

Camera medica ordinaria del 4 e 5 maggio 2001 a Locarno

Promemoria e verbale delle decisioni

François-Xavier Deschenaux, segretario generale della FMH

Questa sessione della Camera medica, convocata a Locarno in seguito all'invito dell'«Ordine dei Medici del Cantone Ticino», desiderosi di marcare con una pietra miliare il centenario della FMH, si è svolta su una giornata e mezza. Dopo essersi occupata della liquidazione degli affari amministrativi come previsto dallo statuto e delle questioni relative al perfezionamento professionale durante la prima mezza giornata, la Camera ha potuto dedicarsi esclusivamente ai dibattiti concernenti la TARMED per tutta la seconda giornata di sabato 5 maggio.

Si noterà che la presente recensione riporta le discussioni e le decisioni secondo l'ordine sequenziale dei punti all'ordine del giorno.

1. Apertura, costituzione dell'ufficio e comunicazione

La seduta viene aperta alle ore 13.10; il quorum dei 100 delegati è largamente superato.

Gli scrutatori proposti dal presidente per la prima giornata (il dott. Ernst Gähler, la dott.ssa Brigitte Saner-von Burg, il dott. Henri Bounameaux e il dott. Donat Marugg) sono tacitamente accettati dai delegati. Per la seconda giornata, gli scrutatori proposti all'inizio della seduta dal presidente e tacitamente accettati dai delegati sono stati i dott. Ulrich Oswald, Jacques de Haller, Valentin Audétat e Heiner Meier.

2. Rapporto annuale 2000

Il rapporto annuale, elaborato dal presidente della FMH, dai membri del CC responsabili dei diversi settori, dal segretario generale e dai diversi responsabili delle divisioni e dai servizi in seno alla Segreteria generale, è stato pubblicato nel BMS del 25 aprile 2001.

Dopo che il *segretario generale* ha comunicato che il ricapitolativo delle attività dei membri del CC deve essere ancora completato con l'indicazione, sfortunatamente omessa, del settore affidato al dott. Ludwig T. Heuss, la parola viene data ai delegati. Non viene utilizzata. Il *rapporto annuale* viene quindi *approvato* senza opposizione.

3. Conti 2000 della FMH

3.1 Approvazione

Il *segretario generale* fornisce qualche spiegazione sul bilancio e sui conti 2000 della FMH. Il bilancio al 31 dicembre 2000 ammonta a Fr. 10 447 018.34 e il capitale effettivo, dopo aumento di Fr. 144 296.62 che rappresenta l'eccedente delle entrate dell'esercizio, ammonta a Fr. 4 595 170.31. Grazie ad un esercizio favorevole è stato possibile costituire degli accantonamenti per le spese future.

Per dar seguito ad una proposta del dott. Reinhold Streit accettata in occasione della Camera medica ordinaria del giugno 2000, il *segretario generale* fornisce delle spiegazioni, illustrate da diversi fogli proiettati sullo schermo, sui principali insegnamenti da trarre dai dati della nostra contabilità analitica e sul modo in cui i costi e le entrate della FMH si suddividono tra le diverse rubriche contabili. Fornisce anche delle informazioni quantificate sugli effettivi del personale di ogni unità di gestione e sulla parte occupata dal posto «stipendi» (42,44% delle spese salariali stricto sensu rispetto alla totalità delle nostre spese, per 43,65 unità di personale al 100%, di cui 30 persone utilizzate a tempo pieno e 27 a metà tempo). Vengono proiettati anche dei grafici per illustrare l'evoluzione dei dati tra il 1996 e il 2000.

Per rispondere a delle domande scritte presentate da parte del *dott. Jürg Schlup*, presidente della Società bernese di medicina, come anche da parte della *dott.ssa Silva Keberle* (SSMI), vengono apportate delle precisazioni sulle spese della FMH nel 2000 per quel che concerne la TARMED, l'HIN e l'assistenza allo studio medico come anche l'evoluzione dell'effettivo degli affiliati all'HIN. Il *dott. Georg von Below* fornisce qualche spiegazione su quest'ultimo soggetto e mostra su un grafico l'evoluzione positiva dell'effettivo degli affiliati attivi sull'HIN, da quando la Camera medica ha deciso di attribuire un contributo speciale per sostenere l'HIN.

Poiché si tratta delle spese della FMH per l'HIN, queste si sono elevate nel 2000 a poco più di 1,2 milioni di franchi. In questo contesto il presidente *Hans Heinrich Brunner* tiene a precisare che la FMH si è ritirata dalla società MediTrust SA, non senza che le parti interessate, tra cui la FMH, abbiano ricevuto ciascuna la quota che spetta loro (Fr. 250 000.-). Il progetto di trasferimento di alcuni elementi della TARMED alla KBV tedesca è costato in tutto 4,8 milioni di DM, a causa dei considerevoli investimenti ai quali si è dovuto procedere per effettuare un reengineering ante litteram, allo scopo di impedire che il nostro partner abbandonasse il progetto. La FMH è stata, d'altra parte, indennizzata per le sue prestazioni personali come anche per spese speciali (Fr. 30 000.-) connesse con la sua collaborazione a questo processo. A parte ciò e per mettere fine a dei rumori persistenti, nessun altro afflusso di denaro deve essere segnalato a questo oggetto.

A nome dei delegati, la *dott.ssa S. Keberle* ringrazia l'amministrazione per tutte queste spiegazioni (applausi).

La Commissione delle finanze, rappresentata dai suoi tre membri presenti in sala, invitata a far parte di eventuali osservazioni, rinuncia a far uso di questa possibilità. Tocca, quindi, al sig. *Martin Hohlenstein*, rappresentante dell'organo di controllo della FMH, confermare il suo rapporto scritto e raccomandare ai delegati di accettare i conti annuali.

I conti annuali della FMH per l'anno 2000, compresi quelli del Fondo d'assistenza della FMH e del Fondo per l'incoraggiamento del perfezionamento professionale dei medici nei paesi in via di sviluppo vengono quindi *approvati* all'unanimità meno un'astensione (in quel momento erano presenti nella sala 168 delegati).

3.2 Scarico al Comitato centrale per la sua gestione
Lo scarico al Comitato centrale per la sua gestione dell'esercizio scorso viene in seguito *votato* all'unanimità e senza astensioni.

4. Budget 2002 della FMH

Per una *proposta No 1* su questo punto all'ordine del giorno, il dott. Richard Urscheler (SG) chiede in sostanza che sia rivelata l'identità degli sponsor della trasmissione televisiva «Gesundheit-Sprechstunde», che il copatrocinio della FMH a questa trasmissione sia sottoposto ad un riesame per quel che concerne l'impatto sull'immagine data e che il Comitato Centrale (qui di seguito CC) dia delle informazioni nel modo che vorrà sul risultato della sua valutazione. A nome del CC, il dott. *H. H. Brunner* si dice pronto a procedere ad un esame critico di questo genere, e a parlarne apertamente con i responsabili della trasmissione e prendere – se fosse necessario – dei provvedimenti appropriati. Il *segretario generale* precisa che il contratto sarà rispettato, che ci vieta di dare delle informazioni sulle sue disposizioni e, in particolare, sull'identità degli sponsor. Segnala inoltre che un consiglio medico di tre membri, posto sotto la direzione del presidente della FMH, potrebbe trattare a partire da subito le controversie che derivano dal contesto di queste trasmissioni. La società interpellante si dichiara soddisfatta delle spiegazioni e delle assicurazioni date.

Il budget della FMH per il 2002 ammonta a 18.3 milioni di franchi; si basa su una quota centrale immutata di Fr. 480.– per i membri delle categorie delle quote 1 e 2, di Fr. 240.– per le categorie 3 e 4 e di Fr. 120.– per le categorie 5 e 6. L'eccedente delle entrate previsto è di 2,090 milioni di franchi. Perché un importo così consistente? Il *segretario generale* spiega che questo budget parte dall'ipotesi che gli accordi bilaterali con l'UE entreranno in vigore all'inizio dell'anno prossimo, come anche la nuova legge federale sull'esercizio delle professioni mediche. A partire da questo momento la nostra divisione del perfezionamento professionale svilupperà le sue attività per l'in-

sieme dei medici in Svizzera, che siano membri della FMH oppure no. La divisione funzionerà come un centro dei costi, la cui gestione dovrà essere del tutto trasparente e che sarà finanziata dalle tasse prelevate presso gli utilizzatori, tasse calcolate al prezzo effettivo. Ne risulterà che il costo per il primo titolo di specialista ammonterà ora a Fr. 4000.–. I membri della FMH beneficeranno di alleggerimenti sostanziali per un massimo di Fr. 2000.–, cioè di Fr. 200.–/anno per gli specialisti con 5 anni (massimo) di affiliazione alla FMH al momento della concessione del titolo. Questa generosità nei confronti della nuova generazione di medici, come anche gli importanti investimenti ai quali si dovrà procedere, richiedono la costituzione di importanti accantonamenti, che spiegano l'importanza degli utili che conviene realizzare nei primi anni di questo nuovo regime.

A nome dell'ASMAC il dott. *Tobias Ehmann* dichiara che la sua società delegante accetta l'idea che la divisione del perfezionamento professionale sia trattata come un centro dei costi, ma chiede al CC di assicurare, prima che si accetti un aumento del genere, una migliore trasparenza dei costi e un esame delle possibilità di risparmio, perché la sua società considera che il sacrificio finanziario richiesto dalla nuova generazione sia molto grande. Il *presidente H. H. Brunner* capisce la preoccupazione espressa, ma è obbligato a riconoscere che per il momento dobbiamo basarci su delle stime che possono essere riesaminate in virtù delle esperienze fatte: per quel che concerne la solidarietà tra le generazioni, si manifesta con il fatto che un'indennità presa sul budget generale è destinata al funzionamento della divisione del perfezionamento professionale (delle spiegazioni illustrate con dei fogli saranno proiettate più avanti nel corso della seduta). A nome del CC il *presidente accetta* la proposta dell'ASMAC nel senso che si dedicherà un certo tempo, al momento della presentazione dei conti, ad analizzare le cifre raccolte nel corso del primo anno del nuovo regime e per garantire la trasparenza richiesta.

