Ricco programma: i delegati alla Camera medica si preparano ad una giornata molto intensa. *Foto: Christoph Kreyden*

Palazzo dei congressi di Bienne, 27 maggio 2010

Protocollo della Camera medica ordinaria

Erika Flückiger, responsabile dei servizi

Un glossario delle abbreviazioni principali da noi utilizzate si trova a pagina 1048.

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 aventi diritto di voto, *Jacques de Haller, presidente della FMH,* apre alle 9.35 la seduta della Camera medica ordinaria.

All'inizio della seduta ricorda *Hans Heinrich Brunner*, deceduto l'11 maggio 2010 in seguito ad una malattia professionale che lo aveva colpito quando era ancora un giovane medico.

Un necrologio più esteso, scritto da Ludwig T. Heuss, viene pubblicato nel N. 22 del Bollettino dei medici svizzeri del 2 giugno 2010. Lo stesso giorno, nella chiesa di Vitznau, si terrà una cerimonia commemorativa in memoria di Hans Heinrich Brunner.

J. de Haller ricorda brevemente alcune tappe della vita del defunto:

Studi di medicina a Basilea e Zurigo, specializzazione in medicina interna e cardiologia a Zurigo, apertura del proprio studio medico a Lucerna nel 1980, comprimario di medicina interna all'Ospedale di Sursee nel 1988, nomina nel Comitato centrale della FMH nel 1984, presidente della FMH dal 1994 al 2004. Le priorità nella sua attività nel campo della politica professionale sono state le tariffe mediche, ma anche tematiche che secondo H. H. Brunner erano determinanti e di grande importanza per il futuro del sistema sanitario come l'analisi dei dati e dei flussi di dati, lo studio e lo sviluppo di sistemi medici sulle prestazioni, la qualità e l'assistenza medica. Per finire *J. de Haller* cita la conclusione del necrologio di L. T. Heuss: «Il corpo medico svizzero gli deve molto. Se su alcuni punti fosse ancora necessario, ha tutti i motivi di riconciliarsi con lui ed onorare la sua memoria.» Su richiesta del *presidente* i presenti si alzano in memoria di Hans Heinrich Brunner.

Il *presidente* dà, quindi, il benvenuto agli ospiti presenti: *Roland Schwarz* (presidente) e *Adrian Sury* (membro) della Commissione di gestione (CdG), *Ludwig T. Heuss*, presidente del Consiglio d'amministrazione EMH, *Bruno Kesseli*, caporedattore del Bollettino dei medici svizzeri (BMS), *Peter Geissbühler*, della von Graffenried Treuhand SA (organo di controllo). Reinhard Kunz, direttore di FMH Services, si è scusato per la sua assenza dalla seduta odierna.

Dopo aver dato alcune informazioni d'ordine organizzativo, il *presidente* indica la composizione dell'ufficio della riunione odierna della Camera medica. Ne

fanno parte il presidente della FMH, i vicepresidenti *Ernst Gähler e Ignazio Cassis*, il segretario generale *Daniel Herzog* e gli scrutatori seguenti: *Pierre Vallon/SSPP*, *Felix Brunner/Nefrologia, Roland Oppliger/SSAI*, *Kurt Schreier/SZ*, *Pietro L'Abate/GL*, *Philippe Vuillemin/VD*, *Urs Stoffel/ZH*, *Philippe Munier/SVM*, *Carlos Munoz/ASMAC* e *Christoph Bosshard/ASMAC*.

Il *presidente* fissa alle 17.00 l'ora dopo la quale non si potranno più tenere né votazioni né elezioni.

A proposito dell'elenco dei punti all'ordine del giorno: è stata completata con due spedizioni complementari effettuate il 12 e il 25 maggio 2010.

È stata presentata una proposta per una modifica dell'ordine del giorno. A causa della grande attualità, *Michel Matter/GE* chiede di trattare il punto all'ordine del giorno *N. 11/Varie* (discussione sull'argomento Managed Care) prima dei punti 9 e 10. Questa richiesta è sostenuta anche da *Christoph Bosshard/ASMAC*.

La Camera medica *approva* la *proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 1* presentata da *M. Matter/GE* a grande maggioranza, con un voto contrario e un'astensione.

Il *presidente* cede quindi la parola al *segretario generale* per la presentazione delle nuove collaboratrici entrate alla Segreteria generale della FMH dopo l'ultima Camera medica del 10 dicembre 2009. Si tratta, in ordine di assunzione, di *Simone Grumbach/servizio giuridico*. Il 1° gennaio 2010 è succeduta a Dania Ischi che lo scorso anno è andata in pensione. Il 1° marzo 2010 ha iniziato la sua attività alla segreteria del Comitato centrale *Pascale Kübler,* che è così succeduta a Franziska Fuhrer, che è passata internamente all'ISFM.

Rapporto annuale del Comitato centrale, dell'ISFM e della Commissione di gestione: esercizio 2009

Per la prima volta il 12 maggio 2010 il rapporto annuale del Comitato centrale è stato pubblicato on-line sul sito Web della FMH (www.fmh.ch). È stato inviato in versione cartacea ai delegati della Camera medica. Il rapporto annuale dell'ISFM è stato pubblicato nel N. 19/20 del BMS del 12 maggio 2010. Il rapporto della Commissione di gestione è allegato ai conti annuali 2009.

Il presidente cede la parola a Max Giger, presidente dell'ISFM, per il

Rapporto annuale dell'ISFM

A completamento del rapporto pubblicato, *M. Giger ISFM* vuole presentare la situazione odierna dell'ISFM, l'ultimo giorno in cui lui è membro del CC e presidente dell'ISFM. All'ultima seduta del Comitato direttivo dell'ISFM, che si è tenuta il 26 maggio 2010, si è potuto prendere delle decisioni su tre argomenti importanti: si tratta innanzi tutto del nuovo titolo comune di medico specialista in medicina generale interna, che rappresenta un grande passo in avanti nell'ambito del perfezionamento professionale del corpo medico svizzero. Secondo traguardo: sono stati introdotti nel Regolamento per il perfezionamento professionale gli obiettivi generali di apprendimento; per concludere, nell'ambito della strutturazione della formazione è stata introdotta la valutazione basata sul posto di lavoro. Punti prioritari dell'ISFM sono: garantire le nuove leve tra i medici, strutturare il perfezionamento professionale e rafforzare l'aggiornamento continuo.

Per *assicurare le giovani leve tra i medici* si deve sostenere principalmente la motivazione, permettere delle condizioni di lavoro che siano al passo con i tempi (lavoro a tempo parziale, non soltanto per i medici durante il perfezionamento professionale, ma anche per i primari e i capiservizio) e promuovere una cultura della comunicazione mediante una valutazione al posto di lavoro.

Il *perfezionamento professionale* dovrebbe essere maggiormente *strutturato*, con programmi modulari di perfezionamento professionale (l'ultimo esempio moderno di un programma PP modulare, sulla base dello studio di medicina, è la medicina generale interna), che comprenda un catalogo definito degli obiettivi di apprendimento con una parte generale ed una specifica. A questo si aggiunge il fatto che il medico che sta seguendo il perfezionamento debba tenere un logbook.

Terzo punto prioritario: il *rafforzamento dell'aggiornamento* continuo. Le prime discussioni sull'argomento ebbero inizio già negli anni novanta e sono poi culminate con l'introduzione dell'aggiornamento continuo obbligatorio (la Svizzera è stata il primo paese ad introdurlo). Un buon anno fa il Regolamento per l'aggiornamento continuo è stato semplificato grazie alla suddivisione in un aggiornamento in una formazione specifica e un aggiornamento supplementare.

Con la piattaforma per l'aggiornamento continuo, che si basa su Internet e che sarà operativa a partire dal luglio 2010, si intende incrementare la qualità e semplificare i lavori amministrativi per i medici che sottostanno all'obbligo dell'aggiornamento continuo, per le società mediche specialistiche e per le società cantonali mediche. Si intende inoltre promuovere la cultura dell'apprendimento mediante un'inchiesta sul fabbisogno individuale d'apprendimento e l'impiego di metodi didattici e media moderni.

Con questa breve panoramica *Max Giger,* presidente uscente dell'ISFM, passa i compiti inerenti ai punti prioritari al suo successore Werner Bauer, ai due vicepresidenti Jean-Pierre Keller e Hans-Rudolf Kölz, e al direttore Christoph Hänggeli. M. Giger coglie l'occasione per esprimere a Christoph Hänggeli i suoi vivi ringraziamenti. Senza di lui, tutto il lavoro dell'ISFM non sarebbe possibile. Non viene posta nessuna domanda sul rapporto annuale dell'ISFM e sulle informazioni complementari.

Rapporto annuale del Comitato centrale

Il *presidente* ricorda che i delegati alla Camera medica hanno ricevuto il rapporto annuale in versione cartacea. *Andreas Girr/ZH* propone che in futuro i relativi rapporti annuali siano inviati ai delegati alla Camera

medica sul CD con il resto della documentazione relativa alla seduta. Il *presidente* prende nota di questa proposta.

Conti annuali 2009

Conti annuali 2009 ISFM

Il *presidente cede la parola a Christoph Hänggeli, direttore dell'ISFM*. Dopo che 16 anni fa erano nate le prime discussioni sulle possibilità di rendere autonomo il settore del perfezionamento professionale e dell'aggiornamento continuo, la Camera medica ha approvato nel 2008 questo sviluppo e ha integrato negli statuti questa autonomia. Oggi l'ISFM è un organo autonomo ed indipendente della FMH nel settore del perfezionamento professionale e dell'aggiornamento continuo, non dispone tuttavia di una propria personalità giuridica, ma è incluso nelle strutture della FMH. Nell'ambito di diversi organi e commissioni sono attivi all'incirca 250 medici. Sono assistiti e coordinati nell'Ufficio centrale dell'ISFM. Quest'ufficio è integrato nella segreteria generale della FMH e fruisce del grande vantaggio di potere utilizzare tutti i servizi della segreteria generale della FMH. L'ISFM deve rendere conto direttamente alla Camera medica. Per questo motivo, i conti 2009 dell'ISFM, che ha festeggiato il 1° aprile 2010 il suo primo compleanno, vengono presentati ora per la prima volta in modo separato.

L'utile ammonta a 42 921.79 CHF, mentre era stata preventivata una perdita di 472 170 CHF. Quali sono i motivi per questa grande differenza rispetto al budget 2009? Da un lato, le entrate maggiori dovute ai conferimenti di titolo: è sempre difficile fare una previsione in merito. Se si pensa che un titolo genera delle entrate di 4000 CHF, 100 o 200 conferimenti di titolo possono provocare rapidamente una notevole differenza d'importo. Dall'altro, il progetto accreditamento: due anni fa non si poteva pensare che nel 2009 si sarebbe già dovuto pagare mezzo milione all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Importanti fonti di entrate sono i titoli di medico specialista (1250 titoli conferiti, 5 milioni di franchi) e le tasse per le visite (300 000 CHF). Per quel che concerne gli oneri, che ammontano a poco più di 5 milioni di franchi, le spese di personale rappresentano l'uscita maggiore, ovvero 2,3 milioni di franchi, che comprendono non solo i salari dei collaboratori dell'ufficio dell'ISFM, ma anche quelli dei membri del plenum, del Comitato centrale e delle altre commissioni. I progetti costituiscono un'altra importante quota delle uscite (il solo accreditamento rappresenta 0,5 milioni di franchi), e anche le fatture interne, cioè le ore di lavoro che l'ISFM acquista presso altri reparti della segreteria generale (servizio giuridico, informatica, ecc.) incidono sulle uscite con 1,4 milioni di franchi. L'utile ottenuto viene versato nelle riserve dell'ISFM, che ammontano attualmente a quasi 5 milioni di franchi.

A. Girr/ZH costata che versiamo mezzo milione di franchi all'UFSP per potere fare il suo lavoro. *Ch. Hänggeli* conferma e aggiunge che saranno addirittura anche più di mezzo milione di franchi, perché nel 2009 si è dovuta versare una prima parte, per il 2010 sono previsti almeno altri 300 000 franchi. Purtroppo non abbiamo potuto far altro che accettare questa storia dell'accreditamento da parte della Confederazione.

Non vengono poste ulteriori domande.

Conti annuali 2009 della FMH

Daniel Herzog, segretario generale della FMH, presenta quindi nella loro globalità i conti annuali 2009 che comprendono anche i conti dell'ISFM appena presentati.

Anche qui i risultati con un utile di 444 000 CHF sono molto migliori di quanto fosse stato preventivato, ovvero una perdita di 359 000 CHF. I motivi vanno ricercati nelle maggiori entrate dell'ISFM, nel fatto che alcuni progetti siano stati rimandati e quindi alcuni posti non siano stati (ancora) occupati e nei rimborsi per/dopo l'ottenimento di un titulo. Per questi ultimi il massimo dovrebbe essere stato raggiunto nel 2009, d'ora in avanti dovrebbe diminuire lentamente. Dell'utile ottenuto, 401 000 CHF sono versati nel capitale della FMH e, come già menzionato, 43 000 CHF alle riserve dell'ISFM.

Il *presidente* chiede a Roland Schwarz/presidente della Commissione di gestione (CdG) di informare sul rapporto della CdG. *R. Schwarz/CdG* dichiara che la CdG ha discusso a fondo sui conti annuali 2009 con l'organo di revisione e la segreteria generale e li ha considerati corretti. Rimanda in particolare a due punti: da un lato ai rimborsi già indicati da D. Herzog per/dopo l'ottenimento dei titoli, che attualmente sono rimasti allo stesso livello, per i quali ci si attende però che ben presto questi rimborsi si ridurran, a termine, della metà, per cui le uscite della FMH diminuiranno di 0,7 milioni di franchi. L'altro elemento importante dal punto di vista della CdG è che dall'eccedenza sono stati effettuati degli accantonamenti dell'importo di mezzo milione di franchi per «RP e politica». Su questo punto la CdG è perfettamente concorde con il Comitato centrale. Dopo che nel 2008 la campagna «No al diktat delle casse malattia» era stata finanziata con gli accantonamenti «RP e politica» e per il prossimo futuro sono previsti ulteriori grandi spese per campagne politiche, è importante alimentare nuovamente questo fondo. La CdG raccomanda di approvare i conti annuali 2009.

