

I 200 delegati con diritto di voto rappresentano le organizzazioni di base e le organizzazioni specialistiche della FMH.

Foto: Christoph Kreyden



Palazzo dei congressi di Bienne, 26 maggio 2011

Protocollo della Camera medica ordinaria

Erika Flückiger,
responsabile dei servizi

Un glossario delle
abbreviazioni principali
da noi utilizzate si
trova a pagina 1109.

Nota della redattrice del protocollo: per facilitare la lettura, il protocollo riprende i punti all'ordine del giorno nell'ordine in cui sono stati trattati.

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 9.37 la seduta ordinaria della Camera medica. Dei membri del Comitato centrale sono scusati: Christine Romann – rappresenta la FMH alla riunione dell'E.A.N.A. (European working group of practitioners and specialists in free practice) – e Daniel Herren, che partecipa al Congresso europeo di chirurgia della mano. Pierre-François Cuénoud deve lasciare la seduta a mezzogiorno.

Il presidente dà, quindi, il benvenuto agli ospiti presenti: Roland Schwarz (presidente) e Adrian Sury (membro) della Commissione di gestione (CdG), Bruno Kesseli, caporedattore del Bollettino dei medici svizzeri (BMS), Peter Geissbühler, in rappresentanza della von Graffenried Treuhand SA (organo di controllo), e Hans Rudolf Koelz, vicepresidente ISFM.

Dopo aver comunicato 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: Louis-François Debétaz/ Allergologia e immunologia, Peter Wiedersheim/SG, Jean-Pierre Grillet/GE, Marcel Stampfli/BE, Stefan Nock/UR, Raoul Heilbronner/Neurochirurgia, Andreas Girr/ZH, Jürg Lareida/AG, David Nadal/Infettivologia e Christoph Bosshard/ASMAC.

Il presidente fissa alle 17.00 l'ora statutaria dopo la quale non si potranno più prendere decisioni o votare.

L'invito con l'ordine del giorno e gli allegati è stato inviato su CD-ROM entro i termini prescritti, quattro settimane prima dell'odierna seduta, a cui hanno fatto seguito quattro invii supplementari per e-mail, in cui veniva allegato ogni volta l'ordine del giorno aggiornato. Al loro arrivo nella sala del Palazzo dei congressi ai delegati della Camera medica è stata consegnata una busta con la relativa documentazione per le elezioni e le votazioni, ai delegati ordinari della Camera medica anche l'elenco dei salari 2010 del Comitato centrale e della presidenza ISFM (decisione della Camera medica del 27 maggio 2010, art. 10, n. 8, del Regolamento d'esecuzione).

Il presidente cede quindi la parola al segretario generale Daniel Herzog per la presentazione delle nuove

collaboratrici e dei nuovi collaboratori che hanno iniziato a lavorare alla FMH dopo l'ultima Camera medica:

Roger Scherrer, economista aziendale, completa dall'ottobre 2010 l'équipe Tariffe & contratti del Servizio tariffario FMH, *Carla Trachsel* apporta dal gennaio 2011 il suo sostegno alla segreteria del Comitato centrale, *Isabelle Bertholet*, traduttrice, pure entrata alla FMH nel gennaio 2011, succederà a fine maggio a Antoinette Mazouer, viceresponsabile del servizio traduzioni, che andrà in pensione, e in fine *Martina Bruttel* da questo mese lavora a metà tempo come segretaria al servizio tariffario nel settore Tariffe & Contratti.

Rapporto annuale del Comitato centrale, dell'ISFM e della CdG: esercizio 2010

I rapporti annuali della FMH e dell'ISFM sono stati inviati e sono disponibili, per essere consultati e scaricati, anche sul sito web www.fmh.ch. Il rapporto annuale della Commissione di gestione/CdG è stato inviato ai delegati della Camera medica con i documenti per la seduta. Il *presidente* cede la parola a *Roland Schwarz*, presidente della CdG. *R. Schwarz/CdG* desidera attirare l'attenzione su due punti del rapporto annuale. Il primo punto concerne le *Competenze e responsabilità nel settore finanziario della FMH*: la CdG ha constatato che spesso la competenza decisionale per le questioni finanziarie non è del servizio che se ne deve assumere la responsabilità. La CdG è del parere che si debba prestare maggiore attenzione a questo problema soprattutto per il progetto «Nuovi modelli direttivi». Il secondo punto *Misure di stabilizzazione del budget (decisione della Camera medica 2007): Modulo 1/Nessun rimborso della quota sociale dopo il conferimento del titolo*: la decisione è stata applicata, ma il risparmio non si fa ancora sentire, perché rimangono validi come in passato i diritti acquisiti. Si calcola, però, che nel 2018 l'importo di 1,5 mio di franchi si sarà ridotto della metà. Il *modulo 2/Rimborso al conferimento del titolo* è applicato. Dal 2008 i costi indotti vengono compensati con un aumento delle quote dei membri di 50 CHF. *Modulo 3/Riduzione delle spese d'esercizio del Comitato centrale*: l'obiettivo era una diminuzione del 10 %, che è stato quasi raggiunto nel 2007. Nel frattempo la percentuale delle economie è di nuovo diminuita. Motivo: il tasso di attività del Comitato centrale è nuovamente aumentato, in particolare alle ultime elezioni generali. L'obiettivo, e più precisamente, la decisione della Camera medica nel 2007 era un impegno lavorativo totale del 420 %. Nel 2009 l'impegno lavorativo totale era del 437 %, alla fine del 2010 aveva già raggiunto il 495 %. Questa cifra dipende evidentemente da quali compiti vengono affidati alla FMH e dal modo in cui la FMH può svolgerli in modo adeguato. La Camera medica è libera di decidere se aumentare il tasso fissato al 420 % in funzione del nuovo modello direttivo adottato.

Il modulo 4/Ristrutturazione della segreteria centrale

è applicato, nei limiti di quanto è attualmente opportuno e possibile.

Il *presidente* ringrazia la CdG per il suo rapporto e pone quindi l'accento sui particolari sforzi del servizio Divisione Comunicazione relativi alla nuova presentazione del rapporto annuale della FMH, che è stata accolta molto positivamente.

Non viene richiesta la parola sui tre rapporti annuali. Il *presidente* passa quindi alla votazione:

- Il *rapporto annuale dell'ISFM* (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 2.1.) viene approvato all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni.
- Il *rapporto annuale della FMH* (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 2.2.) viene approvato all'unanimità, senza voti contrari e con 2 astensioni.
- Il *rapporto annuale della CdG* (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 2.3.) viene approvato all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni.

Conti annuali 2010

Conti annuali 2010 dell'ISFM

Christoph Hänggeli, direttore ISFM incomincia ricordando la fondazione dell'ISFM nel 2008. L'istituto funziona in modo autonomo ed indipendente dagli altri organi della FMH, non ha, però, una personalità giuridica propria e deve quindi rendere conto alla Camera medica.

Da quando vengono conferiti titoli federali di medico specialista, si è potuta presentare ogni anno una chiusura positiva dei conti. Per l'esercizio 2010 l'ISFM registra per la prima volta una perdita di 174000 CHF. Il risultato globale, però, differisce soltanto leggermente dal budget per 36000 CHF. Nelle singole posizioni risultano differenze in parte notevoli tra conti e budget. Poiché tuttavia, entrate e spese sono superiori al budget all'incirca nella stessa proporzione, il risultato finale presenta soltanto una differenza minima. A fine 2010 il patrimonio dell'ISFM era di 4,7 milioni di franchi. Le principali voci di entrata continuano ad essere le tasse per i titoli di medico specialista; nell'anno d'esercizio ne sono stati rilasciati 1250. Un'altra importante fonte di entrata è rappresentata dalle visite di valutazione che sono finanziate dai centri di perfezionamento professionale. La voce più importante delle spese è quella per le spese di personale. La voce «Compensazioni interne», imputabile ai costi di personale, comprende prestazioni per più di 1,5 milioni di franchi, che l'ISFM acquisisce dalla FMH. Ne risultano delle vantaggiose sinergie perché i reparti come Servizio traduzioni, Servizio giuridico, l'informatica ecc. possono essere utilizzati in comune dalla FMH e dall'ISFM e in questo modo è possibile risparmiare dei costi.

Non viene posta nessuna domanda sui conti 2010 dell'ISFM.



Un'immagine del podio con il Comitato centrale e il segretario generale.

Conti annuali della FMH (globali, incluso ISFM)

Il *presidente* cede la parola al *segretario centrale* per la presentazione dei conti 2010 della FMH.

I conti annuali sono stati approvati dall'organo di revisione. Il revisore Peter Geissbühler/von Graffenried Treuhand AG è presente e potrà rispondere a eventuali domande. I conti annuali 2010 della FMH chiudono con un utile di 24000 franchi, budgetata era una perdita di 272000 CHF. Nell'insieme sono state generate meno entrate. Una differenza negativa di 600000 franchi rispetto al budget è risultata nelle quote sociali. Si era stati troppo ottimisti nel pronosticare l'aumento dei membri e ci sono stati più cambiamenti da una categoria di membri all'altra e più dimissioni di membri. L'ISFM ha invece generato un utile di 700000 franchi grazie a un maggior numero di titoli rilasciati di quelli previsti dal budget. Una voce importante è quella delle spese per i progetti, difficile da stimare nella fase di stesura del preventivo. Spesso a fine anno si deve constatare che non ci si è potuti occupare di tutti i progetti previsti. Nell'anno d'esercizio si sono spesi 0,7 milioni di franchi in meno in questo settore. Minori spese – anche qui 0,7 milioni di franchi – sono risultate per manifestazioni e commissioni. Fattore importante è stato qui il fatto che nel 2010 non si sia tenuta la riunione straordinaria della Camera medica. I rimborsi di quote sociali per e dopo il conferimento del titolo ammontano a 1,5 milioni di franchi e sono praticamente uguali a quanto previsto nel budget. Il buon risultato nell'anno d'esercizio 2010 ovvero le uscite inferiori a quelle previste dal budget permettono di creare degli accantonamenti per un importo di 1,55 milioni di franchi. Sono a disposizione del finanziamento di progetti, di misure di PR e progetti di natura politica (campagne, referendum, ecc.).

Daniel Herzog chiude la presentazione dei conti annuali della FMH annunciando la distribuzione del risultato: al capitale proprio della FMH vengono versati 199000 franchi, la perdita di 174000 franchi va a carico delle riserve dell'ISFM.

Thomas Keller/SZ chiede se siano stati versati dei fondi in relazione con il sostegno all'iniziativa delle armi. Il *presidente* risponde che l'Assemblea dei delegati (AD) della FMH aveva deciso di sostenere l'iniziativa. Non sono stati, tuttavia, messi a disposizione mezzi finanziari della FMH nel contesto di quest'iniziativa.

R. Schwarz/CdG conferma esplicitamente quanto affermato dal *presidente*.

Poiché non vengono poste ulteriori domande il *presidente* mette in votazione i due conti annuali:

In una prima votazione (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno 3.1.) i conti annuali 2010 dell'ISFM vengono approvati all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni.

Dopo di che la Camera medica approva (proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 3.2.) i conti annuali 2010 della FMH a grande maggioranza, con 1 voto contrario e 3 astensioni.

Scarico

Il *presidente* chiede alla Camera medica lo scarico.

- La Camera medica accorda lo scarico al Comitato direttivo dell'ISFM all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni (proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 4.1).
- Dopo di che la Camera medica accorda, pure all'unanimità, con 1 astensione, lo scarico al Comitato centrale della FMH (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 4.2).

Obiettivi politici e strategici

Il *presidente* fa riferimento agli statuti, in cui si prevede un controllo e l'approvazione degli obiettivi politici e strategici proposti dal Comitato centrale e dall'Assemblea dei delegati. In due riunioni di riflessione di due giorni, il Comitato centrale si è occupato degli obiettivi della legislatura 2008–2012 che erano stati approvati dalla Camera medica, con l'obiettivo di aggiornarli e rielaborare le loro formulazioni, naturalmente senza modificarne il contenuto e infine assicurarsi che le attività del Comitato centrale siano conformi agli obiettivi. La sintesi di queste riflessioni sono state riassunte in un volantino che è stato distribuito ai delegati della Camera medica al momento del loro arrivo nella sala. Contiene sei visioni, le vere e proprie linee direttive strategiche, che vengono spiegate più dettagliatamente e viene indicato con quali mezzi debbano essere realizzate.

Nel corso del dibattito che segue, *Philippe Vuillemin/VD* e *Michel Matter/GE* sottolineano quanto importanti siano la scelta corretta delle parole e la ponderazione delle formulazioni per questo genere di dichiarazione all'attenzione dei nostri partner. Nella

versione francese le asserzioni devono essere quindi altrettanto pregnanti di quelle della versione tedesca e la traduzione deve essere adeguata. *Vincenzo Liguori/TI* chiede al Comitato centrale che queste visioni strategiche vengano tradotte in italiano in modo che possano essere consegnate anche ai politici ticinesi. Il *presidente* promette di mettersi in contatto in proposito con l'Ordine del Canton Ticino. Non vengono poste ulteriori domande.

Per questo punto all'ordine del giorno, oltre a quella del Comitato centrale, sono state presentate altre due proposte in vista dell'approvazione. Il *presidente* cede la parola ad *Andreas Girr/ZH* che ha presentato la proposta. Con la *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5* si vuole «limitare le attività politiche della FMH ai problemi direttamente legati agli interessi del corpo medico». La *proposta N. 3 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5* chiede, «che nelle questioni politiche relative alla nostra professione il Comitato centrale rappresenti, nei confronti dell'opinione pubblica, la posizione della maggioranza dei membri. Se questo parere è controverso in seno al corpo medico, è necessario effettuare una votazione generale.»

A. Girr/ZH spiega che le sue proposte sono chiaramente legate all'impegno della FMH nell'ambito dell'iniziativa sulle armi, che ha generato una marea di lettere di lettori al Bollettino dei medici svizzeri e, secondo lui, ha provocato una vera e propria scissione in seno alla FMH. Desidera evitare che in futuro i panni sporchi vengano lavati in pubblico. Poiché per lui non è chiaro chi sia competente di che cosa, desidera completare la sua proposta N. 2 nel modo seguente: «... Alla Camera medica spetta definire le attività, in casi urgenti l'Assemblea dei delegati può decidere nel quadro delle sue competenze.»

Beat Gafner/BE presenta la seguente proposta di modifica della *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5* appena completata da *A. Girr/ZH*: «Nel quadro delle sue attività la FMH si limita ai problemi direttamente legati agli interessi del corpo medico e della politica sanitaria. Di competenza esclusiva dell'Assemblea dei delegati della FMH è definire, fissare e limitare queste attività politiche.» In questo modo la Società medica del canton Berna desidera definire un po' meglio le attività politiche e rafforzare l'Assemblea dei delegati (AD).