Si passa quindi alla *proposta del CC No 2*, ad tractandum 4, che concerne la fissazione della quota centrale come è stata presentata qui sopra per le categorie da 1 a 6. La proposta del CC viene *accettata* all'unanimità, senza astensioni.

Si passa immediatamente alla *proposta No 3*, ad tractandum 4, concernente il *contributo speciale abbonamento di base all'HIN per tutti i membri della FMH*. Il *presidente* sottolinea la grandissima importanza dell'HIN per quel che concerne l'informazione per il corpo medico. La realizzazione di questo sistema richiede tempo e denaro. Abbiamo quindi bisogno di questo contributo il cui principio è stato accettato dalla Camera medica dello scorso anno. Siamo anche coscienti del fatto che ci sono ancora delle lacune da colmare per rinforzare le nostre ambizioni d'informazione, sia sul piano interno che sul piano esterno. Il dott. *G. von Below* precisa che con più di 3500 affiliati attivi in seno all'HIN alla fine dell'aprile 2001 il corpo medico vi partecipa già in una proporzione notevole, in costante progressione. Per quel che

concerne le prestazioni già offerte nell'ambito dell'abbonamento HIN, si tratta innanzi tutto di un certificato d'identificazione garantito che permette dei trasferimenti di informazioni confidenziali (e-mail, comunicazioni con delle banche di dati tra confratelli e consorelle, con ospedali e laboratori, ecc.) come anche l'accesso a delle risorse informatizzate per i medici che appartengono a gruppi diversi, in primo luogo alle organizzazioni di base e società mediche specialistiche rappresentate alla Camera medica. Le prestazioni tecniche legate alla realizzazione delle pagine Web per le società o per i membri individuali non possono essere comprese nel prezzo forfetario dell'abbonamento; un'estensione delle prestazioni di sostegno per la gestione della documentazione dovrebbe essere disponibile per i nostri membri a partire dall'anno prossimo.

Da parte dell'ASMAC si fa sentire una voce (*dott. Peter Studer Jauret*) per far sapere che l'ASMAC non è disposta a prolungare troppo la riscossione di un contributo speciale destinato a finanziare un sistema proprietario. Dopo che *il presidente* ha sottolineato che i contributi speciali erano, per la loro natura stessa, limitati nel tempo e destinati in modo trasparente ad uno scopo preciso (in questo caso offrire un sistema sicuro di qualità), si può passare alla votazione. *Il contributo speciale di Fr. 50.- per l'HIN è accettato* con 127 voti favorevoli, 17 contrari e 15 astensioni. Questo contributo sarà prelevato presso i membri appartenenti alle categorie delle quote sociali 1, 2, 3 e 4.

Si passa in seguito alla decisione sulla *proposta del CC No 4, ad tractandum 4*, concernente il *contributo speciale «assistenza allo studio medico» di Fr. 25.-* per i membri appartenenti alla categoria delle quote 1, 2, 3 e 4. Questa proposta viene *accettata* all'unanimità, senza opposizione, ma con 23 astensioni.

Si passa, quindi, alla questione del finanziamento del proseguimento dei lavori TARMED. In una *proposta No 5, ad tractandum 4*, il CC proponeva inizialmente alla Camera medica di finanziarlo con un *contributo speciale di Fr. 20.-* a carico delle categorie 1, 2, 3, e 4, con riserva che la Camera si pronunciasse per l'introduzione della tariffa TARMED. Quest'importo deve servire a finanziare dei lavori che dovrebbero estendersi sino al 2002.

Con una *proposta separata No 6, ad tractandum 4*, ma che è logicamente connessa alla precedente proposta e che è presentata con la stessa riserva, il CC chiede alla Camera il diritto di prelevare un *contributo sociale di Fr. 10.- per tutte le categorie di quote sociali*, in vista del finanziamento delle *votazioni generali* che dovranno essere organizzate per la TARMED.

Il dott. R. Streit (BE) si meraviglia che si possa chiedere un contributo speciale, per eseguire un obbligo statutario come l'organizzazione di una votazione generale. L'altra soluzione sarebbe consistita nell'aggiungere quest'importo alla quota centrale, cosa che non è stata fatta per dei motivi di trasparenza e di flessibilità, risponde *il dott. H. H. Brunner*.

Nel corso del dibattito viene presentata una proposta sostenuta dal *dott. Walter Grete (ZH)* che mira a riunire le proposte No 5 e 6, ad tractandum 4, e a chiedere una quota di Fr. 30.-.

Il presidente chiede alla Camera se accetta questa modifica che consiste de facto a chiedere Fr. 30.- per la TARMED, comprese le eventuali votazioni generali. Quest'ultima proposta viene *accettata ad una grande maggioranza*, con 7 voti contrari e 7 astensioni.

Prima di abbandonare questo punto all'ordine del giorno, *il presidente* ringrazia i delegati per la fiducia da loro espressa al CC e rinnova nei loro confronti la volontà del CC di praticare la massima trasparenza sull'utilizzazione dei mezzi finanziari messi a disposizione dell'amministrazione.

5. Elezioni per il periodo amministrativo 2000-2003

5.1 Conferma del presidente del Consiglio d'onore svizzero

La Camera medica conferma tacitamente nelle sue funzioni per il resto del periodo amministrativo, il *dott. Sergio Luisoli (TI)*, quale presidente del Consiglio d'onore svizzero.

5.2 Conferma dell'organo di controllo

La Camera medica conferma tacitamente nelle sue funzioni sino alla fine del periodo amministrativo la fiduciaria PriceWaterhouseCoopers nelle sue funzioni di organo di controllo della FMH.

6. Perfezionamento professionale

6.1 Accordi bilaterali con l'UE e Legge sull'esercizio delle professioni mediche; conseguenze per la FMH nel settore della formazione medica e dell'aggiornamento

Questo punto all'ordine del giorno viene aperto con delle spiegazioni fornite dal responsabile in seno al CC del settore del perfezionamento professionale e dell'aggiornamento (qui di seguito PA), *dott. Max Giger* che ricorda l'imminente entrata in vigore degli Accordi bilaterali tra la Svizzera e la Comunità europea (in linea di massima a partire dal 1 gennaio 2002) e, quindi, della legge federale sull'esercizio delle professioni mediche. Di conseguenza le lauree federali di medicina saranno riconosciute in tutti i paesi dell'UE per l'esercizio di un'attività a titolo dipendente.

La Regolamentazione sul perfezionamento professionale (qui di seguito RPP) continuerà ad essere applicata e le sue misure saranno sempre amministrate dalla FMH, ma per tutti i medici della Svizzera, membri o non membri della FMH, sulla base di un accreditamento accordato alla FMH dalla Confederazione. I costi del perfezionamento professionale saranno a carico delle persone che desiderano seguire questa formazione.

In Svizzera, la laurea federale di medico rilasciata dalla Confederazione e i titoli di specialista firmati in modo congiunto dal presidente della FMH e dal direttore dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) dovranno essere trasmessi ai cantoni che, su questa base, restano competenti per concedere le autorizzazioni per praticare. Nei paesi dell'UE i titoli di specialisti rilasciati in Svizzera saranno ormai riconosciuti.

Da notare che gli attestati di formazione approfondita, gli attestati di formazione complementare e i certificati di attitudine tecnica non sono interessati da questo nuovo sistema; il loro rilascio rimane riservato esclusivamente ai membri medici della FMH.

Per quel che concerne i posti di perfezionamento professionale riconosciuti (ospedali e istituti universitari, altri ospedali, studi medici che formano gli assistenti), saranno invitati a presentare entro la fine del 2002 un programma di perfezionamento professionale e indicare in quali strutture e secondo quali modalità offriranno un perfezionamento professionale ai loro assistenti, cioè saranno obbligate a garantire dei criteri di qualità che saranno ritenuti per il loro accreditamento. Si prevede un sistema combinato di contratti di assunzione e di contratti di formazione. La FMH, con il concorso delle società mediche specialistiche (qui di seguito: SMS), si occuperà del coordinamento sul piano regionale e svizzero.

Concretamente il finanziamento del perfezionamento professionale degli assistenti sarà assicurato in due modi: sia dal lavoro degli assistenti nelle strutture di perfezionamento professionale e da risorse finanziarie, sia da parte dello Stato, degli ospedali o dei medici stessi o della loro associazione di categoria. Dobbiamo ricordare qui che, sino ad oggi, la FMH ha sostenuto il settore del perfezionamento professionale per 4 milioni circa di franchi all'anno. Il budget che la Camera ha appena accettato, contiene ancora per il 2002 degli importi di sostegno (contributo di 1,2 milioni ai costi della divisione PA, contributo speciale per l'assistenza nello studio medico, alleggerimenti «ante» e «post» laurea per i medici della nuova generazione, finanziamento di diversi corsi, tasse, ecc.). Quando avremo finalmente alle spalle le peripezie della TARMED, si tratterà di mettere a profitto i prossimi 3 anni per realizzare le strutture e le reti che garantiscono questo ambizioso programma di perfezionamento professionale e d'aggiornamento.

Il *dott. M. Giger* termina la panoramica di questo fascicolo fornendo – anche per rispondere alla domanda della *dott.ssa Anouk Imhof (ASMAC)* posta al momento della discussione che aveva preceduto la votazione – qualche dettaglio in cifre presentato sullo schermo concernente il totale delle spese previste per la divisione PA (4,4 milioni di franchi) per il 2002 e che giustificano una tassa di Fr. 4000.– per il primo titolo di specialista. Quanto ai timori espressi dalla *dott.ssa Mitsuko Kondo Oestreicher (ASMAC)* per cui l'importo di Fr. 4000.– per un titolo potrebbe provocare un turismo medico, il *dott. M. Giger* si dice convinto che la realizzazione di un contratto di solidità

tra generazioni di medici riuniti in seno alla FMH vi apporterà la migliore delle risposte.