Peter Geissbühler/Von Graffenried Treuhand SA (organo di controllo) conferma che l'organo di controllo ha esaminato i conti annuali 2009 della FMH, che li considera conformi alla legge e agli statuti e raccomanda di approvarli.

Homayon Chaudhry/ASMAC fa riferimento allo specchietto riassuntivo dei salari del Comitato centrale per il 2009 e chiede che lo si proietti. Il *segretario generale* dichiara che lo specchietto riassuntivo è confidenziale ed esclusivamente a disposizione dei delegati

della Camera medica con diritto di voto. Poiché in sala sono presenti altre persone, non è possibile una proiezione. *H. Chaudhry/ASMAC* desidera sapere dal *presidente* se questi intenda far valere, oltre al suo salario, anche le ore straordinarie non pagate. Il *presidente* assicura che non è il caso. Alla Segreteria generale si tiene una contabilità analitica che richiede che le ore di lavoro registrate (timbratura) debbano essere contabilizzate sulle relative unità di costo. *Christine Romann/CC* si preoccupa per la salute del presidente in considerazione del numero veramente elevato di ore straordinarie. Se ne è discusso in seno al Comitato centrale e si è del parere che non ci si possa basare sul fatto che un presidente della FMH debba sempre lavorare al 200%. *R. Schwarz/CdG* precisa a proposito del riassunto dei salari 2009 del CC, che le ore straordinarie si basano su un lavoro a tempo pieno usuale alla segreteria generale di 41 ore settimanali e che il totale dei salari lordi non contiene le prestazioni sociali di circa mezzo milione di franchi. Il *presidente* osserva in proposito che lavorare al 200% corrisponde de facto a 80 ore alla settimana, cosa che considera del tutto sopportabile. *Marcel Stampfli/BE* ha notato, per quel che concerne gli accantonamenti per le pensioni, un notevole aumento e desidera sapere quali siano gli obblighi della FMH in proposito. *R. Schwarz/CdG* spiega che queste pensioni sono considerate come delle indennità, per facilitare ad un membro del CC, una volta lasciato il Comitato centrale, l'integrazione nella vita professionale. Lo scorso anno tutti i membri del CC hanno stipulato un contratto a pianta stabile. Ora anche i membri del CC impiegati a tempo parziale inferiore al 50% (già a partire dal 35%), riceveranno un'indennità, di partenza, il cui importo è stato diminuito, in modo da conservare la neutralità dei costi.

Vincenzo Liguori/TI costata che i costi di comunicazione, che nel 2006 ammontavano ancora a poco più di 100000 CHF, nel 2009 sono aumentati a quasi 400000 CHF e desidera sapere che cosa comprendano. Il *segretario generale* che non dispone al momento delle cifre per il 2006, promette a V. Liguori di rispondergli personalmente. (L'aumento dei costi di comunicazione comprende in particolare lo sviluppo di un monitoraggio – politoscope su myFMH – in collaborazione con un'agenzia esterna nonché una presenza notevolmente più accentuata nelle relazioni pubbliche).

Scarico

Poiché non viene posta nessun altra domanda per quel che concerne i conti annuali e il rapporto annuale, il *presidente* invita la Camera medica a votare quindi globalmente sul rapporto annuale, sui conti annuali e sulla discarica. Nessuno si oppone a questa procedura.

Scarico al Comitato direttivo dell'ISFM

Con 139 voti favorevoli, nessun voto contrario e 7 astensioni, la *Camera* medica approva all'unanimità *il rapporto annuale dell'ISFM e i conti annuali dell'ISFM e accorda lo scarico al Comitato direttivo dell'ISFM.*

Scarico al Comitato centrale

Con 137 voti favorevoli, nessun voto contrario e 11 astensioni, la *Camera medica* approva all'unanimità *il rapporto annuale del Comitato centrale e i conti annuali 2009 e accorda lo scarico al Comitato centrale.*

Budget 2011

Approvazione degli obiettivi annuali

Innanzitutto il *presidente* ricorda gli obiettivi strategici della FMH per la legislatura 2008–2012, come sono stati approvati dalla Camera medica nel dicembre 2008 (pubblicati sul sito Web della FMH www.fmh.ch). Ora, a metà legislatura, il presente elenca gli obiettivi che il Comitato centrale si è posto negli 8 temi rilevanti per il 2010/2011:

1. *Il corpo medico fa sentire la propria voce nelle questioni di politica sanitaria*
   1.2. *La FMH anticipa tutti i temi importanti di politica sanitaria e li sviluppa in un documento di base (come la FMH concepisce il sistema sanitario svizzero). In questo documento risultano chiaramente i singoli temi. In questo modo è possibile alla FMH posizionarsi in modo proattivo nella politica.*

   Nel 2010 il Comitato centrale intende concentrarsi su questo secondo punto. A metà giugno il Comitato centrale, nel corso della sua riunione di riflessione di tre giorni, intende elaborare il documento di base sopraccitato. Da questo documento di base verranno tratti i comunicati stampa, le comunicazioni informative e le prese di posizione che vengono regolarmente pubblicati.

2. *Qualità elevata delle cure mediche*
   2.2 *La FMH si assicura che i fondi pubblici destinati alla sanità pubblica siano utilizzati in modo da mantenere, rispettivamente incrementare, il sistema sanitario attualmente ben funzionante e di elevata qualità.*

   Nel 2010 il Comitato centrale intende concentrarsi soprattutto su questo obiettivo. Le riflessioni in proposito confluiranno in parte anche nel documento di base che verrà elaborato nel corso delle riunioni di riflessioni di giugno del Comitato centrale. Nella realizzazione di questo tema si devono considerare anche il progetto già in atto Q-Monitoring («Rendere visibile e misurabile la qualità delle prestazioni mediche») e la riflessione sulle strutture del sistema sanitario, in particolar modo l'argomento Managed Care, su cui la Camera medica odierna discuterà al punto all'ordine del giorno 11.

3. *Qualità elevata della formazione professionale dei medici*

3.1. La FMH si impegna per una qualità elevata della formazione professionale dei medici e fa tutto il possibile per mantenere l'influenza della FMH su questo settore.

M. Giger ha già presentato i punti prioritari in proposito con i suoi complementi apportati al rapporto annuale dell'ISFM. Si tratta, da un lato, del perfezionamento professionale strutturato, già lanciato, in funzione delle necessità mediante l'introduzione di un logbook e una valutazione basata sul posto di lavoro; dall'altro dell'elaborazione, già realizzata, di basi per l'introduzione di una piattaforma dell'aggiornamento continuo.

4. Sostegno alle nuove leve

4.1. La FMH elabora delle misure differenziate per sostenere le giovani leve.

Il CC, il suo vicepresidente Ignazio Cassis e l'ISFM intendono essere attivi soprattutto in questo settore con interpellanze politiche per incrementare il numero di posti di formazione. Si deve poi ricorrere a mezzi per migliorare l'attrattiva della professione di medico e delle diverse specializzazioni, compresa naturalmente la medicina di base. Attività in questo senso sono già in corso e verranno proseguite nel settore delle tariffe, delle condizioni di lavoro e della qualità di vita.

5. Mantenimento della libertà nelle relazioni tra medico e paziente

5.1. Cosciente dell'importanza determinante della relazione medico-paziente, la FMH si impegna affinché questa possa essere gestita positivamente.

In questo settore il Comitato direttivo si impegna nel'elaborazione di un documento di base.

5.2. Indipendentemente dal sistema in vigore, la FMH si oppone a qualsiasi regolamentazione che intervenga sul modo di gestire la relazione individuale tra medico e paziente («Protezione dello spazio terapeutico»).

Si tratta qui di misure di comunicazione necessarie per sottolineare l'importanza della relazione medico-paziente e per tutelarla. Quest'attività fa parte delle attività del dipartimento Comunicazione ed è in corso.

5.3. La FMH si oppone alle restrizioni che potrebbero essere poste all'accesso alle prestazioni medico-sanitarie delle persone socialmente ed economicamente svantaggiate.

Questo diventerà certamente un punto prioritario verso la fine di quest'anno, quando avranno inizio le discussioni sulle misure che dovranno far seguito al blocco delle ammissioni.

5.4. La libera scelta del medico da parte del paziente deve poter rimanere possibile. Poiché l'obbligo di contrarre è una condizione per il mantenimento della libera scelta del medico, la FMH si impegna senza riserva per il mantenimento di quest'ultima.

La FMH ha già preso chiaramente posizione in proposito diverse volte e continuerà a farlo, in particolar modo nell'ambito dei dibattiti e sul modo di prevedere il Managed Care.

6. Intrattenere delle relazioni di fiducia tra il corpo medico e l'opinione pubblica.

6.1. La FMH si impegna affinché le sue riflessioni ed i suoi atti siano trasparenti nei confronti dell'opinione pubblica.

Questo obiettivo è stato realizzato con il nuovo sito su Internet della FMH (www.fmh.ch).

7. Tutela degli interessi politico-professionali dei membri.

7.1. La FMH conosce e tiene conto delle necessità e delle richieste dei suoi membri.

Sono stati nel frattempo valutati i risultati dell'inchiesta presentata un anno fa alla Camera medica e stanno per essere applicati nei diversi campi di attività del CC (comunicazione, politica, qualità, promozione della salute e prevenzione).

7.2. La FMH si impegna a favore di un aumento del numero dei medici politicamente attivi e sostiene il loro impegno.

In vista delle elezioni parlamentari del 2011, il CC vuole occuparsi quest'anno di questo argomento come punto prioritario, da un lato con la realizzazione di una concezione per la promozione delle giovani leve in ambito politico all'interno del corpo medico, dall'altro con la gestione, già iniziata, di un elenco costantemente aggiornato dei membri attivi a livello politico.

7.3. La FMH promuove la solidarietà tra i gruppi dei medici che la costituiscono.

Nel senso di prendere delle misure per favorire la comprensione reciproca (dibattiti, scambi di idee, ecc.) vengono già organizzate regolarmente delle manifestazioni Meet&Learn (per gli incaricati della comunicazione di società mediche cantonali e delle società mediche specialistiche), stanno per iniziare incontri con le società mediche cantonali, con l'Ufficio Tariffe, e da non dimenticare, poi, il BMS come piattaforma per uno scambio di idee. Il Comitato centrale si occuperà, inoltre, dell'elaborazione di profili di competenze per i membri del CC in vista delle elezioni generali che si terranno nel 2012.

8. *Impegno per una remunerazione adeguata delle prestazioni mediche*
   8.2. *La FMH definisce dei valori di riferimento per una «remunerazione adeguata» (per esempio mantenimento del potere d'acquisto, redditi equivalenti, ec.).*

   L'inchiesta approfondita sui redditi dei medici (collaborazione DDQ/Ufficio BASS) e di altri fattori rilevanti è gia in corso.

Thomas Keller/SZ fa notare che nella proposta N. 1 del CC relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.1 si afferma che la documentazione sarebbe stata spedita in un secondo tempo, ma questo non si è avverato.

Il *presidente* risponde che si tratta di un equivoco, non esiste nessun altra documentazione oltre a quella appena esposta nella presentazione. *Th. Keller/SZ* è del parere che i delegati dovrebbero avere la possibilità di studiare questa documentazione con calma e poterci riflettere. T. Keller è del parere che la presentazione sia stata troppo rapida per poter prendere posizione sull'argomento e poter informare i suoi membri. Il *presidente* risponde che gli obiettivi strategici sono stati pubblicati da più di un anno sul sito Web della FMH e che oggi si è trattato soltanto di indicare di quali obiettivi strategici il CC intenda principalmente occuparsi nel corso dell'anno. L'interpellante si dichiara insoddisfatto della risposta e si attende che in futuro la documentazione d'attualità sia messa a disposizione insieme ai documenti per la seduta. Il *presidente* propone che la presentazione venga inviata per mail ai delegati della Camera medica.

Christian Kind/Società Svizzera di pediatria (SSP) si dichiara un po' sorpreso, per quel che concerne gli obbiettivi dell'ISFM, del fatto che il finanziamento del perfezionamento professionale non sia visualizzato. La cosa è preoccupante per gli ospedali in vista dell'introduzione del DRG nel 2012. *M. Giger/ISFM* risponde che il DRG influisce solo in modo secondario sul finanziamento del perfezionamento professionale. Il problema è rappresentato piuttosto dall'OPre (ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), con cui il finanziamento del perfezionamento professionale dovrebbe essere separato dalle tariffe ospedaliere. Poiché si è coscienti della cosa, si è anche finanziato lo studio Telser/Leukert («Studio sul finanziamento del perfezionamento professionale medico»), in cui vengono indicati i diversi modelli di finanziamento che esistono a livello mondiale per il perfezionamento professionale. La proposta presentata da Telser/Leukert, secondo cui i medici assistenti ricevono ogni anno un importo fisso per il perfezionamento professionale da un pool centrale alimentato da diverse fonti di finanziamento, è stata discussa con la presidenza della Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS), da cui è stata accolta per il momento positivamente. Attualmente questo argomento viene dibattuto nell'ambito del «Dialogo nazionale politica sanitaria» (Comitato CDS, capo del DFI e uffici federali direttamente interessati si incontrano tre volte all'anno per discutere argomenti di politica sanitaria). Il primo argomento per la «Piattaforma perfezionamento professionale medico», che si riunirà per la prima volta nel settembre 2010, sarà il finanziamento del perfezionamento medico. I risultati sono attesi nella primavera 2011. Alla riunione di ieri del Comitato direttivo dell'ISFM è stato deciso di costituire, insieme a H+ ed a rappresentanti degli ospedali universitari e cantonali, una task force che si deve occupare principalmente di questo argomento. *Ch. Kind/SPP* ringrazia per le spiegazioni e suggeriste di far conoscere su vasta scala questi progetti. Sarebbe, infatti, più semplice per le società mediche specialistiche porre nuove condizioni ai centri di perfezionamento professionale, se contemporaneamente si potesse dimostrare che si fa qualcosa anche per il finanziamento del perfezionamento professionale. *M. Giger/ISFM* accoglie volentieri quest'invito e continua dicendo che dal punto di vista dell'ISFM, per quel che concerne il finanziamento, si dovrebbe agire più rapidamente di quanto ci si possa attendere da una piattaforma di discussione. *M. Giger* è del parere che alla FMH ben si confà promuovere finalmente una politica sanitaria nazionale con priorità chiare.