Il *presidente* fa riferimento agli statuti che attribuiscono chiaramente all'Assemblea dei delegati della FMH le competenze di trattare e decidere su tutte le questioni importanti concernenti il corpo medico e la politica sanitaria. Ricorda che l'Assemblea dei delegati è stata proprio creata per dare alla FMH uno strumento per potere reagire rapidamente a livello politico, cosa che sarebbe del tutto impossibile se si dovesse attendere tra 6 e 12 mesi per la prossima riunione prima della Camera medica. La proposta di modifica di *B. Gafner/BE* ha quindi, secondo lui, senso.

Prima di aprire le discussioni il *presidente* ricorda ai delegati che l'Assemblea dei delegati si era espressa a favore dell'iniziativa sulle armi perché secondo lei,

dietro a questa iniziativa, si celava un problema di politica sanitaria, ovvero quella della prevenzione del suicidio, in proposito del quale era sembrato importante che la FMH prendesse posizione. È vero, tuttavia, che nella campagna per la votazione sull'iniziativa, è stata poi data la priorità ad altri elementi di natura politica.

Ph. Vuillemin/VD non è del parere che tutte le decisioni politiche debbano essere lasciate all'Assemblea dei delegati. Nel caso concreto dell'iniziativa si trattava di una modifica costituzionale. Nel caso di modifiche della costituzione sono necessari dei mesi prima che ciascuno si faccia un'opinione e prenda posizione, tempo a sufficienza, quindi, per conoscere il parere della Camera medica, la cui decisione sarebbe quindi maggiormente sostenuta di una decisione dell'Assemblea dei delegati. Nel caso di un referendum, invece, i tempi sono estremamente stretti, per cui in questo caso basterebbe una decisione dell'Assemblea dei delegati. Il *presidente* fa notare che quello che chiede *Ph. Vuillemin*, ovvero di dare il tempo a ciascuno di farsi un'opinione, è proprio quello che succede in occasione della Camera medica: le questioni politiche – alla riunione odierna per esempio il managed care e il DRG – vengono discusse nell'ambito della Camera medica. La Camera medica approva poi una risoluzione all'attenzione dell'Assemblea dei delegati. Questi livelli decisionali sono regolati chiaramente negli statuti. *Caspar Brunner/ZH* sottolinea che nelle questioni importanti la Camera medica deve avere tempo sufficiente per esprimere il proprio parere. *Rolf Hunkeler/ZH* pensa che nella discussione ci sia una certa incoerenza e che manchi di logica: da parte dei membri della FMH viene sempre più richiesto di essere più attivi sul piano politico, di esprimersi maggiormente in pubblico. Però, quando poi una persona esprime un parere che non è esattamente come il nostro, gli si vuole mettere subito il bavaglio.

Secondo il parere del tutto personale di *Hanspeter Kuhn/vicesegretario generale* il corpo medico avrebbe un problema di credibilità se si impegnasse esclusivamente per i propri interessi. Dal corpo medico la popolazione si attende che questo si mobiliti anche per l'interesse generale. Non considererebbe molto felice una modifica degli statuti nel senso a cui mirano le proposte presentate.

Il *presidente* passa quindi alla votazione sulle diverse proposte:

In una prima votazione la Camera medica deve pronunciarsi sulla *richiesta di modifica di B. Gafner/BE della proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5 di A. Girr/ZH*:

La *richiesta di modifica* viene respinta con 79 voti contrari, 50 favorevoli e 15 astensioni.

Dopo di che viene pure respinta la *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5 di A. Girr/ZH* con 112 voti contrari, 27 favorevoli e 7 astensioni.

Infine, la Camera medica approva all'unanimità, senza voti contrari e con 11 astensioni, le visioni ela-



La Camera medica costituisce per così dire il parlamento della FMH. Accanto alla totalità dei membri è l'organo supremo.

borate dal Comitato centrale per il sistema sanitario (proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 5).

Il presidente invia quindi A. Girr/ZH a spiegare la sua proposta N. 3 al punto all'ordine del giorno N. 5.

Prima di esprimersi sulla sua proposta A. Girr/ZH solleva un problema politico: è del parere che, in considerazione della votazione sulla cassa malati unitaria, il Comitato centrale dovrebbe rappresentare l'opinione della base. Secondo lui hanno seguito una procedura esemplare la Società medica del Canton Zurigo (AGZ) e altre società mediche cantonali, che hanno effettuato un'inchiesta tra i loro membri. Poiché si tratta di un problema che interessa tutto il paese, avrebbe voluto che la FMH avesse effettuato un'inchiesta del genere tra i suoi membri. Se la base venisse integrata maggiormente nelle attività politiche della FMH, diventerebbe probabilmente più attiva. Per lo meno è quanto sembra risultare da alcuni dati dell'inchiesta condotta dall'AGZ.

In questo senso desidererebbe apportare una piccola modifica alla sua proposta N. 3 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5, nel senso che non si deve ricorrere forzatamente a una votazione generale, ma potrebbe bastare anche un'inchiesta tra i membri. L'importante è sapere che cosa pensa la base e che la sua opinione venga anche rappresentata. Il testo della proposta è ora il seguente: «Il Comitato centrale rappresenta presso il grande pubblico la posizione della maggioranza dei membri sulle questioni politiche relative alla nostra professione. Se questo parere è contestato in seno al corpo medico, è necessario effettuare una votazione generale tra i membri.»

Poiché la parola non viene più richiesta, il presidente passa alla votazione della proposta N. 3 relativa al punto all'ordine del giorno N. 5 – nuovo testo:

la Camera medica approva la proposta con 67 voti favorevoli, 55 voti contrari e 12 astensioni.

In occasione della prossima Camera medica verrà presentata la relativa proposta di modifica degli statuti.

Introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali

Il presidente cede la parola a *Pierre-François Cuénoud*, responsabile del campo d'attività SwissDRG in seno al Comitato centrale.

P.-F. Cuénoud/CC è lieto di avere una volta tanto sufficientemente tempo e l'occasione di informare sull'avanzare del progetto e rimettere le cose al loro posto. Nel dossier finanziamento degli ospedali regna un grande caos, è quindi importante sapere di che cosa si parla. Alcuni principi sono già stati adottati in seno alla FMH, secondo il motto «partecipare piuttosto che accettare». Dal 2004 la FMH partecipa ai lavori per preparare la nuova struttura tariffaria SwissDRG. È stato così possibile esprimere il parere del corpo medico, che è stato ascoltato e con il tempo se ne è anche tenuto conto e lo si è rispettato. Questo nonostante il fatto che, secondo la legge, in questo progetto la FMH non sia uno dei partner tariffari ufficiali.

Una prima presa di posizione è stata approvata dall'Assemblea dei delegati (AD) del 2007. Sulle sue basi è stata elaborata la «strategia del campo di attività SwissDRG» con i quattro obiettivi seguenti:

- a. Ottenere il maggior numero possibile di vantaggi per i membri
- b. Garantire il flusso delle informazioni
- c. Rafforzare la posizione predominante del corpo medico
- d. Riconoscere tempestivamente gli sviluppi

Anche questo documento è stato approvato dall'Assemblea dei delegati del 2007 e la presa di posizione è stata aggiornata in funzione di ciò. La seconda versione contiene i problemi classici che deve affrontare il corpo medico: esigenze di qualità, garanzia della libertà terapeutica, copertura dei costi d'ospedale, rilevazione trasparente dei dati, semplificazione della procedura amministrativa e trasferimento delle attività tra assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Nel 2009 l'Assemblea dei delegati ha approvato anche questa presa di posizione rielaborata.

La riforma del finanziamento degli ospedali comprende dal 2012 sei elementi principali:

1. Importi forfettari per caso in funzione delle prestazioni.
2. Inclusione degli investimenti e dei costi per l'utilizzazione delle infrastrutture.
3. Esclusione delle prestazioni d'interesse generale, tra cui le esigenze regionali, la ricerca e l'insegnamento universitario (per questo motivo il perfezionamento professionale dei medici è stato attribuito all'insegnamento universitario).
4. Una nuova ripartizione dei costi tra lo Stato (min. 55%) e gli assicuratori (massimo 45%), questo per tutti, compresi gli ospedali privati che lavorano a carico dell'assicurazione sociale.
5. Una pianificazione cantonale che comprende anche gli ospedali privati.
6. La libera scelta di un ospedale fuori dal cantone secondo il principio del «Cassis de Dijon».

Se si parla di DRG, questo interessa soltanto il primo punto ovvero gli importi forfettari per caso in funzione delle prestazioni nel settore ospedaliero. Questi ultimi possono essere suddivisi in quattro categorie: le *cure sanitarie acute* – in questo settore verrebbero applicati i forfait per caso in funzione della diagnosi (DRG) – la *riabilitazione*, la *psichiatria* e la *lungodegenza*. Le ultime tre categorie non sono interessate dal DRG (forfait per caso in funzione della diagnosi). Di conseguenza, i DRG, che sollevano così tante discussioni, interessano quindi $\frac{1}{4}$ dell'insieme della riforma del finanziamento degli ospedali.

P.-F. Cuénoud/CC spiega in seguito il funzionamento dei DRG. A un paziente che viene ricoverato in ospedale vengono attribuite delle diagnosi (CIM), viene sottoposto a diverse procedure (CHOP/OPS) e vengono rilevati alcuni dati amministrativi di base che lo riguardano. Il tutto viene poi codificato. Questa fase chiave, la codificazione, è l'unica tappa che può influenzare l'ospedale. Il codice che ne risulta viene quindi trasformato in un cosiddetto «grouper», un gruppo DRG. A questo gruppo DRG viene attribuito

un peso relativo di costo, il cosiddetto *cost weight*. Il tutto viene poi moltiplicato per un tasso (o prezzo di base, il *base rate*), per ottenere la retribuzione in franchi e centesimi. La seconda fase chiave è la definizione dei pesi relativi o *cost weight*. Compito di SwissDRG è creare una struttura tariffaria che definisca il *cost weight*. Un'altra fase chiave è quella che concerne il moltiplicatore (tasso di base o *base rate*) che viene negoziato tra i partner finanziari. Quindi, quando si parla di SwissDRG, ci si riferisce soltanto alla fase in cui vengono definiti i *cost weight*.

In relazione ai gruppi DRG si parla spesso anche di remunerazioni supplementari. P.-F. Cuénoud spiega brevemente il meccanismo: un'innovazione «cara» viene inizialmente finanziata provvisoriamente. Se la si vuole integrare in un secondo tempo nella struttura tariffaria, si dispone di diverse possibilità. Se si tratta di un'innovazione che viene utilizzata molto spesso, il peso relativo (*cost weight*) del relativo DRG viene adattato. Se un'innovazione viene, invece, utilizzata per esempio soltanto per il 30% dei pazienti potenzialmente interessati, vale la pena di creare appositamente un nuovo gruppo DRG. Terza possibilità: se un'innovazione viene utilizzata soltanto in casi molto rari (per esempio l'1% o il 2% dei casi), si devono prevedere delle remunerazioni supplementari. Gli assicuratori non apprezzano molto queste remunerazioni supplementari, preferiscono ricorrere il più possibile a forfait per tutto. Per i fornitori di prestazioni, invece, le remunerazioni supplementari sono molto importanti, e sono previste anche per legge con una formulazione che ricorre al verbo «potere» invece di «dovere» (art. 49 cpv. 1 LAMal). In Germania esistono attualmente 146 remunerazioni supplementari.

Qual è la situazione attuale per quel che concerne la struttura tariffaria SwissDRG? Le nostre società specialistiche sono state straordinariamente attive e negli scorsi anni hanno presentato più di 2000 proposte. Alcune di queste proposte concernevano il meccanismo dei gruppi DRG e le remunerazioni supplementari. Si è tenuto conto di una parte di queste proposte, che sono state integrate nelle diverse versioni della struttura tariffaria. Per un gran numero delle proposte inoltrate erano necessarie delle modifiche del codice CHOP. Sono state introdotte più di 7500 codificazioni supplementari, per cui la CHOP 2011 comprende ora 13 700 posizioni. La versione 0.2 della struttura tariffaria è stata approvata nel 2010 dal Consiglio federale. Tutti i documenti complementari richiesti sono stati inoltrati entro la fine del 2010. L'ultima versione di lavoro (versione 0.3) elaborata nel 2010 verrà utilizzata come versione introduttiva 1.0 a partire dall'anno prossimo. È stata presentata il 30 aprile 2011 al Consiglio federale per approvazione. Comprende 1052 gruppi DRG e 5 remunerazioni supplementari. L'esattezza della rappresentazione dei gruppi DRG è notevolmente aumentata rispetto alle versioni (di lavoro) precedenti. È stato possibile calcolare la maggior parte dei gruppi DRG sulla base di dati

svizzeri. La situazione relativa ai dati degli ospedali, la qualità scadente della loro contabilità continuano a rappresentare un problema. Non ancora risolta un'altra questione, ovvero la richiesta da parte degli assicuratori secondo i quali nelle fatture devono essere indicati tutti i dati dei pazienti (diagnosi, procedure, ecc.). Poiché H+ e gli assicuratori non riescono a mettersi d'accordo, il Consiglio federale dovrà fare da arbitro e decidere.

L'80% del milione di degenze annue in Svizzera può essere attribuito al 20% dei gruppi DRG. Le remunerazioni supplementari, ancora in sospeso, interessano soltanto il 2-3% del volume globale nella media svizzera. Per quanto nell'insieme sia stato possibile riprendere dei dati svizzeri, rimane pur sempre il 40% di gruppi DRG per i quali non si potrà fare a meno di ricorrere ai dati tedeschi.

Qual è la situazione della partecipazione finanziaria della FMH a SwissDRG?

Nel 2008 la FMH ha comperato 8 azioni da 1000 CHF. Dal 2008 al 2010 è stato versato in totale un importo di 83330 CHF, che rappresenta un prestito (per il finanziamento del casemix office) a un tasso d'interesse del 2,5%. Il rimborso è previsto a partire dall'anno prossimo. Questo è sicuro perché il Consiglio federale ha approvato l'esazione di un supplemento sulle fatture degli ospedali a partire da quest'anno, in modo che il casemix office possa funzionare e l'anno prossimo possa iniziare il rimborso del prestito.

