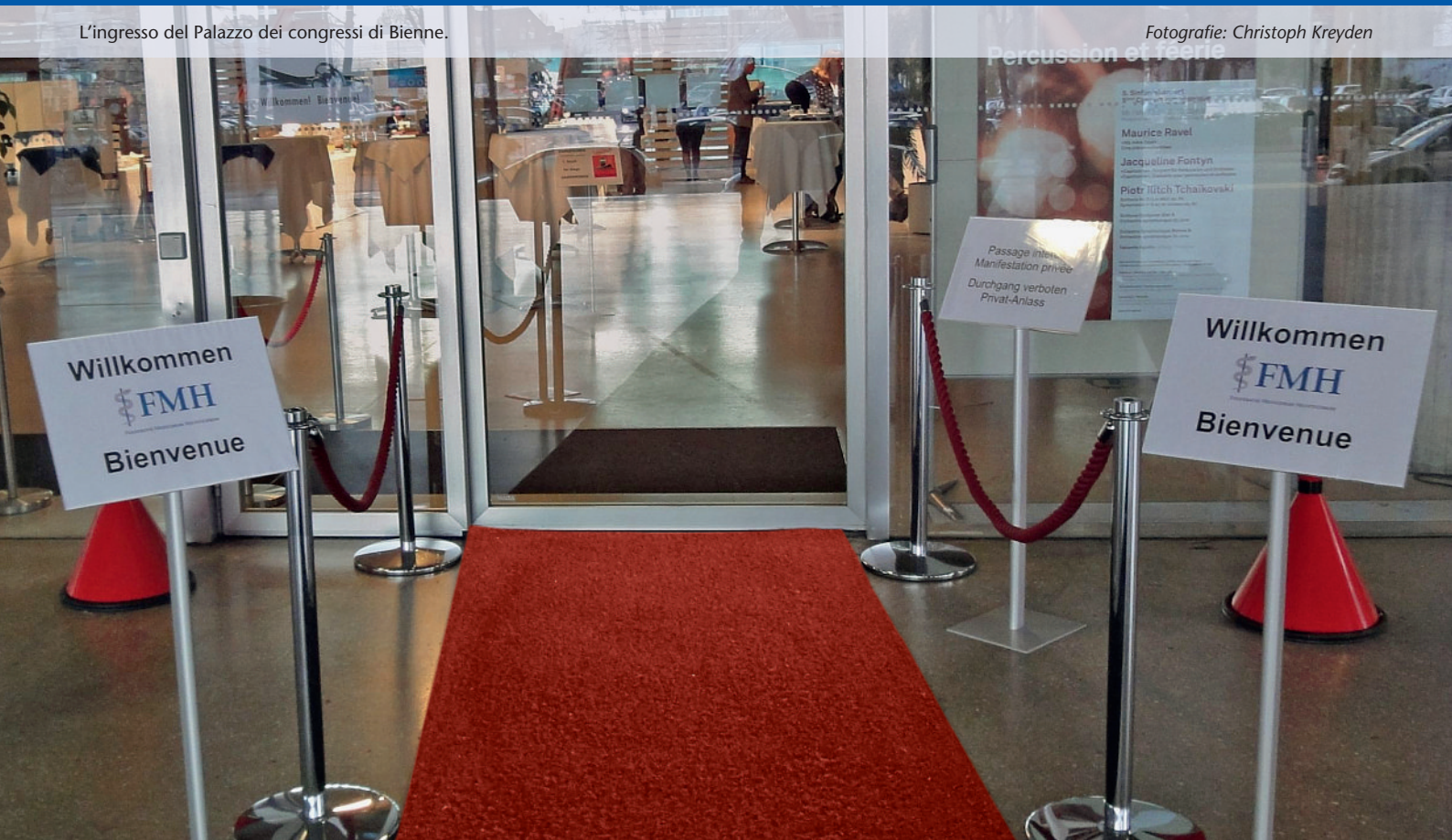


L'ingresso del Palazzo dei congressi di Bienne.

Fotografie: Christoph Kreyden



Palazzo dei congressi di Bienne, 10 dicembre 2009

## Protocollo della Camera medica straordinaria

Erika Flückiger,  
responsabile dei servizi

Un glossario delle  
abbreviazioni principali  
da noi utilizzate si  
trova a pagina 169.

Nota della redattrice del protocollo: per facilitare la lettura, i punti all'ordine del giorno vengono riportati qui di seguito secondo l'ordine del giorno modificato all'inizio della seduta.

### Benvenuto, comunicazioni, costituzione dell'ufficio

Raggiunto il quorum necessario della metà dei delegati, Jacques de Haller, presidente della FMH, apre alle 13.35 la seduta straordinaria della Camera medica. Argomento principale della Camera medica odierna di mezza giornata è l'elezione del presidente dell'ISFM (Istituto svizzero per la formazione medica). Il presidente saluta i delegati presenti e gli ospiti: Hans Rudolf Koelz e Jean-Pierre Keller, i due vicepresidenti dell'ISFM, Roland Schwarz e Adrian Sury, i due rappresentanti della Commissione di gestione (CdG): Bruno Kesseli, capo redattore del Bollettino dei medici svizzeri (BMS) nonché Reinhard Kunz, direttore di FMH Services.

Dopo aver dato alcune informazioni d'ordine organizzativo, il presidente comunica quindi la composizione dell'Ufficio della seduta, di cui fanno parte il presidente della FMH, il vicepresidente Ernst Gähler (Ignazio Cassis, il secondo vicepresidente, non è presente alla seduta a causa di una riunione del Consiglio nazionale), il segretario generale e gli scrutatori seguenti: Pierre Vallon/SGPP, Günther Gruber/Radioncologia (SRO), Philippe Vuillemin/VD, Tobias Ehmman/LU, Philipp Bertschinger/Gastroenterologia (SSG), Carlo Moll/

AMDHS, Britta Hafner/AI,AR, Urs von Wartburg/Chirurgia della mano (SSCM), David U. Hutter/ASM, Christoph Bosshard/ASM.

Il presidente fissa alle 17.30 l'ora dopo la quale non si potranno tenere più né votazioni né elezioni.

### Ordine del giorno

Le proposte, che i delegati avevano già ricevuto per posta complementariamente, sono state consegnate loro anche al controllo dell'entrata in sala come materiale per la riunione.

Christoph Bosshard/ASM chiede che la proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno 7/Varie debba essere trattata come punto autonomo, su cui si possa decidere. Il presidente fa votare i delegati sul cambiamento dell'ordine del giorno come richiesto (è necessaria una maggioranza di 2/3). La proposta viene approvata a grande maggioranza, con 4 voti contrari e alcune astensioni.

Il presidente prega quindi il segretario generale Daniel Herzog di presentare i nuovi collaboratori e le nuove collaboratrici che dal 1 giugno lavorano alla FMH. Nell'ordine di inizio dell'attività si tratta di: Verena Schicker, collaboratrice PSM (Prestazioni di servizio membri), entrata il 1 giugno 2009; Sylvain Fayssse, re-

sponsabile del servizio di traduzione, entrato il 13 luglio 2009; *Liliane Manz*, assistente del presidente della FMH/segreteria comitato direttivo, entrata il 1 agosto 2009; *Myriam Mösching*, segreteria servizio tariffario, entrata il 1 agosto 2009; *Mariko Küng*, segreteria Servizio giuridico e settore ASM (assistente di studio medico), entrata il 1 ottobre 2009; *Varja Nikolic*, collaboratrice scientifica DDQ (dati, demografia e qualità), entrata il 1 ottobre 2009, *Susanne Christen*, medico, servizio tariffario/settore Tariffe e contratti, entrata il 16 novembre 2009.

### Elezione del presidente dell'ISFM

*Il presidente informa che su questo punto dell'ordine del giorno sono state presentate diverse proposte analoghe da diverse organizzazioni (Jürg Nadig/SSOM e SFSM, Christoph Bosshard/ASMAC, Urban Laffer/fmCh, Christoph Ramstein/VEDAG, Werner Bauer/SSMI) che sono riunite nella proposta N. 1 relativa al punto 2 dell'ordine del giorno. Gli autori della proposta richiedono «che la Camera medica confermi nel regolamento di gestione dell'ISFM, prima dell'elezione del presidente dell'ISFM, le regolamentazioni, secondo le quali la CdG è competente per le condizioni di assunzione del presidente dell'ISFM e il comitato dell'ISFM per quelle del direttore. Il Comitato centrale è incaricato di fissare questa regolamentazione ed eventuali altre, negli statuti e nel regolamento di esecuzione della FMH, in modo da assicurare un funzionamento corretto e indipendente dell'ISFM e che le modifiche statutarie e del regolamento di esecuzione siano presentate dal Comitato centrale all'Assemblea dei delegati (AD) dell'11 febbraio 2010 e alla Camera medica del 27 maggio 2010 affinché decida in proposito».*

*Il presidente dichiara che il Comitato centrale è disposto ad accettare questa proposta, ma con le nuance*

seguenti: formalmente la Camera medica non ha nessuna competenza per confermare il regolamento di gestione dell'ISFM, di cui è invece competente soltanto l'assemblea plenaria dell'ISFM. Il Comitato centrale considera prematura la scadenza dell'11 febbraio 2010, ritiene che il nuovo presidente dell'ISFM debba essere assolutamente integrato nelle discussioni, che una presentazione delle modifiche statutarie e del regolamento di esecuzione in occasione dell'Assemblea dei delegati (AD) del mese di marzo 2010 è più appropriata per quel che concerne le scadenze. Si disporrebbe così di abbastanza tempo per discutere la questione in vista di presentare alla Camera medica ordinaria del maggio 2010 una proposta affinché decida in merito.