A. Girr/ZH è lieto di costatare che la FMH voglia darsi un maggiore peso politico e assumere una funzione di leader. Si chiede, tuttavia, come ciò possa accadere e indica già subito una possibilità, facendo riferimento agli e-mail che da anni riceve regolarmente da parte di santésuisse. Il *presidente* risponde affermando che ogni settimana spediamo il Bollettino dei medici svizzeri con una tiratura di più di 35 000 esemplari, che vengono inviati anche alle compagnie d'assicurazione e ai politici. Anche la FMH informa regolarmente i presidenti sulle discussioni imminenti e su quelle già avvenute in Parlamento come anche sulle prese di posizione inoltrate nell'ambito delle procedure di consultazione. Spetta poi ai presidenti diffondere ulteriormente queste informazioni. Il *presidente* è del parere che, per quel che concerne l'informazione non siamo in nulla inferiori a santésuisse, per quanto egli non desideri per niente considerare la sua cultura della comunicazione come un modello. *A. Girr/ZH* stima che la FMH abbia il dovere di informare attivamente suoi membri e l'invita a effettuare un mailing. *J. de Haller* accoglie questo invito.

Dopo che non viene posta nessuna altra domanda a proposito degli obiettivi strategici del Comitato centrale, il presidente cede la parola al segretario generale per la presentazione del budget 2011.

Budget 2011 della FMH e determinazione delle quote di membro

Daniel Herzog presenta, innanzitutto il budget della FMH nel suo insieme, ISFM compreso, che deve essere approvato dalla Camera medica. Mediante lo scioglimento degli accantonamenti del 2009 (cfr. conti annuali 2009) e un moderato aumento per quel che concerne i costi di personale (soltanto del 3 % scarso)

L'équipe della reception della FMH: women power in azione.

e le spese per i progetti, è possibile presentare un budget equilibrato con una piccola perdita di 28 000 CHF. I contributi di base dei membri rimangono immutati. Dei contributi speciali, per i quali sono state presentate oggi delle proposte, non si è ancora tenuto conto nel budget. Come dimostra il *segretario generale* sulla base di una panoramica sugli scorsi 10 anni, dal 2007 nell'insieme le quote sociali sono rimaste piuttosto stabili.

Budget 2011 ISFM

Ch. Hänggeli/direttore ISFM presenta quindi il budget ISFM. Anche il budget ISFM, con un utile di 38 000 CHF, è equilibrato. È sempre difficile prevedere le entrate che sono generate principalmente dalle tasse per l'ottenimento dei titoli perché non si sa mai a quanti medici verrà conferito il titolo di specialista. Prima del 2002 venivano conferiti in media 800 titoli all'anno. Dopo di che nel 2002/2003 c'è stato il blocco delle ammissioni, che ha provocato una vera e propria «corsa» ai titoli di specialista. Si è partiti dal principio che il conferimento di titoli sarebbe ritornato alle cifre di prima del blocco delle ammissioni nel 2006. Ma l'attesa stabilizzazione a 900 titoli circa all'anno non si è verificata: nel 2008 e nel 2009 sono stati conferiti 1250 titoli di medico specialista. Entrate e spese in budget rimangono all'incirca uguali a quelle del 2009; le tasse rimangono immutate al livello della loro introduzione nel 2001. Per quel che concerne l'aggiornamento continuo si deve riflettere su un finanziamento, perché non è accettabile che costi per l'infrastruttura e l'amministrazione dell'aggiornamento siano finanziati tramite le tasse per i titoli. Nel 2006 è stato effettuato un accantonamento dell'importo di 1 milione di franchi in vista dell'accreditamento e di diversi progetti previsti. Nel 2009 sono stati sciolti degli accantonamenti per 200 000 CHF, i rimanenti 800 000 CHF potranno essere sciolti nel 2010 e nel 2011. Per i prossimi anni, con la realizzazione della piattaforma per l'aggiornamento continuo basata su Internet, con il logbook elettronico, con la valutazione formativa e complessiva ci si attende un aumento dei costi. C'è poi anche una diminuzione dei costi, per esempio per l'accreditamento e per la fatturazione interna.

Jürg Pfisterer/SSMI si dichiara irritato del fatto che l'ISFM continui a essere nel budget della FMH. Il *segretario generale* spiega che soltanto i conti annuali vengono separati, perché su di essi la Camera medica deve votare separatamente, ma che per quel che concerne il budget si deve approvare il budget globale. *R. Schwarz/CdG non è particolarmente soddisfatto del budget,* e questo per due motivi:

Prima di tutto il budget 2011 è equilibrato soltanto perché è stato sciolto un accantonamento dell'ordine di mezzo milione di franchi. In effetti, con la chiusura dei conti 2009 sono stati effettuati accantonamenti per mezzo milione di franchi a favore di «RP e politica», ma con lo scioglimento due anni più tardi nel 2011 la manovra sarà stata vana. Attività politiche che dovessero essere improvvisamente necessarie (referendum, ecc.) costano rapidamente più di un milione di franchi. Il fondo «RP e politica» dovrebbe poter essere assolutamente alimentato, se possibile con la chiusura dei conti 2010.

Secondariamente, lo preoccupa anche il fatto che nel budget 2011, approssimativamente 1,1 milioni di franchi siano causati da un aumento delle spese di personale. Di questi, 0,7 milioni di franchi circa sono costi ricorrenti dovuti alle assunzioni. Se con gli accantonamenti si vogliono equilibrare costi ricorrenti, nel 2011 non ci sarà nessun problema, ma nel 2012 questo denaro verrà a mancare. Si deve tenere d'occhio anche questo punto.

Il *presidente* conferma che il Comitato centrale ha discusso di questo argomento con la CdG e che nel prossimo budget si dovrà fare attenzione, proprio

come si vuole anche garantire che il fondo «RP e politica» sia sufficiente per il finanziamento di una campagna, come è successo per esempio due anni fa.

A. Girr/ZH è ancora una volta urtato dal «sovvenzionamento» dell'UFSP, come lo definisce lui, e *Gabriele Merki/ASMAC* si informa sui fondamenti giuridici per i contributi di accreditamento. *Ch. Hänggeli/direttore ISFM* risponde ad A. Girr dicendo che, se si pensa come si sia dovuto lottare duramente per riuscire a mantenere il perfezionamento professionale alla FMH, gli elevati costi di accreditamento devono essere relativizzati. A G. Merki conferma che esistono i fondamenti giuridici per i contributi di accreditamento, ovvero l'Ordinanza della legge federale sulle professioni mediche. Nell'ordinanza il Consiglio federale ha previsto che per ogni ciclo di perfezionamento si debbano pagare tra i 10000 e i 50000 CHF di tasse. La FMH l'ha considerato grottesco, perché ha attualmente 43 titoli federali di medico specialista, mentre i chiropratici, per esempio, ne hanno soltanto uno. Non è corretto che questa disposizione prevista dall'Ordinanza venga applicata esattamente allo stesso modo per una società che ha un solo titolo e per un'altra che ne ha 43. Purtroppo non siamo riusciti a imporci su questo punto e adesso si devono semplicemente pagare gli 800000 franchi. Non è possibile evitarlo.

Non vengono poste ulteriori domande.

Contributo speciale NAKO (NewIndex)

Il *presidente* chiede a *Ernst Gähler/CC* di spiegare i motivi per la proposta di un contributo speciale NAKO (NewIndex). Per le negoziazioni tariffarie della FMH come anche della CMC, ma anche delle società mediche specialistiche è importante migliorare notevolmente i nostri dati con queste cifre NAKO. Grazie al fatto che forniscono i loro dati ai trust center, i medici dispongono dello specchio personale del loro studio medico, grazie al quale possono fare un paragone con i loro colleghi e che è loro estremamente utile nelle valutazioni di economicità dello studio medico. I dati anonimizzati che confluiscono nel NewIndex vengono elaborati in modo corretto dal servizio nazionale di consolidazione dei dati (NAKO) per le negoziazioni tariffarie. Negli scorsi anni, grazie alle cifre consolidate, è stato spesso possibile plausibilizzare i dati di santésuisse e ottenere alcuni successi. Queste cifre sono state molto utili sia nella fase della neutralità dei costi della TARMED come attualmente anche nelle trattative LeiKoV per i valori dei punti tariffari cantonali e regionali, nelle indennità forfetarie di disturbo in caso d'emergenza, nelle revisioni della TARMED e dell'elenco delle analisi, e assolutamente determinanti per l'aumento delle tariffe fuori orario. Il finanziamento del NAKO non può essere completamente assicurato mediante contratti NewIndex-/NAKO. Poiché le negoziazioni tariffarie sono sempre più numerose, aumentano anche le esigenza al NAKO e la domanda di cifre consolidate. Un miglioramento della situazione relativa ai profitti a NewIndex ha provocato maggiori entrate; a causa del numero crescente di incarichi è necessario creare un nuovo posto di lavoro e ricorrere più frequentemente a risorse esterne. L'aumento delle esigenze finanziarie per il 2011 può essere coperto da un contributo speciale a destinazione vincolata dell'importo di CHF 36.00 per le categorie di membri 1 e 2 (*proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.3*). Nei prossimi mesi l'Assemblea dei delegati discuterà se questo contributo speciale non debba essere integrato nei contributi di base dei soci e prenderà una decisione in proposito al più tardi entro la prossima seduta ordinaria della Camera medica.

Bernhard A. Sorg/ZH si dichiara favorevole all'approvazione del contributo speciale perché viene usato per compiti che sono molto utili per il lavoro quotidiano nello studio medico e perché in questo modo si sostengono gli sforzi di E. Gähler/CC volti a impedire che si sia obbligati ad accettare ogni anno delle diminuzioni di entrate.

EMH: contributo di sostegno

A questo punto all'ordine del giorno, il *presidente* saluta *Ludwig T. Heuss,* presidente del consiglio d'amministrazione di EMH, e fa ancora una volta brevemente la storia della casa editrice. La FMH con il 55% e la casa editrice Schwabe con il 45% del capitale azionario, sono i proprietari della EMH. Ludwig T. Heuss (PCA), Hans Kurt e Jean Martin rappresentano la FMH in seno al consiglio d'amministrazione.

L'attività principale della EMH è costituita da tre pilastri derivanti dall'articolo sullo scopo degli statuti della FMH: il Bollettino dei medici svizzeri (BMS) si occupa della politica sanitaria, il Swiss Medical Forum (SMF) della formazione professionale e il Swiss Medical Weekly (SMW) della ricerca scientifica. In questo modo si assicura alla FMH una comunicazione autonoma, tutte e tre le pubblicazioni sottostanno a delle regole etiche estremamente severe e le loro redazioni sono completamente indipendenti. Come già indicato in occasione della Camera medica straordinaria del 10 dicembre 2009, dal 2009 si è registrato un crollo delle entrate provenienti dalla pubblicità, con le quali vengono finanziate queste pubblicazioni: la causa è da ricercare da un lato nella crisi finanziaria e, dall'altro, nei mutamenti fondamentali nella presenza pubblicitaria dell'industria farmaceutica. In seguito a questi due fattori, nelle tre pubblicazioni il numero di inserzioni è notevolmente diminuito. Per questo motivo, nel dicembre 2009 la Camera medica ha introdotto un canone di abbonamento di CHF 30.00 per membro per il 2010 per tutte le categorie di soci, fatta eccezione per la categoria 4/medici in perfezionamento professionale, e ha incaricato il Comitato centrale di «*adattare insieme alla EMH entro la prossima Camera medica ordinaria che si terrà nel maggio 2010, alle condizioni attuali e future l'attuale modello organizzativo e di elaborare una concezione per un finanziamento sostenibile che garantisca l'indipendenza e la qualità degli organi di pub-*

blicazioni importanti per l'insieme del corpo medico». A metà marzo e ai primi di aprile la EMH ha risposto alle domande concrete poste dalla FMH. La EMH considera che la collaborazione più stretta attualmente in corso di valutazione con Médecine&Hygiène rispettivamente con la Revue Médicale Suisse sia la misura più importante per completare l'offerta attuale e per generare un contributo di copertura per le pubblicazioni. Alla domanda concernente i costi di produzione singoli e globali delle tre pubblicazioni, la EMH ha risposto che i tre prodotti vanno considerati globalmente e non debbano essere valutati l'uno rispetto agli altri. Una rinuncia ad una delle tre pubblicazioni provocherebbe ulteriori diminuzioni delle entrate tramite le inserzioni pubblicitarie, senza apportare nessun miglioramento finanziario degno di nota per la casa editrice. Il BMS genera un utile, mentre il Swiss Medical Forum e il Swiss Medical Weekly generano invece delle perdite. La EMH considera che un canone d'abbonamento annuale dell'ordine di 100 CHF–150 CHF sia auspicabile e non lo si possa ritenere eccessivo se si considera il valore delle prestazioni fornite.

Poiché, soprattutto per motivi di tempo non è stato possibile svolgere l'incarico della Camera medica del dicembre 2009, il *presidente* chiede alla Camera medica, in completamento alla proposta del Comitato centrale N.1 relativa al punto N. 5.4 (comprendente tra l'altro il conferimento della competenza al Comitato centrale, dopo aver consultato l'AD, di fissare per il 2011 eventualmente ancora una volta un canone d'abbonamento una a tantum di 30 CHF per tutte le categorie di membri, fatta eccezione per la categoria 4 di, *«incaricare il CC di portare avanti le misure già avviate nel senso della decisione della Camera medica del dicembre 2009, con una nuova valutazione dei costi di produzione e delle entrate dalla pubblicità, una valutazione delle strutture aziendali e delle competenze nonché dei flussi finanziari, e una (ri)definizione delle necessità mediante l'elaborazione di un business plan a medio e a lungo termine. Inoltre il CC deve costituire un gruppo di lavoro rappresentativo (CC, organizzazioni mantello regionali, ASMAC, EMH, Schwabe, M&H)»*. Il *presidente* presenta per queste attività un calendario preciso.

