale dello studio medico. I principali motivi di dispensa ammessi sono stati un cambiamento di attività dopo il 31 dicembre 2015, la mole di lavoro sproporzionata, l'età o la malattia.



#### 4.5 Cause delle unità fuori target

L'esclusione dalla rilevazione MAS 2015 in quanto unità fuori target è dovuta ai rinvii da parte della Posta, a loro volta riconducibili a due situazioni principali: la cessazione definitiva dell'attività al 31 dicembre 2015 o l'inesistenza dello studio medico al 31 dicembre 2015.

La cessazione d'attività è in generale dovuta al pensionamento del proprietario dello studio medico o, per ragioni meno comuni, ad esempio al fallimento economico o a un cambiamento di settore.



L'inesistenza dello studio medico è da ricondurre al caso in cui un medico iscritto al MedReg con un'autorizzazione a praticare la medicina a titolo indipendente abbia ricevuto un identificatore di impresa IDI «in caso di necessità», senza mai aver aperto uno studio medico. D'altronde, alcune imprese nel 2015 non esistevano: ad esempio avevano già costruito un edificio e si erano iscritte al registro di commercio, ma la loro attività non era ancora stata avviata.

Infine, nel 14% dei casi di unità fuori target identificati era stato commesso un errore di attribuzione del codice NOGA nel RIS. Nella maggior parte di questi casi, i codici NOGA riguardanti la medicina generale e la medicina specialistica utilizzati per la MAS sono stati attribuiti a professioni del settore delle cure (cure infermieristiche) o della medicina alternativa non medica (agopuntura). La correzione della NOGA ha potuto essere effettuata immediatamente, in corso di rilevazione.

Come già spiegato, è importante creare le condizioni affinché gli uffici cantonali della sanità e i registri interessati possano aggiornare periodicamente gli indirizzi degli studi medici e dei centri ambulatoriali nonché quelli delle relative sedi, indipendentemente dal fatto che fatturino o meno nel quadro della LAMal.



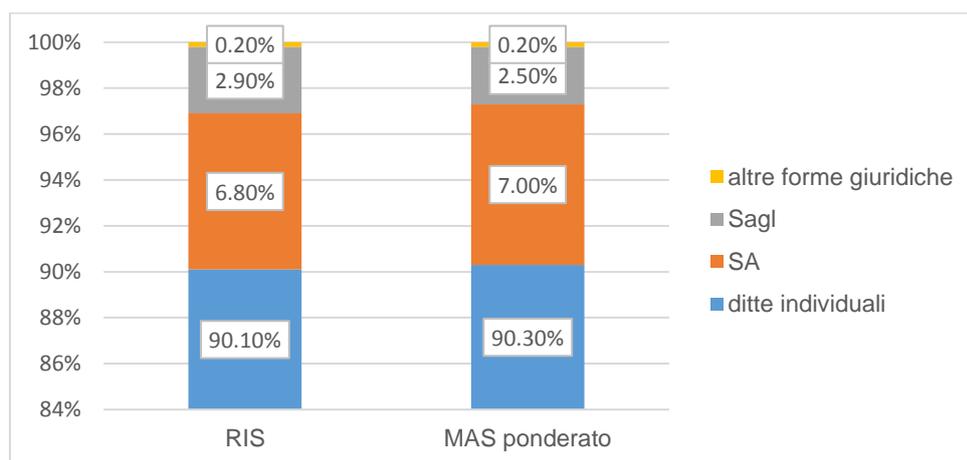
## 5 Analisi delle strutture in funzione della forma giuridica

### 5.1 Raffronto della ripartizione delle forme giuridiche tra la popolazione iniziale (fonte: RIS) e la popolazione partecipante ponderata (fonte: MAS)

In termini relativi, le forme giuridiche della popolazione iniziale MAS, selezionata all'interno del RIS, sono ripartite in modo comparabile alla popolazione partecipante ponderata. Ciò significa che il RIS è una fonte di buona qualità, e la ponderazione effettuata dimostra ancora una volta la sua plausibilità. Si osservano comunque alcune differenze che è opportuno spiegare.