*J. Nadig/SSOM e SFSM come anche Ch. Bosshard/ASMAC rimangono sulla loro posizione di una prima lettura in occasione dell'AD dell'11 febbraio 2010 e quindi sulla loro proposta senza le nuance formulate dal presidente. Hanspeter Kuhn/vicesegretario generale precisa all'attenzione del protocollo che l'accettazione della proposta al suo primo punto (conferma del regolamento di gestione dell'ISFM) non significa un'approvazione, ma dovrebbe essere intesa come una dichiarazione d'ordine politico. Marc Müller/CMG sottolinea come l'accettazione di questo punto della proposta rappresenterebbe un segnale forte da parte della Camera medica a favore dell'indipendenza dell'ISFM.*

Dopo che aver affermato ancora una volta con fermezza che il CC è d'accordo con i principi della proposta, il presidente ha invitato i delegati a votare.

La Camera medica approva all'unanimità la proposta N. 1 relativa al punto 2 dell'ordine del giorno, con 5 astensioni.

A questo punto prende la parola *Max Giger/presidente dell'ISFM e CC* per spiegare perché presenta la sua



I delegati seguono con grande attenzione i lavori della Camera medica.

candidatura per la carica: in considerazione del fatto che si auspica un ISFM forte verso l'esterno, considera che la procedura di selezione, dalla quale alla fin fine è risultato un unico candidato, sia insufficiente. Si mette quindi a disposizione ancora per un certo tempo durante il quale si dovrebbero cercare nuovamente dei candidati. Contemporaneamente sottolinea espressamente, però, che non si oppone né al candidato designato in seguito alla procedura di selezione né al candidato che si è messo a disposizione in un secondo tempo. Per questo motivo ritirerebbe la sua candidatura se la Camera medica dovesse rifiutare una nuova procedura di selezione dei candidati.

Contro la proposta del presidente di votare adesso sull'entrata in materia della procedura di elezione del presidente dell'ISFM – in cui un no significherebbe rimandare l'elezione – si oppongono C. Moll/AMDHS e Th. Keller/SZ. Ph. Vuillemin/VD è sorpreso che M. Giger abbia preso la parola in modo autoritario e si esprime in modo critico sul fatto che da quando è stato prolungato il periodo di carica di M. Giger, allo scopo di trovare il suo successore e introdurlo al suo compito, siano passati 18 mesi. È decisamente contrario ad un ulteriore prolungamento a tempo indeterminato dell'incarico di M. Giger. Tutti e tre gli oratori chiedono che il presidente della commissione di selezione presenti ora il suo rapporto alla Camera medica.

Il presidente cede la parola a Dieter Conen, presidente della commissione di selezione, che presenta ai delegati della Camera medica il rapporto sulla procedura di selezione: su richiesta del Comitato dell'ISFM, nel settembre del 2009 l'Assemblea dei delegati (AD) ha deciso di bandire un concorso pubblico del posto di presidente dell'ISFM, che sarà libero a partire dal 1 giugno 2010. Contemporaneamente una commissione di selezione è stata incaricata di valutare i candidati adatti, all'attenzione dell'odierna Camera medica straordinaria. Facevano parte della commissione i seguenti rappresentanti delle associazioni mantello: Werner Bauer/CMG, Jean Biaggi/fmCh, Daniel Bielinski/FMPP, Charles-Abram Favrod-Coune/SMSR, Claudia Ferrier-Guerra/OMCT, Carlo Moll/AMDHS, Jürg Nadig/SFSM, Christoph Ramstein/VEDAG, Raphael Stolz/ASMAC, Albert Urwyler/rappresentante della facoltà di medicina e come ospiti: Jacques de Haller/presidente della FMH, Hans Rudolf Koelz/vicepresidente dell'ISFM. Nella sua prima riunione la commissione ha definito il profilo richiesto e l'inserzione è stata pubblicata nel BMS N. 38. Delle sei persone che in totale hanno presentato la loro candidatura (5 uomini e 1 donna), la commissione di selezione invitò 3 uomini e 1 donna a un'intervista approfondita. Dalla procedura di valutazione risultarono alla fine 2 candidati, che la commissione di selezione intendeva presentare alla Camera medica straordinaria odierna. Una delle due persone ha, però, ritirato la propria candidatura a fine novembre 2009, per cui come unico candidato che sia passato attraverso la procedura di selezione e che viene raccomandato per l'ele-

zione da parte della commissione di selezione rimane Pierre-François Cuénoud, attualmente membro del Comitato centrale. Nel frattempo ha presentato la sua candidatura Werner Bauer.

La descrizione molto dettagliata del presidente della commissione di selezione su come si sono svolte le interviste con i singoli candidati, citandoli per nome, ha suscitato le veementi proteste da parte di Ch. Bossard/ASMAC, che richiede che si rinunci completamente a questa parte del rapporto oppure che per lo meno non vengano citati i nomi dei candidati che non sono stati prescelti. La candidata presente in sala ha criticato notevolmente il modo per niente professionale con il quale la commissione ha svolto l'intervista.

Alla fine del rapporto, il presidente pone ancora una volta ai delegati la domanda se desiderano che venga presentata una domanda di non entrata in materia. Siccome non è il caso, si considera decisa l'entrata in materia relativa allo svolgimento dell'elezione. Alla domanda del presidente a M. Giger se intende mantenere la propria candidatura oppure no, questi conferma di non candidarsi.

Il presidente spiega che, fino all'inizio della procedura di voto, accanto ai due candidati al momento noti, P.-F. Cuénoud e W. Bauer, i nostri statuti prevedono che chiunque fosse interessato può presentare la propria candidatura e si informa se tra i presenti ci sia qualcuno che desideri candidarsi alla carica di presidente. Non sembra essere il caso. Questo modo di procedere provoca delle critiche da parte di diversi delegati, in particolare da parte dell'AMDHS. C. Moll e Hansueli Würsten considerano che la candidatura di W. Bauer non sia corretta nei confronti del candidato P.-F. Cuénoud, che ha dovuto sottoporsi all'intera procedura di selezione. H. Würsten è del parere che all'elezione dovrebbe essere presentato soltanto P.-F. Cuénoud e che, se questi non dovesse essere eletto, si dovrebbe iniziare tutta la procedura dall'inizio.

Il presidente ripete ancora una volta che la procedura è democratica e che sull'idoneità di uno o dell'altro candidato si potrà poi discutere, quando avranno lasciato la sala. Se la Camera medica è di parere diverso, si aspetta ora una mozione d'ordine, che non viene però presentata. Il presidente sottolinea che i delegati avevano ricevuto in un secondo tempo la documentazione sui candidati e propone quindi di ascoltare i due candidati.

Il presidente cede la parola a W. Bauer.

Werner Bauer spiega di non volere assolutamente essere un candidato «selvaggio». In quanto membro della commissione di selezione ha partecipato ai suoi lavori e considera che si sia lavorato seriamente. Alla fine, però, è rimasto un unico candidato. Sono stati in molti a chiedergli se non potesse immaginarsi di assumersi questa carica. L'idea l'ha poi entusiasmato. Per tutta una lunga fine settimana ha riflettuto sul problema, giungendo alla conclusione che assumerebbe volentieri questo compito. In poche parole rias-

sume il suo curriculum vitae, per parlare più dettagliatamente degli obiettivi che si fisserebbe in qualità di presidente dell'ISFM: l'organizzazione del perfezionamento professionale e della formazione continua rappresenta un compito essenziale della politica professionale dei medici e deve tenere conto di aspetti estremamente diversi: strutturare i programmi di perfezionamento professionale per la giovane generazione di medici, rispettare le esigenze poste da pazienti e dall'opinione pubblica, promuovere un'elevata qualità del lavoro ed evitare una regolamentazione eccessiva. La tendenza che si osserva a livello mondiale è di limitare l'influenza del corpo medico nell'elaborazione dei regolamenti, affidandone l'applicazione e la responsabilità ad altre persone implicate, perché – così viene argomentato – non è accettabile un'interdipendenza di interessi materiali e di guida per il perfezionamento professionale e la formazione continua nell'ambito della stessa organizzazione medica. In questo contesto W. Bauer desidererebbe quindi continuare sulla via su cui è stato indirizzato l'Istituto svizzero per la formazione medica al momento della sua fondazione e integrarlo strettamente nel sistema sanitario in quanto istituzione indipendente a cui possano partecipare le istituzioni pubbliche. W. Bauer desidera inoltre contribuire a fare in modo che in Svizzera l'insegnamento («teaching») venga rivalutato e a cercare di creare una variante elvetica, analoga alla tradizione soprattutto nei Paesi anglosassoni dei «Colleges of Physicians» in quanto istituzioni sotto tutela medica e molto repute. Nei prossimi anni desidera potersi impegnare con entusiasmo a favore di un perfezionamento professionale strutturato, modulare, su basi finanziarie solide, che costituisce il futuro del nostro corpo medico, come anche per una formazione continua appropriata incentrata sulla responsabilità personale e garante della qualità dell'attività medica.