Tra il SwissDRG e il sistema DRG tedesco (G-DRG) ci sono alcune differenze determinanti che concernono il meccanismo. Con SwissDRG, per esempio, la fatturazione è retrospettiva, mentre in Germania è doppiamente prospettiva: da un lato i contingenti DRG vengono negoziati nuovamente ogni anno con ogni ospedale. Come conseguenza, una volta esaurito il contingente, l'ospedale non è più interessato ad accettare altri casi, tranne se si tratta di emergenze. Poiché il sistema SwissDRG che viene applicato in Svizzera non è paragonabile, da noi non c'è nessun motivo per rifiutare dei casi. Il secondo aspetto della fatturazione prospettiva fa sì che in Germania i gruppi DRG non devono essere definiti entro cinque giorni dal ricovero, cosa che non rappresenta nessun problema per i casi semplici. Ma nei casi complessi, una patologia poco chiara – come accade spesso – ed elementi vengono scoperti solo dopo che è stato definito il gruppo DRG spingono l'ospedale a dimettere il paziente e mandarlo a casa per ricoverarlo poi nuovamente in ospedale e trattare ulteriormente quello che è stato individuato in un secondo tempo («effetto della porta girevole»). Con SwissDRG la cosa funzionerà diversamente.

Ci sono differenze anche per quel che concerne i costi supplementari. Con SwissDRG gli investimenti e i costi per l'utilizzazione delle infrastrutture devono essere inclusi nel forfait. Una vera novità che non viene praticata in nessuno dei nostri paesi limitrofi. Un'altra differenza: nel sistema DRG tedesco i costi per il perfezionamento professionale dei medici sono

compresi nei DRG, in Svizzera questi costi sono stati attribuiti nell'ordinanza all'insegnamento universitario, per quanto in buona parte si svolga in luoghi diversi dalle università. In Germania gli assicuratori pagano una parte del perfezionamento professionale dei medici, mentre in Svizzera continuerà a non essere così e i cantoni saranno pregati di apportare il loro contributo: per finanziare l'altra parte dei costi di perfezionamento professionale ci sono diverse idee di finanziamento, per esempio un fondo nazionale.

Un'altra differenza è risultata da un test di compatibilità. Fortunatamente da noi in Svizzera abbiamo il sistema APDRG che in molti cantoni funziona veramente bene. Si è confrontato il cost weight della versione 6 APDRG attualmente in uso e quello della versione di lavoro 0.3 di SwissDRG. SwissDRG contiene un numero notevolmente maggiore di gruppi DRG (-1100) di quanti siano previsti nell'APDRG (-700). Per 45000 casi DRG, che è molto, è stata constatata una divergenza dell'1,1% a favore di SwissDRG. Gli estremi non sono molto lontani l'uno dall'altro: -17% per SwissDRG rispetto a APDRG per malattie neurologiche semplici e +25% per politraumatismi gravi. Si deve poi anche osservare che la struttura APDRG Svizzera, che viene utilizzata dai ¾ dei cantoni, non viene più aggiornata regolarmente dal 2006, in considerazione dell'introduzione prevista di SwissDRG.

A proposito di ricerca concomitante di cui si parla molto: la FMH ha finanziato l'elaborazione di una concezione per la realizzazione della ricerca concomitante in occasione dell'introduzione del SwissDRG. Si devono esaminare tre grandi tematiche:

Effetti sulla qualità: questo tema è stato affidato all'ANQ (l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche).

Effetti sui gruppi professionali: la FMH ha incaricato l'Istituto di ricerca gfs.bern di effettuare uno studio sullo «sviluppo delle condizioni quadro per i medici d'ospedale e della relazione medico-paziente».

Effetti sul sistema sanitario nel suo insieme: l'UFSP lancerà l'anno prossimo un vastissimo studio, composto da 15 sottoprogetti e numerosi progetti parziali. Lo studio mette l'accento soprattutto sui costi e sul trasferimento dei costi.

Per questo motivo la FMH si è ancora associata a H+ per un altro progetto dal titolo «Trasferimento delle prestazioni e dei costi tra il settore ospedaliero e il settore ambulatoriale (ospedali e studi medici)».

Il bando è stato fatto, il termine di consegna delle offerte è scaduto una settimana fa circa. Le offerte presentate vengono ora esaminate.

Per l'insieme della ricerca concomitante nella pipeline c'è una trentina di studi diversi. I due studi della FMH sono già iniziati nel 2011.

Per quel che concerne il finanziamento ospedaliero in generale ci sono ancora numerosi punti in sospeso. Le maggiori preoccupazioni sul piano politico provengono attualmente dai trasferimenti dei costi.

A partire dal 2012 una serie di costi verrà suddivisa tra i cantoni e l'assicurazione di base. Tra questi costi citiamo gli investimenti per la formazione non universitaria (finora ambedue a carico soltanto dei cantoni), il «principio del Cassis de Dijon») i ricoveri ospedalieri fuori dal cantone senza motivo medico sono stati finora pagati tramite le assicurazioni complementari, i ricoveri nel reparto comune di ospedali figuranti nell'elenco (finora a carico soltanto dell'assicurazione malattia di base) e i ricoveri nel reparto privato di ospedali figuranti nell'elenco (finora a carico dell'assicurazione complementare, ora suddivisione tra cantoni, assicurazione di base e assicurazione complementare). Per i cantoni il carico finanziario aumenterà in modo significativo, l'assicurazione obbligatoria rincarerà leggermente e il carico delle assicurazioni complementari diminuirà abbastanza. La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSS-S) ha quindi adottato di recente in questo contesto delle «disposizioni transitorie complementari urgenti». Se il Parlamento segue questa proposta, il nuovo finanziamento degli ospedali non dovrebbe provocare fino al 2014 alcun aumento dei premi. Si corre il rischio che gli ospedali non possano più investire oppure debbano ridurre l'effettivo del personale, oppure ambedue. Questo è pericoloso, soprattutto che la decisione è urgente e l'iniziativa è stata approvata anche dalla CSS del Consiglio nazionale (CSS-CN), La questione verrà trattata con urgenza durante la sessione estiva 2011 delle Camere federali. La FMH, H+ e la CDS (Confederazione svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità) hanno formato un'alleanza per lottare contro questo progetto. Finalmente per i pazienti il nuovo finanziamento degli ospedali sarà neutrale o leggermente positivo.

Che cosa significa tutto questo per la politica della FMH? Prima di tutto riconoscere le regole di gioco del mondo politico. Poi dobbiamo rimanere credibili (adeguatezza della riflessione). Fare un bilancio oggettivo (quello che è stato fatto, quello che rimane da fare) e considerare i problemi al livello giusto. Dobbiamo mirare a un ritorno d'investimento dei nostri sforzi, lottare per il bene della maggioranza (i nostri membri, ma anche i nostri pazienti), evitare di disperdersi nel difendere interessi settoriali o regionali e per finire rafforzare la nostra leadership. P.-F. Cuénoud conclude così la sua presentazione.

I delegati lo ringraziano con un caloroso applauso. Il presidente ringrazia P.-F. Cuénoud per la sua brillante e chiara presentazione di un argomento di cui si parla molto e su cui anche l'Assemblea dei delegati ha discusso più volte. In occasione dell'ultima assemblea dei delegati è stato deciso di elaborare una dichiarazione della FMH, in cui vengano elencati i problemi, per i quali nei prossimi mesi si dovrà trovare una soluzione. Il Comitato centrale e alcuni delegati dell'Assemblea dei delegati hanno elaborato la dichiarazione, il tutto è stato coordinato da parte dell'Assemblea dei delegati da Carlo Moll/AMDHS. La

«Dichiarazione della FMH sull'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali al 1° gennaio 2012» faceva parte della documentazione per la riunione odierna della Camera medica.

Carlo Moll/AMDHS fa notare la discrepanza risultante dalle funzionalità del meccanismo dei DRG e le questioni ancora aperte in relazione con questo nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Questa discrepanza preoccupa sempre di più la base. Questo fattore da un lato e, dall'altro, le critiche all'interno dell'Assemblea dei delegati sullo stato attuale e quelle sui dirigenti della FMH rispettivamente sulla legittimazione di una richiesta politica comune sono state il motore dell'elaborazione della detta Dichiarazione, che viene presentata come proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 6. La proposta raccoglie il sostegno di numerose associazioni mantello che hanno partecipato alla stesura del documento. A nome di queste associazioni mantello, C. Moll/AMDHS è del parere che la Dichiarazione debba essere accettata mediante approvazione della proposta.

Il presidente cede la parola a Christoph Bosshard/ASMAC, che propone da un lato che il presente documento venga completato e, dall'altra, presenta un'altra proposta.

Christoph Bosshard/ASMAC spiega che secondo l'ASMAC in questo documento ben elaborato mancano gli aspetti che sono contenuti in una dichiarazione comune presentata il 16 marzo 2011 in occasione di una conferenza stampa da parte di Alleanza Personale DRG, H+ e FMH. L'ASMAC chiede quindi di inserire nel testo in questione la seguente richiesta supplementare: «Delle condizioni di lavoro sicure e l'effettivo di personale necessario per una prestazione di assistenza di qualità sono garantiti nella realizzazione del nuovo finanziamento ospedaliero.»

Ch. Bosshard/ASMAC è del parere che si potrebbe allegare anche la sopraccitata dichiarazione comune dell'Alleanza Personale DRG, H+ e FMH nonché la «presa di posizione della FMH su SwissDRG» sulla Dichiarazione presentata per essere approvata.

Ch. Bosshard/ASMAC spiega quindi la proposta N. 2a relativa al punto all'ordine del giorno N. 6 leggermente modificata (la proposta originaria dell'ASMAC era allegata alla documentazione per la seduta al N. 2 relativo al punto all'ordine del giorno N. 6), il cui testo è il seguente: «La Camera medica decide di sostenere la moratoria DRG.» L'ASMAC vede perfettamente il dilemma, che è stato anche presentato da P.-F. Cuénoud/CC, ma incomincia a dubitare che le misure di correzione possano essere apportate ancora per tempo. I segnali politici sono chiari. Per questo motivo, dopo avere a lungo cercato di seguire la via della negoziazione e nonostante le cattive esperienze fatte con le moratorie (vedi blocco delle ammissioni), l'ASMAC preferisce optare al momento attuale per una moratoria sul DRG.

All'attenzione dei delegati il presidente precisa l'oggetto della discussione: da un lato la Dichiarazione della FMH a proposito dell'introduzione del nuovo finan-

ziamento degli ospedali al 1° gennaio 2012 (proposta N.1 al punto all'ordine del giorno N. 6), dall'altro l'aggiunta presentata da Ch. Bosshard/ASMAC in proposito e quindi la proposta N. 2a al punto all'ordine del giorno N. 6.

La proposta N. 3 al punto all'ordine del giorno N. 6 di Jürg Nadig/Oncologia medica è stata ritirata dal suo autore prima della riunione, in seguito a una discussione con il presidente e il responsabile del campo d'attività DDQ, nel corso della quale gli è stato assicurato che un gruppo di lavoro del Comitato centrale e dell'Assemblea dei delegati si sarebbe occupato delle questioni da lui sollevate.

Il presidente apre quindi la discussione, dapprima sulla Dichiarazione della FMH a proposito dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali al 1° gennaio 2012.

V. Liguori/TI è del parere che si debbano esaminare molto attentamente le conseguenze di una neutralità dei costi. Si parla sì del settore ospedaliero, ma si dimentica di indicare quali saranno le conseguenze sulla medicina di base. Da una parte, gli ospedali delegheranno ai medici di base l'effettuazione di tutta una serie di esami preliminari allo scopo di ridurre i costi in ospedale. In questo modo si rinforza il ruolo del medico di famiglia. Dall'altra, però, i medici di famiglia sentiranno anche le conseguenze negative della neutralità dei costi perché la degenza in ospedale sarà più breve possibile, i pazienti verranno dimessi dall'ospedale al più presto possibile e rimandati a casa e i trattamenti successivi saranno delegati al medico di famiglia. Si deve fare quindi attenzione che i medici di famiglia non debbano poi improvvisamente affrontare delle restrizioni di budget. Il presidente risponde che si prende molto sul serio questo problema. La questione è in effetti trattata anche nel quadro della ricerca concomitante ed è anche oggetto di un progetto della Conferenza cantonale delle società mediche cantonali (CMC).

Marc Müller/CMB annuncia il sostegno da parte dell'Associazione svizzera dei medici di base alla Dichiarazione che costituisce un insieme di richieste ben equilibrato. Una moratoria non rappresenta una via valida per i medici di base. Per il corpo medico che esercita – e non soltanto per i medici di base – bisogna dare la priorità allo studio relativo al trasferimento dei costi. Si è lieti che questo progetto di ricerca venga affrontato ora anche a un livello superiore, adesso che i medici di base hanno già iniziato a ricapitolare i loro motivi di consultazione del loro studio. Sperano, inoltre, di venire associati un po' al progetto di ricerca.

Markus Trutmann/segretario generale della fmCh dichiara che la fmCh non aderisce al movimento a favore della moratoria. I motivi sono molteplici, vengono citati i principali: prima di tutto questo movimento non è onesto perché parla di una tariffa disumana. Chi parla così non vuole ottenere una moratoria, ma vuole impedire la tariffa. A ciò si aggiunge il fatto che in questo movimento per la moratoria sono state mescolate anche questioni di politica sani-

taria e sindacale. Un problema molto più grave risiede, invece, nell'applicazione di questa revisione della LAMal al livello cantonale. Molto più importante quindi, come suggerito per esempio al Consiglio cantonale da Ignazio Cassis/CC, è la nomina di una task force a livello federale, in modo che l'applicazione nei cantoni avvenga in modo corretto. Alle sue domande in proposito, I. Cassis/CC gli risponde che il Consiglio federale ha rinunciato all'iniziativa sulla task force e gli ha proposto piuttosto che si debba cercare di raggiungere gli stessi obiettivi all'interno dell'amministrazione, ma che nella maggior parte dei casi era già troppo tardi perché la maggior parte dei Cantoni aveva già legiferato.