Ch. Ramstein/VEDAG critica il fatto che la proposta VEDAG alla Camera medica del 10 dicembre 2009 non sia stata realizzata; la proposta mirava ad un modello commerciale, mentre oggi il presidente parla soltanto di un modello di finanziamento e non si è presentato ai delegati il calendario di lavoro.

Mentre *A. Sury/CdG* desidera porre fine al dramma EMH ed è favorevole a una ripresa del BMS direttamente a Berna, *Guido Robotti/TI* è del parere che sulla base delle nuove e diverse possibilità di informazione, si dovrebbe riflettere a fondo sulla concezione della comunicazione nei confronti del corpo medico.

Ludwig T. Heuss/PCA EMH controbatte che il punto determinante è un finanziamento sostenibile. Con tutti gli onori per i media elettronici, il finanziamento è assicurato principalmente dalle inserzioni. Il crollo della pubblicità non concerne, tra l'altro, esclusivamente la EMH, ma ne sono toccate anche altre pubblicazioni molto quotate. È necessario un finanziamento sostenibile, un fondo di base su cui potersi basare. Non si può dipendere completamente dalle entrate delle inserzioni, e si pone qui la domanda fondamentale se, alla lunga, il corpo medico possa permettersi di farsi pagare le informazioni dall'industria farmaceutica.

B. Sorg/ZH non è disposto a pagare ancora una volta 30 CHF. È del parere che non sia compito della FMH sovvenzionare delle riviste che non sono necessarie ed è favorevole ad abbandonare la SMF e SMW a fine anno.

Marc Müller/CMB, per niente d'accordo con chi ha appena parlato, è quanto mai meravigliato del fatto che sino a quando le pubblicazioni erano gratuite, non sia mai stata messa in dubbio la loro utilità. Si deve, una volta per tutte, abbandonare l'idea che a questo mondo ci sia qualcosa di gratuito. Si dice più che mai convinto che abbiamo bisogno di tutte e tre pubblicazioni e, se si desiderano delle riviste indipendenti e di qualità, se ne devono pagare anche gli abbonamenti. *Hans-Anton Vogel/AI-AR* desidererebbe prima di tutto disporre di una concezione da cui risulti chiaramente che cosa significhi per noi l'informazione. Solo a quel momento si potrà parlare del finanziamento. *G. Merki/ASMAC* trova le informazioni per l'aggiornamento continuo nelle pubblicazioni (gratuite) della sua società specialistica e soprattutto nelle pubblicazioni in inglese. *V. Liguori/TI* chiede un chiaro business plan nonché un esame e una verifica di tutte le forme di pubblicazione (stampata, Internet, ecc.). In Ticino si dispone di una grande esperienza in proposito. *L.T. Heuss/PCA EMH* sottolinea che la EMH dispone evidentemente di un chiaro business plan. Sarebbe molto lieto di potere discutere insieme di questi numerosi punti intorno ad un tavolo.

Dopo che la parola non vien più richiesta, il presidente chiude il dibattito e invita la Camera medica a votare sulle diverse proposte.

La *proposta N. 1 del CC relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.1/Obiettivi annuali viene approvata* a grande maggioranza dalla Camera medica, con 2 voti contrari e 12 astensioni.

La *Camera medica approva* all'unanimità, con *143 voti favorevoli e 10 astensioni* la proposta N. 1 *del CC*

Tabella 1
Contributi di base dei membri 2011.

Categoria di contributo	Designazione	Importo in CHF
1	Medici con attività indipendente	660
2	Medici dipendenti con funzione dirigenziale	660
3	Medici dipendenti con funzione non dirigenziale	330
4	Medici in perfezionamento professionale in vista di ottenere un titolo federale di specialista	330
5	Medici con residenza ed attività professionale all'estero	165
6	Membri temporaneamente non attivi come medici	165

relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.2/Budget 2011 della FMH e le quote di membro 2011 (Panoramica sulle quote di membro 2011 vedere Tabella 1).

Dopo di che *i delegati della Camera medica approvano*, anche qui all'unanimità, con 139 voti favorevoli e 9 astensioni, *la proposta del CC N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.3/Contributo speciale NAKO* (35 CHF per i membri delle categorie di contributi 1 e 2).

Per finire, viene approvata dalla *Camera medica* con 70 voti favorevoli, 54 contrari e 34 astensioni, anche *la proposta N. 1 del CC relativa al punto all'ordine del giorno N. 5.4/Contributo speciale EMH, compresi i passi successivi*.

Elezioni nel Comitato centrale

Nonostante sia diventato nel frattempo già piuttosto tardi, il *presidente* desidera effettuare la prima elezione ancora prima del pasto di mezzogiorno, in modo che durante la pausa si possano contare i voti.

In seguito alle dimissioni di Max Giger e Marie-Christine Peter si devono occupare due seggi in seno al Comitato centrale. Si mettono a disposizione tre candidati; si tratta, in ordine alfabetico, di *Jean-Baptiste OLLYO* (non è presente), *Losanna, Remo OSTERWALDER, Delémont,* e *Gert PRINTZEN, Lucerna* (ambedue sono membri della Camera medica e presenti).

I due candidati presenti in sala si presenteranno personalmente brevemente ai delegati della Camera medica, mentre per il candidato assente, J.-B. Ollyo, il *presidente* rimanda alla sua presentazione pubblicata nel BMS N. 19/20.

J. Pfisterer/SSMI è meravigliato che si debbano occupare due seggi, considerato che M. Giger dà le dimissioni in qualità di presidente dell'ISFM e che l'ISFM è un'organizzazione indipendente. Il *presidente* ricorda che, in occasione delle elezioni per il rinnovo generale 2008 dei membri del CC per la legislazione 2008–2012, il numero di membri è stato fissato a 9. *C. Romann/CC* aggiunge che, in considerazione delle numerose ore straordinarie, i due seggi sono necessari, indipendentemente dal fatto che con M. Giger le attività del'ISFM non siano più nelle competenze del CC. Inoltre il Comitato centrale intende suddividere in modo diverso le attività all'interno del CC.

Ch. Ramstein/VEDAG prende la parola per presentare la *proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 6*, inoltrata da VEDAG, SMSR e OMCT. I presidenti delle società mediche cantonali organizzate nelle società mediche regionali hanno discusso insieme come dovrebbero essere condotte le elezioni suppletorie odierne, in modo che il corpo medico ne tragga il massimo beneficio. Oggi devono essere eletti al massimo 2 nuovi membri del CC, come soluzione transitoria fino alle prossime elezioni per il rinnovo generale 2012. L'assemblea dei delegati deve essere inoltre incaricata di nominare un gruppo di lavoro, con il compito di elaborare gli elementi dei modelli direttivi fino ad oggi non ancora realizzati, ovvero: profili delle competenze per i membri CC, regolamento per i campi di attività del CC e capitolati oneri per i singoli campi di attività. Il gruppo di lavoro deve venire costituito in occasione della seduta dell'AD che si terrà il 23 giugno 2010 e la documentazione da esso elaborata per i tre capitoli non ancora realizzati deve essere presentata alla Camera medica ordinaria del 2011 affinché si possa decidere in materia. Nel 2012 le elezioni per il rinnovo generale dovranno essere condotte secondo i criteri dei nuovi modelli direttivi, il cui principio fondamentale prevede di separare il piano strategico da quello operativo, alleviando così il Comitato centrale. A proposito di R. Osterwalder e G. Printzen, si esprime a nome dei presidenti delle tre società regionali, affermando che oggi li si possono senz'altro eleggere in quanto candidati assolutamente validi, anche se si è coscienti che non assumeranno nessun campo d'attività e quindi non sono disponibili i capitolati oneri.

C. Romann/ZV conferma che il CC, dopo aver discusso con Peter Wiedersheim/SG, ha deciso di realizzare la cosa nella forma ora proposta, naturalmente con l'intervento dell'AD. In questo senso, il Comitato centrale è molto favorevole alla presente proposta.

Il presidente mette in votazione la *proposta N. 1 relativa al punto dell'ordine del giorno N. 6*, presentata congiuntamente da VEDAG, SMSR e OMCT.

La Camera medica *approva* questa proposta all'unanimità con 4 astensioni.

Dopo di ché, i due candidati presenti, *R. Osterwalder/JU* e *G. Printzen*/ASMAC si presentano brevemente. La Camera medica non ha nessuna domanda per i due candidati e, anche dopo che hanno lasciato la sala, i delegati non si esprimono in nessun modo e non pongono nessuna domanda.

Il *presidente* passa quindi all'elezione e invita i delegati a compilare le schede di voto. *C. Romann/CC* chiede di prendere la parola per esporre una sua presa di posizione personale: indipendentemente dal fatto che giudichi validi i due candidati e raccomanda senz'altro di votarli, desidera lanciare un appello alle organizzazioni di base affinché si impegnino a fare in modo che si possa rafforzare la presenza femminile nell'ambito del Comitato centrale.

Il *presidente* chiede agli scrutatori di raccogliere le schede di voto e interrompe alle 12.45 la seduta della Camera medica per la pausa di mezzogiorno.

I dibattiti vengono ripresi alle 13.35 con l'annuncio da parte del *presidente* dei risultati al 1° scrutinio per le elezioni suppletive al CC:

Schede di voto raccolte: 155, di cui valide: 151, non valide: 1, astensioni: 3. La maggioranza assoluta è di 78 voti; sono eletti: Gert Printzen con 123 voti, Remo Osterwalder con 116 voti. Il candidato J.-B. Ollyo ottiene 12 voti.

Il *presidente* si congratula con i due nuovi membri del CC, ai quali viene reso omaggio con un grande applauso.

Al termine delle elezioni, i due membri dimissionari del CC vengono accomiatati: Max Giger dal *presidente* e Marie-Christine Peter da *Ernst Gähler.*

Soltanto 3 anni dopo l'apertura del suo studio di medicina interna e gastroenterologia a Winterthur, Max Giger era stato presentato come candidato dalla VEDAG ed eletto il 12 novembre 1987 in seno al Comitato centrale, il cui numero di membri era stato aumentato proprio allora a 11. Negli scorsi 23 anni ha assunto innumerevoli cariche e si è impegnato con anima e corpo a favore del corpo medico. Il coronamento della sua attività sono stati senz'altro i lavori di preparazione e l'autonomia dell'Istituto svizzero di perfezionamento medico (ISFM). A nome del CC e del corpo medico il presidente ringrazia Max Giger, membro dimissionario del CC e presidente dell'ISFM, per il suo grande impegno e per l'infaticabile attività a favore del corpo medico. I delegati esprimono il loro ringraziamento, alzandosi e applaudendolo a lungo e calorosamente.

Il dimissionario ringrazia per queste cortesi parole, accenna ad alcuni importanti argomenti della sua attività e si accomiata dai delegati esprimendo loro i suoi migliori auguri e ringraziando cordialmente per il grande sostegno le sue più strette collaboratrici alla segreteria centrale e Christoph Hänggeli, il direttore dell'ISFM.

Marie-Christine Peter era stata eletta nel 1997 in seno al Comitato centrale come rappresentante della SMSR. In quanto membro CC dai «toni tranquilli» si è sempre distinta per la sua grande lealtà e affidabilità. Accanto a E. Gähler nel campo d'attività Tariffe e contratti, si è occupata con il massimo impegno dei lavori della Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF) nonché come rappresentante della FMH nelle commissioni paritetiche tariffarie CPI, CPT, CPF-LAINF ed è stata l'importante persona di collegamento tra il CC e i più diversi gruppi di medici, in particolare la SMSR. *E. Gähler* si dice quanto mai lieto che anche in futuro il campo di lavoro Tariffe e contratti possa contare ancora su M.-C. Peter, che ringrazia cordialmente porgendole i migliori auguri. Grande applauso anche per lei da parte dei delegati.

Appena eletti: I due nuovi membri del Comitato direttivo – il dott. Remo Osterwalder (a sinistra) e il dott. Gert Printzen.

Il *presidente* passa quindi al punto all'ordine del giorno seguente:

Conferma dei membri eletti dell'assemblea dei delegati

I delegati sono in possesso dell'elenco con i candidati.

Come *delegato ordinario* del *Collegio di medicina di base (CMB)* viene proposto: *Jürg Pfisterer, Affoltern a. A.*, per sostituire il dimissionario Werner Bauer, Küsnacht.

Come delegata supplente per le *Donne Medico Svizzera (mws)*: *Gabriele S. Merki, Untersiggenthal,* per sostituire la dimissionaria Marianne Laifer, Basilea, per la *fmCh*: *Ralph Alexander Schmid, Berna,* per occupare il seggio prima vacante.

La Camera medica *conferma* le persone proposte all'unanimità con 1 astensione.

Modifica degli statuti e del regolamento d'esecuzione

Adattamento degli statuti e del regolamento d'esecuzione (delimitazione FMH-ISFM dopo autonomia «light»)

Il *presidente* cede la parola a *Hanspeter Kuhn/vicesegretario generale*. Questi spiega innanzitutto che i regolamenti previsti sono già integrati da un anno nel regolamento dell'ISFM e che ora devono essere ripresi negli statuti della FMH e nel regolamento d'esecuzione. Tratta, quindi, articolo per articolo, le modifiche. *M. Giger/ISFM* ha presentato una proposta relativa al completamento dell'art. 29 cpv. 1 degli statuti della FMH: oltre al *presidente e al direttore dell'ISFM* appena proposti, anche i *vicepresidenti* dovrebbero partecipare alle sedute della Camera medica con voto consultivo. Non viene fata nessuna opposizione a questa proposta. Non viene richiesta la parola sulle modifiche proposte.