Il nuovo presidente dell'ISFM: Dr. med. Werner Bauer.

Il presidente cede quindi la parola a P.-F. Cuénoud. Pierre-François Cuénoud spiega all'inizio del suo intervento che la formazione delle nuove generazioni è stata da sempre il filo conduttore nei suoi 9 anni di attività in un centro per il perfezionamento in chirurgia e che per questa carica si chiede chiaramente esperienza in campo didattico. Ma più che parlare della sua candidatura, che è disponibile in forma scritta, desidererebbe rispondere alla domanda se un membro attuale del Comitato centrale sia in grado di dimostrare l'indipendenza dell'ISFM. In caso di elezione, darebbe subito le sue dimissioni dal Comitato centrale. Anche all'interno del CC ha sempre diretto in modo autonomo un campo di attività. SwissDRG si trova ora sui binari giusti, dispone di un'équipe di collaboratori molto capaci che forniscono un lavoro di qualità e rimane sufficiente tempo per trovare un successore. È pronto ad affrontare nuovi challenge e nei prossimi 10 anni è pronto a dedicarsi a qualche cosa di nuovo e, con molto impegno, sviluppare una visione convincente per il perfezionamento professionale medico e la formazione continua, mettere al servizio del nuovo ISFM le sue conoscenze, le sue relazioni e la sua esperienza, in modo da assicurare al neocostituito istituto la dovuta posizione nei confronti della Confederazione, dei Cantoni, delle università e degli ospedali.

Dopo che su richiesta del presidente i due candidati hanno lasciato la sala, il presidente dichiara aperta la discussione.

Diversi oratori sottolineano i vantaggi di un candidato rispetto all'altro: gli uni si pronunciano a favore di un medico ospedaliero, in considerazione del fatto che il 90% del perfezionamento professionale ha luogo negli ospedali, gli altri sottolineano l'importanza di conoscenze concrete nelle questioni riguardanti il perfezionamento professionale e la formazione continua. Si argomenta anche che per l'opinione pubblica la persona di P.-F. Cuénoud, in quanto responsabile all'interno del CC del SwissDRG, è molto noto al pubblico in correlazione con il settore delle finanze e delle tariffe, lo si conosce come «Mr. DRG», il che potrebbe arrecare pregiudizio alla volontà di rafforzare l'indipendenza dell'ISFM. Ad altri oratori dispiacerebbe che si dovesse procedere a un cambiamento in seno allo stato maggiore del SwissDRG proprio adesso che è imminente l'introduzione del DRG. Tutti sono concordi nell'affermare che si deve scegliere tra due candidati di spicco. Per finire diversi delegati riassumono perfettamente la situazione affermando che i due candidati sarebbero più utili alla FMH se P.-F. Cuénoud rimanesse nel CC, continuando ad occuparsi del settore SwissDRG, e W. Bauer fosse eletto oggi presidente dell'ISFM. Il fatto di avere queste personalità eccezionali in queste due posizioni chiave, contribuirebbe ad assicurare alla FMH una posizione di forza.

Dopo che non viene più chiesta la parola, il presidente tiene a sottolineare espressamente che il Comitato centrale, che ha visto i due candidati e che a mez-

zogiorno aveva discusso brevemente ancora una volta la situazione di partenza, è unanime nell'affermare che potrebbe collaborare molto bene con tutti e due i candidati. Spiega quindi come si procederà: per questa elezione è necessaria la maggioranza assoluta, le schede bianche sono valide e contano per determinare la maggioranza assoluta. Il *presidente* chiede agli scrutatori di raccogliere le schede di voto e di portare le urne nell'ufficio elettorale dove i voti verranno contati dai collaboratori del Segretariato generale della FMH sotto la direzione di Christoph Kreyden.

*(Mentre vengono contati i voti, il presidente cede la parola a Daniel Herren per le informazioni sul suo settore DDQ, punto dell'ordine del giorno 5.1.)*

Il *presidente* annuncia quindi il risultato del 1° scrutinio: schede raccolte: 165; valide: 162; astensioni: 3; schede non valide: 0; totale schede valide: 165, maggioranza assoluta: 83. Con 143 voti viene eletto primo presidente dell'ISFM: Werner Bauer

Il *presidente Jacques de Haller* si congratula con W. Bauer per la sua elezione e per l'ampio sostegno dimostrato dalla Camera medica. Quest'ultima applaude lungamente e calorosamente il neo eletto presidente. W. Bauer ringrazia cordialmente per la fiducia espressagli e si dice quanto mai commosso. Per lui è molto importante poter contare su un così ampio sostegno da parte della Camera medica e si rallegra per la collaborazione con le diverse istanze. Dopo di che esprime a Max Giger e alla sua équipe la sua gratitudine.

### **Modifiche statutarie e del regolamento di esecuzione, aggiornamento del codice deontologico**

#### **Ammissione della Società svizzera di medicina manuale (SSMM) nella Camera medica svizzera come organizzazione medica con diritto di consultazione**

Il Comitato centrale chiede alla Camera medica di ammettere la Società svizzera di medicina manuale (SSMM) come organizzazione con diritto di consultazione conformemente all'art. 25 cpv. 2 dello statuto della FMH.

Sull'argomento non viene chiesta la parola. Il *presidente* passa alla votazione.

La Camera medica *approva* la proposta N. 1 relativa al punto dell'ordine del giorno N. 3.1 a grande maggioranza, con un voto contrario e 8 astensioni. L'appendice III dello statuto della FMH viene completata con la Società svizzera di medicina manuale.

#### **Informazioni sul sistema salariale previsto per il Comitato centrale**

In seguito ad una proposta presentata da Ch. Ramstein/VEDAG, la Camera medica ordinaria del 28 maggio 2009 aveva incaricato il Comitato centrale di elaborare una proposta per l'applicazione del postulato

de facto che prevedeva la pubblicazione dei salari del CC. Il *presidente* spiega che le riflessioni del Comitato avevano due obiettivi: assicurare la trasparenza per quel che riguarda gli organi della FMH adatti ed evitare malintesi verso l'esterno. Il Comitato centrale è giunto alla conclusione che l'organo adatto per la «pubblicazione dei salari del CC» sia l'Assemblea dei delegati (AD). Grazie alle sue dimensioni limitate, l'Assemblea dei delegati è il luogo adatto per discutere questo argomento e chiarire eventuali domande. L'Assemblea dei delegati ha approvato questa proposta nella sua riunione del 10 settembre 2009. Anche la Commissione di gestione (CdG) è favorevole alla soluzione proposta.

Il Comitato centrale presenta quindi alla Camera medica la *proposta N. 1 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2*, secondo cui il CC informa l'AD sul sistema salariale fissato dalla CdG per il CC. Di regola queste informazioni non devono essere né pubblicate né messe a protocollo.

Da parte dell'ASMAC e della Società medica del Canton Berna viene manifestata una certa opposizione a questa proposta. Ch. Bosshard spiega la proposta dell'ASMAC, N. 2 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2: l'ASMAC si dice d'accordo sul fatto che il CC informi l'Assemblea dei delegati sul sistema salariale fissato dalla CdG per il CC. Ma in più dovrebbe essere comunicato per iscritto annualmente a tutti i delegati della Camera medica l'importo totale versato ai membri del CC e l'importo più alto ricevuto da un membro deve essere indicato separatamente.

Jürg Schlup/BE spiega la proposta della Società medica bernese, per la quale non è sufficiente un'informazione sul solo sistema salariale (e non sulle cifre effettive) come propone il CC. La Società medica bernese comunica ogni anno le remunerazioni in modo individuale. Secondo la sua proposta i salari annui dei singoli membri del CC devono essere comunicati annualmente ai delegati della Camera medica.

Il *presidente* apre la discussione, ma nessuno chiede la parola. Jacques de Haller spiega quindi ancora una volta la proposta del CC. Il CC considera che sia giusto che siano resi noti i suoi salari effettivi. All'AD sono rappresentate tutte le associazioni mantello. Ma se la Camera medica discutesse sui salari del CC, le discussioni verrebbero messe a verbale, il verbale della Camera medica viene pubblicato nel BMS, che può essere letto da chiunque. Considera che non sia necessario provocare delle discussioni tra l'opinione pubblica, soprattutto che quando si tratta di salari, sorgono molto spesso dei malintesi. Il CC è chiaramente a favore della trasparenza, ma nei confronti dell'AD, dove sono rappresentati tutti.