Christoph Aebi/PMH desidera sapere se è esatto che gli ospedali non hanno a disposizione la struttura tariffaria versione 1.0 per effettuare delle simulazioni. P.-F. Cuénoud/CC risponde che la versione che è stata consegnata al Consiglio federale contiene tutta la parte teorica. Su queste basi la parte pratica deve essere elaborata in modo che possa essere utilizzata dalla contabilità degli ospedali. Questa seconda parte non è attualmente ancora disponibile, ma lo sarà ben presto. J.-P. Grillet/GE e M. Matter/GE sostengono ambedue la moratoria, Urs Stoffel/ZH desidera sapere dall'ASMAC che cosa questa si attenda da una moratoria. Ch. Bosshard/ASMAC sottolinea innanzitutto il compito della FMH di rappresentare gli interessi della politica professionale. L'ASMAC ha 18000 membri, di cui 12000 sono medici assistenti nel corso del loro perfezionamento professionale. Questo implica che qualche volta vengano anche sollevate delle questioni di diritto del lavoro. Si è stati lieti di constatare che la FMH ha sostenuto chiaramente insieme a H+ le rivendicazioni dell'Alleanza Personale DRG. L'ASMAC si attende ora dalla FMH che mantenga anche quella chiara presa di posizione. Alla domanda di U. Stoffel/ZH su quello che ci attende dalla moratoria, Ch. Bosshard/ASMAC risponde chiaramente che l'ASMAC non pensa assolutamente che il DRG di per sé sia disumano. Il problema sta nella realizzazione attuale, ma soprattutto nella non realizzazione delle misure collaterali richieste nel 2009. Con questa moratoria l'ASMAC vuole dare ora alla politica un segnale chiaro che non si può semplicemente continuare in questo modo.

C. Moll/AMDHS ricorda che la questione della moratoria è stata riflettuta in modo molto differenziato all'interno del suo gruppo e ha raccolto non poche simpatie, perché permetterebbe di creare alla fin dei fatti la massima pressione. Il fatto che la Dichiarazione non contenga nessun obbligo di scadenza (cosa che è stata criticata da alcuni nel corso della discussione), è quanto è possibile fare politicamente; non si deve giungere a uno scontro con politici e Cantoni. Considera che la Dichiarazione con le sue esigenze politiche chiare rappresenti la via politicamente fattibile, che conviene seguire e non quella della moratoria. D'altronde la Dichiarazione è stata sostenuta anche dai difensori della moratoria – Chris-

tian Hess e il suo gruppo – con i quali si è sempre stati in contatto.

Il *presidente J. de Haller* conferma quanto l'Assemblea dei delegati sia riconoscente per il lavoro fornito da questo gruppo, infatti è stato estremamente importante discutere il documento con i difensori della moratoria e quindi ottenere finalmente il loro sostegno. Il *presidente* chiede a *P.-F. Cuénoud* di concludere le discussioni prima di passare alla votazione, nella quale si tratterà prima di tutto di approvare o respingere la *Dichiarazione*, e poi – se approvata – di votare sul completamento auspicato dall'ASMAC e quindi la proposta dell'ASMAC N. 2a relativa al punto all'ordine del giorno N. 6.

P.-F. Cuénoud/CC ricorda la sua presentazione e richiama ancora una volta l'attenzione sul fatto che si deve sapere dove ci si voglia posizionare. La moratoria, così come è stata presentata dai suoi promotori, chiede che SwissDRG non venga introdotto, ma non richiede che il nuovo finanziamento degli ospedali non sia introdotto. La differenza è enorme. Approvando la moratoria viene chiesto di non introdurre il DRG, o per lo meno il SwissDRG. Ma tutti gli altri problemi da lui segnalati non verrebbero risolti e questi sono probabilmente molto più importanti e ci farebbero molto più male se non vi si trovasse nessuna soluzione. E poi, se la moratoria venisse accettata con lo scopo di fare naufragare le disposizioni transitorie complementari urgenti, non si sentirebbe per niente a suo agio per rimanere un interlocutore politico credibile nei prossimi mesi, nei confronti dei suoi interlocutori dell'alleanza.

Dopo di che il *presidente* presenta in votazione alla Camera medica dapprima la *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 6*, relativa alla «*Dichiarazione della FMH sull'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali al 1° gennaio 2012*»:

la Camera medica *approva* all'unanimità la *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 6*, senza voti contrari e con 34 astensioni e approva quindi la *Dichiarazione della FMH*.

Dopo di che la Camera medica prende posizione sul completamento della *dichiarazione* auspicato dall'ASMAC:

la *dichiarazione* viene completata con il testo seguente «*L'assicurazione delle condizioni di lavoro e l'effettivo di personale necessario per una prestazione di assistenza di qualità sono garantiti nella realizzazione del nuovo finanziamento ospedaliero*». La *proposta* viene approvata a grande maggioranza, con 5 voti contrari e 10 astensioni.

Dopo di che la Camera medica *respinge* la *proposta N. 2a relativa al punto all'ordine del giorno N. 6* che richiede un sostegno per la moratoria DRG, con 53 voti favorevoli, 75 contrari, senza astensioni.

Ch. Bosshard/ASMAC tiene a precisare perché l'ASMAC si sia astenuta nella votazione sulla proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 6: se si fosse votato prima sul completamento della *Dichiarazione*, i delegati dell'ASMAC avrebbero senz'altro potuto sostenere il documento.

Revisione della LAMal: assistenza integrata

Su questo punto all'ordine del giorno sono state presentate due proposte dell'ASMAC e una proposta della Società medica del Cantone di Basilea Campagna.

Viene data la parola a *Homayon Chaudhry/ASMAC* perché spieghi le proposte dell'ASMAC. La sera precedente la Camera medica si è tenuto, come d'abitudine, il seminario sulla politica professionale dell'ASMAC. È stato stabilito che non ha senso presentare due proposte che di fatto vanno nella stessa direzione. La *proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 7* viene quindi *modificata*, nel modo seguente, nella proposta N. 1a:

«*La Camera medica prende una decisione di principio secondo la quale la FMH si oppone fermamente alla soppressione della libera scelta del medico come la prevede il Parlamento con una cosiddetta partecipazione ai costi differenziata, alla corresponsabilità budgetaria obbligatoria, alla libertà di contrarre e al deterioramento del segreto medico.*

La FMH si impegna in modo attivo e incontestabile a favore di questo obiettivo e questo implica anche il sostegno di un eventuale referendum contro il progetto di managed care così come è concepito.

Se la Camera medica dovesse accettare questa proposta, la FMH renderà nota questa decisione tramite un comunicato stampa.»

La *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 7*, presentata da *Ch. Bosshard/ASMAC* viene ritirata.

H. Chaudhry/ASMAC fa notare che non si tratta assolutamente di una votazione contro il managed care, perché in Svizzera il managed care esiste già e funziona bene. Per l'ASMAC si tratta piuttosto di avviare una discussione in seno alla Camera medica e tra i membri della FMH a proposito del sostegno che si potrebbe accordare a un referendum.

Concretamente l'ASMAC si oppone all'introduzione generalizzata del managed care così come è prevista (di fatto) nella proposta di legge, in quanto corrisponde a un obbligo di aderirvi. I modelli di managed care esistenti non sono l'oggetto di questa proposta. Ogni paziente è libero di decidere se desidera aderire a un modello assicurativo di assistenza integrata (managed care) oppure no. Per l'ASMAC sono inaccettabili le partecipazioni ai costi differenziate, perché penalizzerebbero i pazienti che non aderiscono a un modello di managed care. Proprio di questi tempi, sono numerosi i pazienti che non potrebbero semplicemente permetterselo. L'ASMAC si oppone anche a una responsabilità budgetaria che alla fin dei fatti condurrebbe a un razionamento nascosto delle cure, perché i medici verrebbero spinti a selezionare i rischi. Basta guardare la situazione in Germania dove una parte del corpo medico, una volta svanita l'euforia iniziale, si oppone ora nettamente ai modelli di managed care. Viene inoltre compromessa la relazione di fiducia tra medico e paziente, perché la responsabilità medica e quella economica

non sono più separate. Potrebbero poi scoppiare anche dei conflitti tra i diversi fornitori di prestazioni all'interno delle reti dei medici. Si osserva già oggi un antagonismo in seno al corpo medico tra medici di primo ricorso e specialisti. Per l'ASMAC anche la libertà di contrarre rappresenta un problema: le casse malati potrebbero decidere d'autorità, con quali reti (convenienti) di medici vogliono stipulare dei contratti. L'obbligo di contrarre perderebbe così ulteriormente un po' della sua sostanza. Per finire, c'è anche il problema della protezione dei dati: lo scambio di dati necessario per «ottimizzare» i trattamenti all'interno della rete, citiamo la nozione di «paziente trasparente», indebolisce il segreto medico e la relazione di fiducia tra medico e paziente. L'ASMAC è del parere che il progetto di legge non è stato abbastanza approfondito, che la Svizzera adotterebbe un modello che è naufragato. In Scandinavia, Gran Bretagna, Paesi Bassi si abbandona la soppressione della libera scelta del medico, in particolare perché provocava lunghe attese, contro cui i pazienti si erano opposti. In tutte le reti generalizzate di managed care si possono osservare lunghi periodi di attesa. Infine, e di questo l'ASMAC è convinta, il managed care esteso a tutto il paese rappresenta uno dei peggiori metodi per sostenere i medici di base.

Tobias Eichenberger/BL spiega quindi la sua *proposta N. 3 al punto all'ordine del giorno N. 7*, con cui egli intende presentare in votazione generale la (nuova) proposta N. 1a dell'ASMAC, nel caso che questa venisse approvata. Anche lui sottolinea che l'intervento della Società medica del Cantone Basilea Campagna contro il progetto di legge non è indirizzato in nessun modo contro le reti dei medici esistenti e contro i medici di base. Al contrario, l'iniziativa della proposta è venuta dalla cerchia dei medici di base del suo cantone. Più del 50% dei medici di base del Cantone di Basilea Campagna – e probabilmente la situazione è la stessa in gran parte della Svizzera – sono organizzati in associazioni, reti con e senza responsabilità budgetaria, e la tendenza è in aumento. Questo sviluppo viene anche promosso dal Comitato centrale, perché è liberale, spontanea e molto fisiologica. Ma anche il promotore e direttore della rete di medici di base Nord-Ovest è piuttosto critico nei confronti del progetto di legge. I medici di base volevano sviluppare indipendentemente, in piena autonomia, le loro reti, ma non volevano un progetto generalizzato. *T. Eichenberger* invita quindi di delegati a sostenere la proposta di H. Chaudhry/ASMAC.

Il *presidente* invita i delegati a essere brevi, in modo che possano essere ascoltati tutti i pareri. Inizia cedendo la parola a *I. Cassis/CC* per una panoramica della situazione attuale del progetto di legge in Parlamento.

All'inizio della sua presentazione *I. Cassis/CC* spiega gli sviluppi del progetto di legge, che in effetti risale già al 2004, per scomparire poi per 5 anni in un cassetto del Consiglio degli Stati. È riapparso poi

nell'aprile del 2009 nel contesto della soppressione dell'obbligo di contrarre. Da allora, la proposta di legge continua ad andare e venire tra Consiglio nazionale e Consiglio degli Stati. La terza deliberazione al Consiglio degli Stati avrà luogo il 30 maggio 2011, il 23 giugno il progetto passerà alla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) e per finire il Consiglio nazionale delibererà in materia per la terza ed ultima volta nella sessione d'autunno. Questo significa che anche la conferenza di conciliazione tra il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati si terrà in settembre durante la sessione d'autunno. La votazione finale si terrà verso la fine di settembre. Variante A: il Parlamento blocca la legge, l'affare è chiuso. Variante B: la proposta di legge è approvata e c'è la possibilità che si ricorra al referendum entro tre mesi dalla pubblicazione ufficiale. La raccolta delle firme può iniziare al più presto all'incirca verso metà ottobre al momento delle elezioni per il Parlamento. A seconda del risultato della votazione, la legge non entrerà in vigore oppure al più presto al 1° gennaio 2013. Sue tre punti ci sono ancora divergenze tra il Consiglio degli Stati e il Consiglio nazionale: l'obbligo per l'assicuratore di proporre delle reti, l'indipendenza delle reti (e dei medici) e la partecipazione ai costi differenziata. La compensazione dei rischi migliorata, così come era stato richiesto più volte dalla Camera medica, è inclusa nel progetto di legge.

Per quel che concerne la libertà delle reti, sembra che per lo meno il Consiglio degli Stati intenda cancellare questo articolo 12 cpv. 5 («Le casse malati non possono gestire nessuna infrastruttura che dispensi trattamenti medici e non possono partecipare neppure finanziariamente a queste infrastrutture»). *I. Cassis* cercherà di riportarlo al Consiglio nazionale. Personalmente è, però, del parere che qui il Consiglio nazionale seguirà il Consiglio degli Stati e cancellerà l'articolo.

L'indipendenza delle reti, definita all'articolo 13 cpv. 2g (Gli assicuratori devono in particolare «[...] da soli oppure in collaborazione con uno o più assicuratori offrire ai loro assicurati *in tutto il loro campo di attività locale in modo territoriale* una o più forme assicurative particolari che comprendano le prestazioni di reti d'assistenza integrata conformemente all'articolo 41c reti, *che si organizzano in modo indipendente dagli assicuratori.*») è stata del tutto cancellata anche dal Consiglio degli Stati con il motivo che da 20 anni esistono delle reti di medici (più di un milione di assicurati, più della metà dei medici di base sono in una forma o in un'altra in modelli di managed care) e molte di questi reti appartengono del tutto oppure parzialmente a degli assicuratori. Non si vuole nessuna rivoluzione, ma piuttosto conservare quello che, da un punto di vista pragmatico, funziona già bene. Per quello che concerne invece l'offerta generalizzata di forme di assicurazione che comprendano il managed care è stata anche questa cancellata dal

Consiglio degli Stati, ma nel frattempo parzialmente ripresa nelle disposizioni transitorie.

La terza divergenza concerne la partecipazione ai costi, art. 64 cpv. 1-2bis:

«¹ Gli assicurati partecipano ai costi per le prestazioni loro fornite.

² Questa partecipazione è composta come segue: a. un importo annuo fisso (franchigia); e b. 20% dei costi superiori alla franchigia (partecipazione ai costi); con riserva della lettera c; c. 10% dei costi superiori alla franchigia (partecipazione ai costi) per assicurati, risultanti o provocati nel quadro di una forma assicurativa speciale conformemente all'articolo 41c.

^{2bis} Gli assicuratori possono rinunciare completamente o parzialmente a richiedere una partecipazione ai costi per prestazioni, risultanti o prescritte nel quadro di una forma assicurativa speciale ai sensi dell'articolo 41c.»

I. Cassis/CC è del parere che in seno al Consiglio nazionale ci sia una forte volontà di mantenere il 10% (come finora), ma questo vale soltanto per assicurati affiliati a una rete d'assistenza integrata. Per assicuratori al di fuori dell'assistenza integrata la partecipazione alle spese rimarrebbe del 20%. Il Consiglio degli Stati vorrebbe diminuire questa partecipazione al 7,5% all'interno dell'assistenza integrata e al 15% fuori, cosa che verrà probabilmente confermata in Parlamento il 30 maggio 2011.