Hp. Kuhn precisa che per una modifica degli statuti è necessaria una maggioranza dei ⅔, per modificare anche il regolamento d'esecuzione è sufficiente, invece, la maggioranza semplice.

Il *presidente* fa ora votare sulla *proposta M.Giger/ISFM N. 2 relativa al punto al'ordine del giorno N. 8.1*. La Camera medica *approva* all'unanimità le modificare proposte all'art. 29 cpv. 1 degli statuti della FMH con 143 voti favorevoli e 1 astensione. La maggioranza dei ⅔ è assicurata.

Dopo di che la Camera medica *approva* pure all'unanimità i cambiamenti degli statuti e del regolamento d'esecuzione proposti dal Comitato centrale con *proposta N. 1 relativa all'ordine del giorno 8.1*, con 143 voti favorevoli, nessun voto contrario e nessuna astensione. Anche in questo caso è assicurata la maggioranza richiesta dei ⅔.

Insieme sono stati attivi per 36 anni alla FMH: la Camera medica si accomiata dalla dott.ssa Marie-Christine Peter-Gattlen e dal dott. Max Giger che lasciano il Comitato centrale.

8.2 Suddivisione dei seggi alla Camera medica

In esecuzione ad un incarico della Camera medica ordinaria del 2009, che aveva approvato la relativa proposta di Hans Kurt a nome della Società svizzera di psichiatria, la Camera medica deve prendere posizione nella sua seduta odierna su una proposta di modifica dell'art. 6 del regolamento d'esecuzione. Alla Camera medica 2009 la SSP (e del resto anche la Società svizzera di ginecologia), in seguito al riconoscimento di due nuove società mediche specialistiche nel dicembre 2008 e al nuovo conteggio – diventato di conseguenza necessario – della suddivisione dei seggi, aveva perso un delegato.

La nuova regola proposta al cpv. 2 dell'art. 6 RE recita: *«Se viene creato un nuovo titolo di medico specialista o ne viene soppresso uno, al di fuori del turno quadriennale conformemente al cpv. 1 la suddivisione dei seggi per le società mediche specialistiche viene ridefinita sulla base di un nuovo rilevamento del numero dei membri che è determinante.»*

Dopo che la parola non viene chiesta, il *presidente* invita a votare sulla proposta. La *proposta del CC N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 8.2* viene *approvata* all'unanimità, con 138 voti favorevoli e 8 astensioni. Per modifiche del regolamento d'esecuzione è necessaria la maggioranza semplice.

Viene qui trattato il punto all'ordine del giorno N.11/Varie come deciso all'inizio della seduta quando l'ordine del giorno è stato modificato.

Varie

Per questo punto all'ordine del giorno sono state presentate in tutto quattro richieste. Il presidente precisa che la Camera medica può discutere su tutto quello che desidera mettere all'ordine del giorno, cha la competenza decisionale su questioni relative alla politica della FMH spetta, tuttavia, all'Assemblea dei delegati. Le discussioni e le decisioni della Camera medica vengono trasmesse all'Assemblea dei delegati sotto forma di risoluzioni. In occasione della sua prossima seduta del 23 giugno 2010, l'Assemblea dei delegati si occuperà dell'argomento Managed Care. Quello che viene quindi discusso e deciso in questo ambito, non avrà, quindi, nessun carattere decisionale, ma sarà trasmesso come opinione della Camera medica all'Assemblea dei delegati, che potrà prendere delle decisioni, grazie alle sue competenze.

Dopo questa introduzione il *presidente* cede la parola a *Pierre Vallon/SSPP* a proposito della *proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11*. Il richiedente vorrebbe che la FMH si impegnasse a intervenire presso il Consiglio federale e il Parlamento per una regolamentazione che, indipendentemente dal sistema assicurativo (Managed Care oppure modello tradizionale), faciliti l'accesso all'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica ambulatoriale. Si basa qui su una risoluzione in questo senso risalente all'AD del novembre 2009 e teme ora che, in considerazione dei tentativi delle commissioni della sanità del Consiglio nazionale e del Consiglio degli Stati di introdurre nella LAMal un sistema assicurativo duale con promozione del Managed Care e una corresponsabilità per il budget per i medici, questi si vedano obbligati ad un razionamento delle cure. In questo modo aumenterebbe il pericolo che, come prima cosa, vengano cancellati i trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici. Agli assicurati viene sì lasciata la (pseudo) libertà di rimanere nel modello classico, ma gli incentivi finanziari sarebbero presentati in modo tale, che di fatto i pazienti meno abbienti, e proprio in questo gruppo rientrano nume-

rosi pazienti della psichiatria, si vedrebbero obbligati a entrare nel modello Managed Care. Una soluzione potrebbe essere quella di rinunciare nei modelli di Managed Care ad una partecipazione alle spese e ad una franchigia minima. Il mantenimento del 10% di partecipazione alle spese per i modelli assicurativi tradizionali corrisponderebbe a uno status quo e si eviterebbero disposizioni derogatorie legislative per psichiatri, ginecologi, oftalmologi e altri, ma contemporaneamente si permetterebbe al paziente con problemi d'ordine psichiatrico di accedere a dei trattamenti che non lo stigmatizzano ulteriormente.

Nasce un'accesa discussione su questa proposta. *H.-A. Vogel/AI-AR* desidera far accettare lo psichiatra come medico di primo ricorso, a cui *P. Vallon/SSPP* risponde che di fronte a questa pretesa ci si pone immediatamente la domanda come gli psichiatri si occuperebbero del pronto soccorso. *Hans-Jakob Rietmann/ZH* sostiene la posizione del richiedente, fa però notare che qui non si tratta di un problema di psichiatra, ma di un problema di specialista. Per casi di poca importanza, tutti i medici hanno la stessa tariffa, non c'è quindi un effetto sul risparmio se il paziente che si è rotto un ginocchio si rivolge direttamente al chirurgo invece di andare prima dal suo medico di famiglia. Per i casi complessi, prima o poi il paziente deve in tutti i casi ricorrere allo specialista. H.-J. Rietmann è del parere che con questo progetto si cerchi di mettere male tra il medico di primo ricorso e lo specialista, non costituisce una proposta mirante a un risparmio e con esso si intende spostare una volta di più i costi sul budget privato. Sostiene quindi chiaramente la soluzione proposta da P. Vallon.

Ch. Bosshard/ASMAC e considera che la responsabilità budgetaria celi grandi problemi anche per il rapporto medico-paziente, in particolare al momento in cui il paziente si pone la domanda se il medico curante non gli stia consigliando un trattamento soltanto per un motivo di costi oppure se lo fa per indicazioni mediche.

Georg Angele/ZH sostiene gli psichiatri che vogliono assicurare un più facile accesso alle cure per i pazienti con problemi psichiatrici. La rete dei medici di base, in cui è attivo ormai da 14 anni, ha integrato gli psichiatri nel 1996 e ha sviluppato con loro una proposta di concezione per il gate keeping ambulatoriale. È quindi senz'altro possibile regolamentare insieme agli psichiatri l'assistenza sanitaria integrata a vantaggio del cliente e del sistema. La proposta esiste, è stata elaborata dai medici di primo ricorso, dalle casse e dagli psichiatri. Gli psichiatri continuano a sostenere questa proposta ancora oggi, ma a suo tempo i regolamenti purtroppo non permettevano di realizzare il progetto.

Jörg Fritschi/medswiss.net osserva, all'attenzione degli specialisti, che con il Managed Care non si intende soppiantare gli specialisti, ma evitare con un trattamento ambulatoriale intelligente, in collaborazione con gli specialisti, delle degenze ospedaliere quanto mai onerose. *P. Vallon/SSPP* controbatte che nelle città più piccole, come per esempio Yverdon oppure Orbe, la rete che si è formata in modo naturale funziona molto bene. Ogni giorno ha ottimi rapporti con medici somatici che gli mandano i pazienti ed è anche convinto che continuerebbero a farlo anche se non facessero parte di nessuna rete per un'assistenza integrata. Secondo P. Vallon il problema è molto più acuto nelle grandi agglomerazioni urbane, dove si ha l'impressione che la forma di queste reti nate in modo naturale sia andata persa. Quanto è andato perso non può essere sostituito imponendo una rete. Teme anche che adesso i politici guardino al Managed Care completamente ipnotizzati, considerandolo l'unica soluzione per far fronte all'aumento dei costi sanitari. Il Managed Care rappresenta un vantaggio per quel che concerne la qualità e la comunicazione, permettendo anche di evitare cure inutili, ma dal punto di vista finanziario non apporta niente.

J. de Haller sottolinea l'importanza di posizionare il modello Managed Care principalmente come misura per un incremento della qualità e soltanto in secondo luogo come misura d'ordine economico. Indubbiamente il Managed Care è meno oneroso, ma l'obiettivo supremo rimane il coordinamento dei trattamenti. Prosegue affermando che adesso si sta discutendo sia sui problemi della psichiatria sia sull'argomento molto esteso del Managed Care nel suo insieme, sul quale la Camera medica ha preso posizione con le sue tesi 3,5 anni fa. Queste tesi sono state importanti anche per l'elaborazione del progetto di legge odierno. Oggi si tratta piuttosto di come organizzare il Managed Care. Il progetto di legge viene presentato ora in Parlamento e ci si pone la domanda, se si vogliano modificare in qualche modo le tesi di allora. Gli psichiatri hanno presentato una proposta, gli oftalmologi seguiranno subito con una loro proposta – tutti vogliono essere all'improvviso medici di base. Che impatto politico ha tutto questo? Sarà praticamente impossibile affermare che si è favorevoli al Managed Care a condizione che tutti possano accedere a tutto. Questo non ha in effetti più niente a che fare con il Managed Care. L'AD si occuperà di queste difficili e scottanti questioni politiche nella sua seduta di giugno. La FMH dovrà precisare adesso la sua posizione. 3,5 anni fa con le sue tesi aveva assunto un atteggiamento positivo sul tema Managed Care, la FMH si è impegnata e ha ottenuto dei risultati, che sono senz'altro validi. In considerazione degli imminenti dibattiti in Parlamento, la FMH deve però ora dettagliare la sua posizione. A proposito del Parlamento, *Ignazio Cassis/vicepresidente* ha alcune informazioni da comunicare alla Camera medica. Il *presidente* gli cede la parola.

I. Cassis dichiara innanzi tutto che la posizione degli psichiatri è già stata accolta dalla FMH e che è stata messa a disposizione per iscritto ad ogni parlamentare per i dibattiti della sessione di primavera.

Riprende poi la questione trattata nella discussione precedente, ovvero se nell'assicurazione obbligatoria di base si debba introdurre un sistema più oneroso o uno più a buon mercato. Una maggioranza politica – o più esattamente: la sinistra e la destra – era del parere che il Managed Care sia l'unica via possibile per un'assistenza sanitaria fondamentale sociale. In considerazione del continuo e inarrestabile aumento dei costi per la sanità, il Parlamento considerava che fosse inaccettabile mantenere lo status quo. Qualche cosa doveva cambiare. Prima riflessione: nell'assistenza sanitaria fondamentale sociale, il che significa medicina sociale, non ci può essere una libera scelta del medico. In nessuna assicurazione sociale gli assicurati hanno la libera scelta assoluta – fino ad ora questo era un'eccezione nel nostro sistema sanitario. Seconda riflessione: la medicina del futuro sarà sempre più complicata e sempre più interdisciplinare. I pazienti, nella loro situazione di pazienti, sono sempre più persi, ragion per cui a livello di paziente è necessaria una guida, una coordinazione. Il modo migliore per garantire questa guida, questa coordinazione è costituita dalle reti d'assistenza integrate. Mentre in campagna molti medici di base si occupano ancora di questa coordinazione, nelle agglomerazioni urbane la coordinazione va sempre più persa e molto spesso il paziente è lasciato a se stesso. Le esperienze fatte con le reti mediche, che in parte sono più che ventennali, mostrano che in questi sistemi i pazienti sono accolti meglio, che approfittano di una qualità più elevata, che vengono fatte meno cose inutili. Tutto ciò ha convinto il mondo politico. Il Parlamento considera, però, che un'assicurazione di base Managed Care obbligatoria per tutti non abbia nessuna chance. La popolazione svizzera deve avere la possibilità di scegliere. Se qualcuno vuole avere di più, deve pagarlo. Tra l'altro, anche i medici devono poter scegliere liberamente. Soltanto gli assicuratori hanno l'obbligo di offrire almeno un modello d'assistenza integrato. Attualmente non c'è in vista nessuna soluzione per il caso in cui in un cantone non esista nessun modello d'assistenza integrato, per esempio perché i medici non vogliono, e gli assicuratori non sono obbligati ad offrirlo. Si spera che grazie agli incentivi finanziari la quota di assicurati nei modelli integrati di assistenza che oggi è del 25% circa passi al 50–75% e questa forma di assistenza sia offerta in modo capillare in tutto il Paese. Ma c'è anche un'altra speranza: ovvero che se in questo modo non è possibile ridurre i costi, per lo meno si riesca a porre un freno al loro aumento.

C'è ancora la questione su chi (gli psichiatri, i ginecologi, gli oftalmologi, ecc.) debba avere accesso alle reti di Managed Care: la legge non prescrive niente in proposito. I dibattiti politici in materia sono tuttavia piuttosto confusi, perché parallelamente ci sono state due modifiche di legge, da un lato il Managed Care, dall'altro le urgenti misure per arginare i costi, ovvero le tasse di studio medico (tasse di consulto). Nel progetto misure urgenti si parlava effettivamente di partecipazioni differenziate ai costi a seconda della qualifica del medico: medico di primo ricorso 10%, tutti gi altri 20%. Nel frattempo questa discussione è stata del tutto abbandonata. Oggi discutiamo di Managed Care, la formulazione nella proposta di legge non ha niente a che fare con medici di primo ricorso o medici specialisti.