J. Schlup/BE precisa ancora una volta che la sua società non è d'accordo che il CC pubblichi soltanto il sistema salariale, ma non i salari stessi, e che intenda dare quest'informazione soltanto oralmente e non per iscritto.

*Il presidente* ripete che con sistema salariale si intendono i diversi livelli salariali. *Ch. Ramstein/VEDAG*, in quanto autore di questa proposta, spiega che gli basterebbero le spiegazioni del presidente e che la sua proposta ha quindi trovato risposta. In questo caso, *J. Schlup/BE* richiede dal presidente una formulazione più precisa della proposta del CC, che deve essere messa a protocollo. *D. Herzog/segretario generale* propone che il termine «sistema salariale» sia sostituito con «sistema salariale inclusi importi salariali».

*J. Schlup/BE* mantiene la sua proposta.

*Il presidente* invita la Camera medica a votare prima sulla proposta N. 3 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2 presentata da *J. Schlup/BE*.

La Camera medica approva questa proposta con 72 voti favorevoli, 49 voti contrari, senza astensioni. *Ch. Bosshard/ASMAC* ritira quindi la sua proposta N. 2 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2.

*Il presidente* fa quindi votare sulla proposta N. 3/ *J. Schlup/BE* e sulla proposta N. 1/CC.

La Camera medica si esprime con 88 voti a favore della proposta N. 3 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2 presentata da *J. Schlup/BE*. La proposta del CC, N. 1 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.2, riceve 59 voti.

#### **Standard per centri di teleconsultazione: complemento al Codice deontologico**

*Hanspeter Kuhn/vicesegretario generale* spiega la proposta del Comitato centrale N. 1a relativa al punto dell'ordine del giorno 3.3. Già da qualche tempo si è fatta sentire la necessità di elaborare degli standard svizzeri per i centri di teleconsultazione. Il processo è stato accelerato dall'urgente revisione della LAMaL del consigliere federale Pascal Couchepin (obbligo per gli assicuratori di offrire la consulenza telefonica). In un gruppo di lavoro, in cui avevano collaborato in particolar modo i rappresentanti della Società svizzera di telemedicina, ha redatto una bozza di questi standard per i centri di telecomunicazione. Il compito è stato facilitato dal fatto che dal settembre 2009 è disponibile una bozza internazionale per questi standard, che ha potuto essere utilizzata come base di lavoro. L'Assemblea dei delegati tenutasi il 18 novembre 2009 ha decretato che in realtà non sia più così chiaramente possibile fare una divisione tra centri di teleconsultazione e centrali telefoniche per il pronto soccorso e che convenga presentare alla Camera medica un testo più breve possibile per completare il Codice deontologico. Gli standard stessi devono essere elaborati e presentati ancora una volta all'AD in un secondo tempo. Ai membri del gruppo di lavoro esistente deve associarsi un rappresentante delle istituzioni proprie dei medici per il pronto soccorso.

La proposta N. 1a del Comitato centrale propone il seguente art. 33ter: «Le istituzioni che offrono ai pazienti delle teleconsultazioni, fanno parte della medicina. Dispongono di un'autorizzazione di esercizio e/o autorizzazione di esercitare la professione e di un'adeguata assicurazione

di responsabilità civile. Per quel che concerne il loro finanziamento, la loro organizzazione, il personale e i loro locali sono indipendenti dall'industria farmaceutica (imprese che producono medicinali e dispositivi medici) e dalle assicurazioni (casce malattie, altri assicuratori sociali e privati). Osservano gli standard svizzeri per i centri di teleconsultazione».

*J. Schlup/BE* motiva la sua proposta N. 2 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.3 con il fatto di voler evitare che ci si limiti in modo inutile a causa della formulazione del nuovo articolo 33ter, perché i call center non medici beneficiano già di convenzioni tali che la proposta del CC li vuole escludere e sono indipendenti dalle prestazioni delle assicurazioni. Le istituzioni di pronto soccorso proprie dei medici si batterebbero ad armi ineguali su questo mercato, perché gli si toglierebbe la possibilità di concludere degli accordi finanziari con gli assicuratori. Per questo motivo desidererebbe anche abbreviare il testo anche perché l'appendice – gli standard – non è ancora definitivo. *T. Heuberger/BE* è favorevole alla proposta bernese semplificata: nel codice deontologico si devono formulare soltanto i principi, mentre le considerazioni e gli standard rientrano nell'appendice che è pure vincolante per tutti. *Charles-Abram Favrod-Coune/VD* desidera esprimere un desiderio, che non modifica la proposta del CC né quella bernese, cui tuttavia va la sua preferenza. I call center, o come li si vogliono chiamare, sono delle istituzioni estremamente importanti, soprattutto per i medici del pronto soccorso, in particolare nelle zone periferiche in cui è particolarmente necessario uno smistamento efficiente. Per questi medici sarebbe veramente peccato se queste istituzioni non potessero svilupparsi. Cita come esempio il Vallese, un cantone di montagna con troppo pochi medici e che ha potuto risolvere il problema del servizio di pronto soccorso soltanto grazie alla realizzazione di un centro telefonico organizzato in modo molto intelligente. Con questo non vuole sostenere che tutti i centri telefonici debbano essere organizzati secondo l'esempio del Vallese, ma in questo caso è stata realizzata una formula molto valida. Con una certa sorpresa ha letto che il gruppo di lavoro deve essere completato con dei medici che esercitano in centri di pronto soccorso. Auspica che nel gruppo di lavoro vengano coinvolti anche dei medici installati in zone periferiche, ma anche dei medici che esercitano in città dove, se così si può dire, c'è una pleora di medici di primo ricorso. Secondo il presidente è senz'altro possibile soddisfare questo desiderio. Il presidente cede quindi la parola a *Hugo Kupferschmidt/SSFTC* per la sua proposta N. 3 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.3, con la quale si chiede che, se accettata, la proposta del CC venga completata come segue: «Il Centro svizzero d'informazione tossicologica non viene considerato come un centro di teleconsultazione ai sensi di questo articolo.» Se il breve testo della proposta di *J. Schlup/BE* fosse accettato, la proposta della SSFTC sarebbe caduca. *H. Kupferschmidt* spiega che l'attività del Centro di in-

formazione tossicologica è direttamente interessata dagli standard e non è compatibile con la formulazione attuale degli standard come presentata nel progetto. Inoltre, il Centro di informazione tossicologica non è stato consultato né per la formulazione dell'articolo né per l'elaborazione degli standard; ne deduce che non si è pensato al Centro di informazione tossicologica. *Hp. Kuhn/vicesegretario generale* conferma che, in effetti, nessuno ha pensato a contattare il Centro. Dalle discussioni nell'ambito dell'AD come in quelle odierne della Camera medica risulta chiaramente che gli standard devono essere riformulati, che non devono essere applicati soltanto ai centri di teleconsultazione (che è la loro principale occupazione), ma coprire anche una medicina d'urgenza in modo appropriato. Quando si rifletterà su quali regole si addicano meglio a quali istituzioni, si troverà senza problema una regolamentazione opportuna anche per il Centro di informazione tossicologica. *H. Kupferschmidt/SSFTC* propone che si voti dapprima sulla proposta di J. Schlup/BE, perché a seconda del risultato la sua proposta potrebbe essere caduca.

*Il presidente* accoglie la domanda e mette in votazione la proposta J. Schlup/BE N. 2 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.3 secondo cui: «Le istituzioni che offrono ai pazienti delle teleconsultazioni mediche rientrano nella medicina. Queste istituzioni devono rispettare degli standard che sono definiti in un'appendice.» La Camera medica approva questa proposta a grande maggioranza, con due voti contrari e 5 astensioni. *H. Kupferschmidt/SSFTC* ritira quindi, come annunciato, la sua proposta N. 3 relativa al punto dell'ordine del giorno 3.3.

### **Conferma di delegati per l'Assemblea dei delegati della FMH**

Alla Camera medica è stata presentata una proposta sulle mutazioni seguenti all'Assemblea dei delegati:

Delegati ordinari: FMPP: Hélène Beutler, Moutier, in sostituzione di Jürg Unger, Zurigo, che ha dato le dimissioni.

Delegati supplenti: Christian Bernath, Thalwil, in sostituzione di Giampiero Enderli, Locarno, che ha dato le dimissioni.

Poiché non viene richiesta la parola, *il presidente* mette in votazione la *proposta N. 1 relativa al punto dell'ordine del giorno 4 del Comitato centrale*. La Camera medica *conferma all'unanimità* le mutazioni proposte.