I. Cassis/CC è del parere che molto più importante della partecipazione ai costi in per cento è l'importo massimo della franchigia, definito all'art. 64 cpv. 3 e 3 bis:

«³ Il Consiglio federale fissa l'importo della franchigia.

L'importo annuo massimo della partecipazione ai costi è di 1000 franchi.

L'importo annuo massimo per la partecipazione ai costi per assicurati che hanno una forma assicurativa particolare conformemente all'articolo 41 c, è di 5000 franchi.

^{3bis} Il Consiglio federale può adattare gli importi annui massimi della partecipazione ai costi conformemente al capoverso 3 in funzione dell'evoluzione dei costi nel settore dell'assicurazione malattia.»

L'idea del Consiglio degli Stati è attualmente che ogni cittadino svizzero, se è assicurato in una rete d'assistenza integrata, deve pagare una franchigia di 500 franchi al massimo all'anno, chi invece è assicurato al di fuori dell'assistenza integrata, dovrebbe pagare una franchigia massima di 1000 franchi all'anno. (Attualmente la franchigia annua è di 700 CHF all'anno). Concretamente, questo significa un maggior onere per il cittadino svizzero di 300 franchi all'anno, se non vuole aderire ad una rete di assistenza integrata.

Sulle disposizioni transitorie: come detto più sopra, l'obbligo di presentare un'offerta per gli assicuratori è stato ripreso, per lo meno parzialmente. Il testo della disposizione è il seguente:

«Fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni, ma al massimo fino allo scadere di **cinque anni** dall'entrata in vigore di questa revisione, il Consiglio federale **può obbligare** gli assicuratori a offrire, da soli o in collaborazione con uno o più assicuratori, ai loro assicurati una o più forme assicurative particolari che comprendano le prestazioni di reti d'assistenza integrata conformemente all'articolo 41c.

Il Consiglio federale può sospendere l'applicazione dell'articolo 64 capoverso 2 lettere b e c nei cantoni in cui la misura non è applicata. In questi cantoni vale una partecipazione ai costi del 10 per cento.» (traduzione FMH)

Offrire delle forme assicurative dell'assistenza integrata non è quindi più un obbligo vincolante, ma il Consiglio federale può deciderlo o imporlo se la cosa non funziona come si desidera.

Il *presidente* ringrazia *I. Cassis* per questo aggiornamento, dopo di che la discussione è aperta.

Ch. Bosshard/ASMAC sostiene che l'ASMAC ha sempre sostenuto l'assistenza integrata, ma non nella forma prevista dall'attuale progetto di legge.

M. Müller/CMB ricorda ai delegati che il progetto attuale si basa sostanzialmente sulle tesi della FMH, approvate dalla Camera medica un paio di anni fa. Sottolinea, inoltre, che dal punto di vista dei medici di base l'assistenza integrata rafforzerà la posizione del medico di base, anzi: l'assistenza integrata è una condizione per i medici di base per l'introduzione del DRG, in quanto ora si può soltanto osservare e influire su eventuali sviluppi erronei del DRG per quel che concerne i trasferimenti tra ospedaliero e ambulatoriale, se c'è qualcuno che regoli un po' questo sistema. Per i medici di base ci sono, però, secondo *M. Müller*, dei punti assolutamente inderogabili – di cui non si legge niente nelle proposte –, tra i quali il più importante di tutti concerne il mantenimento della compensazione dei rischi nel progetto e non la sua soppressione come l'aveva desiderato il Consiglio degli Stati. Un altro punto molto importante, che rischia di indebolire molte delle argomentazioni



La Camera medica è diretta dal presidente, il Dr. med. Jacques de Haller.

ascoltate, è l'autonomia delle reti. È chiaramente del parere che sia troppo presto per concludere già oggi in modo definitivo se sostenere un referendum. Il testo del progetto di legge non è attualmente ancora definitivo, sarà sottoposto ancora a modifiche importanti, sempre che il Parlamento non l'abbandoni. La FMH rischierebbe di perdere gran parte della sua credibilità se adesso si opponesse a un progetto che – nota bene – si basa sulle sue tesi, prima di conoscere la versione definitiva del progetto di legge. Propone – e questa è anche la posizione dell'Associazione svizzera dei medici di base – di respingere le proposte di referendum e incaricare l'Assemblea dei delegati di prendere una decisione sulla posizione della FMH sulla proposta di legge, non appena questa sia disponibile nella sua versione definitiva. Qualsiasi altra cosa non avrebbe senso.

Didier Châtelain/GE spiega che la Società medica cantonale ginevrina/AMG sostiene a grande maggioranza, sulla base di un'inchiesta condotta tra i membri alla fine del 2010 e di un'assemblea generale straordinaria, la proposta di H. Chaudhry/ASMAC. In qualità di presidente dell'Associazione dei medici di base ginevrini aggiunge, che anche una grande maggioranza di questi sostiene la proposta. Secondo lui si farebbe prova di grande ingenuità essere d'accordo con il testo di legge oggi disponibile. Qualsiasi sia il modo in cui vengano fissate le diverse partecipazioni ai costi per gli assicurati, questo progetto di legge farebbe sì che i pazienti/assicurati entrerebbero soltanto così nella rete dell'assistenza integrata. Inoltre, l'idea del managed care, che forse all'inizio era anche buona, è stata nel frattempo in gran parte imbastardita dal Parlamento e spinta in una direzione sbagliata. Si noti in particolare la perdita dell'autonomia dei medici nella gestione della loro rete. Ma quest'indipendenza è assolutamente necessaria, addirittura l'Associazione svizzera dei medici di base l'avrebbe considerata una linea rossa invalicabile.

Secondo *Jörg Fritschi, presidente dell'Associazione mantello delle reti di medici Med-Swiss.Net*, è giunto ora il momento di replicare alle argomentazioni finora ripetutamente sostenute. Si chiede come facciano a sapere i signori T. Eichenberger e H. Chaudhry che cosa faccia bene alle reti di medici e si meraviglia anche del numero di persone che hanno parlato di reti di medici che in effetti sono contrarie a questa proposta di legge managed care. La proposta di H. Chaudhry contiene diverse affermazioni erronee sui modelli di managed care in Svizzera ed è assolutamente necessario correggere. Con le lunghe attese di cui si è parlato i promotori della proposta smentono l'ottantina di reti di medici in Svizzera e quindi all'incirca 4500 medici di base che hanno in parte alle spalle fino a 15 anni di esperienza con il managed care. Si deve riflettere in particolare su tre punti. Prima di tutto, ci si riferisce costantemente al managed care negli Stati Uniti o in Germania, che però sono dei sistemi del tutto diversi. Ci si dovrebbe concentrare oggi sul sistema svizzero. Il secondo punto tocca la questione del budget: si deve

differenziare tra budget virtuale in quanto pianificazione finanziaria, da cui non si ottiene nessun beneficio, e il budget versato in moneta sonante, per esempio i forfait DRG. Questa differenza è assolutamente rilevante. Terzo: chi non «manage» sarà «managed» da qualcun altro. Ci si potrebbe tenere in disparte e lasciare il managed care nelle mani degli economisti, oppure si può svolgere un ruolo attivo assumendosi le proprie responsabilità, e di queste fa parte anche l'aspetto economico del lavoro medico. Il fondamento giuridico attuale per il managed care è contenuto nell'art. 41 cpv. 4, il cui testo è il seguente: «*Gli assicurati possono limitare il loro diritto di scelta a fornitori di prestazioni che sono scelti dagli assicuratori in funzione delle loro prestazioni più convenienti.*» In questo modo il managed care viene definito come un prodotto a buon mercato, nel cui quadro gli assicuratori sceglierebbero i medici. Gli assicuratori non avrebbero fatto ancora uso di questo potere perché, considerando l'attuale cattiva compensazione del rischio, la caccia ad assicurati sani è più lucrativa del managed care. Questo cambierà quando sarà stata migliorata la compensazione dei rischi. Perché un nuovo articolo? Il managed care dovrebbe finalmente basarsi su un contratto negoziato tra le reti d'assistenza integrata e gli assicuratori. Questo è il principale miglioramento del progetto di legge. La questione principale che ci si dovrebbe porre in relazione al progetto di legge, è la seguente: l'assistenza medico-sanitaria deve essere coordinata a seconda delle necessità o il settore ambulatoriale deve continuare a funzionare secondo il principio del self service, e questo in un periodo in cui la medicina diventa sempre più complessa? Il coordinatore è il fornitore di prestazioni nella misura in cui i medici – il corpo medico quindi – vi partecipino attivamente. La libera scelta del medico non viene abolita. All'interno della rete di medici i pazienti potranno cambiare in qualsiasi momento il medico senza problemi. La partecipazione ai costi mira a incitare i pazienti ad aderire alle reti. Non c'è niente di riprovevole nel ricompensare i pazienti che collaborano. La differenza da pagare non è più cara di un caffè oppure di quattro sigarette. Decisivo non è la percentuale, ma l'importo che deve essere pagato. La paura della responsabilità budgetaria obbligatoria, delle restrizioni di budget, del razionamento ecc. non è giustificata. Lo dimostrano 15 anni di esperienza con il managed care. Ogni budget è negoziabile. Un esempio: una rete di medici di Lucerna ha disdetto nel 2009 il contratto con una grande assicurazione. Nel 2010 questa rete di medici ha ottenuto di nuovo un contratto appropriato. L'espressione «dik-tat delle casse malati» è una pura invenzione. In Svizzera il budget è un obiettivo finanziario virtuale. L'importo budgetato non equivale a una forma di remunerazione. Per questo non c'è neppure un razionamento. I medici delle reti continuano a fatturare le loro prestazioni come in passato con la tariffa per prestazione individuale, per questo motivo anche la paura di un budget già raggiunto in ottobre, la paura del risparmio sulle spalle del paziente è del tutto ingiustificata. Per

coloro che temono una perdita di qualità aggiungiamo che managed care significa anche coordinare in modo mirato per evitare complicazioni e degenza in ospedale. Il medico deve quindi chiedersi che cosa possa tralasciare a coscienza del tutto tranquilla, senza arrecare danno al paziente. Una domanda del tutto legittima. Secondo J. Fritsch, le belle parole ascoltate oggi a più riprese secondo cui non si è contrari al managed care ma si è soltanto contro il progetto di legge, è alla fin dei fatti un argomento ben poco credibile. In considerazione delle forze, il progetto di legge rimane attualmente il migliore compromesso possibile. Se il nuovo progetto viene respinto, rimarrà in vigore l'attuale art. 41 cpv. 4. L'assicuratore si concentrerebbe soltanto sull'acquisizione di prestazioni, per cui la pressione sui medici aumenterebbe notevolmente. J. Fritsch/Med-Suisse.net invita, sulla base delle sue considerazioni, a respingere le proposte.

In considerazioni delle numerose domande di intervento, il *presidente* si vede nell'obbligo di limitare a tre minuti il tempo accordato per parlare. Prendono la parola i sostenitori, che sono favorevoli alle proposte presentate, e gli oppositori, che sconsigliano di prendere oggi una decisione definitiva sul presente progetto di legge.

Alla domanda di Hans Ulrich Iselin/AG quale degli argomenti oggi espressi potrebbe esercitare maggiormente pressione sul Parlamento, risponde I. Cassis/CC affermando che secondo lui c'è sia margine di manovra soltanto ancora per quel che concerne l'autonomia delle reti.

Il *presidente* spiega quindi come si svolgerà la votazione. Con la *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 7* si chiede la decisione di principio da parte della Camera medica di opporsi al progetto di legge così come è attualmente e di sostenere un referendum. Ricorda che conformemente agli statuti (art. 37), la decisione della Camera medica relativa al referendum deve essere trasmessa all'Assemblea dei delegati che è competente per decidere la partecipazione a un referendum. Fa notare che approvando questa proposta la FMH sarà bloccata. La proposta contiene, infatti, dei punti che sono già definitivi nel progetto di legge e che non saranno più discussi in Parlamento. Di fatto la proposta corrisponde a un rifiuto definitivo della legge, per cui in questo modo nei mesi che rimangono ancora alla FMH verrebbero tolti tutti mezzi di pressione e di leva per negoziare.

La *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 7* chiede una votazione generale sul contenuto della proposta N. 1, se questa viene accettata.

T. Eichenberger/BL desidera che si voti dapprima sulla sua proposta, perché è del parere che per la votazione generale, che sarà senz'altro contestata, sono necessarie alcune precisazioni. Per la società medica cantonale di Basilea Campagna la votazione generale rappresenta lo strumento decisivo della democrazia di base, è quindi raramente un errore utilizzarla. Inoltre nel suo cantone la base è piuttosto critica nei confronti degli organi direttivi della FMH,

per cui si sente piuttosto destabilizzata. La votazione generale avrebbe, secondo lui, un impatto positivo sulla legittimazione degli organi direttivi, la discussione che l'accompagna, che risulta nel quadro di una votazione generale, permette di comprendere meglio che cosa sia in gioco sul piano politico e di aumentare l'impegno dei medici che rappresenta la FMH; e infine, senza una votazione generale, ci saranno sempre voci contrarie alla decisione odierna. La votazione generale è quindi importante per l'unità della FMH.

Prima di passare alla votazione, il *presidente* fa notare che la *proposta N. 2 al punto all'ordine del giorno N. 7* dipende dall'approvazione della proposta N. 1.

La *proposta N. 1a al punto all'ordine del giorno N. 7 di H. Chaudhry/ASMAC* viene approvata con 71 voti favorevoli e 63 contrari. Viene trasmessa all'Assemblea dei delegati.

La *proposta N. 3 al punto all'ordine del giorno N. 7 di T. Eichenberger/BL* viene approvata a grande maggioranza.

Ch. Bosshard/ASMAC interviene e chiede che vengano contati i voti, poiché per decidere una votazione generale è necessaria una maggioranza di $\frac{2}{3}$.

Gli scrutatori contano i voti; risultano 121 voti favorevoli, 23 contrari, 2 astensioni.

La riunione viene interrotta alle 12.35 per la pausa di mezzogiorno.

Viene ripresa alle 13.25.

Il *presidente* ritorna sulle decisioni prese nel corso della mattinata dalla Camera medica, per precisare quali siano le conseguenze per la FMH, perché alcuni dei delegati alla Camera medica le considerano estremamente problematiche. Per lui si tratta della questione fondamentale se la FMH vuole essere un'organizzazione professionale, che sa tenere il proprio posto, che vuole agire e reagire e rappresentare in modo credibile il corpo medico. Sono in molti a richiedere la parola sull'argomento.