Si constata che, proporzionalmente, la quota di ditte individuali nei risultati MAS ponderati è leggermente superiore di quella delle ditte individuali inizialmente ricavate dal RIS (0,2 punti di differenza), pur avendo escluso dalla popolazione partecipante le imprese inesistenti (medici dipendenti) e le cessazioni dell'attività (pensionamenti), che riguardano perlopiù le ditte individuali. Una possibile spiegazione è il fatto che la popolazione partecipante ponderata tiene conto della popolazione periferica. In quest'ultima, come spiegato al capitolo «4.3 Cause delle eccezioni (popolazione periferica)», rientrano anche i medici ospedalieri con un'attività ambulatoriale indipendente presso l'ospedale. Se non si tenesse conto di questa popolazione ambulatoriale ospedaliera, verosimilmente il numero degli studi medici aventi la forma giuridica di ditta individuale sarebbe proporzionalmente meno elevato di quello degli studi medici e centri ambulatoriali aventi altre forme giuridiche rispetto alla situazione di partenza (RIS).

Questo dato sarebbe ancora più marcato dato che si constata che, in proporzione, le SA sono leggermente più numerose rispetto alla situazione iniziale (+0,2%). Le Sagl che hanno risposto sono meno numerose, ma ciò è riconducibile al fatto che, per limitare la loro responsabilità morale, alcuni medici hanno creato delle Sagl oltre alle loro ditte individuali. Alcuni di essi hanno tuttavia scelto di compilare il questionario MAS per la loro ditta individuale e non per la Sagl.



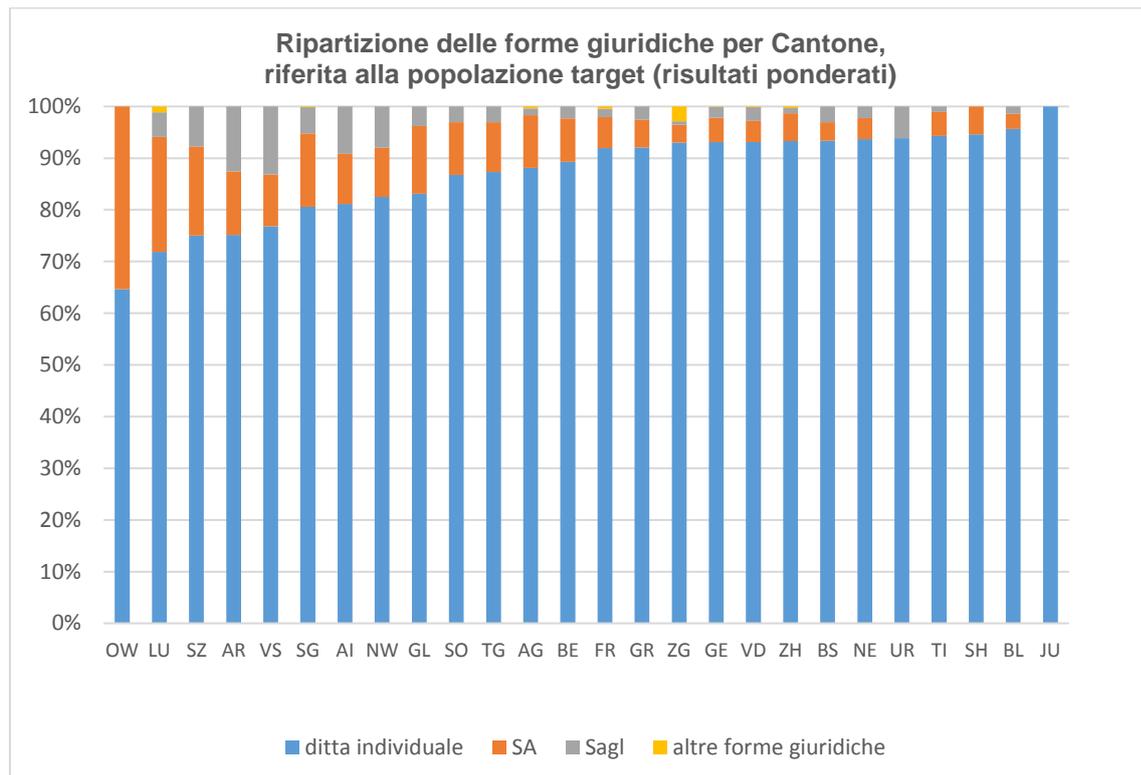
### 5.2 Ripartizione delle forme giuridiche per Cantone

Analizzando la quota di ditte individuali rispetto alle altre forme giuridiche in ordine crescente, si constata che rispetto alle SA, alle Sagl e alle altre forme giuridiche sono meno numerose in Svizzera tedesca che in Svizzera romanda e in Ticino.