### **Informazioni dai settori di attività**

#### **Strategia «Qualità» della Confederazione e accordo relativo alla creazione di una commissione «Qualità» con santésuisse.**

*(Queste informazioni vengono date mentre si contano i voti al punto all'ordine del giorno 2/Elezione del presidente dell'ISFM.)*

*Daniel Herren, responsabile del settore DDQ al Comitato centrale* informa quindi i delegati su due dossier

d'attualità nel suo settore di attività. Si tratta, dapprima, della strategia «qualità» adottata dalla Confederazione, finalmente pubblicata dopo un periodo di attesa particolarmente lungo e di cui fa un breve riassunto indicando gli obiettivi della Confederazione e, quindi, le loro conseguenze per la FMH e in particolare per il settore DDQ: il documento «strategia qualità» descrive la visione della Confederazione che si basa su un'elevata qualità delle cure ambulatoriali e di quelle ospedaliere a costi appropriati e sopportabili, sul ruolo dirigente della Confederazione nell'assicurazione della qualità e una chiara ripartizione dei ruoli, che regola le competenze, i settori di responsabilità e la coordinazione tra i differenti attori (Confederazione – Cantoni – assicuratori – fornitori di prestazioni – pazienti – altri).

Obiettivo della Confederazione è migliorare continuamente la qualità del sistema sanitario svizzero, in modo sostenibile e provabile. In questo senso le misure per aumentare la qualità devono seguire una procedura istituzionalizzata e definita dalla Confederazione (con il coinvolgimento e la coordinazione dei diversi attori). La Confederazione formula gli obiettivi politici «qualità», che si concentrano sulla definizione di punti principali e delle priorità per un determinato periodo e si assicura che vengano create le strutture e vengano messi a disposizione i mezzi necessari a una realizzazione sostenibile della strategia della qualità. Viene continuamente sottolineato che la Confederazione vuole assumere il ruolo di leader, perché crea le condizioni necessarie, definisce i progetti, chiarisce i ruoli – ogni attore deve ricevere delle indicazioni chiare riguardo ai ruoli e deve anche essere coinvolto nella realizzazione della strategia «Qualità» – nonché concretizza le opzioni di attività e definisce i programmi di attività. A proposito della concretizzazione: entro marzo 2010 una direzione di progetto incaricata dalla Confederazione dovrà definire il progetto in modo dettagliato. Entro la fine del 2011 la strategia «Qualità» dovrà essere concretizzata e un'organizzazione nazionale dovrà essere instaurata per coordinare le attività in materia di qualità, e questo sia nel settore ambulatoriale che in quello ospedaliero. Nel frattempo la Confederazione porterà avanti le sue attività (sino ad ora relativamente modeste). Nella strategia «Qualità» della Confederazione sono definiti 9 campi d'attività: direzione e responsabilità; capacità di realizzazione (risorse; informazione; incentivi, concezione del sistema di cure; ricerca sui sistemi di cure e ricerca concomitante; formazione; coinvolgimento dei pazienti e della popolazione). Questi nove campi costituiranno la struttura della strategia «Qualità». I costi sono stimati a 20–25 milioni di franchi quando l'organizzazione nazionale sarà del tutto operativa a partire dal 2012, ma non si sa a che cosa servirà esattamente questo denaro. Il tutto dovrà essere finanziato eventualmente tramite i premi di assicurazione malattia e infortuni, un partenariato misto pubblico/privato (private public partnership) oppure tra-

mite il budget ordinario della Confederazione e dei Cantoni. Nel documento strategico non viene fissata nessuna priorità.

Valutazione dal punto di vista del settore d'attività DDQ: dopo un anno e mezzo di attesa, il documento strategico non presenta nessun elemento inatteso. Il settore di attività aveva anticipato la maggior parte dei contenuti e quindi non è rimasto sorpreso. È importante sottolineare – e questo punto viene ripetutamente ribadito – che per la Confederazione una cooperazione di tutti gli attori è estremamente importante. Dopo che il documento è stato disponibile, la FMH ha preso posizione all'attenzione del Consiglio federale. Il consigliere federale D. Burkhalter ha risposto rapidamente con una lettera positiva e molto aperta ed ha assicurato tra l'altro che l'UFSP si metterà in contatto nel corso del I trimestre 2010 per discutere con la FMH sull'estensione e sulle modalità del coinvolgimento della FMH nel progetto. L'obiettivo della FMH è di esercitare un'influenza sull'incarico di questo progetto che deve essere definito entro fine marzo. In generale si approva la creazione di un organo nazionale incaricato di coordinare le diverse parti coinvolte, in particolare all'interfaccia tra ambulatoriale/ospedaliero. Si approva anche il desiderio di ripartire i ruoli e di regolamentare le competenze. Altro punto positivo: al momento non è prevista nessuna modifica di legge che permette delle sanzioni dirette della Confederazione nei confronti dei fornitori di prestazioni. Si deve inoltre valutare positivamente il fatto che esista un margine di manovra che permette di tenere conto delle attività attuali in materia di qualità, portandole avanti. Si deve essere più critici, invece, per quel che concerne il coinvolgimento attuale degli attori dell'UFSP. In quanto membro del gruppo di riferimento esteso incaricato dell'elaborazione di questa strategia «Qualità», la FMH non ha praticamente avuto la possibilità di esercitare un'influenza, mentre la comunicazione nei confronti della FMH è stata quanto mai modesta: tra l'altro la FMH è stata

messa a conoscenza di questa strategia «Qualità» diverse ore dopo la stampa. Sino ad ora non è stata informata sulla composizione del gruppo incaricato della direzione del progetto; si cercherà qui di fare di tutto per ottenere queste informazioni e per esercitare un'influenza.

In questo contesto risultano i seguenti campi di attività per il settore DDQ: si stanno già elaborando i diversi campi di azione e si sta esaminando in quali campi di azione la FMH debba impegnarsi, in che modo, in quale forma e con chi. Le attività «Qualità» attuali della FMH non contraddicono la strategia «Qualità» della Confederazione e saranno portate avanti con determinazione.

Il secondo argomento d'attualità del settore DDQ concerne l'«accordo per delle concezioni per la garanzia e il controllo della fornitura delle prestazioni mediche», accordo firmato da santésuisse e FMH.

A questo risultato si è giunti grazie ad alcune attività svolte in precedenza. All'inizio ci fu un «gruppo di lavoro qualità FMH – santésuisse», senza un quadro formale. Piuttosto in fretta ci si è resi conto, però, che c'era una certa asimmetria nel posizionamento politico del gruppo di lavoro, e questo a causa dell'assenza di condizioni formali. Alla FMH il gruppo di lavoro era integrato nel CC, quindi al livello più alto, mentre i partner nelle discussioni non erano dei decisori all'interno di santésuisse. Nel dicembre 2008 la FMH sciolse, quindi, il suo gruppo di lavoro, ma portò avanti all'interno i lavori relativi al progetto Q-Monitoring, il nucleo vero e proprio della collaborazione. Questa situazione ha allora spinto santésuisse a riprendere i contatti con la FMH, auspicando che venissero ripresi i lavori in comune, questa volta con rappresentanti di santésuisse in grado di prendere delle decisioni a livello politico. La proposta di santésuisse prevedeva due fasi procedurali. Nella fase 1, stipulazione di un accordo di principio per regolare le modalità di lavoro del gruppo comune «Qualità»; nella fase 2, stipulazione di un accordo per regolare dei progetti pilota concreti. Si trattava di una proposta un po' complicata, ma che venne accolta positivamente dalla FMH e il suddetto accordo venne firmato.

Questo accordo soddisfa l'art. 58 e l'art. 59 LAMal e l'art. 77 OAMal. Suo obiettivo è quello di rielaborare insieme l'appendice 6 del contratto quadro attuale di TARMED relativo alla «Regolamentazione delle esigenze di qualità e dei criteri EAE». Il «Gruppo di lavoro qualità» comprende 4 rappresentanti della FMH e quattro di santésuisse.

*Daniel Herren* ringrazia quindi vivamente per l'ottimo lavoro svolto le sue collaboratrici del settore DDQ, un campo che richiede molto dinamismo.

*Ch.-A. Favrod-Coune/SVM* è convinto che in Svizzera numerosi medici ed istituzioni mediche pianifichino tutta una serie di progetti «Qualità» e desidera sapere se il finanziamento di questi progetti pilota sia già stato un argomento di discussione con santésuisse.



Il presidente Dr. med. Jacques de Haller dirige la Camera medica.



*D. Herren/CC* risponde che la prima riunione si terrà nel gennaio 2010 e l'accordo di base porterà come prima cosa a definire insieme i progetti pilota. Se *santésuisse* desiderasse partecipare nuovamente al progetto Q Monitoring, si dovrà formulare del tutto chiaramente quali saranno le modalità del finanziamento. Questo gruppo di lavoro Qualità continuerà certamente ad occuparsi dei modelli di incentivazione. Il Consiglio degli Stati ha accettato che siano offerte delle migliori possibilità contrattuali per un lavoro di buona qualità e anche i politici fanno pressione affinché venga regolata la questione del finanziamento e dell'incentivazione.

*J. Nadig/SSOM* chiede se anche la ricerca concomitante rientra nella strategia «Qualità» della Confederazione. *D. Herren/CC* risponde che la ricerca concomitante viene citata per nome, ma non discussa in modo approfondito. Il documento è molto neutrale sull'argomento.

*Vincenzo Liguori/II* si chiede se dietro all'interesse mostrato da *santésuisse* per la qualità del lavoro medico non si celi piuttosto l'intenzione di controllare ancora di più il lavoro del corpo medico e la sua redditività.