Nell'art. 41c, cpv. 1 viene soltanto definito che cosa si intenda con rete d'assistenza integrata, ovvero: *«Un gruppo di medici fornitori di prestazioni che si riuniscono con lo scopo di coordinare l'assistenza medica, costituisce una rete d'assistenza integrata. In una rete di assistenza integrata tutto il processo di trattamento della persona assicurata viene guidato attraverso tutta la catena di trattamento. La rete d'assistenza integrata deve offrire tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.* Non si parla assolutamente di chi debbano essere questi medici fornitori di prestazioni. Ogni rete decide in modo indipendente quali medici possano parteciparvi.

Nel cpv. 2 dell'art. 41c si legge: *«Gli assicuratori stipulano con la rete d'assistenza integrata un contratto che regola in particolare la collaborazione, lo scambio di dati, la garanzia della qualità e il rimborso delle prestazioni.»* E: *«Nell'ambito del processo di trattamento definito, in deroga all'articolo 34 cpv. 1, possono essere previste delle prestazioni che vanno al di là delle prestazioni obbligatorie previste per legge.»*

Lo scambio di dati, la qualità e il rimborso sono quindi i parametri che devono essere trattati tra la rete e gli assicuratori. E il catalogo delle prestazioni può prevedere di più di quanto oggi venga pagato nel quadro della LAMal.

Il cpv. 3 dell'art. 41c richiede: *«La rete d'assistenza integrata sceglie per la sua organizzazione una forma giuridica che garantisce che gli impegni presi contrattualmente con gli assicuratori possano essere soddisfatti.»* La rete può quindi essere una SA, una Sgl, una fondazione oppure un'associazione.

Nel *cpv. 4* dell'art. 41c si parla poi della responsabilità budgetaria: *«I fornitori di prestazioni che fanno parte di una rete d'assistenza integrata si assumono nell'ambito di quanto stipulato contrattualmente la responsabilità finanziaria per l'assistenza medica degli assicurati di cui si occupano (responsabilità budgetaria).»* Gli assicuratori e i medici definiscono congiuntamente quali obiettivi budgetari intendono raggiungere e alla fine dell'anno controllano come sono stati raggiunti gli obiettivi. La situazione è questa, niente di più o di meno.

Nel *cpv. 5 dell'art. 41C* viene definito il ruolo sussidiario dello Stato: *«Il Consiglio federale può fissare le esigenze della qualità necessaria per la rete d'assistenza integrata e l'ampiezza della* ***responsabilità budgetaria****.»* Le organizzazioni d'assistenza medica e gli assicuratori malattia hanno un grande margine di manovra. Se però, dopo un determinato arco di tempo non è stata trovata nessuna soluzione per quel che concerne la qualità oppure la responsabilità budgetaria, se sorgono dei problemi, può intervenire il Consiglio fede-

rale. Il consigliere federale D. Burkhalter ha detto chiaramente che in linea di massima non spetta al Consiglio federale emanare delle norme in proposito.

Il progetto di legge attuale per il Managed Care prevede che in materia si decida tramite il Parlamento. *I. Cassis* sottolinea quello che il presidente ha già affermato e quello che è anche stato discusso in Parlamento, ovvero che l'obiettivo del Managed Care è in primo luogo di incrementare la qualità e la coordinazione e non si tratta principalmente di una questione di costo. Non capisce quindi che si tema che le persone meno abbienti non possano più permettersi una buona medicina, e questo significherebbe che una buona medicina esiste soltanto al di fuori delle reti. Con Managed Care si mira esattamente al contrario. In questo campo è necessario ancora informare su molte cose e discutere a fondo, per eliminare tutti i malintesi e gli equivoci. Per rispondere ad una domanda di *P. Vallon/SSPP*, *I. Cassis* presenta un breve riassunto delle tre forme assicurative per l'assistenza ambulatoriale così come sarebbe realizzata se la legge venisse approvata nel progetto attuale. Si tratta delle «reti d'assistenza integrata (art. 41c)», le «forme assicurative alternative (art. 41b, cpv. 2)» e l'«assicurazione di base attuale». Per l'importo massimo della partecipazione ai costi (P. Vallon parla nella sua proposta di 700 CHF e 1400 CHF) la legge non fissa nessuna cifra. Viene fissato soltanto che l'importo massimo della partecipazione ai costi nelle reti integrate deve ammontare alla metà della partecipazione ai costi delle altre forme assicurative. Secondo la legge la competenza di fissare questo importo massimo spetta al Consiglio federale. Lo stesso vale per la riduzione dei premi per gli assicurati nelle reti d'assistenza integrate. Anche in questo caso il Consiglio federale fissa l'importo. Naturalmente si può tralasciare del tutto la partecipazione ai costi o addirittura la franchigia per le reti di Managed Care, tuttavia con la conseguenza che i premi devono aumentare in modo che i costi possano essere coperti. Se si modificasse il rapporto della partecipazione ai costi da 10%–20% a 5%–10%, questo provocherebbe in tutto il Paese un aumento di tutti premi del 3%. Qualunque esso sia, ci deve sempre essere un gradiente come incentivo affinché i pazienti passino nelle reti integrate. Concludendo, *I. Cassis* ricorda che questa legge giunge soltanto adesso in prima lettura in Parlamento. Dopo la votazione del 16 giugno 2010 al Consiglio nazionale il progetto di legge passa al Consiglio degli Stati per la seconda lettura. Si vedrà allora che cosa il Consiglio degli Stati modificherà nel progetto di legge. Per la FMH rimane sempre la possibilità di influire sulla Commissione della sanità del Consiglio degli Stati. La discussione durerà quindi ancora per un certo tempo. In considerazione dei dibattiti attuali, la probabilità che alla fine del 2010 ci sia una legge pronta che possa entrare in vigore il 1 gennaio 2012 è praticamente scesa a zero.

M. Müller/CMB desidera far presente che la Camera medica ha deciso di sostenere il Managed Care perché ha visto in esso la migliore probabilità di riuscire a liberarsi dalle perenni discussioni sull'abolizione dell'obbligo di contrarre. Nel sistema sanitario non c'è mai stato, secondo M. Müller, una legge su cui il corpo medico abbia potuto influire così tanto come su questo progetto di legge Managed Care, così come è attualmente. Se il corpo medico facesse naufragare questo progetto di legge (i motivi possono essere l'opposizione a singoli punti oppure semplicemente in quanto si mira alla perfezione), perché tra i politici verrebbe seminata insicurezza, si rischia molto, e cioè gran parte della sua credibilità politica e si potrebbe allora dire addio per molto tempo a numerosi settori del discorso politico.

*Markus Guzek/*ASMAC vorrebbe riprendere il discorso sulla questione della psichiatria e fa riferimento al problema della concorrenza a buon mercato da parte degli psicologi per quel che concerne la psicoterapia. C'è il grande pericolo che all'interno di queste reti si passi a questa alternativa dumping. M. Guzek sostiene la tesi che questo progetto, per quanto tecnicamente sia stato studiato a fondo, rappresenti l'inizio della fine della psicoterapia medica.

J. de Haller sottolinea ancora una volta che considera estremamente equilibrato il presente progetto di legge. Si deve fare particolarmente attenzione a non eliminare improvvisamente uno dei suoi pilastri e quindi far crollare il tutto.

Il *presidente* cede quindi la parola a *Peter M. Leuenberger/Oftalmologia per la sua proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11.* La proposta chiede che la FMH si impegni affinché «l'accesso ai trattamenti di oculistica non sia fatto dipendere per principio e in tutti i modelli assicurativi da nessun franchigia più elevata e da nessuna partecipazione ai costi più elevata.»

Michel Matter/GE presenta innanzi tutto la *proposta N. 3 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11*, con il quale si chiede *«che la FMH si impegni contro qualsiasi l'aumento della partecipazione ai costi, in modo che i malati che soffrono di malattie croniche e le persone in cattive condizioni di salute, che decidono di non entrare in un modello con assistenza integrata, non siano svantaggiati.»*

La seconda proposta della società medica cantonale ginevrina, la *N. 4 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11,* chiede *«che la FMH continui a impegnarsi per la diversità per quel che concerne l'accesso all'assistenza medica e quindi sostenga i suoi principi fondamentali per la libertà terapeutica. Si deve opporre a un sistema che preveda soltanto un'assistenza integrata con capitazione (contributo forfettario per ogni persona assicurata) e/o responsabilità budgetaria.»*

La discussione che segue, fatta eccezione per la presa di posizione di *Roland Oppliger/SSAI* che affronta il tema della compensazione dei rischi, non apporta in linea di massima nessun nuovo aspetto. Anche qui si dimostra ancora una volta come determinati punti del progetto di legge vengano interpretati e compresi in modo diverso, e in parte vengano addirittura male interpretati.

I. Cassis/vicepresidente risponde a proposito della compensazione dei rischi, che questa è prevista nel progetto di legge. Nel dicembre 2007 il Parlamento aveva deciso un miglioramento della compensazione dei rischi. Il criterio era: le degenze in ospedale di almeno 3 giorni nell'anno precedente (parte del pacchetto del finanziamento degli ospedali). Questa disposizione entrerà in vigore soltanto il 1 gennaio 2012. Egli stesso ha presentato nel mese di febbraio di quest'anno alla commissione una proposta per un altro, ulteriore miglioramento della compensazione dei rischi sulla base di un fattore di morbilità e insiste sul fatto che la domanda: «Quale fattori di morbilità?» non venga discussa in Parlamento, per evitare una strumentalizzazione politica. La proposta è stata accolta a grande maggioranza ed I. Cassis è molto fiducioso che il 16 gennaio venga approvata nel plenum. Con queste due migliorie apportate alla compensazione dei rischi il sistema è stato notevolmente migliorato.

Il *presidente* chiede quindi ancora a *H. Chaudhry* di presentare la *proposta dell'ASMAC N. 5 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11*. L'ASMAC chiede che la FMH si impegni in modo sostenibile affinché gli assicuratori vengano obbligati a stipulare un contratto con tutte le reti d'assistenza integrate, conformemente all'art. 41c.

E. Gähler/vicepresidente si dice del tutto contrario a questa richiesta che secondo lui toglierebbe alle reti qualsiasi innovazione. Da anni personalmente attivo in una rete, non vorrebbe assolutamente mai dover stipulare un contratto con ogni compagnia d'assicurazione.

L'ASMAC teme inoltre che con le reti integrate venga creato un ostacolo supplementare che trattenga i giovani medici dal farsi indipendenti ed aprire un proprio studio medico. Del parere completamente opposto è, invece, *Jörg Fritschi/medwiss.net*. Sono ormai finiti i tempi dei pionieri. Contrariamente ai timori espressi dall'ASMAC, i giovani medici sono cordialmente benvenuti nelle reti che esistono già sul mercato, mancano – infatti – giovani leve. I medici che hanno appena aperto uno studio medico possono aderire a una rete di medici già esistente e non devono «inventare nuovamente la ruota», non devono iniziare tutto dall'inizio. Esistono delle società operative gestite in modo del tutto professionale alle quali si potrebbe aderire e quindi non si dovrebbe, per esempio, mettere sui binari ex novo i contratti con le compagnie d'assicurazione.

Il *presidente* chiude la discussione e passa alla votazione delle diverse proposte. Precisa ancora una volta che le relative decisioni prese saranno trasmesse come risoluzioni all'assemblea dei delegati.

La *proposta P. Vallon/SSPP N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11* viene *respinta* dalla Camera medica con 45 voti favorevoli, 69 voti contrari e 15 astensioni.

La *proposta P. Leuenberger/SSO N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11* viene *respinta* dalla Camera medica con 29 voti favorevoli, 89 voti contrari e 12 astensioni.

La *proposta M. Matter/GE N. 3 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11* viene *approvata* dalla Camera medica con 71 voti favorevoli, 43 voti contrari e 11 astensioni.

Anche la *proposta M. Matter/GE N. 4 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11* viene *approvata* dalla Camera medica con 97 voti favorevoli, 16 voti contrari e 16 astensioni.

Infine, la *proposta H. Chaudhry/ASMAC N. 5 relativa al punto all'ordine del giorno N. 11* viene *respinta* dalla Camera medica con 50 voti favorevoli, 79 voti contrari e 11 astensioni.

Il *presidente* cede a questo punto la parola a *Ch. Ramstein/VEDAG* e si scusa che l'abbia fatto solo adesso invece che al punto all'ordine del giorno relativo alle elezioni del CC, come avrebbe dovuto. *Ch. Ramstein* indirizza alcune parole di ringraziamento a Max Giger/ISFM, oggi dimissionario, da parte della VEDAG, accompagnate dai migliori auguri.

Rapporto finale HPC

Il *presidente* cede la parola a Monique Gauthey, che in qualità di responsabile del campo d'attività eHealth ha portato a termine questo progetto gigantesco.

Nella sua presentazione *M. Gauthey/CC* accenna nel corso della sua presentazione ai punti principali e alle pietre miliari del progetto Health Professional Card (HPC). I delegati dispongono di un riassunto del rapporto finale. All'inizio del progetto c'erano gli obiettivi di mantenere e rafforzare la direzione per quel che concerne i certificati dei medici e l'identificazione del corpo medico, di partecipare allo sviluppo della strategia nazionale eHealth ed assicurare una qualità elevata.