Queste percentuali sono comunque da considerare con precauzione, in particolare nel caso dei Cantoni più piccoli, perché si basano su dati ponderati e non rappresentano in modo



esautivo le forme giuridiche a livello cantonale. Inoltre, il fatto che i divisori siano grandezze molto diverse in funzione del Cantone rende difficoltoso un raffronto. Alcuni centri ambulatoriali, pur potendo far parte della MAS, sono stati integrati nella statistica ospedaliera dai Cantoni. Spetta a loro decidere di escludere questi centri ambulatoriali dalla statistica ospedaliera.



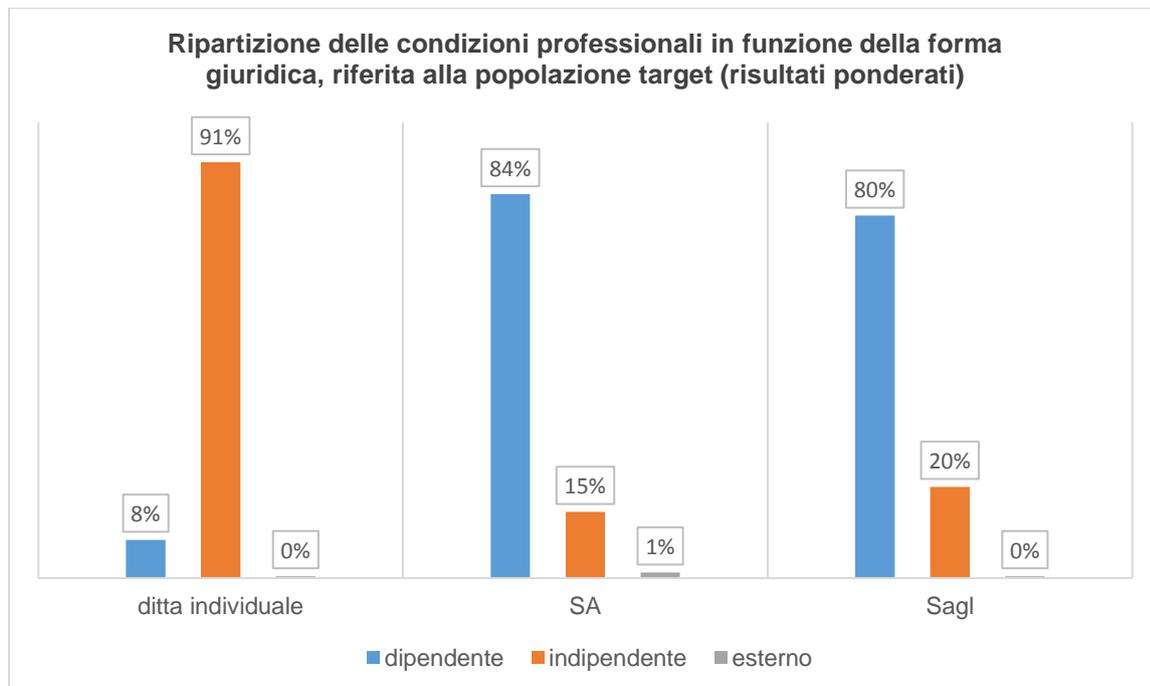
### 5.3 Ripartizione delle condizioni professionali in funzione della forma giuridica

Tra la popolazione principale, l'8% degli addetti nelle ditte individuali è dipendente. Questi addetti corrispondono a dipendenti che non lavorano sotto la propria responsabilità professionale, oppure a supplenti o al coniuge.

Il 15% degli addetti nelle SA è un medico indipendente. Ciò riflette un'evoluzione nelle condizioni professionali dei medici rispetto al modello tradizionale del medico indipendente in uno studio medico individuale. I medici che esercitano con uno statuto di indipendente in una SA conservano in generale il loro statuto presso l'AVS e pagano personalmente i contributi sociali, beneficiando al contempo dei vantaggi di una SA, che mette loro a disposizione infrastruttura e personale, per i quali viene dedotto un forfait (noto o meno) dai loro onorari («medico onorario»). La loro condizione professionale non è di medico esterno. A differenza del medico accreditato (esterno), che ha uno studio esterno e viene a fornire una prestazione senza alcun legame con la fatturazione della SA, il medico indipendente che lavora per la SA ha un legame molto più stretto con quest'ultima. Il medico accreditato si limita a utilizzare la SA o l'ospedale. Il «medico onorario», che lavora con onorari propri, sul sito Internet della SA risulta spesso sullo stesso piano di un medico dipendente e fa parte dell'offerta medica della SA. Non ha necessariamente uno studio medico individuale al di fuori della SA, anche se ciò



è possibile. Non fornisce pazienti alla SA, ma beneficia dei pazienti attratti dalla diversità e dall'eventuale complementarietà delle cure proposte dalla SA.