*D. Herren/CC* è convinto che a *santésuisse* ci siano delle cerchie che non hanno un vero interesse per la qualità, ma che vi si trovano anche persone con le quali si possa discutere in modo ragionevole e raggiungere gli obiettivi posti. Si è perfettamente coscienti delle potenziali tensioni.

Poiché non vengono più poste domande il presidente cede la parola a *Ernst Gähler/CC* affinché informi sul suo settore di attività «Paramedics» e «Tariffe e contratti».

#### **Settore Paramedics: nuova ordinanza sulla formazione delle assistenti di studio medico**

Con la creazione della nuova legge sulla formazione professionale nel 2004, la formazione della professione di assistente di studio medico è diventata una professione con un'apposita formazione riconosciuta dalla Confederazione. Tra il 2006 e il 2009 la commissione incaricata della riforma e della formazione, presieduta da Peter Tschudi, ha effettuato una revisione e un aggiornamento dei documenti per il tirocinio. La direzione strategica dei lavori era stata affidata all'Ufficio federale della formazione e della tecnologia/UFFT, la direzione operativa alla FMH. È stata formata un'organizzazione del mondo del lavoro/OdA, alla quale hanno partecipato la FMH, le due associazioni delle assistenti di studio medico SVA e FSAAM, nonché le direzioni delle scuole e i Cantoni.

Nel corso di tutto il processo di riforma sono state svolte numerose consultazioni.

La nuova ordinanza sulla formazione professionale è stata promulgata nel luglio del 2009 ed entrerà in vigore il 1 gennaio 2010. I punti principali della nuova ordinanza sulla formazione professionale «assistente di studio medico» sono i seguenti: dal 2004 la desi-

gnazione ufficiale della professione è «assistente di studio medico AFC (Attestato federale di capacità)»; la durata del tirocinio è rimasta di 3 anni. È ancora possibile frequentare parallelamente a questo apprendistato la scuola media professionale, i giorni di scuola sono regolati a livello cantonale. Il profilo professionale è stato adattato, è stata rinforzata l'importanza della responsabilità personale è definita nell'ordinanza. Le assistenti di studio medico beneficiano ora di una formazione approfondita in materia di comunicazione e di relazione con i pazienti, possono partecipare anche a delle supervisioni e partecipare a dei gruppi Balint. È stato soppresso il limite inferiore di età e i contenuti di apprendimento sono stati sincronizzati a livello svizzero. L'entrata in vigore della nuova ordinanza il 1 gennaio 2010 non mette tuttavia termine ai lavori della commissione, che continuerà a verificare la conformità del materiale didattico, a controllare il perfezionamento professionale e ad adattarli di conseguenza. Rientrano questi tra i compiti della Commissione per lo sviluppo professionale, che continuerà probabilmente ad essere presieduta da Peter Tschudi. Per maggiori informazioni sull'ordinanza sulla formazione professionale dell'assistente di studio medico consultare i siti Internet seguenti: [www.fmh.ch/Dienstleistungen/MPA](http://www.fmh.ch/Dienstleistungen/MPA) oppure [www.mpaschweiz.ch](http://www.mpaschweiz.ch). In gennaio verrà presentata nel BMS la nuova ordinanza sulla formazione professionale «Assistente di studio medico».

*(A questo punto sono date delle informazioni dal settore CC Promozione della salute e prevenzione. In seguito a una mozione d'ordine, le informazioni dal settore Tariffe e contratti sono rimandate alla fine della seduta.)*

#### **Tariffe e contratti**

*Ernst Gähler/CC* e responsabile del settore d'attività Tariffe e contratti informa quindi la Camera medica su diversi punti del suo settore.

- Revisione della struttura tariffaria TARMED:  
Il progetto 2010 viene attualmente bloccato da *santésuisse* che desidererebbe stipulare una convenzione dettagliata sui costi prima che venga avviato il progetto vero e proprio. Sino ad ora *santésuisse* ha presentato due proposte, ma nessuna delle due era accettabile. In occasione di un colloquio con *santésuisse*, al quale accanto alla FMH (E. Gähler) ha partecipato anche Urs Stoffel/ZH in rappresentanza della CMC, i medici hanno presentato una proposta costruttiva (semplificare la revisione della struttura tariffaria; adattare i modelli dei costi (KoReg per il settore ambulatoriale, INFRA per il settore ospedaliero, con dati attuali come salari, affitti, ecc.). Nell'insieme il punto cruciale sta prima di tutto nel mettere in ordine la struttura tariffaria, e in una seconda fase la tarifficazione. Tra i punti principali della revisione della struttura tariffaria ci sono anche il *miglioramento della situazione dei medici di primo ricorso* (possibile sol-

tanto con la creazione di un capitolo TARMED proprio per i medici di primo soccorso), *l'adattamento del punto tariffario* (valore del punto tariffario = 1 franco), la *tarifficazione* (nel settore LAMal tramite la LeiKoV). La delegazione della FMH ha chiaramente sottolineato che la revisione della struttura tariffaria non sarà neutrale per quel che concerne i costi, ma dovranno essere possibili degli aumenti. Nel frattempo santésuisse, in quanto federazione, approva questo modello sia livello politico che a livello tecnico, ma all'interno di santésuisse il modello deve essere ancora discusso con i diversi assicuratori e approvato. Il gruppo di coordinamento TARMED Suisse ha pure accettato la nostra proposta come base per il proseguimento dei lavori.

- Revisione del concetto di valore intrinseco:  
L'attuale concezione ancora in vigore del valore intrinseco 9.0, approvata a suo tempo con TARMED, presenta importanti lacune. Si è quindi deciso di sottoporla a revisione. I diplomi di aggiornamento (attestati di aggiornamento per i non membri della FMH) sostituiranno l'aggiornamento per i diritti acquisiti. Si tratta di una soluzione liberale, molto più semplice e rappresenta un progresso importante per il corpo medico. E. Gähler rinvia all'articolo di Christoph Hänggeli/FMH, pubblicato la settimana scorsa nel BMS. In una seconda fase si tratterà di semplificare anche i valori intrinseci qualitativi e di definirli in modo tale che anche i giovani colleghi, che non possono far valere dei diritti acquisiti, possano fatturare delle prestazioni mediche al di fuori del loro titolo di specialista, sempre che dispongano del perfezionamento professionale e dell'aggiornamento relativi.
- Lista delle analisi:  
La ditta INFRAS ha elaborato una concezione per il monitoraggio e la sta attualmente realizzando. È stato possibile integrarvi tutte le nostre richieste, tranne quella concernente il fatto che la Lista delle analisi sia calcolata correttamente. Questa situazione ci autorizza – come è stato anche confermato da parte dell'UFSP – a effettuare un monitoraggio più esteso. Il punto cruciale è costituito qui dall'accordo necessario per la fornitura dei dati. L'UFSP non può effettuare questo monitoraggio senza i dati del corpo medico. Noi chiediamo il diritto di esprimere il nostro punto di vista nel rapporto finale e nell'interpretazione dei risultati, vogliamo un indennizzo finanziario per il lavoro supplementare che abbiamo dovuto svolgere. P. Indra e Th. Zeltner dell'UFSP, presso cui si trova attualmente la nostra richiesta, hanno confermato che sarebbe possibile fare qualche cosa in questo senso. La FMH ha precisato chiaramente che non sarà fornito nessun dato prima che sia stato stipulato un accordo in materia. Nel monitoraggio esteso desideriamo riprodurre tutta la catena delle analisi,

in quanto è assolutamente determinante disporre anche dei dati dei laboratori industriali. Disponiamo dei dati della Cassa dei medici, di New-Index (provenienti dai centri fiduciari e dal servizio nazionale di consolidazione dei dati NAKO), dal centro di controllo della qualità e dai laboratori privati per i medici che – mediante un talloncino – ci hanno dato l'autorizzazione a ottenere i loro dati. Attualmente 1600 medici circa hanno messo a disposizione i loro dati. E. Gähler invita i delegati a motivare i loro colleghi a compilare e a spedire il talloncino, che è stato pubblicato due volte nel Bollettino dei medici svizzeri ed è stato inviato da diverse società mediche cantonali ai loro membri con le relative spiegazioni. Questi dati sono decisivi. Il monitoraggio esteso permetterà inoltre di effettuare una valutazione differenziata: le ripercussioni sul laboratorio dello studio medico potranno essere chiaramente rappresentate, in particolare per quel che concerne il calcolo corretto delle prestazioni come pure le ripercussioni sulla LeiKoV – importante per la tarifficazione del valore del punto tariffario nei prossimi anni – come anche le ripercussioni sulla TARMED stessa. Dal 1 luglio 2009 è in vigore una nuova Lista delle analisi. Le valutazioni effettuate sino ad ora hanno confermato le simulazioni e le costatazioni che avevamo fatto già prima dell'introduzione della nuova lista delle analisi e che avevamo presentato in modo dettagliato all'UFSP. I perdenti sono i medici generalisti e gli internisti, per i quali la cifra d'affari del laboratorio è diminuita del 25%. Dalle statistiche risulta che il corpo medico si è comportato sino ad ora in modo esemplare, concentrandosi su un'assistenza qualitativa dei suoi pazienti, piuttosto che sui loro interessi pecuniari come si insinua continuamente.