Si può quindi passare alla *votazione* sulla *proposta del CC ad tractandum 6.1* concernente il principio di *rimborso di Fr. 200.–/anno* (massimo 5 anni) sia ai medici già membri della FMH al momento del rilascio del titolo federale di specialisti sia ai medici che rimangono affiliati alla FMH dopo questo rilascio (massimo 5 anni). La proposta viene *accettata* con grande maggioranza, con 3 voti contrari e 10 astensioni.

6.2 Nuova sistematica dei titoli di specialista

6.2.1 Revisione dei titoli di specialista

Il *dott. M. Giger* informa i delegati che una discussione sarà organizzata solamente sui titoli che hanno dato luogo a contestazioni nelle istanze deliberative precedenti, sia in seno alla Commissione per il perfezionamento professionale e l'aggiornamento (CFPA) oppure in seno alla Conferenza dei presidenti. Tutti gli altri titoli saranno accettati senza nessun'altra formalità.

Procedendo in questo modo, solamente il punto *6.2.1 Chirurgia della mano* causa problemi. La controversia divide coloro che, come la Società svizzera di chirurgia della mano, vorrebbero farne un titolo di specialista principale vincolato all'esigenza di disporre di un titolo di specialista in una delle quattro discipline chirurgiche esistenti e coloro che pensano che si debba prevedere solamente un attestato di formazione approfondita che si potrebbe ottenere sulla base di un titolo di specialista in chirurgia, in chirurgia ortopedica, in chirurgia plastica e ricostruttiva o in chirurgia pediatrica. Quest'ultima soluzione aveva prevalso alla CPA e alla Conferenza dei presidenti.

Parlando a favore del rilascio del titolo (titolo doppio legato al possesso di un altro titolo di chirurgia), il rappresentante della Società svizzera di chirurgia della mano, il *dott. Beat Simmen* ricorda i motivi che, secondo lui, sostengono la soluzione del titolo di specialista, tra l'altro il fatto che la soluzione cercata dalla società è compatibile con il RPP, l'importanza degli effettivi dei medici interessati, l'autonomia della disciplina, il posto importante che occupa in quanto tale, sia sul piano nazionale che su quello internazionale, la sua importanza dal punto di vista economico (15 000 pazienti trattati all'anno in Svizzera), il numero dei suoi posti di formazione.

Il *prof. Ferenc Follath (SSMI)* senza respingere gli argomenti del *dott. Simmen*, chiede che si studi prima la nuova interpretazione del RPP, cioè la questione dell'introduzione di una nuova categoria di titolo di specialista doppio, che si potrebbe ottenere solamente a condizione di aver ottenuto un altro titolo di specialista. L'anno scorso la Camera aveva deciso che ciò non era possibile (neuroradiologia, medicina intensiva, ecc.). Il *dott. M. Giger* si rimette al giudizio della Camera, spiegando ancora che una soluzione deve essere assolutamente presa nel contesto della legge sull'esercizio delle professioni mediche e della lista valida per gli accordi bilaterali. Dopo una replica del

dott. B. Simmen e le spiegazioni supplementari dell'avv. Christoph Hänggeli, si passa alla votazione: la Camera si pronuncia quindi con 111 voti favorevoli, 46 contrari (per il rilascio del titolo di specialista), con 6 astensioni in favore della soluzione dell'attestato di formazione approfondita.

Si passa al punto 6.2.1.7 *Chirurgia plastica e ricostruttiva*, a proposito del quale la Camera deve pronunciarsi sulla proposta della SMS che chiede una modifica della formulazione del titolo con l'aggiunta delle parole «ed estetica», modifica che la suddetta società giustifica con la necessità di far figurare in modo chiaro le sue qualifiche in questo settore, di fronte alla FMH, ai confratelli e al gran pubblico. Non viene richiesta la discussione e il presidente costata che la proposta è tacitamente accettata.

La discussione non viene più richiesta sugli altri punti particolari delle rubriche 6.2.1 «Revisione dei titoli di specialista» e 6.2.2 «Creazione di formazione approfondita». Di conseguenza le proposte qui di seguito sono accettate tacitamente.

6.2.1.1 *Angiologia*. Creazione del titolo di specialista FMH in angiologia

6.2.1.2 *Chirurgia*. Creazione delle formazioni approfondite in chirurgia generale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica e chirurgia viscerale da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia.

6.2.1.3 *Ginecologia e ostetricia*. Prolungamento della durata del perfezionamento professionale da 5 a 6 anni.

Creazione delle formazioni approfondite in oncologia ginecologica e in ostetricia e medicina prenatale da aggiungere al titolo di specialista FMH in ginecologia e ostetricia.

6.2.1.4 *Chirurgia cardiaca e vascolare toracica*. Creazione delle formazioni approfondite in chirurgia vascolare e in chirurgia toracica da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia cardiaca e vascolare toracica.

6.2.1.5 *Medicina intensiva*. Creazione del titolo di specialista FMH in medicina intensiva.

6.2.1.6 *Patologia*. Creazione delle formazioni approfondite in citopatologia, neuropatologia e patologia molecolare da aggiungere al titolo di specialista FMH in patologia.

6.2.1.8 *Reumatologia*. Creazione del titolo di specialista FMH in reumatologia.

6.2.1.9 *Urologia*. Creazione della formazione approfondita in urologia chirurgica da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia

6.2.2 Creazione di formazioni approfondite

6.2.2.1 *Chirurgia generale*. Creazione della formazione approfondita in chirurgia generale da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia.

6.2.2.2 *Chirurgia vascolare*. Creazione della formazione approfondita in chirurgia vascolare da aggiungere ai titoli di specialista FMH in chirurgia e in chirurgia cardiaca e vascolare toracica.

6.2.2.3 *Chirurgia toracica*. Creazione della formazione approfondita in chirurgia toracica da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia e in chirurgia cardiaca e vascolare toracica.

6.2.2.4 *Chirurgia viscerale*. Creazione della formazione approfondita in chirurgia viscerale da aggiungere al titolo di specialista FMH in chirurgia.

6.2.2.5 *Oncologia ginecologica*. Creazione della formazione approfondita in oncologia ginecologica da aggiungere al titolo di specialista FMH in ginecologia e ostetricia.

6.2.2.6 *Ostetricia e medicina prenatale*. Creazione della formazione approfondita in ostetricia e medicina prenatale da aggiungere al titolo di specialista FMH in ginecologia e ostetricia.

6.2.2.7 *Citopatologia clinica*. Creazione della formazione approfondita in citopatologia clinica da aggiungere al titolo di specialista FMH in patologia.

6.2.2.8 *Neuropatologia*. Creazione della formazione approfondita in neuropatologia da aggiungere al titolo di specialista FMH in patologia.

6.2.2.9 *Patologia molecolare*. Creazione della formazione approfondita in patologia molecolare da aggiungere al titolo di specialista FMH in patologia.

6.2.2.10 *Urologia chirurgica*. Creazione della formazione approfondita in urologia chirurgica da aggiungere al titolo di specialista FMH in urologia.

6.2.3 Creazione di attestazioni di formazione complementare

6.2.3.1 *Rinopatie allergiche (SSAI/SSORL)*. La SMS come la CPA proponevano qui la creazione di un attestato di formazione complementare; la loro preoccupazione era che si garantisse in materia un minimo di formazione e quindi di qualità delle prestazioni.

A nome dell'ASMAC la dott.ssa M. Kondo Ostreicher pone la questione dell'opportunità di creare un titolo supplementare che si nasconde dietro a questo attestato di formazione complementare e finisce addirittura per proporre di sopprimerla. La proposta di creazione dell'attestato di formazione complementare in rinopatie allergiche viene alla fine messa in votazione ed è respinta con 85 voti contrari, 55 favorevoli e 23 astensioni.

6.2.3.2 *Flebologia (USSMV)*. La creazione dell'attestato di formazione complementare in flebologia (USSMV) viene accettata tacitamente.

6.2.4 Soppressione di titoli di specialista

6.2.4.1 *Citologia ginecologica*. La soppressione del titolo di specialista FMH in citologia ginecologica viene accettata tacitamente.

6.3 Revisione dello statuto

La Camera si occupa in seguito di alcune modifiche relative allo statuto e ai regolamenti che il CC le chiede di avallare in virtù dell'evoluzione delle condizioni generali.

6.3.1 Soppressione dell'indicazione della Conferenza per il perfezionamento professionale (CPP) all'articolo 30, cpv. 2. lett. i, dello statuto della FMH

Questa domanda di soppressione non viene contestata; la Camera vi dà il suo *accordo tacito*.

6.3.2 Nuova composizione della Commissione per il perfezionamento professionale e l'aggiornamento (CPA)

Il CC propone di sostituire i due delegati attuali della Commissione interfacoltà di medicina svizzera (CIMS) con i rappresentanti delle 5 facoltà di medicina, di ampliare quindi la composizione del comitato della CPA e di modificare di conseguenza il regolamento della CPA all'art. 41, 1° cpv., lett. b.

Questa domanda non è più contestata e la Camera le accorda il suo *accordo tacito*.

6.3.3 Soppressione all'articolo 49, II° cpv., lett. i, dell'indicazione del «consiglio di supervisione della FMH per il settore delle assistenti mediche»

Il CC propone di sostituire la suddetta indicazione con quella dei «delegati alle questioni delle assistenti di studio medico (ASM)», seguendo così una proposta formulata ancora durante la seduta dal *dott. Michel Marchev (BE)*, tra l'altro presidente di questo settore.

La Camera accetta senza opposizione e tacitamente questa proposta così precisata.