Nel caso delle Sagl, come già constatato nel presente rapporto, il 20% degli addetti è un medico indipendente. Questa condizione professionale è spesso scelta da un medico indipendente che decide di fondare una Sagl per ragioni legate alla responsabilità morale e finanziaria.

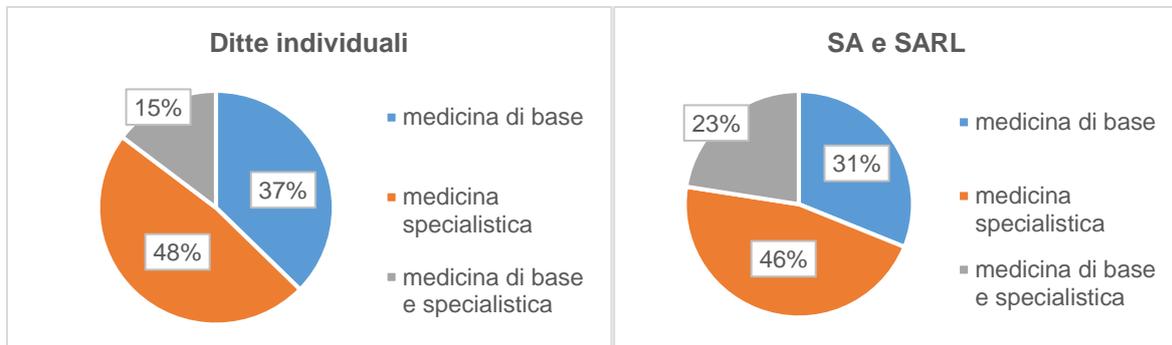
#### 5.4 Offerta di cure mediche in funzione della forma giuridica

In caso di problemi di salute, di regola i primi interlocutori sono i medici di base, che provvedono a garantire un'assistenza continua dei pazienti e, se necessario, li indirizzano allo specialista più adatto. I medici di base hanno studiato discipline come «medicina interna generale», «medicina generale» o «medicina pediatrica e giovanile» (pediatria).

Stando ai risultati ponderati di cui sotto, il 48% delle ditte individuali fornisce prestazioni di medicina specialistica, mentre il 37% di esse propone cure mediche di base. Il 15% offre cure mediche miste, ovvero al contempo di base e specialistiche.

Le SA e le Sagl propongono cure di medicina specialistica nella misura del 46% e cure di base per il 31%. In proporzione, le SA e le Sagl forniscono quindi meno prestazioni di medicina di base rispetto alle ditte individuali. Tuttavia, le SA e le Sagl propongono nella misura del 23% i due tipi di offerte di cure mediche, e la loro offerta totale che comprende la medicina di base raggiunge quindi il 54%.