Già nel dicembre 2005 la Camera medica decise di lanciare un progetto per una Health Professional Card. Nel 2006 è stata elaborata una concezione per una carta multifunzionale che, indipendentemente dalla tessera di assicurato, ma interoperabile con essa, dovesse servire da chiave d'accesso a diverse applicazioni. Nel dicembre 2006 la Camera medica ha dato il proprio benestare al progetto con un budget di 2,6 milioni di franchi su 3 anni per la prima fase del progetto, che comprendeva la realizzazione di una HPC con chip elettronica, di un certificato elettronico semplice e di una fotografia. Nell'agosto 2007 a Swisscom IT-Services è stato affidato l'incarico di realizzare il progetto in collaborazione con la FMH. Sono quindi seguiti un progetto preliminare ed un'elaborazione della concezione dettagliata. Nel 2009 Swisscom IT-Services ha trasmesso il progetto a Swisscom Solutions SA, che a sua volta l'ha poi passato a Swisscom Participations. Per tutta la durata del progetto si sono tenuti dei dibattiti politici a tutti i livelli, ai quali la FMH ha

potuto partecipare forse soltanto perché era già coinvolta nel progetto. In aprile è stata avviata la concezione «Fast Forward», con l'obiettivo di poter concludere il progetto nei tempi previsti , ovvero entro il 31 dicembre 2009. A fine ottobre 2009 è stato possibile avviare la produzione su larga scala, e sino a fine marzo 2010 erano stati consegnati in tutto quasi 11 000 HPC. È stato possibile raggiungere l'obiettivo dell'interoperabilità con la tessera di assicurato e i relativi certificati hanno potuto essere caricati sulla HPC. L'apposizione della croce rossa sull'HPC è stata accordata dagli uffici federali competenti in materia. La HPC costituisce parte integrante della realizzazione della strategia nazionale eHealth, l'armonizzazione con altri gruppi professionali del settore medico-sanitario è stata raggiunta: l'HPC si basa chiaramente sulle qualifiche professionali. Sono stati osservati gli standard nazionali e quelli internazionali, l'HPC è compatibile con il progetto europeo HProCard. Stanno per essere realizzate le integrazioni nelle applicazioni come myFMH, H-Net, privatsphere, ecc., e naturalmente anche HIN. Il budget complessivo di 2,6 milioni di franchi non è stato raggiunto per il 5%. Le cause vanno ricercate principalmente nei ritardi, nella complessità tecnica del progetto, nelle complicazioni d'ordine politico e nella tessera di assicurato. È stato però anche possibile generare un valore aggiunto per la HPC. Più di un quarto delle uscite è stato destinato alle risorse interne. M. Gauthey fa un breve bilancio: il progetto ha potuto essere concluso con successo conformemente all'incarico della Camera medica. Tra il corpo medico si nota un interesse crescente, più di un terzo dei membri della FMH è già in possesso della sua HPC, le domande da parte dei membri sono in aumento. Anche tra chi sviluppa le applicazioni si può costatare un crescente interesse. pharmaSuisse ha deciso di realizzare la stessa HPC. Nel progetto SwissID si è interessati a trasformare la HPC in una SwissID. E adesso che cosa succederà? Prima di tutto si tratterà di portare avanti l'integrazione nelle applicazioni. Sono poi previste delle estensioni con tessere per collaboratori e istituzioni, con il certificato qualificato e soluzioni per ospedali. Continua a rimanere, come già in passato, il problema relativo alla tessera di assicurato: esistono due tipi diversi di tessere di assicurato. L'UFSP intende ora partecipare alla ricerca di soluzioni. Per concludere si può affermare che il progetto FMH-HPC è stato coronato da successo, abbiamo occupato il campo e aperto nuovi campi per il futuro.

V. Liguori/TI affronta i problemi della compatibilità tra FMH-HPC e la tessera di assicurato della SASI (santésuisse e propria azienda), che rilascia la tessera per la maggior parte delle compagnie d'assicurazione. Nel rapporto finale si parla di costi supplementari che sono stati resi necessari per ottenere la compatibilità. Desidera sapere chi si assumerà questi costi.

M. Gauthey passa la domanda a Judith Wagner/responsabile di eHealth. *J. Wagner* fa notare che la SASIS SA, che appartiene a santésuisse, si è volutamente allontanata dagli standard dell'UFSP per le tessere di assicurato. Esistono delle soluzioni tecniche per questo problema. Le trattative in corso, a cui ora partecipa anche l'UFSP, tratteranno anche l'argomento di chi dovrà assumersi i costi. È chiaro che noi continuiamo a fare pressione.

Heinrich Maillard/UR si informa a proposito della CardAPI per Mac che continua a non essere disponibile. Il *presidente*, direttamente interessato perché lui stesso è un utilizzatore Mac, assicura che si mantiene in proposito la pressione su Swisscom.

Dopo che la parola non viene più richiesta, il *presidente* invita la Camera medica a votare sul rapporto finale sulla HPC. La Camera medica approva il rapporto finale sulla HPC a grande maggioranza, con 7 voti contrari e 12 astensioni.

Informazioni dai diversi campi d'attività – informazioni verbali

Informazioni dal campo d'attività Promozione della salute e prevenzione

Per la sua informazione *C. Romann* sceglie di parlare di un argomento prioritario: l'assicurazione invalidità.

La legge sull'assicurazione invalidità è in vigore dal 1960 ed è stata sottoposta regolarmente a frequenti revisioni. Nel settembre 2009 la popolazione svizzera ha approvato di giustezza un aumento dell'imposta sul valore aggiunto dal 7,6 all'8 per cento limitato a sette anni, per far fronte alla montagna di debiti dell'AI, staccandola dall'AVS e creando un proprio fondo di compensazione. Attualmente è in corso la sesta revisione dell'AI. Nella sua presa di posizione la FMH si dice favorevole a una misurata revisione delle rendite attuali, alla possibilità di acquisire in modo centralizzato ausili mediante bando ed è anche favorevole al contributo assistenza. È invece contraria ad un'estensione di un concetto di ragionevolezza alle revisioni delle rendite, alla limitazione del contributo assistenza ad assicurati in età adulta e alla limitazione della possibilità di assunzione a persone esterne alla famiglia che si occupano delle cure, nonché alla stigmatizzazione di un intero gruppo di pazienti. Nell'ottobre 2008 si è tenuto il 1° sounding board AI. Vi hanno preso parte gli uffici regionali di collocamento (URC), i datori di lavoro, l'associazione degli handicappati e, quale unica rappresentante del corpo medico, C. Romann. Si trattava allora solo e semplicemente della 5ª revisione dell'AI. La 5ª revisione ha risposto in modo soddisfacente a determinate aspettative, ad altre no – in particolare all'integrazione precoce: invece delle 5'000 integrazioni precoci attese, sono stati integrati in tutto soltanto 150 persone. Contemporaneamente attirò una certa attenzione la pubblicazione di un'analisi di dossier estremamente interessante della fruizione dell'assicurazione invalidità per motivi psichici (progetto di ricerca dell'AI). Da quest'analisi risultata chiaramente che gran parte di coloro che ricevono la pensione secondo il codice

646 (motivi psichici) hanno un modello comprensibile di disturbi in genere marcanti d'ordine biografico e psicosociale nonché diversi tipi di procedure. Non esistono quindi «finti invalidi». Inoltre viene affermato che i medici (curanti) devono mantenere il loro ruolo centrale e si mette in guardia da aspettative troppo grandi, in quanto al momento di chiudere il dossier, soltanto un terzo dei beneficiari delle misure svolgeva un'attività professionale per lo meno parziale.

Nel novembre 2009 doveva aver luogo un secondo sounding board AI che venne però poi annullato. Ciò nonostante, i rappresentanti della FMH (G. Ebner, Ph. Luchsinger e C. Romann) avevano cercato il colloquio con l'AI, perché erano del parere che tra corpo medico e AI sia necessario un colloquio. Nell'ambito di un colloquio costruttivo i rappresentanti della FMH hanno fatto notare una certa mancanza di collaborazione. È risultato anche che per quel che concerneva le aspettative dell'AI nei confronti del corpo medico, i malintesi erano molto importanti. È stato anche discusso se avesse eventualmente senso sottoporre i pazienti che soffrono di disturbi somatoformi a un tentativo pilota. I rappresentanti della FMH sono stati inoltre informati anche sui progetti di ricerca e sulle idee di progetti in corso – questi progetti sono nell'ambito di un secondo programma di ricerca pluriennale in vista dell'applicazione della legge sull'assicurazione invalidità.

P. Vallon/SSPP ha anche ricordato che la FMPP partecipa insieme all'UFAS all'elaborazione di criteri della qualità per perizie psichiatriche nell'ambito dell'AI, la cui conclusione è prevista l'anno prossimo. Per quel che concerne l'argomento reintegrazione di malati psichici suppone che sia stata dimenticata la questione relativa all'assicurazione perdita di guadagno. Siccome questa sottostà alla LCA, un'assicurazione non ha l'obbligo di accettare delle persone con incapacità lavorativa di più anni. Si corre quindi il rischio che la Confederazione si possa vedere obbligata a creare un'assicurazione perdita di guadagno specifica per quelle persone che vengono reintegrate dall'AI.

Informazioni dal campo d'attività Tariffe e contratti

E. Gähler informa, innanzi tutto, sulla situazione relativa alla *Revisione della struttura tariffaria TARMED*. A lungo non si è registrato nessun progresso in materia, un piccolo successo parziale è stato ottenuto con l'indennità forfetaria di disturbo in caso d'emergenza che è stata prolungata fino al 31 dicembre 2010. La FMH si è espressa chiaramente sul fatto che in una fase 1 ci si occupi della revisione di 20 capitoli e delle 10 posizioni più onerose. Dopo di che si devono adattare i modelli di costo (INFRA per gli ospedali, KoReg/contabilità analitica per gli studi medici), e questo secondo gli affitti e i salari. Un elemento importante è il miglioramento della posizione dei medici di base, problema che può essere risolto soltanto mediante un apposito capitolo per i medici di base. In questo senso sarebbe necessario un aumento annuo dei costi, per esempio nell'ambito di un rincaro annuale del 4 %, perché con i volumi che probabilmente si liberano dalla revisione tariffaria, non si potrà mai migliorare la situazione dei medici di base. Santésuisse vuole assolutamente un accordo sulla gestione dei costi, al quale noi siamo sì disposti, ma soltanto alle condizione da noi poste. Al dibattito al vertice tra FMH e santésuisse, tenutosi il 21 aprile 2010, a cui hanno partecipato anche i signori Regius/Swica, Fischer/Visana e Grichting/Groupe Mutuel, sono state approvate le condizioni della FMH. Non ci sarà nessuna revisione per capitolo, e santésuisse ha sviluppato l'idea secondo cui la «neutralità dei costi» non deve valere soltanto da parte dei medici, ma in tutto il settore ambulatoriale. In seno al CC e all'AD è stato deciso che ci si debba occupare della revisione delle 20 società mediche specialistiche e delle loro 10 posizioni principali indipendentemente da santésuisse e si debba esaminare se c'è la possibilità di effettuarla insieme a H+. Hanno già avuto luogo i primi colloqui con H+. Si deve lavorare soprattutto a livello politico e tecnico e naturalmente verranno fatte intervenire anche associazioni mantello e società mediche specialistiche.

Per quel che concerne il *monitoraggio elenco delle analisi:* l'UFSP ha respinto la nostra offerta, ma per tutta la durata del monitoraggio ha offerto un piccolo importo per l'aumento delle spese. L'UFSP vuole una soluzione minima e a buon mercato per la quale ci si pone poi la domanda sulla qualità. La FMH ha precisato chiaramente che non sostiene il monitoraggio di INFRA e UFSP e che intende concentrare le proprie forze e le proprie intenzioni sul proprio monitoraggio ampliato. Con i dati della cassa dei medici, di NewIndex, dei centri di controllo della qualità, dei laboratori incaricati e di diversi ospedali che possono essere seguiti fino al 2004, viene coperta tutta la catena di analisi. Recentemente santésuisse ha informato tramite i media che non è stato registrato nessun effetto di risparmio, che i medici aumenterebbero artificialmente le loro prestazioni e che le sue indicazioni per analisi di laboratorio non dipenderebbero da indicazioni, sintomi oppure quadri clinici, ma dalle tariffe. Abbiamo potuto dimostrare chiaramente che non è affatto così. Santésuisse, invece, non può presentare nessuna cifra, semplicemente perché non dispongono di nessuna cifra. *E. Gähler* mostra con dei diagrammi che, dopo la revisione, si è effettivamente realizzata la prevista diminuzione del fatturato dei laboratori del 30 % tra i medici di base. Per specializzazioni più piccole si registra un aumento dovuto alla meccanica tariffaria. Anche il numero di sedute non è né aumentato né diminuito da quando c'è stata la revisione, il che dimostra che non si è verificato nessun aumento artificiale di volume.

E adesso che cosa succederà? Si stanno raccogliendo i dati, dopo di che si vuole valutare il calcolo corretto (sempre rifiutato dall'UFSP) e poter moni-

torare le conseguenze. Quest'ultimo non soltanto a livello di laboratorio, ma si vuole poter indicare le conseguenze che potrebbero andare sino alla LeiKov (convenzione prestazioni prezzi) ed altri effetti. I risultati dovranno poi essere pubblicati globalmente tramite un organo neutrale. Una volta messo sui binari il monitoraggio, verrà steso un rapporto all'attenzione della Commissione di gestione del Consiglio nazionale.

A proposito della Dispensazione diretta dei medicinali: questo argomento è di attualità in relazione alla revisione degli agenti terapeutici. Una task force della FMH (VEDAG, CCM, Médecins de famille Suisse, FMH) ha seguito la procedura di consultazione e le diverse associazioni hanno preso posizione in modo analogo per così dire in quanto «voce della FMH». Dalle risposte dalla procedura di consultazione si sa che praticamente tutti i Cantoni sono contrari all'abolizione della dispensazione diretta, anche cantoni misti (cantoni con dispensazione diretta limitata) e addirittura anche i governi cantonali della Svizzera occidentale. Fatta eccezione per il PPD e il PS tutti i partiti sono contrari a un'abolizione, come anche la maggior parte delle associazioni e – molto interessante – anche l'Unione arte e mestieri. Sembra che, contrariamente al suo predecessore P. Couchepin, il Consigliere federale D. Burkhalter non sia interessato a un'abolizione della dispensazione diretta dei medicamenti da parte del medico, che non apparirà quindi neppure nel messaggio al Parlamento. Ma quando avranno luogo le consultazioni in Parlamento, il corpo dei farmacisti ripresenterà senz'altro questo argomento. Da tempo la FMH è alla ricerca di un modello senza margini, per riuscire finalmente a non essere più accusata di incentivi sbagliati. Uno spostamento sul valore del punto tariffario può essere, ma non deve esserlo forzatamente, un elemento della soluzione. La dispensazione diretta deve però continuare a essere permessa, e per i pazienti e le compagnie assicurative deve essere creato un valore aggiunto. È stato sviluppato un modello con due varianti. Si sono già svolti dei primi colloqui con santésuisse e gli assicuratori. In agosto il Consiglio d'amministrazione di santésuisse dovrebbe prendere in proposito una decisione di principio.