6.3.4 Modifica del nome della FMH (articolo 1° dello statuto)

Per questioni puramente formali legate all'iscrizione della nostra associazione al Registro svizzero di commercio, dobbiamo scegliere una formulazione che sia rigorosamente la stessa nelle 4 lingue (tedesco, francese, italiano e latino); si ammette che i termini «médecins», «medici» e «medicorum» comprendono il termine «Ärztinnen» della versione tedesca. Di conseguenza il capoverso 1° dell'articolo 1° del nostro statuto è proposto nella versione seguente:

«Articolo 1 Nome e sede

Con il nome di «FMH Fédération des médecins suisses», «FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte», «FMH Federazione dei medici svizzeri», «FMH Foederatio Medicorum Helveticorum» si è costituita un'associazione medica ai sensi dell'articolo 60 e seguenti del Codice civile svizzero».

La Camera medica accetta la formulazione di questa proposta all'unanimità, senza opposizione.

7. TARMED

La seduta di sabato 5 maggio si apre alle 8.30 con un intervento del *dott. Niklaus Hasler/ZH* che rimprovera in termini accesi l'apparizione e le affermazioni del segretario generale della FMS, l'avv. François Bernath, alla trasmissione «10 vor 10» della Televisione svizzera tedesca la sera precedente. Il dott. Hasler deplorea questa violazione della tregua mediatica osservata sino ad ora; è sostenuto rumorosamente da una grande maggioranza dell'assemblea. Le spiegazioni fornite dall'avv. Bernath sull'insistenza dei giornalisti ai quali ha avuto difficoltà a resistere non sono sufficienti a calmare il vocio.

Una lettera aperta della Società svizzera dei fisioterapisti al presidente della FMH, indirizzata per il suo tramite ai delegati alla Camera medica, era stata di-

stribuita dalla FMS prima della seduta a tutti i delegati. Gli autori di questa lettera invitano i delegati a riflettere sulla disavventura tariffaria vissuta dai fisioterapisti e di fare attenzione a non ritrovarsi nella stessa situazione. Il *presidente H. H. Brunner* assicura ai delegati che la FMH ha imparato molto dalle esperienze spiacevoli subite dai fisioterapisti e che è diventata ancora più vigilante.

Si può allora entrare in argomento. Il primo intervento, quello del *prof. Reto Tscholl*, presidente della FMS, chiedeva con la sua *proposta No 1, ad tractandum 7*, di non entrare in materia. Il Prof. Tscholl rivela che la versione TARMED 1.0 non potrebbe garantirci una tariffa basata su un'analisi d'economia aziendale. Non si può neppure considerare, secondo lui, che l'obiettivo dichiarato del riequilibrio dei redditi professionali tra le diverse società mediche specialistiche sia stato raggiunto, in particolare perché le differenze sono notevoli soprattutto al di fuori del settore delle assicurazioni sociali. La TARMED è stata strumentalizzata come mezzo per arginare i costi, ma questo non può essere il suo ruolo. La FMS chiede di non entrare per il momento in materia, soprattutto che non c'è niente di concreto da segnalare dopo che è stata tenuta la Camera medica del 12 aprile scorso. Questa proposta di non entrare in materia non deve essere interpretata come un rifiuto, dettato semplicemente dalla preoccupazione di disporre, dopo il reengineering (qui di seguito RE), di una versione che permetta di rendersi concretamente conto di quello su cui si dovrà votare. Non si può accettare di agire secondo il motto «prima partire, poi correggere».

I propositi del presidente della FMS sono sostenuti dal *dott. Bernard Burri (ASMI)* che, sulla base ancora incompleta della perizia del prof Günther Neubauer, incoraggia alla prudenza sino a che ci saranno cose da rivedere nella versione 1.0 della TARMED. Il *dott. Beat Meister (Società svizzera di anestesiologia)* riprende, da parte sua, la sua metafora TARMED Titanic sviluppata in occasione della precedente Camera medica straordinaria e, ricordando la perdita di redditi che superano il 60% per alcuni interventi, scongiura i delegati di non comperare a scatola chiusa e quindi di non entrare in materia.

Brevemente, ma con molta determinazione, il *dott. Jean-Pierre Grob (SO)* chiede che non si perda tempo e che si voti la proposta della FMS. Si *passa allora alla votazione sulla proposta della FMS* che viene respinta con 123 voti contrari, 12 favorevoli e 17 astensioni.

Il *presidente H. H. Brunner* si autorizza a commentare brevemente la situazione. Nota che il problema posto è estremamente complesso e ciò spiega la necessità di un RE: pensa che sarebbe un errore minimizzare gli avvertimenti evocando un intervento statale (Consiglio federale, Parlamento, Decreto federale urgente - DFU) nell'ipotesi che i partner non riescano ad intendersi. Nel caso di un DFU, si potrà dire addio sia al RE che al valore del punto (qui di seguito: VdP) a Fr. 1.-. Rispondendo ad una domanda del *dott. Blaise Bourrit (GE)*, viene precisato che il principale

ostacolo è costituito dalla neutralità dei costi, nozione per natura contraddittoria con una tariffa calcolata sulla base di un'economia aziendale. Per quel che concerne la LAMal, che permette di giustificare tutto e il suo contrario, non offre nessun soccorso; rimane quindi la politica dei piccoli passi. La TARMED è stata sottoposta a pressioni politiche enormi ed è solamente negli ultimi sei-otto mesi che le cose si sono un po' sbloccate. La FMH non è più, infatti, l'unica ad essere persuasa della necessità di un RE. Poiché si tratta della forcina di +/- 10% per le remunerazioni delle prestazioni, il dott. H. H. Brunner osserva che questo postulato è già praticamente realizzato nella «Tariffa blu». Attira l'attenzione dell'uditorio sul pericolo esistente nel fare dei paragoni isolati su questo o quell'intervento, perché questo modo di procedere non riflette per niente la realtà pratica medica. Si passa allora alla discussione sulla struttura tariffaria conformemente all'ordine del giorno.

7.1 Versione 1.0 Struttura tariffaria TARMED

La Camera medica, dopo aver ascoltato le spiegazioni del presidente, accetta all'unanimità la proposta No 1, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. François Bossard (Società svizzera di radiologia SSR) che richiede che i radiologi abbiano regolarmente accesso alle prestazioni di base. Il presidente precisa che integrerà questa proposta nelle negoziazioni e questo non solo per i radiologi, ma per l'insieme del corpo medico.

Per quel che concerne la proposta No 2, ad tractandum 7.1, presentata dalla Società di medicina del cantone Giura e che precisa che al punto 14 delle «Interpretazioni generali per l'insieme della tariffa» la documentazione deve essere fornita «al medico consulente se lo desidera» (e non all'amministrazione delle casse malattie), è accettata tacitamente, senza opposizione alcuna.

Una proposta No 3, ad tractandum 7.1, presentata anch'essa dalla Società di medicina del cantone del Giura, chiede la soppressione, alla cifra 36 delle «Interpretazioni generali» sopraccitate, dell'indicazione «se l'efficacia dell'atto è stata provata» tra le condizioni d'indennità di una posizione specifica.

Su proposta del presidente converrebbe piuttosto sopprimere l'insieme di questa frase e sostituirla con la formulazione della disposizione topica della LAMal. Questa proposta presidenziale è accettata tacitamente e all'unanimità.

Si arriva quindi ad una controversia sulla psicoterapia delegata, con due proposte che non si prestano ad essere riunite in una sola e che converrà trattare separatamente. La prima proposta trattata, la No 4 bis, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. Jürg Pellaton (ZH) chiede che l'indicazione psicoterapia delegata sia soppressa dalla versione 1.0. Il dott. Pellaton ricorda che la psicoterapia delegata è stata introdotta in un'epoca in cui c'era una certa penuria di psichiatri. Si è fatto quindi in qualche modo posto a dei non medici all'interno di una tariffa medica, cosa piuttosto particolare. Oggi non c'è più nessuna ragione per

persistere con questa situazione. È quanto sostiene il dott. Pellaton a nome della Società di medicina del cantone Zurigo.

La seconda proposta No 4, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. J. de Haller (Società svizzera di medicina generale SSMG) chiede invece che si preveda al capitolo 02.03 «Psicoterapia delegata nell'ambito dello studio medico» che «il medico delegante [sia] autorizzato a praticare a carico delle assicurazioni sociali».

Viene organizzata la votazione in due tempi. Dapprima viene messa in votazione la proposta del dott. J. Pellaton: questa proposta viene respinta con 70 voti contrari, 28 favorevoli e 46 astensioni. È quindi il turno della proposta del dott. J. de Haller di essere presentata alla valutazione dei delegati; questa proposta è accettata con 109 voti favorevoli, 13 contrari e 34 astensioni.

Una proposta No 5, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. J. Pellaton (ZH) chiedeva che si precisasse al punto 5 delle interpretazioni generali che i «certificati d'incapacità lavorativa sul formulario nell'ambito della LAINF» concernono solamente la LAINF e non gli altri certificati d'incapacità lavorativa (per esempio all'attenzione del datore di lavoro, di un'assicurazione d'indennità giornaliera privata, ecc.) viene accettata tacitamente nel senso di questa precisazione.

La proposta No 6, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. J. de Haller (SSMG), chiede in sostanza che si modifichi il punto 2.3.1 del Concetto del valore intrinseco («Dignität») che tratta la «garanzia dei diritti acquisiti – durata e prolungamento», in particolare per quel che concerne l'ampiezza dell'aggiornamento che si può esigere per delle attività estranee al titolo proprio FMH del medico interessato. Il dott. Haller chiede che questo rimaneggiamento sia effettuato sotto l'egida della FMH e non sia abbandonato alla discrezione delle SMS interessate.

La Camera accetta tacitamente questa proposta e il presidente H. H. Brunner promette che il CC farà di tutto per evitare qualsiasi discriminazione.