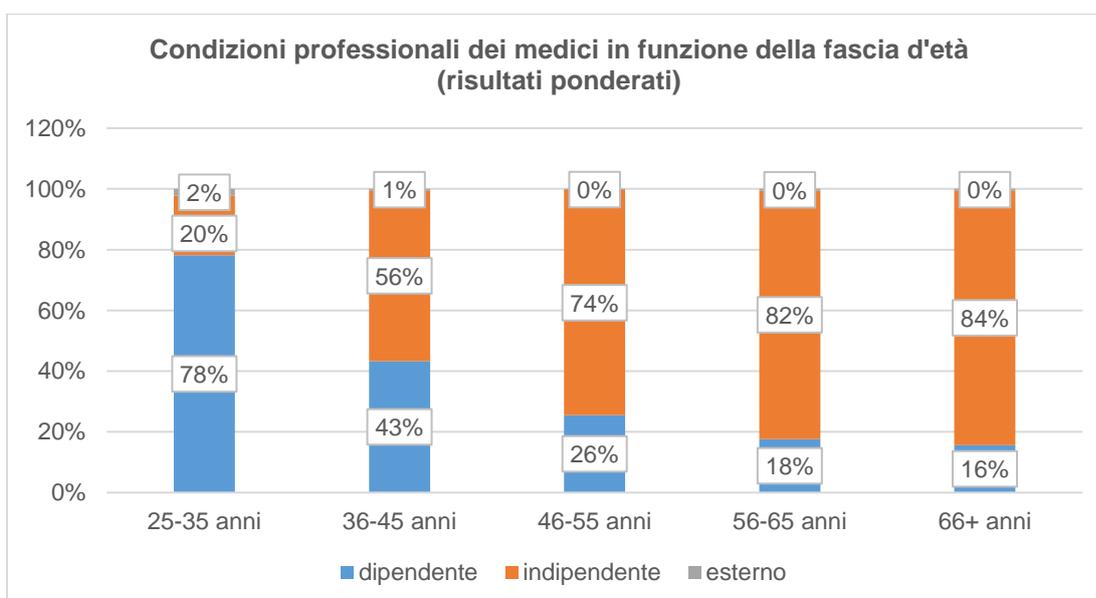
Per le ditte individuali quest'ultimo dato è pari al 52%, a riprova del fatto che le ditte individuali e le SA e Sagl offrono cure di base e cure di medicina specialistica quasi nelle stesse proporzioni, anche se il numero delle SA e Sagl che forniscono cure mediche miste è maggiore.



## 6 Ripartizione delle strutture di attività medica in funzione dell'età

### 6.1 Condizioni professionali dei medici in funzione della fascia d'età

La condizione professionale più frequente fra i medici tra i 25 e i 35 anni è quella di dipendente, sia presso uno studio medico e/o centro ambulatoriale (78%) sia in ospedale (percentuale analoga). La condizione professionale più frequente tra i medici fra i 36 e i 45 anni è, con una maggioranza appena accennata (56%), quella di indipendente. Dai 46 ai 65 anni, la quota di dipendenti è nettamente più debole rispetto alla fascia d'età inferiore, mentre quella di medici indipendenti aumenta, toccando quote del 26% tra i 46–55enni e del 18% tra i 56–65enni. Con rispettivamente 6093 e 6036 addetti, queste due fasce d'età rappresentano gli effettivi più elevati. Per quanto concerne i medici di almeno 66 anni che nell'ambito della MAS 2015 hanno dichiarato un'attività pur essendo teoricamente oltre l'età legale del pensionamento (uomini e donne indistintamente), risulta che l'84% di essi è un medico indipendente. I medici di almeno 66 anni dichiarati nell'ambito della MAS corrispondono a 1798 addetti, mentre quelli tra i 25 e i 35 anni sono 725.