- Trattative sul valore del punto tariffario con la CTM:  
Qui ci sono poche novità. Se la convenzione sulla regolamentazione dei costi con santésuisse potrà essere firmata, il valore del punto tariffario aumenterà di 1 centesimo, mentre i 3 centesimi restanti, ai quali abbiamo diritto, andrebbero alla revisione delle strutture e là ci saranno accreditati. Il problema è costituito qui nuovamente dal legame con la revisione tariffaria 2010 e dall'immobilismo di santésuisse. Probabilmente, però, il 15 dicembre 2009 la CTM deciderà diversamente. Attualmente portiamo avanti i nostri lavori, altre eventuali misure da verificare sono state discusse nell'ambito dell'Assemblea dei delegati.
- Dispensazione diretta dei medicinali da parte dei medici:  
Qui si lotta su due piani: per motivi a volte molto singolari e difficilmente comprensibili a livello politico, la Confederazione desidererebbe sopprimere la dispensazione diretta dei medicinali da parte dei medici tramite la revisione della legge

sugli agenti terapeutici. La consultazione sul progetto di legge terminerà il 5 febbraio 2010. L'Assemblea dei delegati ha deciso all'unanimità, con poche astensioni, di sostenere la dispensazione diretta dei medicinali da parte dei medici; anche i medici della Svizzera romanda sostengono i colleghi della Svizzera tedesca. Per sviluppare queste strategie è stata creata una task force con i rappresentanti del VEDAG, della FMH, della CMC, della HÄCH e dell'APA.

Il secondo piano è la diminuzione dei margini: il consigliere federale Pascal Couchepin aveva annunciato una diminuzione dei margini dal 15 al 12% già per il 1 marzo 2010, il che significa delle perdite importanti nei cantoni che praticano la dispensazione dei medicinali da parte dei medici. La Commissione della sanità del Consiglio degli Stati ha richiesto in Parlamento addirittura una diminuzione all'8%, che fortunatamente è stata respinta dalle due Camere. È ancora in sospeso la mozione Diener/ZH, che mira a introdurre un margine differenziato tra il canale costituito dalle farmacie e il canale di distribuzione costituito dalla farmacia del medico. Questa mozione è stata trasmessa al Consiglio federale. Un gruppo di lavoro creato già da un certo tempo, cerca di trovare nuovi modelli per renderci indipendenti da questi margini.

Alla fine del suo rapporto E. Gähler/CC ringrazia cordialmente tutti i colleghi che collaborano nelle diverse commissioni per il loro sostegno e ringrazia altrettanto cordialmente i suoi collaboratori della FMH/settore Tariffe e contratti, diretto da Irène Marty, per il notevole lavoro svolto.

#### Altre comunicazioni

*Christine Romann/CC*-Settore promozione della salute e Prevenzione attira brevemente l'attenzione dei delegati su tre articoli pubblicati nel BSM sui progetti del suo settore di attività. Lo scopo di questi articoli è di presentare ai medici i progetti in corso di realizzazione da parte del corpo medico.

Il primo articolo già pubblicato nel BMS (N. 45/2009) si occupa del progetto CMG «Coaching della salute – un programma per la promozione della salute e la prevenzione nello studio del medico di base». Il secondo articolo si occupa del progetto «EviPrev, un programma per la prevenzione e la promozione della salute nello studio del medico di base» e sarà pubblicato in uno dei prossimi numeri del BMS. Il terzo articolo concerne il progetto «dialogo-salute – nuova medicina di base». Anche questo articolo sarà pubblicato prossimamente nel BMS.

*C. Romann/CC* presenta poi più dettagliatamente la legge sulla prevenzione. Incomincia ricordando brevemente l'articolo dello statuto della FMH secondo cui, tra l'altro, «la FMH vuole contribuire alla promozione della salute». Quest'affermazione costituisce la base statutaria delle attività nel suo settore di attività,

come anche dei lavori in relazione alla legge sulla prevenzione. Questa legge è accolta favorevolmente in particolare perché fornisce una base legale per le malattie psichiche e fisiche non trasmissibili e fissa importanti principi di promozione della salute – per esempio, l'obiettivo di eliminare le disuguaglianze sociali. È quindi anche importante valutare le ripercussioni sulla salute, cioè ogni questione presentata al Parlamento dovrà essere esaminata dal punto di vista delle conseguenze sulla salute della popolazione. Questa legge non intende mettere sotto tutela la popolazione, perché ogni individuo dovrà continuare a occuparsi della propria salute. Con questa legge vengono introdotti degli strumenti di pilotaggio tramite obiettivi nazionali, una strategia del Consiglio federale e la redazione di rapporti sulla salute. La legge suddivide i ruoli tra i diversi attori e prevede un Istituto svizzero per la prevenzione e la promozione della salute. Questo istituto viene valutato in modo diverso: mentre alcuni vi vedono uno snellimento delle strutture, altri vi vedono un'ipertrofia amministrativa, per così dire un secondo UFSP. Per terminare, *C. Romann/CC* spiega con due trasparenti l'organizzazione e la gestione attuali e la nuova gestione dei mezzi, come previsto nella legge sulla prevenzione. La legge sulla prevenzione richiede una strategia del Consiglio federale in materia di prevenzione e di promozione della salute. I mezzi finanziari (sussidi federali, tassa per la lotta contro il tabagismo e supplemento sui premi LAMal) passeranno tramite i servizi federali e il futuro istituto. Quest'ultimo attribuirà il denaro, per esempio a programmi e progetti cantonali, a progetti di leghe della salute e a ONG nonché a progetti di professionisti e di istituzioni del settore sanitario. Questa legge permetterà di vedere più chiaramente in futuro quali fondi saranno versati a chi con quale scopo. *C. Romann/CC* conclude la sua presentazione esprimendo la speranza che la legge riesca a sopravvivere al dibattito di entrata in materia. Sarà presentata alle Camere nell'estate del 2010 e – con o senza istituto – troverà il suo posto nella legislazione.

A questo punto *Ch. Bossard/ASMAC* presenta una mozione d'ordine affinché vengano trattati i punti all'ordine del giorno per i quali deve essere presa una decisione ed è quindi indispensabile che ci sia ancora il quorum necessario. *La mozione d'ordine viene approvata* a grande maggioranza, con pochi voti contrari.

#### Complemento al budget per il 2010

*Il presidente* dà qualche informazione su questo argomento. La casa editrice EMH è una società anonima, della quale la FMH detiene una partecipazione del 55%, mentre il 45% è detenuto dalla casa editrice Schwabe Verlag. Siedono al consiglio d'amministrazione come delegati della FMH Ludwig Th. Heuss (presidente del consiglio d'amministrazione), Hans Kurt e Jean Martin. Conformemente agli scopi statutari della FMH, l'attività principale dell'EMH comprende 3 pilastri che coprono la politica della FMH, l'aggiornamento e la ricerca: e cioè, il Bollettino dei medici

svizzeri/BMS (politica), il Swiss Medical Forum (aggiornamento) e il Swiss Medical Weekly (ricerca). Con queste tre pubblicazioni la EMH applica una politica redazionale aperta ed un'indipendenza redazionale completa sia in campo politico che in quello economico. A livello mondiale, il settore dei mass-media è stato fortemente colpito dalla crisi finanziaria e neppure la EMH ne è stata risparmiata. Il volume di inserzioni è fortemente diminuito dalla fine del 2008 a un punto tale che la direzione della EMH stima che, senza aiuti di terzi, la pubblicazione del BMS e di altri prodotti non potrà più essere garantita a medio e a lungo termine. Per evitare che la situazione si aggravi già nel 2009 e in particolare per non compromettere la pubblicazione del BMS, il Comitato centrale – dopo diverse discussioni con la EMH – ha deciso di versare un contributo di sostegno di CHF 15.– per ogni membro della FMH, ovvero all'incirca 0,5 milioni di franchi, a carico dei conti 2009. La CdG, che ha avuto anch'essa diverse discussioni con la EMH, ha approvato questa misura. Dalle ultime discussioni con la EMH è risultato che la situazione precaria per quel che concerne le entrate provenienti dalle inserzioni non è migliorata né dovrebbe migliorare a medio termine. Negli scorsi anni la EMH ha preso numerose misure per ridurre i costi e aumentare l'efficienza. Ma poiché queste misure non saranno sufficienti a garantire la pubblicazione delle riviste della EMH a medio e a lungo termine, il CC e la CdG sono del parere che si impone una misura realistica e di celere e facile applicazione, ovvero sostenere le pubblicazioni della EMH con un abbonamento modico versato dai membri della FMH.