I delegati si occupano in seguito di due proposte relative al controllo della convalida dei dati concernenti il valore intrinseco. Si tratta della proposta No 7, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. J. de Haller (SSMG) che chiede che il medico interessato apporli lui stesso gli attestati che concernono i suoi diritti acquisiti, e della proposta No 8, ad tractandum 7.1, presentata dal dott. J. Schlup, presidente della Società di medicina del cantone Berna, che chiede che l'esecuzione delle modalità del concetto di valore intrinseco sia affidata «esclusivamente» alla FMH; le SCM e l'ASMAC non sono infatti in grado di rispondere alle esigenze di un compito del genere. Dopo una discussione piuttosto ampia su queste due proposte, il presidente H. H. Brunner propone la soluzione seguente:

- la FMH è competente per l'esecuzione e le misure d'applicazione del concetto di valore intrinseco;

- le organizzazioni di base assumono una funzione di consigliere e procedono, come minimo, alla verifica dei dati forniti tramite sondaggio;
- la redazione del concetto di valore intrinseco sarà rimaneggiata di conseguenza. Secondo l'intervenuto i Fr. 30.- di contributo speciale che la Camera ha fissato il giorno prima (cfr. il punto 4 dell'ordine del giorno) dovrebbero in linea di massima permettere alla FMH di coprire i costi di quest'attività; il CC si riserva tuttavia di ritornare davanti alla prossima Camera medica ordinaria con una domanda di finanziamento speciale se non dovesse essere il caso.

La Camera *accetta* tacitamente la proposta del presidente, per cui le proposte No 7 e No 8, ad tractandum 7.1, possono essere considerate liquidate.

Come suggerisce il presidente, la proposta del Comitato centrale No 9, ad tractandum 7.1, concernente la presa di conoscenza da parte della Camera medica della struttura tariffaria sarà sottoposta alla votazione contemporaneamente alla decisione finale sul RE, considerato che si tratta di materie strettamente legate.

7.1.1 Informazione sulla perizia del Prof. G. Neubauer

Il presidente fa la cronistoria recente delle negoziazioni che hanno permesso di assistere alla fine della resistenza opposta dai nostri partner alla necessità di procedere ad un rimaneggiamento della struttura tariffaria. Le esperienze fatte dagli uni e dagli altri in occasione della «ronda 2000», gli insegnamenti provenienti dalla Germania e le prime conclusioni ancora provvisorie della perizia del prof. G. Neubauer li hanno portati a dare loro un accordo per entrare in materia sulle nostre domande legittime. La diga della loro opposizione ha ceduto il 30 aprile scorso, quando i politici hanno dovuto arrendersi all'evidenza che un rimaneggiamento era necessario; anche gli interventi ben presentati del prof. R. Tscholl hanno avuto un ruolo importante.

Possiamo ora presentare un messaggio positivo nel settore della «tariffa blu», anche se dobbiamo esprimere ancora un «no» a tutti i contratti quadro. I lavori sono già incominciati, in particolare con i radiologi. D'altra parte delle discussioni sono già iniziate negli scorsi giorni con altre SMS interessate su quello che deve essere alla base del rimaneggiamento, cosa che spiega perché i documenti presentati alla Camera, sono stati presentati poco prima di questa seduta.

Poiché si tratta della perizia del prof. G. Neubauer propriamente detta, riveleremo solamente gli ostacoli che sinora impedivano al prof. Neubauer e al suo collaboratore, il dott. Lindl, di poter accedere a determinati elementi come anche a determinate informazioni supplementari sulla meccanica tariffaria hanno potuto, di fatto, essere tolti. Gli autori della perizia potranno proseguire e concludere il loro lavoro. Il presidente conclude queste informazioni sottolineando lo stretto legame tra il RE e il proseguimento delle ne-

gozziazioni, ciò che significa che una rottura delle negoziazioni condannerebbe immediatamente il RE ora accettato.

7.1.2 Reengineering (RE)

In una proposta No 1, ad tractandum 7.1.2; depositata congiuntamente dalla Società svizzera di psichiatria e psicoterapia e dalla Società svizzera di psichiatria e di psicoterapia dei bambini e degli adolescenti, si chiedeva che nella delegazione di rimaneggiamento della TARMED un posto sia riservato alle società che propongono. Questa proposta viene ritirata nel corso della seduta dal dott. Urs Fromm, in quanto le suddette società hanno preso nota delle dichiarazioni del presidente secondo le quali il comitato consultivo a capo delle negoziazioni potrà in qualsiasi momento fare appello a degli psichiatri in caso di discussione di oggetti specifici a queste SMS. Il CC ha in effetti volontariamente lasciato due seggi aperti in seno alla delegazione, lasciando alla discrezione del Comitato consultivo designare le persone che partecipano quando necessario, secondo gli oggetti trattati, alle negoziazioni.

In risposta ad una domanda precisa posta dal dott. Marc Müller-Friedli (SSMG), il presidente spiega che la creazione del suddetto comitato consultivo ha costituito un modo di rispondere alle critiche di tutti coloro che (SMS, SCM e altri gruppi medici) considerano che erano stati lasciati in disparte della negoziazione. La loro partecipazione ai lavori del suddetto comitato consultivo permette loro una maggiore presa diretta sulla negoziazione. La funzione del comitato è di determinare, insieme alla delegazione della FMH alle negoziazioni, le posizioni che conviene difendere per quel che concerne il RE. La responsabilità ultima per la negoziazione rimane nelle mani del CC; è lui che dovrà intervenire nel caso di un bloccaggio tra il comitato consultivo e la delegazione, soprattutto che i termini tirannici che ci sono imposti dovranno essere rispettati (si ricorda che la fase I° dovrà essere terminata entro la fine di agosto 2001).

Il presidente accetta in seguito di integrare nelle negoziazioni la proposta No 2, ad tractandum 7.1.2, presentata dal Dott. F. Bossard (Società svizzera di radiologia SSR) che chiede che una «correzione dell'insieme della struttura dei dati concernenti la radiologia e anche delle altre prestazioni che si basano sulla tariffa INFRA e sulla versione 1.0 della TARMED debba in tutti i casi essere effettuata prima dell'entrata in vigore della tariffa e costituisce parte integrante di questa».

Viene in particolare precisato che con «struttura dei dati» si intende il calcolo dei principali valori chiave, elencati nel loro insieme al secondo paragrafo di questa proposta.

Il presidente dichiara in seguito che integrerà nelle negoziazioni anche la proposta No 3, ad tractandum 7.1.2, presentata dal dott. F. Bossard (SSR) che chiede che «i valori intrinseci qualitativi e quantitativi di tutte le prestazioni debbano essere controllati e limitati ai fornitori di prestazioni indicati nei

programmi di formazione per il titolo di specialista, gli attestati di formazione complementare e i certificati d'attitudine tecnica (tenendo conto del principio dei diritti acquisiti).

I valori intrinseci qualitativi e quantitativi determinanti per i radiologi devono essere corretti nell'ambito del rimaneggiamento tariffario, in particolare nei settori dai quali questi ultimi sono esclusi.

Si deve rilevare che questa proposta non potrà essere concretizzata nella fase I, ma solo nella fase II che terminerà il 31.12.2002. Il presidente segnala che si dovranno fissare dei tempi minimi definiti dai curricula considerato che i programmi di perfezionamento professionale sono molto più dettagliati delle posizioni tariffarie delle prestazioni fornite.

Il presidente assicura poi alla rappresentante dell'ASMAC, la dott.ssa M. Kondo Oestreicher (ASMAC) che l'associazione che rappresenta potrà partecipare alle discussioni interne che converrà tenere su questo argomento in seno alla FMH.

Sulla base delle spiegazioni fornite, la Camera accetta tacitamente la proposta No 3 ad tractandum 7.1.2.

Nella sua proposta No 4, ad tractandum 7.1.2, il dott. F. Bossard (SSR) chiedeva che le diverse prestazioni assenti dal capitolo di radiologia (sinografia diagnostica dell'anca nel lattante, ABBI, tomografia per emissione di positrone secondo gli organi e osteodensimetria) vi siano integrati al momento del rimaneggiamento tariffario.

Il presidente, vista la posizione irrevocabile adottata dagli assicuratori, si oppone a questa proposta, considerato poi che altre SMS hanno delle richieste dello stesso genere da far valere. La proposta non sarà tuttavia dimenticata e sarà presentata in un futuro turno di negoziazioni nel 200X. La Camera medica accetta tacitamente questo modo di fare; al momento dato si dovranno ancora convincere i nostri partner di entrare in materia ...

Per quel che concerne la proposta No 5, ad tractandum 7.1.2 sempre presentata dal dott. F. Bossard (SSR) viene tacitamente accettata dai delegati. Questa chiede, in sostanza, che il rimaneggiamento di tutta una serie di prestazioni di radiologia, elencate nel loro insieme, abbia «assolutamente luogo prima dell'entrata in vigore, anche limitata a determinati settori, della TARMED». Si tratta, alla fin dei fatti, della sopravvivenza degli istituti di radiologia.

In una proposta No 6, ad tractandum 7.1.2 presentata dal Prof. R. Tscholl, presidente della FMS, si chiede che «i responsabili della FMH potranno approvare la TARMED solo quando i risultati del rimaneggiamento tariffario saranno disponibili e saranno stati approvati in modo vincolante dalle parti. I risultati minimi del rimaneggiamento devono essere definiti sul piano quantitativo ...».

La proposta enumera in seguito in dettaglio i punti che dovranno essere rispettati sia sul piano qualitativo (per esempio correzione delle produttività per le attività invasive, presa in considerazione dei tempi

d'induzione e di risveglio per l'operatore, indennizzo dell'assistenza, specificazione nella tariffa della prestazione tecnica spettante al medico) sia sul piano quantitativo (produttività in % secondo le sale operatorie, tempo d'induzione e di risveglio secondo le classi di rischio, assistenza, prestazione tecnica attribuibile al medico).