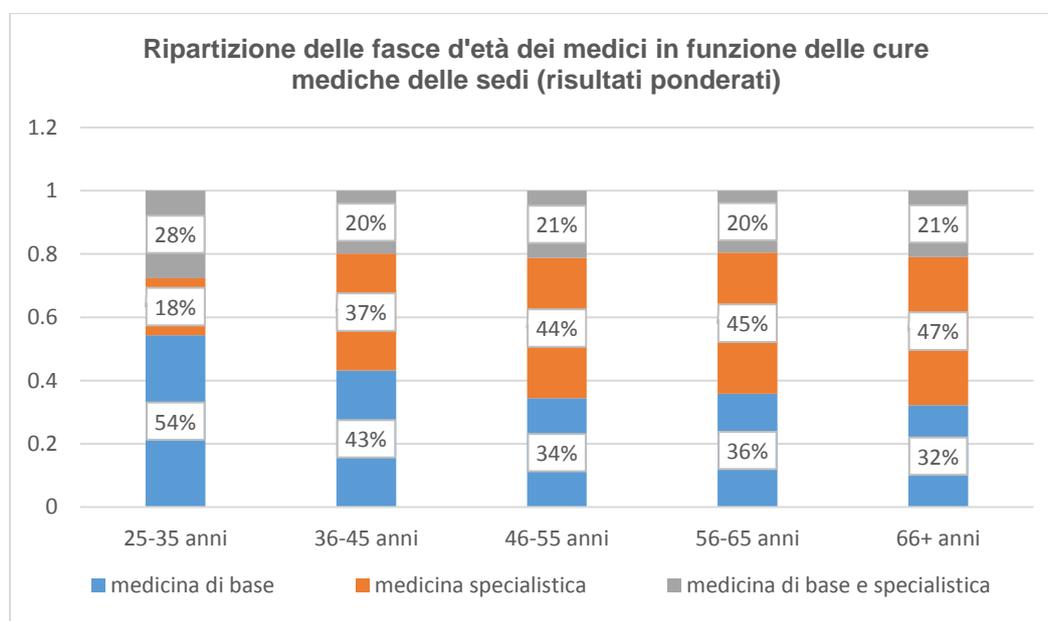




## 6.2 Ripartizione delle fasce d'età dei medici in funzione dell'offerta di cure mediche delle sedi

I medici di meno di 35 anni lavorano maggiormente presso sedi di medicina di base o mista e sono meno numerosi presso quelle che propongono unicamente medicina specialistica. I medici tra i 35 e i 45 anni d'età sono perlopiù attivi presso sedi dedicate unicamente alla medicina di base. Secondo la MAS 2015 i medici nelle fasce d'età 46–55 e 56–65 anni e quelli di almeno 66 anni, invece, sono presenti maggiormente presso sedi di medicina puramente specialistica che presso quelle che propongono orientamenti diversi.

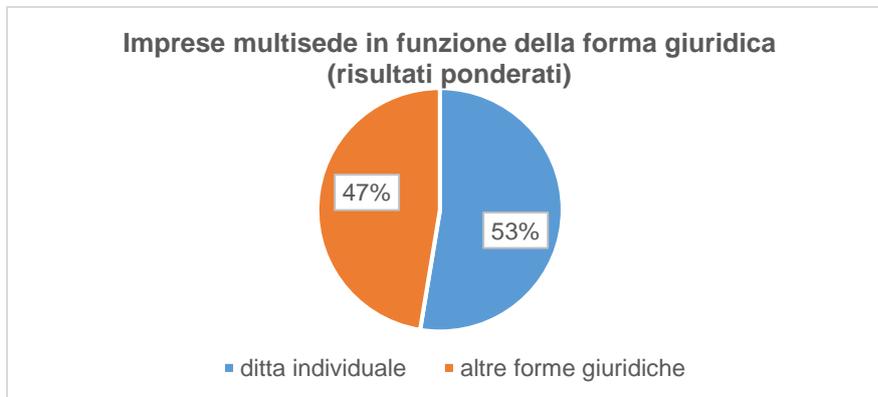
In termini relativi, dalla MAS 2015 risulta che nelle strutture di medicina mista la fascia 25–35 anni (28%) è più rappresentata rispetto a quella dei colleghi più anziani (20–21%, a seconda della fascia d'età).



## 7 Attività ambulatoriali multisede

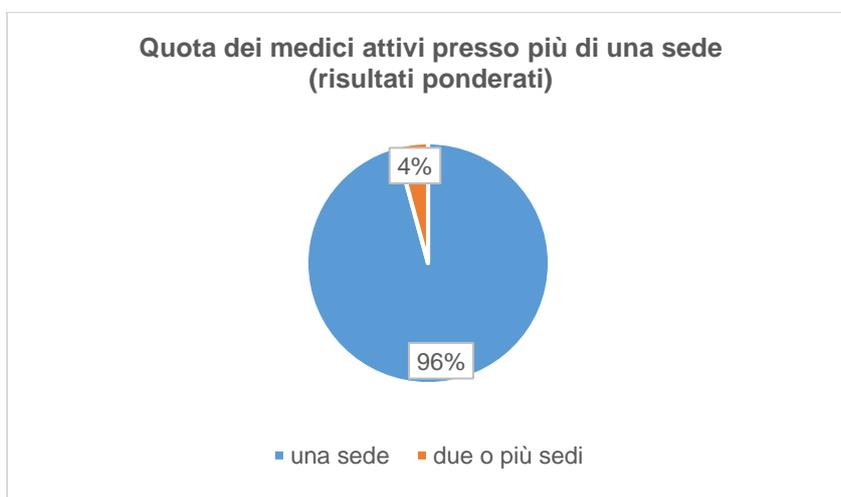
### 7.1 Caratterizzazione delle imprese multisede in funzione della forma giuridica

Tra le imprese multisede figurano più ditte individuali che altre forme giuridiche. Inoltre, occorre tenere conto del fatto che il questionario MAS e il registro RIS non prevedono di elencare tutte le sedi delle ditte individuali tra le quali un medico indipendente ripartisce la propria attività ambulatoriale (il massimo finora previsto era due): il numero di ditte individuali multisede potrebbe quindi essere ancora più elevato.