Citiamo, tra tutti, la presa di posizione di Urs Stoffel/ZH che rappresenta bene la situazione: nel suo intervento si dice molto turbato da quello che questo Parlamento ha deciso questa mattina e si chiede se la Camera medica si renda conto delle conseguenze delle sue decisioni. Dapprima con la proposta di A. Girr e poi con le proposte relative al managed care, la FMH si è congedata da tutti i punti all'ordine del giorno di politica sanitaria. Cita un passaggio della proposta di A. Girr: «In caso di pareri discordanti si deve effettuare un'inchiesta tra i membri oppure una votazione generale.» Per lui questo significa: la Camera medica è un gruppo che discute. Alla fine, poi, viene fatta un'inchiesta oppure una votazione generale, e quello che risulta deve poi essere sostenuto dalla FMH verso l'esterno. Nell'ambito della riforma delle strutture si è cercato di adattare le strutture in modo tale che la FMH possa agire in modo convincente e rapido e possa rispondere a domande scottanti di politica medico-sanitaria e sia anche in grado di prendere posizione. Oggi la Camera medica stessa si è segata il ramo su cui siede. Il progetto di legge di

managed care è bloccato, la FMH non può più esercitare alcuna influenza in materia, per quanto – come è stato affermato più volte, si sarebbe potuto influire su una «procedura» in corso con un po' di abilità e di tattica. Ora verrà effettuata una votazione generale il cui risultato dovrà essere sostenuto verso l'esterno, qualunque esso sia. Non è questa la pressione necessaria per dirigere nel senso giusto il progetto di legge managed care. L'oratore constata con una certa autocritica che non avrebbe mai pensato che in quest'assemblea si possano prendere delle decisioni così stupide e che essa rinnega se stessa.

H.-U. Iselin/AG presenta una *domanda formale di nuova deliberazione sulla proposta di H. Chaudhry/ASMAC*. Se questa proposta dovesse essere accettata in una votazione generale, questo significherebbe che la FMH si impegnerebbe a lanciare in tutti i casi un referendum contro il progetto di legge che porta chiari vantaggi rispetto allo status quo.

Più avanti nel corso della riunione, *H.-U. Iselin* presenta ancora una proposta, il cui contenuto è il seguente: se la sua proposta di nuova deliberazione venisse approvata, l'Assemblea dei delegati dovrà essere incaricata di elaborare una controproposta a quella di H. Chaudhry, che in effetti corrisponde a un'iniziativa, che sia più differenziata e definisca esattamente i parametri e i valori di riferimento che sono pro o contro un referendum.

Numerosi delegati desiderano quindi prendere la parola a proposito della proposta di nuova deliberazione appena presentata. Per *H. Chaudhry/ASMAC* gli sconfitti sono dei cattivi perdenti. In una democrazia è normale effettuare delle votazioni e vedere che la parte sconfitta rispetta il risultato.

Alcuni oratori lo contraddicono, tra i quali *Hans-Jakob Riedtmann/ZH*: in una democrazia si rispettano sì le votazioni, ma fa parte della democrazia anche il fatto che si possa riconsiderare la questione.

Prima di cedere la parola ad altri oratori, il *presidente* precisa che in autunno si terrà definitivamente una Camera media straordinaria, perché oggi non rimane praticamente più tempo per trattare tutti i punti all'ordine del giorno. Adesso è più importante dedicare il tempo che resta alla discussione sulla proposta di nuova deliberazione.

H. Chaudhry/ASMAC insiste affermando che esiste una domanda formale di sette società mediche cantonali e società mediche specialistiche, ovvero Ginevra, Sciaffusa, Basilea Città, Basilea Campagna, Oftalmologia, Dermatologia e ORL, per una votazione generale sulla sua proposta N. 1a relativa al punto all'ordine del giorno N. 7. Secondo gli statuti della FMH ne sono necessarie da tre a cinque.

Il *presidente Jacques de Haller* precisa che cosa è previsto negli statuti a proposito della votazione generale (art. 24 cpv. 1): «Una decisione presa dalla Camera medica senza clausola d'urgenza (ai sensi dell'art. 33 cpv. 6) viene presentata ai membri per una votazione generale [...]».

Per *Ph. Vuillemin/VD* è inaccettabile definire dei cattivi perdenti gli sconfitti della votazione tenutasi al mattino. Lui stesso ha votato a favore della proposta N. 1a relativa al punto all'ordine del giorno N. 7, ma se gli statuti della FMH prevedono che una votazione possa essere ripetuta rispettivamente che si possa tornare nuovamente su una decisione, questo corrisponde all'applicazione di un diritto democratico della Camera medica, indipendentemente dai buoni o cattivi perdenti. Lui ha poi rinunciato a sostenere una votazione generale. Come altri, è da più di 20 anni in un parlamento ed è conscio che in quanto parlamentare eletto deve accettare di essere un rappresentante del popolo. Ma non è un motivo per interrogare continuamente la base, ma di tanto in tanto si deve avere anche il coraggio, di assumersi la propria responsabilità personali.

I. Cassis/CC dichiara che in qualità di consigliere nazionale non gli è mai accaduto che venga presa una decisione su un referendum prima che il Parlamento abbia deciso su un progetto di legge. Si può pensare di lanciare un referendum al più presto al momento della votazione finale. La proposta N.1a di H. Chaudhry/ASMAC si basa sulla versione del progetto di legge disponibile oggi, 26 maggio 2011. Se effettuassimo adesso una votazione generale sulla questione se lanciare un referendum oppure no, prenderemmo una decisione prima che il Parlamento abbia finito di svolgere il proprio lavoro, cosa che per lo meno non è abituale. Se da una votazione generale risulta un no, questo significa che la FMH respinge anche delle regolamentazioni che oggi sono già integrate definitivamente nel progetto, e che la Camera ha già approvato più volte a fortissima maggioranza. Tra queste: 1. Perfezionata compensazione dei rischi (sulla base della morbilità). 2. Il contratto di managed care. 3. La qualità: si è potuto evitare qui un diktat dell'UFSP in materia di qualità medica. 4. Prestazioni: nelle reti di medici l'offerta di prestazioni è ampliata,



I delegati definiscono i principi della politica della federazione e prendono le decisioni conformemente agli statuti.

non c'è la funzione del medico di fiducia così come lo conosciamo, perché il medico di fiducia è integrato nella rete. Questo significa minor controllo degli interventi terapeutici, i medici nella rete sono più liberi sul modo in cui vogliono fare medicina e non devono giustificarlo nei confronti di nessuno. 5. Responsabilità budgetaria: è esatto dire che la responsabilità budgetaria non era prevista nelle tesi della FMH sul managed care come obbligo, come è stato definito ora dal Parlamento, ma come possibilità. Ma il Parlamento non impone nessun tipo di responsabilità budgetaria, ma nel progetto di legge si parla di *una forma di responsabilità budgetaria*. Spetta quindi ai partner contrattuali definire la forma. 6. Nelle tesi della FMH chiedevamo che le reti integrate di medici dovessero essere facoltative per tutti gli attori, i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e i pazienti. Nel progetto di legge è stato mantenuto il carattere facoltativo per i fornitori di prestazioni e i pazienti. Per gli assicuratori, nelle disposizioni transitorie è prevista la possibilità di imporre un obbligo dopo un periodo di cinque anni. Nella votazione generale respingeremmo con un no tutto questo, per quanto questo corrisponda esattamente alle tesi della FMH. E diremmo di no, senza conoscere l'evoluzione dei due punti ancora in sospeso per le divergenze tra il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati – ovvero la partecipazione ai costi e l'autonomia delle reti di medici. *I. Cassis/CC* pone ai delegati la domanda seguente: «Vogliamo pronunciarsi per un sì o per un no sulla versione attuale del progetto di legge?» Per lui personalmente tutto ciò non ha senso e non riesce neppure a capire quale sia la strategia a cui si vuole mirare.

A questo punto *H. Chaudhry/ASMAC* presenta una *mozione d'ordine* per interrompere per 10 minuti la riunione, in modo che le organizzazioni che aveva chiesto formalmente la votazione generale, possano consultarsi.

La *mozione d'ordine* viene approvata dalla Camera medica con 74 voti favorevoli, 46 contrari e qualche astensione.

La riunione viene interrotta e ripresa alle 14.12.

H. Chaudhry/ASMAC conferma che sette organizzazioni presentano la proposta di votazione generale. Chiede che si decida su questa richiesta prima della proposta di nuova deliberazione.

Il *presidente* chiede a *H.-P. Kuhn*, di spiegare la situazione dal punto di vista giuridico. *H.-P. Kuhn/vicesegretario generale* conferma che le relative organizzazioni possono chiedere una votazione generale su una decisione della Camera medica. Poiché deve essere chiaro che cosa la Camera medica decida, è logico discutere dapprima sulla proposta di nuova deliberazione.

Il *presidente* mette in votazione della Camera medica la *proposta di nuova deliberazione* di *H.-U. Iselin/AG*.

La *proposta di nuova deliberazione* viene approvata con 78 voti favorevoli, 69 contrari e 5 astensioni.

Dalla discussione molto vivace e molto impegnata che segue, in cui vengono sottolineati diversi

punti che devono essere indirizzati come richiesta chiara ai parlamentari, risultano diverse proposte:

Proposta N. 4 al punto all'ordine del giorno N. 7 di H.-U. Iselin/AG: «Le due decisioni prese per le proposte 1a e 3 relative al punto all'ordine del giorno N. 7 devono essere sospese e la questione deve essere discussa in vista di una decisione nell'ambito di una Camera medica straordinaria da tenersi una volta che saranno state prese le decisioni parlamentari».

Proposta N. 5 al punto all'ordine del giorno N. 7, dapprima di *Jürg Nadig/Oncologia medica*, poi presentata da *P. Wiedersheim/SG* con contenuto concordante, con il testo seguente:

«L'autonomia degli studi medici e delle reti di medici è un requisito imperativo per l'accettazione del progetto di managed care.»

Proposta N. 6 al punto all'ordine del giorno N. 7 di Philipp Rahm/ASMAC:

«La FMH si impegna nel contesto del managed care:

- a favore della libertà di contrarre
- contro la responsabilità budgetaria
- contro una partecipazione ai costi differenziata.

Questa decisione sarà pubblicata.»

Il *presidente* precisa che questi tre punti sono già definiti nel progetto di legge. Propone quindi di discuterne nuovamente alla Camera medica straordinaria dopo che si disporrà della versione definitiva del testo di legge.

Il *presidente* fa quindi dapprima votare sulla *proposta N. 4 al punto all'ordine del giorno N. 7*. Propone di contrapporre questa proposta alla proposta N. 1a relativa al punto all'ordine del giorno N. 7 di *H. Chaudhry/ASMAC*. *H. Chaudhry/ASMAC* chiede che sulle due proposte si voti separatamente.

In una prima votazione la Camera medica respinge la *proposta N. 1° di H. Chaudhry/ASMAC al punto all'ordine del giorno N. 7* con 82 voti contrari, 53 voti favorevoli e 4 astensioni.

La Camera medica approva quindi la *proposta N. 4 al punto all'ordine del giorno N. 7 di H.-U. Iselin/AG* a chiara maggioranza, con 6 voti contrari e 10 astensioni.

Proposta N. 5 al punto all'ordine del giorno N. 7 di J. Nadig/P. Wiedersheim viene approvata all'unanimità, con 2 astensioni.

Il *presidente* dichiara a proposito della proposta, che la chiara richiesta contenuta nella proposta verrà naturalmente resa nota al pubblico.

Per finire la *proposta N. 6 al punto all'ordine del giorno N. 7 di Ph. Rahm/ASMAC* viene respinta a grande maggioranza.

Con ciò questo punto all'ordine del giorno è concluso.

Il *presidente* propone di trattare quindi i modelli direttivi. Nessun delegato si oppone a questa modifica dell'ordine del giorno.

Nuovi modelli direttivi

Prima di entrare nell'argomento, il *presidente* fa una dichiarazione: per i modelli direttivi, così come sono stati elaborati nei mesi scorsi e quindi vengono pre-

sentati dal gruppo di lavoro, è necessario un impegno molto maggiore e più ampio da parte della segreteria generale e in particolare da parte del segretario generale. Per quest'ultimo essi implicano notevoli modifiche del suo campo d'attività, ma soprattutto una sua maggiore presenza sul piano politico e delle relazioni pubbliche. Questo fattore ha spinto Daniel Herzog a cercare un altro challenge professionale a partire dal 1° settembre 2011. Lascerà la FMH il 31 agosto 2011. Il Comitato centrale si è occupato della successione di Daniel Herzog. Sia il Comitato centrale che il gruppo di lavoro Modelli direttivi hanno avuto dei colloqui con la giurista Anne-Geneviève Bütikofer e dopo anche una valutazione professionale sono giunti alla conclusione che sia una candidata eccellente per la nuova funzione secondo il nuovo indirizzo previsto dai modelli direttivi per il segretario generale. Concluso il rapporto finale del gruppo di lavoro Modelli direttivi, Anne Bütikofer si presenterà brevemente ai presenti.

U. Stoffel/ZH prende la parola e, considerata l'ora ormai tarda, desidera che ci si concentri sui punti principali del rapporto finale, in particolare sulle «*Raccomandazioni del gruppo di lavoro sull'applicazione del modello direttivo FMH all'attenzione della Camera medica*» in esso contenute. Il rapporto faceva parte della documentazione per la riunione messa a disposizione dei delegati della Camera medica.

Uno dei principali punti di discussione nell'ambito del gruppo di lavoro concerneva il campo di attività «*Medici indipendenti*», che la Camera medica aveva adottato in modo vincolante. Ciò nonostante, dopo un'approfondita discussione nel gruppo di lavoro una maggioranza dei membri si è detta favorevole a non attribuire questo campo di attività a una persona, ma a trasmettere in modo mirato al campo d'attività interessato le domande provenienti dal corpo medico e i problemi in relazione con i medici con proprio studio, che concernono spesso campi di attività diversi. Secondo la maggior parte dei membri del gruppo di lavoro e del Comitato centrale, gli obiettivi principali e decisivi di questo campo di attività devono essere elaborati e realizzati dal Comitato centrale nel suo insieme e non dai singoli campi di attività.

Una parte dei membri del gruppo di lavoro era tuttavia del parere, e in proposito presenta qui anche una proposta, che per un messaggio verso l'esterno il «*Campo di attività Medici indipendenti*» debba assolutamente essere preservato. Questo gruppo, formato da membri dell'SMSR e del VEDAG, ha elaborato anche un documento per definire questo campo di attività, che è allegato alla proposta.