La proposta viene sviluppata dal suo autore e anche dal dott. B. Meister (Società svizzera di anesthesiologia) che insistono tutti e due perché si quantifichi il nostro «wenn und aber» e il corpo medico disponga così di garanzie solide e contrattualmente fissate prima di pronunciarsi. Il presidente H. H. Brunner fa osservare che la Camera medica si è già pronunciata e ha già preso posizione su questi punti in occasione della seduta del 12 aprile scorso. Ricorda che l'importante è rifiutare una neutralità dei costi a livello della struttura tariffaria (= fine delle compensazioni interdiscipline), perché la questione della neutralità dei costi deve essere regolata altrove, e definire chiaramente l'incarico dei negoziatori, Il presidente precisa, inoltre, nell'ambito di una serie di domande poste dal dott. Philippe Rheiner (GE) che il valore del punto per le prestazioni mediche e per le prestazioni tecniche sarà lo stesso nel settore della LAINF; rimangono invece aperte diverse questioni su questo punto per il settore della LAMal. Per rispondere, infine, ad un timore espresso dal dott. Richard Nyffeler (FR) che teme che l'accettazione dei dati in cifre della FMS provochi delle ripercussioni eventualmente insopportabili in altri settori della tariffa, il dott. H. H. Brunner esprime la sua convinzione che le conseguenze della loro accettazione resteranno moderate e che non si deve esagerarne l'importanza. Dopo questa discussione e queste spiegazioni la proposta della FMS viene accettata tacitamente, in linea di massima per la delegazione della FMH alle negoziazioni.

La proposta No 7, ad tractandum 7.1.2, presentata dal dott. Heinz Bereiter a nome della Società svizzera di ortopedia chiede che «se una convenzione tariffaria TARMED viene stipulata con la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM), con l'assicurazione militare (AM) e con l'assicurazione invalidità (AI), si deve garantire con un contratto un meccanismo di protezione (ancora da definire) per le società mediche specialistiche principalmente interessate».

Tutte le assicurazioni in questo senso sono date dal presidente che sottolinea che si tratta di una situazione «sine qua non» (che d'altra parte non concerne solo gli ortopedici, ma anche i radiologi, i dermatologi e gli psichiatri per i bambini e gli adolescenti) all'introduzione della tariffa blu.

La proposta è quindi accettata tacitamente dalla Camera medica.

Tramite la proposta No 9, ad tractandum 7.1.2, il dott. Patrick Haemmerle (Società svizzera di psichiatria e di psicoterapia di bambini e adolescenti) chiede che si tenga conto e che si corregga, già per la fase I, gli errori manifesti ancora presenti nella struttura TARMED, in particolare che si tenga conto in un

modo più realista di tassi di produttività degli psichiatri. Il presidente non si oppone a questa proposta, ma reclama dalle società interessate che forniscano dei dati in cifre, ben chiari. Con questa condizione la Camera medica accetta tacitamente la proposta.

Nella *proposta No 10, ad tractandum 7.1.2*, il dott. Urs Stoffel (ZH) chiede che la parte delle prestazioni tecniche per la chirurgia ambulatoriale sia portata dal 60 all'80 % almeno per la sala operatoria. 1. Il presidente non si oppone a questa proposta ma sottolinea che pone un problema d'ordine strutturale di cui bisogna che la FMH si occupi, con l'aiuto della FSM e delle SMS interessate, e cioè quello della definizione delle sale operatorie. La proposta viene così tacitamente accettata.

Si è così giunti al punto in cui si deve deliberare sulle due proposte del Comitato centrale e votarle. Per rendere più chiaro il soggetto, conviene riprodurre qui la formulazione del testo in extenso:

Proposta No 9, ad tractandum 7.1

«Proposta alla Camera medica di prendere conoscenza della struttura tariffaria TARMED, versione 1.0

1. Il Comitato centrale chiede alla Camera medica di prendere conoscenza della struttura tariffaria TARMED, versione 1.0
2. Il Comitato centrale chiede alla Camera medica di affidare al Comitato, rispettivamente alla delegazione alle negoziazioni, l'incarico di:
 - stabilire una versione definitiva (rivista e corretta dal punto di vista redazionale) della struttura tariffaria, con un indice, in vista della sua introduzione;
 - mettere a punto, in collaborazione con le parti della convenzione, le componenti della fase I del concetto di rimaneggiamento e di integrarle nella versione che sarà introdotta.
3. Dopo consultazione con il comitato consultivo, il Comitato centrale decide sulla versione definitiva. Questa decisione (compresa la struttura tariffaria prevista) deve essere comunicata alle società rappresentate alla Camera medica con la data di una possibile Camera medica straordinaria. Questa avrà luogo se le suddette società l'esigono, con il quorum previsto dallo statuto, entro un termine di due settimane.
4. Le autorità competenti sono informate che la struttura tariffaria TARMED deve essere forzatamente approvata dal Consiglio federale. La delegazione della FMH alle negoziazioni deve allora rifiutare la proposta corrispondente delle parti alla convenzione TARMED».

Proposta No 8, ad tractandum 7.1.2

«Proposta di rimaneggiamento

1. Il Comitato centrale è incaricato, in consultazione con la delegazione alle negoziazioni sul rimaneggiamento della TARMED e con i tre partner della convenzione H+, CAMS e la FMH, di concludere una convenzione sull'esecuzione del rimaneggiamento della struttura tariffaria TARMED, versione 1.0.

2. Il documento «Concetto di rimaneggiamento della TARMED», come è stato presentato alla Camera medica, eventualmente completato e/o corretto con le decisioni di questa, servirà da base a questo rimaneggiamento.
3. In caso di modifica di questo concetto, la fase I viene fissata a 4 mesi.
4. I punti di revisione, che devono essere definitivamente introdotti nella fase I dalla FMH, saranno definiti sulla base del modello tariffario FMS e in funzione dei risultati dell'analisi dei problemi che è stata o sarà condotta per TUTTE le discipline.
5. La convenzione sarà resa immediatamente nota alle istituzioni rappresentate alla Camera medica».

Una *proposta ad tractandum 7.1* presentata dal dott. Charles A. Fravrod-Coune (Società vodese di medicina) richiede che sia introdotto un emendamento alla cifra 3 della proposta del Comitato centrale No 9, ad tractandum 7.1, che chiede che la Camera medica debba in qualsiasi caso pronunciarsi sulla versione definitiva e non solamente se delle società lo richiedono; il dott. C. A. Fravrod-Coune pensa che l'accettazione della sua proposta sarebbe di natura tale da rinforzare i negoziatori e dare un segnale forte per la votazione generale. Il dott. H. H. Brunner si difende di voler limitare i diritti della Camera medica, ma considera che questa non dovrebbe essere convocata se non c'è una vera necessità. Si passa alla votazione, che oppone la proposta d'emendamento del dott. C. A. Fravrod-Coune alla versione del Comitato centrale. La versione del Comitato centrale è accettata a forte maggioranza, mentre 23 voti hanno sostenuto la proposta d'emendamento.

Non viene opposta nessun'altra proposta alle due proposte del Comitato centrale No 9, ad tractandum 7.1, e No 8 ad tractandum 7.1.2, per cui il presidente constata che queste sono accettate tacitamente dai delegati.

7.2 Convenzioni quadro

7.2.1 Settore LAMal

In una relazione introduttiva, che possiamo citare qui solamente a grandi linee, il dott. Andreas Haefeli (AG e presidente del «G7») presenta alla Camera le condizioni preliminari che devono presiedere l'accettazione, da parte di una SCM, di una convenzione che si basa sul TARMED. La tariffa deve, in primo luogo, essere coerente, perché non si potrà ricorrere troppo spesso alla manipolazione del VdP per correggere degli errori strutturali. A questo proposito, l'accettazione della Camera delle proposte della FMS come anche di quelle concernenti la psichiatria è di buon augurio. Si tratta, d'altra parte, di identificare – sulla base dello studio della tariffa – non solo i perdenti, ma anche i beneficiari, invitati anche a farsi conoscere ... Una grande attenzione deve essere volta al VdP in altri settori diverso da quelli della medicina ambulatoriale privata: il VdP in ambulatorio privato non dovrebbe essere fissato prima che si conosca quello delle prestazioni ambulatoriali degli ospedali. Gran parte

del problema risiede, comunque, presso le autorità politiche che, sino ad oggi, non hanno dato indicazioni chiare sulla loro rapidità di reazione quando si tratterà di prendere le decisioni di pilotaggio nella delicata fase della messa in opera della tariffa. Senza un messaggio chiaro da parte loro, le SCM non potranno dare il proprio avvallo all'introduzione della convenzione. Sembra che la recente «Tavola rotonda» del 30 aprile abbia permesso di sbloccare la situazione e che sia la Divisione federale della giustizia che il DFI e l'UFAS siano oggi pronti a proporre delle soluzioni pratiche alle autorità cantonali interessate, che permettano loro di prendere delle decisioni rapide. Ma siccome non disponiamo ancora di niente di concreto, *il dott. A. Haefeli* conclude il suo discorso preliminare su questo punto all'ordine del giorno dicendo che, nella situazione attuale, le SCM non possono – in queste condizioni – accettare i contratti quadri nel settore LAMal, compreso quella della neutralità dei costi (qui di seguito NC) che dovrà essere trattato nuovamente. Comunque, la convenzione quadro di per sé e le proposte che sono state allegate al BMS sono mature per essere applicate al momento dato.