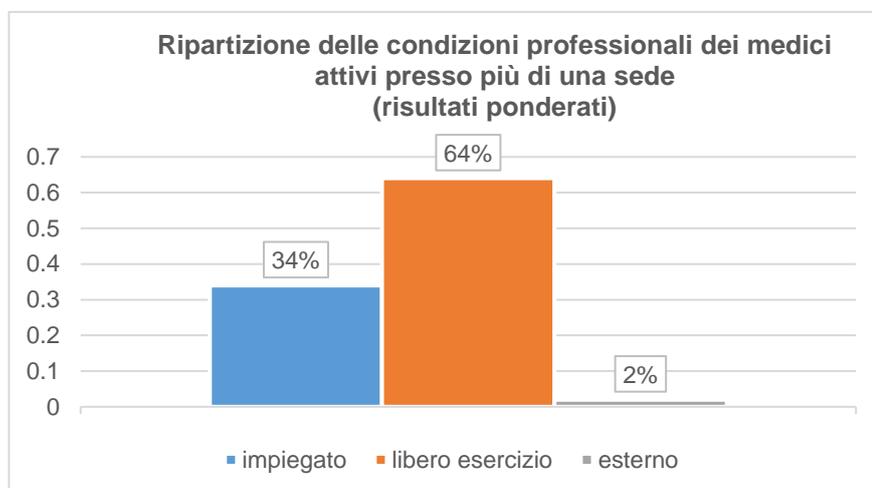


Bisogna anche considerare la bassa percentuale di imprese multisede (meno dell'1%) rispetto al numero totale di imprese (risultati ponderati). Questa categoria, però, è degna di essere analizzata a causa del numero di addetti che rappresenta e del comportamento particolare nel rispondere, come sarà illustrato nella pubblicazione sui primi risultati MAS 2015. In particolare, alla luce delle constatazioni fatte dai Cantoni e dal corpo medico, sembra che queste imprese multisede possano acquisire un'importanza sempre maggiore nel futuro: occorre quindi misurarne e descriverne l'andamento di anno in anno per comprenderne meglio il funzionamento e l'influenza sull'organizzazione del settore delle cure ambulatoriali.

## 7.2 Quota dei medici attivi presso più di una sede



Il 4% circa dei medici è attivo presso due o più sedi. Tuttavia è opportuno tenere conto delle riserve espresse al paragrafo precedente: le sedi delle ditte individuali multisede non sono tutte repertorate nel RIS e questa cifra potrebbe quindi essere maggiore.



La condizione professionale dei medici che lavorano presso due o più sedi è principalmente (64%) quella di indipendente. Ciò riflette la mobilità dei medici indipendenti, i quali, oltre alla loro attività indipendente presso uno studio medico, utilizzano ad esempio infrastrutture di una SA in qualità di medico accreditato, «medico onorario» o medico supplente. Poter rappresentare l'attività multisede di un medico indipendente, e di conseguenza le prestazioni corrispondenti, è importante sia per i Cantoni e i registri interessati sia per la rilevazione MAS.

## 8 Sintesi

La presente analisi della partecipazione e della popolazione della rilevazione MAS 2015 ne mostra l'utilità statistica per descrivere l'andamento dell'assistenza sanitaria ambulatoriale e per offrire agli attori interessati degli spunti di analisi e di approfondimento.

### **Partecipazione alla rilevazione: l'importante ruolo della FMH, dei partner delle interfacce e delle società cantonali di medicina**

Tra quelle interpellate nell'ambito della rilevazione MAS 2015, circa un'impresa su due ha fornito dati e circa tre quarti di esse hanno dato informazioni sulla propria situazione. Il fatto che la FMH, il principale rappresentante settoriale per la rilevazione MAS come pure i relativi partner (Cassa dei medici e NewIndex) abbiano incoraggiato l'invio dei dati a scopo statistico è stato uno dei presupposti per garantire una partecipazione del corpo medico alla rilevazione MAS 2015. Le interfacce con le banche dati esistenti, appartenenti rispettivamente alla Cassa dei medici (RoKo), a NewIndex, alla FMH e al MedReg, hanno facilitato la registrazione dei dati delle imprese interpellate, consentendo loro da un lato di importare in pochi clic dati esistenti e, dall'altro, di garantire la buona qualità dei dati forniti. Anche il ruolo delle società cantonali di medicina è stato importante.