Un punto importante era rappresentato dal rafforzamento, già menzionato dal presidente, della segreteria generale, che i membri del gruppo di lavoro considerano uno dei principali bastioni strategici del corpo medico; questo alla fin dei fatti contribuirà notevolmente a realizzare in modo più efficiente e più adeguato quanto auspicato dalla base.

La discussione nel gruppo di lavoro è culminata alla fine in 11 raccomandazioni all'attenzione della Camera medica. Nel gruppo di lavoro non si è voluto prendere delle decisioni definitive, ma comunicare – sotto forma di raccomandazioni – in quale modo il gruppo di lavoro pensa che si possa procedere. Anche la signora Bütikofer, nella sua funzione di segretaria generale, deve avere la possibilità e la libertà di realizzare queste raccomandazioni, come verranno decise oggi dalla Camera medica.

R. Schwarz/CdG fa riferimento alla cifra 7 delle raccomandazioni, in cui si caldeggia un nuovo modello di remunerazione dei membri del Comitato centrale nel senso di una remunerazione della funzione di base per i membri del Comitato centrale e di una remunerazione di funzione differenziata a seconda del settore. Nel rapporto finale ha anche letto che si desidera rinunciare alla rilevazione delle ore. Prega di tenere presente che questo potrebbe avere delle implicazioni sulle fatturazioni interne e sull'assegnazione ai centri di costo.

U. Stoffel/ZH spiega che con il nuovo modello si intende ottenere un certo snellimento. La proposta deve essere inoltre esaminata e realizzata in collaborazione con la CdG. La CdG ha qui la possibilità di ovviare a eventuali lacune.

Poiché non viene posta nessun'ulteriore domanda relativa al rapporto finale, *U. Stoffel/ZH* cede la parola a *Jean-Pierre Pavillon/VD* affinché presenti la *proposta comune della SMRS e della VEDAG, N. 2 al punto all'ordine del giorno N. 10*.

Secondo *J.-P. Pavillon/VD* alcuni membri del gruppo di lavoro erano un po' preoccupati di veder scomparire questo campo d'attività «*Medici indipendenti*». Prima di tutto questo potrebbe provocare uno squilibrio tra i medici dipendenti, che hanno un loro proprio campo d'attività, e i medici indipendenti, e questo in un momento in cui la medicina istituzionale tende ad assumere una certa preponderanza, sia nel settore ospedaliero che in quello ambulatoriale. Se i problemi dei medici indipendenti venissero poi trattati internamente nei diversi campi di attività, i problemi verrebbero suddivisi in tutta una serie di domande tecniche, mentre non sarebbe più possibile garantire veramente la difesa degli interessi dei medici indipendenti.

Nella discussione che segue, numerosi oratori si esprimono sui vantaggi e gli svantaggi della soppressione e del mantenimento del campo di attività.

Urban Laffer/fmCh chiede una spiegazione a *U. Stoffel*. Cita il testo a pagina 7 del rapporto finale: «*[...] Il presidente occuperebbe un posto per così dire a tempo pieno. [...]*» e ricorda in proposito la decisione della Camera medica del dicembre 2007, che aveva definito la carica del presidente come un posto a tempo pieno.

U. Stoffel/ZH conferma che continua a essere così, che ad oggi questa decisione non è mai stata revocata. Lo conferma di nuovo anche più tardi nei confronti di *B. Gafner/BE*, dopo che ha posto una domanda analoga.



Per la prima volta alla Camera medica: la giurista Anne-Geneviève Bütikofer. A partire dal 1° settembre 2011, in qualità di nuova segretaria generale, si assumerà la direzione della segreteria generale della FMH.

Poiché non viene più chiesta la parola, la Camera medica è invitata a votare dapprima sulla *proposta N. 2 relativa al punto all'ordine del giorno N. 10*, presentata in comune da SMSR e VEDAG, il cui testo è il seguente:

«Il testo del rapporto concernente la riforma delle strutture (*Umsetzung Führungsmodell FMH / Realizzazione del modello direttivo FMH*), capitolo 5, elenco campi di attività, viene modificato nel modo seguente:

- *mantenimento del campo d'attività N. 11 «Medici indipendenti»;*
- *stralcio dell'ultimo paragrafo del capitolo 5».*

La *proposta* viene approvata a grande maggioranza dalla Camera medica, con 3 voti contrari e 12 astensioni.

U. Stoffel/ZH precisa che la proposta del gruppo di lavoro, *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 10* comprende ora in modo vincolante la realizzazione di questo campo di attività.

Beat Dubs/ZH propone di chiamare in modo diverso il campo di attività, ovvero «Freie Praxis» (Libera prassi). *U. Stoffel/ZH* spiega che approvando questa proposta il Comitato centrale viene incaricato di elaborare una proposta sull'organizzazione futura di questo campo d'attività.

La *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 10*, in cui viene chiesta l'approvazione del rapporto finale del gruppo di lavoro «Realizzazione del modello direttivo della FMH» comprese le «Raccomandazioni per la realizzazione del modello direttivo FMH» – completata con la proposta N. 2 appena approvata – viene quindi approvata all'unanimità dalla Camera medica, senza voti contrari e con 2 astensioni.

Il presidente conferma che il nuovo campo di attività verrà ora concretizzato e presentato alla Camera medica nel maggio 2012.

Prega quindi la signora Anne-Geneviève Bütikofer di presentarsi brevemente ai membri della Camera medica. A.-G. Bütikofer inizia con un paio di informazioni sulla sua persona e sulla sua carriera professionale: è di Neuchâtel, ha studiato legge a Neuchâtel e in Inghilterra, ha svolto l'attività di giurista, dapprima alla segreteria generale della Commissione svizzera di ricorso in materia d'asilo del Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) e quindi come Legal and Compliance Manager in una multinazionale del giocattolo. Dopo di che ha diretto per quattro anni in seno al Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE), il servizio politico per la collaborazione transfrontaliera. Dal 2008, e ancora fino a fine agosto 2011, è direttrice generale del dipartimento della sanità del Canton Ginevra, prima di iniziare il 1° settembre 2011 la sua attività come segretaria generale della FMH. Nella sua attività attuale non ha dovuto solo affrontare i problemi legati alla sanità, ma suo compito è stato anche quello di sviluppare ulteriormente e ristrutturare un apparato amministrativo con più di 120 collaboratori e offrire delle prestazioni di servizio sia ai partner nel settore sanitario sia alla popolazione. Nel corso della sua carriera ha potuto collaborare con partner a livello cantonale e a livello federale, con l'amministrazione pubblica in generale e con il settore privato. Parallelamente ha fatto anche esperienza nel settore associativo, in particolare con il suo impegno nell'ambito della Junior Chamber International/Switzerland, dove ha svolto diverse funzioni a livello nazionale e internazionale e ancora fino a pochi anni fa ha diretto le assemblee internazionali di questa associazione attiva a livello mondiale dei giovani imprenditori. Considera che la sua attività di segretaria generale comprende tre settori principali: 1. Organizzazione e coordinazione. Per poter fornire dei servizi estremamente validi dal punto di vista qualitativo, la segreteria centrale deve disporre di una direzione operativa ottimale e una buona coordinazione dei suoi servizi centrali. Tra questi, ovviamente, anche un'analisi approfondita della struttura attuale, che eventualmente potrebbe anche richiedere alcune ristrutturazioni. 2. Collaborazione. La segretaria generale deve essere in contatto permanente con le società mediche cantonali e con le società specialistiche, sviluppare la sua attività e la sua collaborazione con queste organizzazioni, e questo anche a favore di tutti i membri della FMH. Metterà in primo piano soprattutto la collaborazione. 3. Comitato centrale. Affinché il Comitato centrale possa occuparsi veramente delle questioni strategiche, deve potersi occupare meno dei compiti operativi. La segreteria generale deve garantire il contatto permanente e una buona coordinazione tra il livello strategico e quello operativo. Spetta alla segretaria generale fornire al Comitato centrale analisi e raccomandazioni in modo che questo possa svolgere il migliore lavoro. Per finire A.-G. Bütikofer saluta le sue future colleghe e i suoi futuri colleghi e desidera sot-

tolinare che esiste già un'équipe che già ora si impegna giorno dopo giorno per il buon funzionamento e il coordinamento delle attività della FMH.

Per quel che concerne la collaborazione con il presidente Jacques de Haller, hanno potuto creare – per quanto personalmente il suo indirizzo politico sia diverso da quello del presidente – una buona base di fiducia e dialogo, valori su cui si baserà la loro collaborazione e il loro lavoro. Desidera che questi valori siano alla base della sua collaborazione con il Comitato centrale.

La Camera medica la ringrazia con un caloroso applauso.

Pierre-Alain Schneider/GE dà il benvenuto alla FMH ad Anne-Geneviève Bütikofer, che conosce bene. Per quanto si tratti di un'ottima scelta per la FMH, gli dispiace che A.-G. Bütikofer lasci il Cantone di Ginevra, perché è una persona eccezionale, con cui è stato possibile una collaborazione d'alto livello qualitativo. Sempre molto sensibile per quel che concerne i problemi del corpo medico, comprende molto rapidamente la situazione e le diverse implicazioni. Per lui si tratta veramente di un'eccellente novità, e si rallegra molto che A.-G. Bütikofer voglia continuare la sua carriera nell'ambito della FMH.

V. Liguori/TI desidera sapere dalla futura segretaria generale se parla italiano; A.-G. Bütikofer gli risponde in perfetto italiano, cosa di cui il ticinese si rallegra di cuore.

Anne-Geneviève Bütikofer aggiunge che a onor del vero lei parla molto meglio «schwyzerdütsch», e per questa regione non si è presentata in «hochdeutsch».

Il presidente propone di adattare l'ordine del giorno alle circostanze, per cui come argomento seguente tratterebbe il punto all'ordine del giorno concernente l'HIN, perché l'Health Info Net SA ha bisogno urgentemente di una decisione da parte della Camera medica. Dopo di che si potranno trattare piuttosto rapidamente i punti all'ordine del giorno N. 12 e N. 13. La Camera medica *approva* tacitamente questa modifica dell'ordine del giorno.

HIN: aumento del capitale sociale e modifica della maggioranza degli azionisti

Il presidente chiede a *Ernst Gähler*, vicepresidente, di fare una panoramica sulla situazione attuale della società, dopo di che lui stesso presenterà la questione del finanziamento di HIN e la proposta che dovrà essere votata oggi.

La Health Info Net SA è stata fondata nel 1996 dalla FMH, la Cassa dei medici e altri partner e festeggia quindi quest'anno i 15 anni di attività. L'obiettivo dei fondatori era di rendere accessibile in modo semplice l'Internet al corpo medico e mettere a disposizione un sistema di comunicazione elettronica conforme alle esigenze della protezione dei dati. La tecnologia si basava in precedenza su ASAS della ditta Arpage. Questa tecnologia è stata sostituita nelle scorse settimane dal nuovo «Client HIN». La fase di lancio si concluderà tra poco. Inizialmente il finanzia-

mento di HIN era assicurato da contributi speciali (abbonamento HIN a prezzo ridotto per tutti i membri della FMH, deciso dalla Camera medica nel 2001 e soppresso da questa nel 2005): dal 2006 è stato progressivamente garantito da un canone d'abbonamento HIN. Dal 2009 ogni abbonato HIN paga lui stesso completamente il suo abbonamento.

La Camera medica del 28 maggio 2009 è stata, in un certo senso, una tappa decisiva per l'HIN: i pareri erano molto discordi a proposito dell'attribuzione del progetto Health Professional Card (CPH) a Swisscom. Gli altri azionisti di HIN hanno accusato la FMH di aver violato la convenzione tra gli azionisti. Per far fronte a questo conflitto il Comitato centrale ha proposto alla Camera medica che la FMH che deteneva allora il 50,5% delle azioni, rinunciasse a essere azionista maggioritario, cedendo 405 azioni (su 505) alle società mediche cantonali e alle società specialistiche. La società cantonale medica del Canton Berna presentò tuttavia a quella Camera medica una proposta di non entrata in materia adducendo come motivo che l'HIN è molto importante per la FMH e che questa non può rinunciare a essere azionista maggioritario. Questa proposta venne approvata con 66 voti favorevoli e 47 contrari. Dopo di che la FMH ha seguito una strategia positiva completando il consiglio d'amministrazione dell'HIN, che fino ad allora comprendeva un solo rappresentante della FMH, nella persona di Monique Gauthey/CC come unica rappresentante della FMH, con quattro altri membri del consiglio d'amministrazione della FMH, rafforzando contemporaneamente in modo decisivo anche il know-how IT in seno al Consiglio d'amministrazione. Dal 2010 Monique Gauthey/CC è presidente del Consiglio d'amministrazione dell'HIN.

La Health Info Net SA è oggi leader del mercato nel settore IT del sistema sanitario svizzero con 12000 clienti, di cui più dell'80% degli studi medici, e 150 istituzioni medico-sanitarie, tra cui 120 ospedali e la SUVA. Tutti i suoi clienti approfittano delle offerte pratiche proposte dall'HIN nei settori comunicazione elettronica sicura, eRecept, managed care, dati dello studio, trasmissione di radiografie, dossier pazienti e compatibilità con l'Health Professional Card HPC, la nuova tessera del medico. L'HIN si è sviluppato anche per quel che concerne l'infrastruttura: il centro di calcolo e il materiale informatico sono modernissimi, il centro di calcolo è stato rafforzato e professionalizzato, la tecnologia ASAS, come già detto, è stata sostituita con un nuovo sistema. Per quel che concerne la strategia eHealth della Confederazione, l'HIN è attualmente, e lo sarà anche in futuro, la piattaforma principale che garantisce una trasmissione elettronica dei dati sicura e conforme ai principi della protezione dei dati per il sistema medico-sanitario svizzero, a cui mette a disposizione l'infrastruttura informatica necessaria al suo futuro, la sicurezza e il suo sistema di autorizzazione (ID-Management). Aperto a tutti gli attori del sistema medico-sanitario deve essere

compatibile a livello nazionale e regionale (progetti eHealth come eToile, MediSwiss oppure SaniTlcard).

Il presidente prende la parola e spiega il progetto di rifinanziamento di Health Info Net SA. Nel 2010, in seguito al lancio e alla realizzazione del suo progetto New Connect, l'HIN si era venuta a trovare in una situazione difficile per quel che concerne i liquidi e ha cercato di trovare nuovi mezzi finanziari tra gli azionisti e le banche sotto forma di prestiti. E questo con successo. Su richiesta degli azionisti, i prestiti sono stati legati a un diritto di conversione. I prestiti messi a disposizione degli azionisti per il finanziamento del progetto New Connect possono essere trasformati dopo due anni al 100 per cento in azioni. In seguito alla decisione della Camera medica di due anni fa a favore di un mantenimento della maggioranza delle azioni dell'HIN SA da parte della FMH, è necessario che la Camera medica approvi ora questo diritto di conversione, in quanto con la conversione dei diversi prestiti degli azionisti, si modificherebbe la maggioranza. Nel caso di mancata approvazione da parte della Camera medica, i prestatori potrebbero disdire i loro prestiti, l'HIN dovrebbe rimborsarli e in questo modo il costruito finanziario convenuto con tutti gli azionisti si sfascerebbe e la ditta rischierebbe di fallire.