Il presidente propone allora alla Camera di accettare che il modo di procedere sia quello descritto nella *proposta No 3, ad tractandum 7.2.2*, del Comitato centrale, la cui formulazione integrale è la seguente:

«Proposta LAMal – convenzione quadro

1. La convenzione quadro LAMAL è rispedita al Comitato centrale con gli incarichi seguenti:
 - Presentazione alla Camera medica, sulla base dell'appendice attuale e delle discussioni e decisioni, di un concetto DEFINITIVO per l'introduzione, neutra in termini di costi, della struttura tariffaria TARMED nel settore della LAMal, in quanto appendice della convenzione quadro. Quest'appendice deve in particolare contenere le precisazioni su:
 - le istanze, le regole, le procedure e i termini in casi di ricorso prima e durante la fase d'introduzione;
 - le modalità tecniche concernenti la neutralità dei costi nella fase d'introduzione, compresi gli eventuali adattamenti del valore del punto e gli interventi sulla struttura tariffaria;
 - Apporto di complementi e correzioni alla convenzione quadro e alle sue appendici secondo le discussioni e le decisioni della Camera medica.
2. La Camera medica considera l'accettazione di una convenzione concernente i rimaneggiamenti della TARMED da parte della FMH come una condizione sine qua non per l'approvazione della convenzione quadro.
3. Non appena saranno soddisfatte le esigenze dei punti 1 e 2, il Comitato centrale convocherà, senza ritardi e senza tenere prima una Conferenza dei presidenti, una seduta straordinaria della Camera medica alla quale sarà presentata la versione modificata della convenzione quadro della LAMal con tutte le appendici.

4. votazione generale: cfr. proposta separata».

Il presidente H. H. Brunner fa notare che questo testo riprende le linee della relazione del presidente del «G 7», *il dott. A. Haefeli*. Precisa anche che è stato convenuto con il Concordato di fissare un tempo massimo di dodici mesi per l'introduzione del concetto di NC e che, passato questo termine, non dovrà più essere applicato questo concetto di NC. Per quel che concerne «+ 6 mesi», significano semplicemente che si tratta del lasso di tempo durante il quale saranno sfruttate le esperienze raccolte nel corso dei 12 mesi di applicazione del concetto di NC. Ciò è stato esposto chiaramente in occasione della Tavola rotonda del 30 aprile e il Concordato è cosciente che qualsiasi divario rispetto a quanto appena detto equivarrebbe ad una rottura delle negoziazioni e aprirebbe la porta alla tariffa d'autorità. Altra incognita al momento: quale sarà la posizione adottata dal Sorvegliante dei prezzi?

Viene aperta la discussione che fornisce l'occasione al *presidente*, mentre risponde a delle domande poste dal *dott. Erich Steinmann (LU)* o commenta la relazione del *dott. R. Nyffeler (FR)* sui motivi che l'avevano inizialmente condotto a presentare *la sua proposta No 2, ad tractandum 7.2.2* (domanda «Respingete la TARMED?» che non è più necessario porre dopo l'accettazione da parte della Camera della proposta del CC No 9, ad tractandum 7.1), di fare qualche considerazione supplementare: innanzi tutto, concernente la NC, *il presidente* fa notare che il metodo seguito è quello che era stato richiesto da anni dalla Camera medica; bisogna guardarsi da qualsiasi esigenza supplementare il cui trattamento avrebbe come effetto di prolungare il periodo fissato di 12 mesi e di permettere, per esempio, che il budget globale riapparisse per via. Per quel che concerne il ruolo della TARMED, invece: bisogna assolutamente circoscrivere i problemi e cessare di farci strumentalizzare com'è stato il caso da anni da tutti coloro che pensano che la TARMED sia la soluzione miracolo a tutti i mali e a tutti i difetti della LAMal in particolare e del nostro sistema sanitario in generale. Spetta ai politici assumersi le proprie responsabilità!

Alla conclusione di queste relazioni e deliberazioni, il presidente è lieto di poter constatare un'accettazione unanime della Camera medica della proposta del Comitato centrale No 3, ad tractandum 7.2.2 (decisione di principio).

Su invito del presidente *il dott. A. Haefeli* porta, quindi, la discussione su alcune proposte circoscritte.

La prima proviene dal *dott. J. de Haller (SSMG)* che nella sua *proposta No 1 ad tractandum 7.2.1* chiede in sostanza, al capitolo 11, punto 5 della convenzione quadro TARMED, una formulazione potestativa e non vincolante concernente la *fatturazione* per via elettronica al più tardi due anni dopo l'introduzione della TARMED. La società che lo delega è preoccupata di non penalizzare i colleghi vicini al pensionamento.

Il *dott. A. Haefeli* insiste per una formulazione vincolante, precisando che i medici che non vogliono fare degli investimenti in materiale informatico potranno farlo mediante dei formulari adatti della Cassa dei medici e che si potrà regolare in un protocollo con gli assicuratori il modo per liquidare questi casi difficili.

Dopo una presa di posizione accesa dei partigiani di questa proposta, *si passa alla votazione* il cui risultato dà una *maggioranza evidente alla versione del Comitato centrale*, con 24 voti favorevoli alla proposta della SSMG.

La *proposta No 13, ad tractandum 7.2.2*, presentata dal *dott. J. Schlup (BE)* concernente il dovere di comunicazione della diagnosi secondo i codici ICD-10 e degli interventi secondo il codice CHOP viene ritirata dal suo autore. Agli atti.

Il *presidente* segnala in questo contesto della problematica delle diagnosi fatte secondo il sistema ICPC, che concerne anche il settore della LAINF, che dei medici che praticano e dei medici clinici hanno sviluppato un sistema, compatibile d'altra parte con il codice ICD-10, che dovrebbe rendere notevoli servizi ai medici che lavorano in ambulatorio, in particolare ai medici di famiglia. Si sta insistendo presso l'Ufficio federale di statistica per far sì che questo sistema (che opera secondo delle costellazioni di sintomi) sia adottato; è prevista una presentazione nel BMS.

La Camera medica si occupa in seguito di una serie di proposte che hanno tutte come oggetto la protezione della sfera privata dei pazienti, in particolare per quel che concerne la trasmissioni delle diagnosi agli assicuratori allo stesso tempo dell'identità del paziente, che sia nel settore LAMal o, anticipando un poco il programma della seduta, nel settore della LAINF. Si tratta delle *proposte No. 4, ad tractandum 7.2.1*, presentate dalla *Società medica del canton Giura*, della *No 5, ad tractandum 7.2.1 e 7.2.2*, presentata dal *dott. Jean-Frédéric de Montmollin (SMSR)* e della proposta *No 14, ad tractandum 7.2.2*, presentata dal *dott. U. Stoffel (ZH)*; quest'ultimo chiede anche che «il tempo necessario alla codificazione sia indennizzato tramite la posizione 00.0130, prestazione medica in assenza del paziente».

Il *presidente H. H. Brunner* sottolinea in questo contesto che si ha bisogno di diagnosi corrette a dei fini epidemiologici, ma che i dati anonimi sono sufficienti. Per quel che concerne la «*corrente normale*» nel campo del trasferimento dei dati, i flussi di informazioni potranno essere frammentati, in quanto le posizioni delle prestazioni sono trasmesse agli assicuratori, i cognomi e i nomi degli assicurati sono immagazzinati altrove al sicuro e vengono comunicati, in caso di necessità, solamente ai medici consulenti degli assicuratori.

Tutte queste proposte citate sopra sono integrate nelle negoziazioni, affinché siano discusse con gli assicuratori.

Fatto ciò, il *presidente* che dopo aver proceduto ad un esame delle altre proposte depositate a proposito della convenzione quadro LAMal, è giunto alla

conclusione che si potrebbe prenderla come massima per la negoziazione e/o discutere con gli assicuratori. Si passa allora al punto seguente.

7.2.2 Convenzione quadro del settore AINF/AM/AI
Preliminarmente il *presidente H. H. Brunner* fornisce alla Camera qualche informazione necessaria alla comprensione della strategia seguita da questo fascicolo e sugli annessi e connessi del seguito delle operazioni; basta sapere che i delegati sono stati debitamente informati prima di prendere la loro decisione, ma non è il caso di togliere il velo nell'ambito di questa recensione.

La relazione del presidente non suscita commenti, se non un certo bemolle da parte del *dott. R. Streit (BE)*. Pur essendo pronto a dare il suo avallo ad un'accettazione della convenzione quadro nel settore AINF/AM/AI, si rimprovererebbe di non aver attirato l'attenzione della Camera, prima della votazione, sul pericolo che non si potrebbe evitare e che vedrebbe un'accettazione della convenzione quadro nel settore AINF/AM/AI servire ad ostacolarci nel settore LAMal (anche qui la preoccupazione della discrezione ci impedisce di puntare di più i riflettori sul ragionamento sviluppato dal *dott. Streit* davanti ai suoi colleghi.)

Invitato a esprimersi su quanto appena detto, il *presidente* considera l'analisi del *dott. R. Streit* del tutto pertinente come peggiore scenario possibile, ma indica che «certi chiodi sono già stati piantati» e, soprattutto, che la Camera medica ha in qualsiasi momento il potere di bloccare il processo in caso di dérapage.

Il *vicepresidente, il dott. Y Guisan*, in questo contesto, attira ancora l'attenzione dei delegati sul fatto che si dovrà votare sull'iniziativa socialista al più tardi l'anno prossimo e che sarebbe bene prenderla in considerazione nelle nostre riflessioni.

La Camera deve quindi pronunciarsi sulla *proposta No 22, ad tractandum 7.2.2*, presentata dal *dott. Roland Schwarz (BL)* e formulata come segue:

- «1. La Camera approva la tariffa medica TARMED e le appendici alla convenzione con studio privato solamente a condizione che la struttura tariffaria TARMED sia utilizzata dai medici con studio privato, solo quando sarà messa in vigore anche per il settore ambulatoriale ospedaliero.
2. La Camera medica approva la tariffa medica TARMED e le appendici alla convenzione quadro solamente a condizione che lo stesso valore di punto tariffario sia applicato per il settore ambulatoriale ospedaliero come anche per i medici con studio privato.»

Chiamati a pronunciarsi se accetterebbero che questa proposta costituisca parte integrante della *proposta No 21, ad tractandum 7.2.2*, presentata dal CC, i delegati la accettano con grande maggioranza, un voto contrario e 11 astensioni.