V. Liguori/TI costata che sulla base dell'interpretazione degli assicuratori secondo cui possono essere eseguite ancora soltanto analisi di laboratorio nell'ambito della diagnosi in presenza del paziente, non sono più possibili molte analisi ed esami di laboratorio che precedono un intervento chirurgico e che vengono richiesti dagli ospedali. V. Liguori chiede che il corpo medico sia informato chiaramente su quali analisi di laboratorio possano essere ancora fatturate a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e quali non possano più essere fatturate.

E. Gähler risponde che l'elenco delle diagnosi in presenza del paziente esiste e che le posizioni in esso contenute possono essere fatturate. Problematico è qui il fatto che con la revisione le analisi chimiche siano chiaramente sottopagate, perché non sono state calcolate secondo il laboratorio dello studio medico, ma secondo il laboratorio incaricato. Farà parte del monitoraggio evidenziare la cosa. Non esiste ancora neppure una definizione esatta del laboratorio di presenza. In proposito vengono inoltrate delle proposte all'UFSP.

Andreas Haefeli/AG fa notare che la diminuzione delle tariffe di laboratorio e dei margini nella dispensazione diretta di medicamenti da parte del medico devono confluire anche nella revisione della TARMED, perché di questo reddito supplementare si deve tener conto anche nella strutturazione delle tariffe.

Informazioni dal campo d'attività Dati, demografia e qualità (DDQ)

Daniel Herren informa i presenti su alcuni argomenti salienti dal suo campo di attività.

Campo d'attività Qualità

Il *Q-Monitoring* procede secondo i tempi previsti. Ricordiamo qui gli obiettivi: con il rilevamento del lavoro del medico in materia di qualità si deve creare trasparenza principalmente per il corpo medico attivo ambulatorialmente, si vogliono evidenziare e valutare le attività inerenti alla qualità. Insieme ai partner si intende poi sviluppare un modello per sostenere il lavoro del medico in materia di qualità. È terminata la rilevazione dei dati nei settori pilota medicina di base, psichiatria e ortopedia. È prevista la pubblicazione dei dati per metà giugno. Sono in corso i lavori di concezione sul tema utilità e onere delle attività inerenti alla qualità e si sta riflettendo anche sull'incentivazione a svolgere un lavoro medico in materia di qualità. Si prevede di presentare in luglio al Comitato centrale la proposta di estendere il monitoraggio della qualità ad altre società mediche specialistiche.

Gruppo di lavoro qualità sas-FMH: il gruppo comune di lavoro ha potuto essere fondato soltanto dopo un secondo tentativo, con 4 rappresentanti per parte (per sas oltre ai due rappresentanti di santésuisse fanno parte del gruppo di lavoro anche un rappresentante di Sanitas e uno di Helsana). In una prima riunione ci si è potuti accordare su un campo di lavoro definito congiuntamente, ovvero sull'applicazione della LAMal, art. 22a (obbligo del fornitore di prestazioni di comunicare alle autorità competenti i dati di cui necessitano per vigilare sull'economicità e sulla qualità). Attualmente il gruppo di lavoro sta valutando la fornitura di indicatori della qualità all'attenzione dell'UFSP rispettivamente della Confederazione (lett. f), indicatori della qualità che potrebbero soddisfare questa disposizione e i due gruppi di esigenze.

Un altro gruppo di lavoro promosso dalla CCM si occupa del modo di fornire i dati nel quadro dell'art. 22 della LAMal. Ci si è messi in contatto con l'Ufficio federale di statistica (UFS) che è stato incaricato dall'UFSP di raccogliere i dati. Per motivi di personale, l'UFS ha rimandato un po' questo progetto, per l'estate 2010 ci si attende una prima bozza della concezione. Gli obiettivi dell'UFSP non sono chiari.

L'obiettivo della FMH è di limitare al massimo l'onere globale del fornitore di prestazioni per fornire questi dati così come previsto dalla legge. Il gruppo di lavoro CCM-FMH costituito congiuntamente nel 2009 ha già preparato un elenco di variabili, all'UFS è stata presentata una proposta per un contratto quadro, che comprende le regolamentazioni per un'eventuale collaborazione e le condizioni per la fornitura di dati.

Per quel che concerne la *strategia Q della Confederazione*, sono già iniziati i lavori di concezione in sottogruppi, sotto l'egida di un comitato ristretto (la FMH è rappresentata da J. de Haller). Nel sottoprogetto 1 ci si occupa del finanziamento (la FMH non è formalmente rappresentata, ma è stata presentata una richiesta in questo senso; il sottoprogetto 2 si occupa dei contenuti dei campi d'azione (D. Herren ad personam) e il sottoprogetto 3 dell'informazione (rappresentante della FMH D. Herren); nell'autunno si dovrebbero concludere i lavori nei sottoprogetti e a fine anno verrà consegnato al Consiglio federale un rapporto con una concezione dettagliata.

Campo d'attività Dati e demografia

Lo studio sui redditi per gli anni 2005/2006 è stato realizzato dalla figlia di Niklaus Hasler, deceduto – lo studio completo può essere richiesto alla divisione Comunicazione della FMH (kommunikation@fmh.ch). Poiché lo studio, come è stato effettuato fino a ora, non può più rispondere a tutte le domande ed eventualmente la rilevazione del materiale con le cifre non potrà più essere ottimizzata, è stato deciso di bandire un nuovo studio sui redditi, che è di estrema importanza per la FMH. L'incarico è stato per finire affidato all'ufficio BASS. L'ufficio BASS, DDQ e il servizio tariffario collaboreranno quindi strettamente tra di loro su questo studio. Il pool di dati dovrà essere ampliato, oltre che con le cifre di medisuisse, con dati di NAKO, statistica medica, H+ e della rilevazione primaria sui «profili dei medici» del settore stazionario. Le prime cifre sono attese nella primavera del 2011.

Per finire, *D. Herzog* esprime il suo cordiale ringraziamento ai collaboratori della divisione DDQ che svolge un lavoro eccezionale.

Alexander von Weymarn/TG si informa se anche le cifre dell'inchiesta permanente sui costi (RoKo) siano utilizzate come parametri per l'analisi del reddito dei medici. *D. Herren* conferma che vengono analizzate tutte le fonti per decidere quali elementi possano essere presi in considerazione per far poggiare lo studio su un fondamento veramente valido.

Informazioni dal campo d'attività SwissDRG

Pierre-François Cuénoud fa riferimento innanzi tutto al primo grande passo che è stato compiuto nel luglio 2009 con la consegna del dossier d'accompagnamento e del primo groupers utilizzabile (versione 2.0) al Consiglio federale per approvazione. Di tutta la documentazione, gli strumenti e i meccanismi per garantire la qualità di prestazione e la valutazione degli effetti delle tariffe sui volumi di prestazioni e di costi non hanno soddisfatto completamente le aspettative del Consiglio federale. Le società mediche specialistiche non hanno apprezzato molto soprattutto il fatto che, per quel che concerne le proposte (in totale 1'630) elaborate con grande impegno e in tempi estremamente stretti, l'Ufficio federale di statistica (UFS) non abbia accordato le risorse necessarie per assicurare una corretta implementazione di queste proposte nel CHOP 12. SwissDRG ha quindi assunto 2 specialisti, particolarmente esperti in questo campo, che sono a disposizione dell'UFS. In questo modo si spera di recuperare questo ritardo per l'autunno di quest'anno. Un altro ritardo increscioso è costituito anche da quello relativo alle traduzioni in italiano e francese del materiale. Anche qui è intervenuto SwissDRG mettendo a disposizione 200 000 CHF, in modo che queste traduzioni siano finalmente disponibili in tempo utile. Una notevole differenza tra il sistema DRG svizzero e quello di tutti gli altri sistemi esistenti nei Paesi limitrofi sta nell'integrazione nel DRG degli investimenti e dei costi di utilizzazione degli impianti. Questa situazione rende necessario uno studio comparativo. Per quel che concerne il finanziamento delle innovazioni, tutti i partner hanno riconosciuto il principio di una ripresa provvisoria delle novità. Per i Cantoni che non conoscono ancora il DRG sarà piuttosto difficile riuscire a introdurre al 1° gennaio 2012 il sistema che comprende anche delle sanzioni finanziarie. Si è riflettuto quindi sulla possibilità di una garanzia di deficit per gli ospedali nel corso dei primi due anni con il regime DRG: tra le questioni in sospeso ci sono anche le indennità supplementari. Il finanziamento provvisorio è stato in linea di massima accettato. Ma che cosa succederà nel caso di una nuova innovazione? Quando il finanziamento provvisorio di un'innovazione mostra che questo si protrae per anni, lo si deve integrare nella struttura tariffaria. A seconda della frequenza dell'utilizzazione dell'innovazione, si potrà procedere in modo diverso per integrarla nella struttura tariffaria. Per innovazioni utilizzate soltanto raramente non si è previsto di creare un DRG nuovo ma indennità supplementari (art. 49 cpv. 1 LAMal). Ancora in sospeso è la struttura tariffaria per la psichiatria, la geriatria acuta e la riabilitazione, «imposta» a SwissDRG dal Consiglio federale, è posteriore al 2012. Situazione della ricerca concomitante: nel campo d'attività Qualità la FMH ha presentato la propria candidatura all'ANQ (l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche) come membro a parte intera. Nel settore Gruppi professionali attualmente non sta succedendo niente. Nel settore Sistema sanitario globale l'UFSP ha bandito un concorso. La FMH è disposta a occuparsi degli argomenti importanti per il corpo medico, che non sono coperti. Le relative proposte saranno presentate prossimamente al Comitato centrale a all'Assemblea dei delegati. Tra le attività della FMH rientrano anche la procedura di richiesta che è stata effettuata lo scorso anno e che ha generato 257 richieste (tutte dalla FMH). È stato inoltre effettuato un test pratico con un cosiddetto batch

grouper 2.0 (simulazione informativa con il grouper 2.0), che ha mostrato una buona riproducibilità rispetto all'APDRG (90% di concordanze). I workshop, offerti dalla FMH in collaborazione con H+, sono un vero successo. Vengono organizzati tre volte all'anno, un primo workshop in francese è previsto per il prossimo inverno. Ci sono dubbi anche per quel che concerne l'inizio della ricerca concomitante, l'integrazione delle richieste 2007–2009 in CHOP 12 per l'utilizzazione a partire dal 1 gennaio 2011, le indennità supplementari, la posizione dell'ANQ, la protezione dei dati e per finire a proposito del finanziamento del perfezionamento professionale. Concludendo, SwissDRG verrà utilizzato a partire dal 1 gennaio 2012. L'obiettivo è che a partire da questa data l'80% dei casi possa essere rappresentato in modo accettabile. Dopo di che saranno necessarie migliorie costanti, ogni anno ci sarà una nuova versione. In queste attività il corpo medico assume un ruolo determinante.

M.Müller/CMB attira l'attenzione sui grandi timori e nelle insicurezze che continuano a regnare nel corpo medico per quel che concerne l'introduzione di SwissDRG. Continua a chiedersi quali saranno le ripercussioni negli studi medici. È del parere che ci si dovrebbe dedicare a questo argomento per diversi pomeriggi e non soltanto per 5 minuti davanti ai soli 15 delegati rimasti ancora in sala. Anche *Carlo Moll/AMDHS* conferma che l'insicurezza aumenta e ha l'impressione che la discussione su SwissDRG sia lanciata soltanto adesso che il tempo incomincia a stringere.

Per *P.-F. Cuénoud* è importante soprattutto che il peso dei medici e la direzione medica siano forti negli ospedali. E ai medici veramente insicuri consiglia di cercare di discuterne con i colleghi che lavorano con il sistema già da sette e più anni. «C'è una vita con il DRG, forse non è ideale, ma neanche peggiore di quella con un altro sistema.»

Poiché la parola non viene più richiesta, il presidente ringrazia i pochi delegati che sono riusciti a resistere sino alla fine e chiude la seduta ordinaria della Camera medica alle 17.25.

Glossario

AD	Assemblea dei delegati
ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
ASMAC	Associazione svizzera dei medici
	Assistenti e capiclinica
BMS	Bollettino dei medici svizzeri
CC	Comitato centrale
CCM	Conferenza delle società cantonali mediche
CdG	Commissione di gestione
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CMB	Collegio di medicina di base
CPFAINF/AM/AI	Commissione paritetica di fiducia AA/AM/AI
CPI	Commissione paritetica d'interpretazione
CPT	Commissione paritetica tariffaria
DDQ	Dati, demografia e qualità
DRG	Diagnosis Related Groups
EMH	Editores medicorum helveticorum; Edizioni Mediche Svizzere SA
fmCh	Foederatio medicorum chirurgicorum
FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
INFRA	Costi d'infrastruttura
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
KoReg	Contabilità analitica
LCA	Legge sul contratto d'assicurazione
LeiKov	Convenzione prestazioni-prezzi
M&H	Médecine et Hygiène
NAKO	Servizio nazionale di consolidazione dei dati
OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino
OPre	Ordinanza sulle prestazioni
PCA	Presidente del consiglio d'amministrazione
SCM	Società medica cantonale
SMF	Swiss Medical Forum
SMS	Società medica specialistica
SMSR	Società medica della Svizzera romanda
SMW	Swiss Medical Weekly
SSAI	Società svizzera d'allergologia e d'immunologia
SSMI	Società svizzera di medicina interna
SSN	Società svizzera di nefrologia
SSO	Società svizzera di oftalmologia
SSP	Società svizzera di pediatria
SSPP	Società svizzera di psichiatria e psicoterapia
URC	Ufficio regionale di collocamento
VEDAG	Associazione delle società mediche della Svizzera tedesca