### **Eliminazione dei casi fuori target: il ruolo dei Cantoni e del MedReg**

Dai risultati ponderati della rilevazione emerge che, a causa di problemi legati all'aggiornamento dei registri, le imprese fuori target potrebbero raggiungere l'11%, ovvero 2160 imprese contattate nell'ambito della MAS. I dati iniziali MAS provengono dalle direzioni cantonali della sanità. Per determinare la condizione professionale del medico, è opportuno che nei registri cantonali contenenti le autorizzazioni a praticare la medicina e nel MedReg vi siano altri criteri, come la forma giuridica e la modalità di esercizio del medico



(indipendente/salariato ospedaliero/salariato di altro tipo/misto). A partire dal mese di gennaio 2020 i Cantoni saranno obbligati a indicare nel MedReg se il medico detiene una ditta individuale. Fondamentale è anche l'aggiornamento dei dati concernenti l'attività nel MedReg. Per facilitare il compito dei medici, è indispensabile che questi ultimi segnalino soltanto una volta all'anno i cambiamenti che li riguardano e che la catena dei registri sia aggiornata dai Cantoni fino al RIS. Progressivamente, il MedReg dovrebbe assumere un ruolo di «sportello unico» per l'aggiornamento degli indirizzi e della condizione professionale dei medici.

### **Meno ditte individuali attive ma più SA e Sagl, in particolare in Svizzera tedesca**

Il numero di studi medici e di centri ambulatoriali, compresa la popolazione periferica, ammonta a 16 563 e la popolazione principale conta 13 971 studi medici e centri ambulatoriali. Ciò può essere spiegato dall'aumento in atto da diversi anni delle forme giuridiche diverse dalla ditta individuale e che impiegano più di un medico. Tra la popolazione periferica rientrano i medici ospedalieri con un'attività ambulatoriale indipendente presso l'ospedale. Se non si tenesse conto di questa popolazione ambulatoriale ospedaliera, verosimilmente il numero di studi medici aventi la forma giuridica di ditta individuale sarebbe proporzionalmente meno elevato del numero di studi medici e centri ambulatoriali aventi altre forme giuridiche. Rispetto alle SA, alle Sagl e alle altre forme giuridiche, le ditte individuali sono meno numerose in Svizzera tedesca che in Svizzera romanda e in Ticino.

### **Le SA e Sagl accolgono medici indipendenti, i quali beneficiano di queste strutture e viceversa**

Il 15% degli addetti nelle SA è un medico indipendente. Questi medici conservano il loro statuto di indipendenti presso l'AVS e pagano personalmente i contributi sociali, beneficiando al contempo dei vantaggi di una SA, che mette loro a disposizione infrastruttura e personale, per i quali viene dedotto un forfait (noto o meno) dai loro onorari. Nel caso delle Sagl, il 20% degli addetti è un medico indipendente. Spesso, questi ultimi hanno scelto di fondare una Sagl per ragioni legate alla responsabilità morale e finanziaria.

### **La condizione professionale dei medici giovani è perlopiù di dipendente, mentre quella dei più anziani nella maggior parte dei casi è di indipendente**

La condizione professionale dei medici tra i 25 e il 35 anni è perlopiù di dipendente presso uno studio medico e/o centro ambulatoriale, e la loro situazione negli ospedali è analoga. Dai 46 ai 55 anni, la quota di dipendenti è nettamente più debole rispetto alla fascia d'età inferiore, mentre quella di indipendente è maggiore. Per quanto concerne i medici di almeno 66 anni che nell'ambito della MAS 2015 hanno dichiarato un'attività pur essendo teoricamente oltre l'età legale del pensionamento (uomini e donne indistintamente), risulta che l'84% di essi è un medico indipendente.

### **Le SA e le Sagl offrono più prestazioni miste di medicina di base e medicina specialistica, e i medici più giovani lavorano più spesso in strutture che offrono prestazioni miste rispetto alle altre fasce d'età**

Le ditte individuali e le SA e Sagl offrono cure di base e cure di medicina specialistica nelle stesse proporzioni, anche se le SA e Sagl che propongono cure mediche miste sono più numerose.

Dalla MAS 2015 risulta che nelle strutture di medicina mista la fascia 25–35 anni (28%) è più rappresentata rispetto a quella dei colleghi più anziani (20–21%, a seconda della fascia d'età).