Il Comitato centrale ha presentato una proposta alla Camera medica per l'introduzione di un canone di abbonamento a partire dal 2010 dell'importo di CHF 30.– all'anno per tutti i membri della FMH, fatta eccezione per la categoria 4/medici in perfezionamento professionale. In questo modo ogni membro della FMH continuerà a ricevere il Bollettino dei medici svizzeri e il Swiss Medical Forum, continuerà ad accedere alle loro versioni elettroniche e a quelle del Swiss Medical Weekly.

Il presidente apre quindi la discussione. *Hans Kurt/FMPP e consiglio d'amministrazione dell'EMH* sottolinea che soltanto le tre pubblicazioni citate (BMS, Swiss Medical Forum, Swiss Medical Weekly) approfitteranno di questo sostegno finanziario. Tutte le altre pubblicazioni EMH dovranno autofinanziarsi. *R. Schwarz/CdG* conferma che i 30 franchi proposti saranno sufficienti per incominciare, ma che il CC è stato invitato a consolidare la situazione dell'EMH. *Jean-Pierre Pavillon/VD* si riferisce alla sua *proposta N. 2 relativa al punto dell'ordine del giorno 6*, in cui chiede «che la decisione di concedere un sostegno finanziario alla EMH sia rimandata sino a quando sia stata fatta un'analisi dettagliata della redditività delle diverse pubblicazioni dell'EMH». Secondo lui – ed è sostenuto da diversi rappresentanti della Svizzera romanda – soltanto il BMS è indispensabile ed quindi l'unica pubblicazione che meriti il sostegno dei membri della FMH. Soltanto se sarà possibile

dimostrare che il BMS, preso isolatamente, è deficitario, sarà possibile accettare un contributo finanziario per l'EMH.

*Alexander von Weymarn/TG* mette in discussione un altro aspetto: se si deve già versare un contributo finanziario, si dovrebbe anche poter esercitare una certa influenza sulle inserzioni, e cita come esempio l'inserzione di medidata. *M. Müller/CMG* chiede alla Camera di non gettare il bambino con l'acqua sporca. Sino ad ora le tre pubblicazioni hanno avuto la loro ragione d'essere, proprio il Swiss Medical Forum – per esempio – è una rivista di aggiornamento molto letta ed apprezzata. Sono tutte vittime dell'attuale situazione economica ed è illusorio credere che si possano pubblicare delle riviste scientifiche senza annunci pubblicitari. Si esprime a favore di un sostegno finanziario della EMH nel senso di una posizione di attesa.

Viene sostenuto da *Ch. Ramstein/VEDAG*, che spiega la sua *proposta N. 3 relativa al punto dell'ordine del giorno 6*: contrariamente all'opinione della maggior parte dei membri della FMH, neanche un franco proveniente dalle quote sociali dei membri viene versato per la produzione del BMS. I costi di produzione sono coperti esclusivamente con le entrate degli annunci pubblicati. Sono notevolmente aumentati i tentativi di pressione da parte delle società inserzioniste per esercitare un'influenza diretta sul contenuto delle riviste. La qualità e l'indipendenza degli organi d'informazione dei medici sono compromesse. Il VEDAG chiede quindi di «finanziare la EMH con un contributo unico di CHF 30.– per membro della FMH (fatta eccezione per i membri della categoria 4). Questo contributo speciale deve essere percepito oltre alle quote sociali già approvate per il budget 2010. Contemporaneamente, il CC deve venire incaricato di adattare insieme alla EMH entro la prossima Camera medica ordinaria che si terrà nel maggio 2010, il modello organizzativo alle condizioni attuali e future e di elaborare una concezione per un finanziamento sostenibile che garantisca l'indipendenza e la qualità degli organi di pubblicazioni importanti per l'insieme del corpo medico. Questo nuovo modello dovrà essere presentato alla Camera medica del maggio 2010».

*Ch.-A. Favrod-Coune* sottolinea il parere critico della Svizzera romanda e cita la Revue Médicale Suisse, un'importante pubblicazione scientifica romanda, che deve anch'essa affrontare gravi problemi finanziari. Teme che tra qualche mese i romandi possano presentare una domanda di sostegno per la loro pubblicazione. Invita quindi espressamente EMH e FMH a rivedere il *modello organizzativo* per quel che concerne le tre riviste in questione.

*H. Kurt/FMPP e CA EMH* precisa che la pubblicità è acquisita per le tre riviste allo stesso tempo e che sarebbero inviate insieme. Nel Swiss Medical Forum il 20% degli articoli originali sono in francese e il Swiss Medical Weekly è accessibile online; un abbonamento sarà percepito soltanto per la versione cartacea. *Franco Denti/OMCT* fa notare che anche il Ticino dispone di un proprio organo. *R. Schwarz/CdG* ricorda che la situazione finanziaria dell'EMH era del tutto diversa

in passato e che la FMH ha incassato negli scorsi anni più di 9 milioni di franchi di diritti di licenza *Hans-Anton Vogel/AI-AR* desidererebbe sapere se il CC ha pensato a reinvestire questi diritti di licenza. Il *presidente* risponde che per motivi di trasparenza non si è voluto rinunciare alla licenza.

*Roland Oppliger/SSAI* presenta a questo punto una *mozione d'ordine* affinché si passi subito alla votazione.

La *mozione d'ordine* viene approvata all'unanimità.

Il *presidente* fa votare dapprima sulla *proposta J.-P. Pavillon/VD N. 2* relativa al punto dell'ordine del giorno 6. La Camera medica *respinge* questa proposta con 58 a 54.

Dopo di che il *presidente* dichiara – una volta assicuratosi della posizione del Comitato centrale – che questi può associarsi alla proposta del VEDAG.

La Camera medica *approva* quindi la proposta di *Ch. Ramstein/VEDAG N. 3* relativa al punto dell'ordine del giorno 6 con una chiara maggioranza e poche astensioni.

### Posizione della FMH a proposito del managed care

La *proposta N. 1* relativa al punto dell'ordine del giorno 7 è stata accettata all'inizio della seduta come punto autonomo dell'ordine del giorno e su cui poter decidere.

*Ch. Bosshard/ASMAC* spiega la proposta nel modo seguente: Il processo per una presa di decisione politica avanza rapidamente. La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale deciderà nel gennaio 2010, il Consiglio nazionale even-

tualmente già nella sessione di primavera. L'ASMAC è del parere che, in considerazione del dibattito attuale, la FMH debba riesaminare la sua posizione perché, tra l'altro, sussiste ancora la minaccia dei modelli di liste proposte dalle casse. Per questo motivo si chiede alla Camera medica di «*incaricare l'Assemblea dei delegati (AD) di esaminare con attenzione e discutere i diversi modelli in discussione per la promozione delle cure integrate evidenziandone vantaggi e svantaggi. Dovrà in particolare esaminare la posizione sinora sostenuta dalla FMH nel contesto del modello del Consiglio nazionale, dell'SSP «Unità sanitaria personale» e della Visana.*

Poiché la parola non viene richiesta, il *presidente* mette in votazione la proposta.

La Camera medica *approva a grande maggioranza, con alcune astensioni*, la *proposta Ch. Bosshard/ASMAC N. 1* relativa al punto dell'ordine del giorno 7.

(A questo punto vengono date le informazioni del settore d'attività Tariffe e contratti.)

### Varie

Non viene chiesta qui la parola.

Il *presidente Jacques de Haller* si congratula ancora una volta cordialmente con Werner Bauer per la sua elezione a presidente dell'ISFM e ringrazia P.-F. Cuénoud per il suo impegno. I delegati approvano questi ringraziamenti con un applauso sostenuto.

Alle 17.30 in punto il *presidente chiude la seduta straordinaria della Camera medica* porgendo i suoi migliori auguri ai delegati.

### Glossario

AD	Assemblea dei delegati	OFPr	Ordinanza sulla formazione professionale
APA	Medici che dispensano medicinali	OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino
ASMAC	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	ONG	Organizzazioni non governative
BMS	Bollettino dei medici svizzeri	PCA	Presidente del consiglio d'amministrazione
CA	Consiglio d'amministrazione	SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine
CdG	Commissione di gestione	SSAI	Società svizzera d'allergologia e di immunologia
DDQ	Dati, demografia, qualità	SSCM	Società svizzera di chirurgia della mano
DMA	Dispensazione diretta dei medicinali	SSFTC	Società svizzera di farmacologia e tossicologia clinica
DRG	Diagnosis Related Groups	SSG	Società svizzera di gastroenterologia
fmCh	Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica	SSMI	Società svizzera di medicina interna
FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum	SSMM	Società svizzera di medicina manuale
FSAAM	Federazione svizzera delle associazioni delle assistenti di studio medico	SSOM	Società svizzera di oncologia medica
HACH	Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	SSP	Sindacato svizzero dei servizi pubblici
INFRA	Costi d'infrastruttura	SSPP	Società svizzera di psichiatria e psicoterapia
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica	SRO	Società svizzera di radioncologia
KoReg	Contabilità analitica	VEDAG	Associazione delle società mediche della Svizzera tedesca
LeiKoV	Convenzione prestazioni prezzi		
OdA	Organizzazione mantello del mondo del lavoro		