Si passa quindi alla votazione sulla *proposta No 21, ad tractandum 7.2.2*, presentata dal CC (alla quale si integrerà la proposta del *dott. R. Schwarz* appena accettata) e che aveva prima la formulazione seguente:

«Proposta concernente la convenzione quadro AINF/AM/AI

1. La Camera medica approva la convenzione quadro AINF/AM/AI alle condizioni seguenti:
 - Una convenzione per il rimaneggiamento della struttura tariffaria sarà conclusa conformemente alla decisione della Camera medica (cfr. proposta ...) prima dell'introduzione della tariffa).
 - La convenzione quadro sarà completata, vedi corretta alla luce delle discussioni e delle decisioni della Camera medica.
 - Il valore del punto per tutte le prestazioni mediche e tecniche è fissato a Fr. 1.-.
2. votazione generale: cfr. proposta/decisione concernente la votazione generale.»

Questa proposta, alla quale è stata aggiunta la proposta del dott. R. Schwarz, viene quindi messa in votazione. Viene accettata a grandissima maggioranza, con due voti contrari e cinque astensioni. Per essere completi si fa notare qui che una serie di proposte su dei soggetti specifici ad tractandum 7.2.2 non sono stati trattati. Nei limiti del possibile, se ne terrà conto nelle nostre discussioni con gli assicuratori.

7.3 Seguito della procedura

Questo punto dell'ordine del giorno può essere considerato liquidato. Rimane da trattare il punto 7.3.1. per giustificare una votazione generale

7.3.1 Votazione generale

Il presidente H. H. Brunner spiega preliminarmente che questa questione si pone, per il momento, solamente per il settore della convenzione quadro AINF/AM/AI che è appena stata accettata. La situazione è molto aperta e si possono legittimamente trovare dei buoni argomenti «hinc et nunc» come si può anche giustificare di differire il momento «immediatamente dopo [le] prese di decisione [della Camera medica] sulla convenzione quadro LAMal e sulla versione d'introduzione definitiva della struttura tariffaria. Una votazione generale [avrebbe] luogo simultaneamente sulla convenzione AINF/AM/AI, compresa la struttura tariffaria nella sua versione d'introduzione. Nel caso in cui i membri la respingessero, la convenzione AINF/AM/AI [sarebbe] immediatamente disdetta», come lo prevede la formulazione della proposta N. 2, ad tractandum 7.3.1, del Comitato centrale.

Prima di lasciare la parola ai delegati, il presidente presenta loro i vantaggi e gli inconvenienti di una votazione generale immediata. Le considerazioni d'ordine strategico ci impediscono nuovamente di essere troppo precisi. Ricordiamo solamente che una votazione generale immediata permetterebbe di mantenere una promessa (del CC come anche di numerose SCM ai loro membri) e metterebbe un termine alle discussioni. Come inconveniente si deve citare il fatto che la nostra base dispone ancora solamente di conoscenze limitate per prendere una decisione ben fondata.

Nella discussione generale che segue, il dott. J. Schlup, presidente della «Bernese» è il primo ad esprimersi a favore dell'organizzazione di una votazione generale «prima dell'introduzione della TARMED, anche se questa viene dapprima introdotta solamente in un settore particolare, per esempio il settore AINF/AM/AI», come lo chiede la proposta No 1, ad tractandum 7.3.1, della sua società. È del parere che abbiamo degli impegni nei confronti della nostra base e che si deve dimostrare che non ne abbiamo paura. Grazie all'accettazione della proposta del dott. R. Schwarz, non siamo obbligati ad accelerare le cose prima delle vacanze estive e si potrebbe organizzare la votazione generale in autunno. La maggior parte delle altre persone intervenuti (il dott. R. Nyffeler [FR], W. Grete [ZH], Blaise Bourrit [GE], Martin Röthlisberger [GR], F. Bossard [SSR] e J. de Haller [SSMG]) sono del parere che si soprasseda alla votazione generale, parlando chi a favore dell'opportunità, chi per il rifiuto di presentare un prodotto non ancora finito, chi per il rischio di dover affrontare una votazione ancora troppo impregnata di emozioni o la preoccupazione di vincolare il CC con delle date vincolanti. Il dott. R. Streit (BE), pur riconoscendo che a vero dire non si possa parlare di decisione «degnata di essere sottoposta alla votazione generale» considera, comunque, che per principio non dobbiamo rompere delle promesse chiare fatte ai nostri membri, di organizzare una votazione generale prima che la convenzione quadro nel settore della LAINF entri in vigore.

Il presidente H. H. Brunner dice anche lui di trovarsi diviso tra le esigenze della democrazia che parla a favore di una votazione generale immediata e le considerazioni di ragione di Stato che lo spingerebbero, piuttosto, a rimandare la decisione; fa riferimento, come il CC, al verdetto della Camera. Dopo le ultime informazioni fornite dai dott. H. H. Brunner A. Haefeli, in seguito ad una domanda del dott. R. Nyffeler (FR) sulle modalità delle operazioni future (copertura assicurata dalla FMH per le negoziazioni, coordinazione tra le SCM, primo turno delle negoziazioni con il Concordato non appena noti i risultati dei calcoli sul VdP iniziale, proseguimento dei lavori di RE), si può passare in tutta conoscenza di causa alla votazione che oppone la proposta del CC No. 2, ad tractandum 7.3.1, alla proposta della «Bernese» ad tractandum 7.3.1. La Camera accetta a larghissima maggioranza, con 126 voti favorevoli, 7 contrari e senza astensioni, la proposta del CC.

Il dott. R. Urscheler (SG) presenta quindi una proposta No 3, ad tractandum 7.2.2, secondo la quale la decisione presa questo pomeriggio dalla Camera medica (No 21, ad tractandum 7.2.2, concernente la convenzione quadro AINF/AM/AI) deve essere dichiarata urgente e definitiva. Una maggioranza dei quattro quinti è richiesta per una decisione del genere. Questa maggioranza non viene raggiunta, in quanto dalla votazione per alzata di mano è risultata una grandissima maggioranza di no. Agli atti.

8. Comitato centrale

Composizione, struttura

I delegati hanno ricevuto su loro richiesta, espressa in occasione della Camera medica ordinaria del giugno 2000, un memorandum elaborato dal Comitato centrale sulla composizione auspicabile di quest'ultimo per il futuro. Dopo aver soppesato accuratamente i vantaggi e gli inconvenienti di un CC operativo ridotto a 4 membri professionali più il presidente, da una parte, e di un CC strategico più vasto (tra 8 e 11 membri più il presidente), dall'altra, il CC attuale ha considerato che le ragioni obiettive, compreso il punto di vista finanziario, avevano la meglio sul rimanere un CC strategico come sinora; in particolare osserva che un'opzione del genere non impedisce ad uno dei suoi membri di esercitare delle funzioni più impegnative dei suoi colleghi. La soluzione ibrida di un CC strategico con Ufficio ridotto viene risolutamente scartata.

Le relazioni *del presidente e del segretario* non danno luogo ad osservazioni o domande di discussione e *la Camera medica prende atto* del suddetto rapporto e *accetta tacitamente la posizione del CC No 1, ad tractandum 8*, di rimanere alla formula attuale di un Comitato centrale strategico ampliato.

9. Varie

9.1 Piano direttivo Esercito XXI

Nella *proposta No 1 ad tractandum 9*, la SSMG, rappresentata in seduta dal dott. J. de Haller, chiede in sostanza che il CC crei una commissione rappresentativa dei diversi gruppi di medici interessati (medici di famiglia, specialisti, ASMAC, AEMS), commissione «che dovrà negoziare con le autorità competenti delle risposte adeguate alle difficoltà che il piano Esercito XXI rischia di porre ai medici».

Il *presidente H. H. Brunner* precisa all'attenzione del protocollo che la commissione è in via di costituzione e che i posti sono ancora aperti per l'«Ordine» e la SMSR. Non appena la costituzione di questa commissione sarà completa, lo si comunicherà.

9.2 Corso per i medici di famiglia

Il *dott. Bernard Arnet (ZH)* si riferisce all'articolo apparso nel BMS No 12/2001 concernente la piattaforma svizzera di cure d'urgenza della FMH. Vi si postula in particolare dei criteri di qualità per i servizi d'urgenza dei medici di famiglia e la frequenza di corsi. Il dott. Arnet desidera sapere quale sia il grado vincolante delle direttive derivanti dalla suddetta piattaforma, quale sia la situazione per quel che concerne i criteri di qualità e che cosa è previsto in seguito.

Una risposta gli è fornita dal *dott. Reto Laetsch*, che precisa che la suddetta piattaforma è una struttura di dialogo che riunisce la SSMG, la Società svizzera di medicina interna, la Società svizzera di chirurgia, la Società svizzera di pediatria, la società svizzera di anesthesiologia e di rianimazione e la Società svizzera di medicina intensiva, come anche la Società svizzera di medicina d'urgenza e di salvataggio. Questa piattaforma è stata creata per rispondere ai desideri di alcune SMS. La piattaforma ha fissato questi criteri di qualità per colmare una lacuna nella catena dei soccorsi. Per quel che concerne i criteri stabiliti, non sono vincolanti e non costituiscono delle direttive; non hanno neppure nessuna articolazione con le disposizioni della FMH sul perfezionamento professionale e sull'aggiornamento. Non bisogna neppure vedere i segni precursori di un titolo o di un attestato di perfezionamento professionale. Per quel che concerne le sanzioni, la piattaforma non ha il diritto di emanarne.

Dopo che il *dott. Urs. Naegeli (GL)* ha ringraziato a nome di tutti – e nella lingua di Dante – i nostri ospiti ticinesi dell'Ordine per la loro ospitalità amichevole e calorosa e che il *presidente H. H. Brunner* ha annunciato che si sarebbe ormai ritirato dai compiti operativi legati alla TARMED, fatta eccezione per il reengineering, ringraziando tutti coloro che l'hanno aiutato, anche tramite le loro critiche, è venuto il momento di chiudere la seduta. Sono le 16.40 passate.