Se l'insieme dei prestiti accordati venisse convertito in azioni, la ripartizione del capitale sociale sarebbe la seguente: la partecipazione della FMH, che non ha potuto accordare un prestito, perché era mancato il tempo per ottenere l'approvazione – indispensabile – della Camera medica, rimane a 505 000 CHF, le società mediche cantonali e le società specialistiche, nonché i trust center, che hanno accordato i prestiti al posto della FMH, avrebbero ora una partecipazione totale di 410 000 franchi, questo significa che la partecipazione del corpo medico nel suo insieme ammonterebbe a 915 000 franchi. Gli altri azionisti (Zur Rose SA, BlueCare SA, OFAC e Cassa dei medici) avrebbero ora insieme una partecipazione totale di 1,245 milioni di franchi.

Se, conformemente alla decisione della Camera medica del 2009, la FMH deve rimanere la sola azionista maggioritaria, in questa situazione dovrebbe sottoscrivere altre azioni per un importo di 1,155 milioni di franchi, un impegno finanziario enorme, che inoltre provocherebbero una sovracapitalizzazione della HIN SA che oggettivamente non è giustificata.

Se la FMH intende conservare la maggioranza delle azioni dell'HIN, non più da sola ma insieme alle società mediche cantonali, alle società specialistiche e ai trust center che hanno accordato un prestito – in altre parole, l'azionista maggioritario sarebbe il corpo medico nel suo insieme la FMH dovrebbe acquistare delle nuove azioni per un importo di 340 000 CHF circa. L'importo definitivo varierà in funzione del diritto di conversione, se l'insieme o soltanto una parte dei prestatori ne fanno uso (cosa che dovranno decidere soltanto dopo la Camera medica odierna, conformemente alla convenzione degli azionisti).

La proposta N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno 9, presentata oggi dal Comitato centrale alla Camera medica, contiene diversi punti relativi alla situazione appena presentata, e il suo testo è il seguente:

- «1. Approvazione, con riserva della cifra seguente 2, di un aumento del capitale della HIN SA con ampliamento degli azionisti alle società mediche cantonali, alle società specialistiche e ai trust center, che desiderano convertire i loro prestiti in azioni.
2. In futuro la FMH e le nuove società mediche cantonali, le società specialistiche e i trust center che ora vi partecipano dovranno conservare insieme la maggioranza delle azioni della HIN SA.
3. I mezzi finanziari necessari per diventare azionista maggioritario conformemente alla cifra 2 devono essere messi a disposizione dalla FMH.
4. Il Comitato centrale viene incaricato di realizzare in questo senso il finanziamento dell'HIN.»

Marc-Henri Gauchat/VS, in qualità di rappresentante della FMH nel consiglio d'amministrazione dell'HIN, ricorda anche che l'HIN è uno strumento assolutamente indispensabile per il corpo medico. Alcune prestazioni dell'HIN potrebbero essere ottenute anche altrove, in parte addirittura a un prezzo più conveniente, ma si deve essere coscienti che in tutte le reti di comunicazione elettronica le aziende proprietarie della rete possono assumere il controllo sulla rete a partire da un certo punto. In quanto medici non ci si rallegrerebbe molto se società come Swisscom oppure la Posta potessero improvvisamente controllare la nostra rete, soprattutto se si considera l'importanza sempre maggiore che assume oggi la comunicazione nel settore medico – in particolare in considerazione dello sviluppo di eHealth. Nel cantone del Vallese, per esempio, si sta sviluppando un sistema di comunicazione con il quale laboratori, case di cura e case per anziani, ospedali e studi medici sono collegati tra di loro. M.-H. Gauchat è convinto che il futuro di HIN sarà senz'altro prospero. D'altra parte il fatto che gli altri azionisti abbiano garantito un prestito con diritto di conversione, è un chiaro segno che per i partner l'HIN è interessante. Per concludere, considera estremamente interessante che il corpo medico mantenga il controllo maggioritario sulla società e chiede che la Camera medica approvi la proposta del Comitato centrale.

Secondo V. Liguori/TI, un aumento di capitale di 300 000 franchi circa esige trasparenza. Anche a nome degli abbonati HIN desidererebbe sapere quali erano stati i motivi per i problemi di liquidità che hanno condotto alla situazione attuale. Dal consiglio d'amministrazione si sarebbe anche atteso che venisse indicato che cosa si pensa di fare con questo denaro, quali siano le prospettive economiche. Non si vuole, infatti, che l'anno prossimo ci si venga a trovare nella situazione di dover colmare un nuovo deficit.

Il presidente lo tranquillizza e precisa che la situazione odierna dell'HIN è assolutamente solida e sana. Si

è trattato di un problema temporaneo di allora, per potere finanziare il progetto New Connect che è essenziale per lo sviluppo e il posizionamento di HIN. Naturalmente si è esaminata la situazione, e l'esame è stato confermato in seguito da un organismo indipendente.

Per *Markus Reber/LU* se il diritto di conversione sarà adottato, sarà imperativo che il corpo medico rimanga azionista maggioritario. Presenta quindi la proposta di votare il diritto di conversione soltanto a questa condizione.

J.-P. Pavillon/VD desidera sapere che cosa succede se i prestatori non ricorressero al diritto di conversione e chiedessero il rimborso dei loro prestiti. Il *presidente* risponde che per l'HIN ne risulterebbe un problema non indifferente, in quanto dovrebbe rimborsare immediatamente tutti i prestiti. C'è però soltanto un azionista minoritario che esita a ricorrere al diritto di conversione, tutti gli altri azionisti vogliono il rifinanziamento dell'HIN. Dopo la scadenza del termine del prestito tra due anni, non rappresenterebbe invece nessun problema.

Ailee Chen/ASMAC desidera sapere se gli altri azionisti come reazione all'aumento di capitale da parte della FMH, potrebbero pure aumentare le loro partecipazioni, per ottenere la maggioranza. No, risponde il *presidente* perché attualmente la FMH detiene la maggioranza.

Nella stessa direzione va la domanda di *Thomas Heuberger/BE* che desidera sapere se nel caso della mancata approvazione del diritto di conversione gli altri azionisti – come reazione – venderebbero le loro azioni a terzi. Il *presidente* risponde che in caso di mancata approvazione del diritto di conversione il costruito per il finanziamento si sfascerebbe e che la HIN dovrebbe rimborsare subito il prestito. La società si verrebbe così a trovare in una situazione di crisi con il rischio di essere ripresa da acquirenti esterni. Ed è proprio quello che si vuole evitare.

V. Liguori/TI torna ancora una volta sull'argomento del business plan. *M.-H. Gauchat/VS* conferma che esiste evidentemente un business plan estremamente preciso. Questo business plan era anche allora a disposizione dei prestatori interessati. Ma si deve anche capire che in un'azienda ci sono degli elementi che fanno parte del segreto aziendale e che non si possono presentare pubblicamente, perché in questo caso si farebbe il gioco della concorrenza. Precisa ancora una volta che l'aumento del capitale sociale non ha niente a che fare con i problemi di liquidità che l'HIN ha avuto a un determinato momento. Con l'aumento di capitale si tratta esclusivamente di fare in modo che il corpo medico mantenga la maggioranza delle azioni.

Dopo che altri oratori hanno preso la parola, il *presidente* passa alla votazione.

Conformemente alla proposta di *M. Reber/LU* si vota dapprima sull'aumento di capitale dell'HIN, sul versamento di 300000 franchi circa nel capitale sociale dell'HIN e sulla nuova partecipazione maggioritaria del corpo medico nell'insieme (i punti 2-4 della

proposta del Comitato centrale relativa al punto all'ordine del giorno N. 9).

La Camera medica *approva* questi punti a grande maggioranza, con 4 voti contrari e 8 astensioni.

Dopo di che la Camera medica *approva* anche il diritto di conversione (il primo punto della proposta del Comitato centrale N. 1 relativa al punto all'ordine del giorno N. 9) a grande maggioranza, con 5 voti contrari e 8 astensioni.

Considerando il poco tempo che resta e il quorum che inizia lentamente a sgretolarsi, il *presidente* propone di prendere ancora alcune decisioni su punti all'ordine del giorno per i quali non sono necessarie discussioni: 12.2 Modifica dell'art. 9 del Regolamento di esecuzione: Invio della documentazione per la Camera medica, 12.3 Modifica dell'articolo 21 del Codice di deontologia, 13. Elezione suppletiva di un membro della Commissione di deontologia della FMH e 14. Conferma dei membri eletti all'Assemblea dei delegati.

Gli altri punti all'ordine del giorno restanti e cioè: 8. EMH – Rapporto finale del gruppo di lavoro, 11. Budget 2012, che comprende i budget dell'ISFM, della FMH e della CdG, il contributo speciale NAKO (NewIndex) e il sostegno del Centro Svizzero d'Informazione Tossicologica (CSIT), vengono rimandati alla Camera medica straordinaria che si terrà nell'ottobre 2011.

La proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 12.1 Ammissione della Società svizzera di telemedicina e eHealth (SSTMeH) come organizzazione medica con diritto di partecipazione è stata ritirata un paio di giorni prima della riunione. Il punto all'ordine del giorno decade quindi.

Hans Kurt/FMPP si preoccupa del fatto che il punto all'ordine del giorno N. 8/EMH non venga trattato oggi. Se oggi non si decide niente in materia, l'EMH si troverebbe a dover far fronte a un grande deficit. In quanto membro del consiglio d'amministrazione della EMH si sente in dovere di chiedere come ci si dovrà comportare in proposito se si dovessero aspettare le decisioni fino in ottobre.

Il *presidente* capisce perfettamente queste preoccupazioni, tuttavia per l'anno in corso 2011 il sussidio di base e il contributo abbonamento sono già stati decisi. I diritti per le licenze, sui quali H. Kurt attira l'attenzione, non sono di competenza della Camera medica, ma sono regolamentati tramite un contratto tra la FMH e l'EMH, e sono quindi di competenza del Comitato centrale. La questione può essere regolata molto bene nei prossimi mesi. In autunno, in relazione al budget si potranno decidere le quote sociali 2012 compresi il sussidio di base e il contributo abbonamento per il 2012. Rimandando in ottobre, l'EMH non corre nessun rischio.

Nessun delegato si oppone alla modifica dell'ordine del giorno proposta dal presidente.

Elezione suppletiva alla Commissione di deontologia della FMH

Due i candidati per quest'elezione suppletiva: *Jean-Baptiste Ollyo*, membro dell'associazione medica del

Canton Vaud, oggi assente, e *Alexandre Marmier, Villars-sur-Glâne*, il candidato della SMSR, che anche lui oggi non può essere presente alla riunione.

J.-P. Pavillon/VD dichiara che l'Associazione medica del Canton Vaud non sostiene la candidatura di J.-B. Ollyo.

H.-P. Kuhn/vicesegretario generale precisa che il candidato eletto oggi dovrà occuparsi dei casi nuovi, mentre P.-A. Fauchère, attuale vicepresidente che si dimetterà nel corso del periodo di carica, porterà a termine i casi ancora in sospeso sino alla fine del 2011 (*proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 13.*).

Il *presidente* propone di votare per alzata di mano. La Camera medica *approva* questa proposta all'unanimità senza voti contrari e senza astensioni.

La *candidatura di J.-B. Ollyo* non ottiene *nessun voto* nella votazione per alzata di mano.

Il candidato *Alexandre Marmier* viene *eletto* da grande maggioranza dei delegati presenti.

La *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 13* viene *approvata tacitamente*.

Conferma dei nuovi delegati eletti all'Assemblea dei delegati

Vengono proposti come delegati ordinari:

- per il *Collegio di medicina di base (CMB)*, *Jean-Michel Gaspoz, Ginevra*, che succede a Ulrich Bürgi, Stettlen che ha presentato le dimissioni.
- per la *Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (fmCh)*, *Daniel Candinas, Berna* e *Raoul Heilbronner, San Gallo* per occupare i due seggi che sono rimasti vacanti dal 30 giugno 2010 in seguito alle dimissioni di Jean Biaggi e Michel Dutoit.

La Camera medica *conferma* all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni i delegati proposti.

Modifica dell'art. 9 del Regolamento di esecuzione: spedizione della documentazione della Camera medica

Il *Comitato centrale propone* alla Camera medica, per quel che concerne la spedizione della documentazione per la Camera medica, di *approvare* una modifica del sistema passando dal CD al portale myFMH e una modifica dell'art. 9 del Regolamento di esecuzione nel modo seguente:

«... *La spedizione dell'invito e della documentazione avviene elettronicamente (invio di mail con link per scaricare).*»

Ch. Bosshard/ASMAC si rallegra che si intenda andare in questo senso, fa però notare che si deve inviare la documentazione anche alle segreterie delle organizzazioni di base. Queste organizzazioni non hanno, però, accesso a myFMH. *Erika Flückiger, responsabile dei Servizi*, spiega che accordando le relative autorizzazioni anche le segreterie possono accedere a myFMH.

La *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 12.2* viene *approvata* all'unanimità, senza voti contrari e senza astensioni.

Modifica dell'art. 21 del Codice di deontologia

Il *Comitato centrale propone* alla Camera medica le modifiche seguenti all'art. 21 cpv. 1 e 4 del Codice di deontologia:

«¹ *L'utilizzazione della designazione «FMH» è riservata ai membri della FMH. La protezione relativa al diritto sui marchi è definita nel regolamento sui marchi collettivi.*»

«⁴ *La menzione del titolo di medico specialista e altri qualifiche specialistiche è retta dalle disposizioni dell'Ordinanza della legge federale sulle professioni mediche, del Regolamento del perfezionamento professionale nonché l'appendice 2 del Codice di deontologia.*»

H.-P. Kuhn/vicesegretario generale spiega brevemente il motivo delle modifiche proposte. Con il cpv. 1 viene finalmente realizzata l'idea che esiste da anni, e cioè che può apporre sulla sua carta da lettera il logo della FMH soltanto chi ne è effettivamente membro. E il cpv. 4 viene completato con le indicazioni di dove si possono trovare le regole per indicare le qualifiche specialistiche.

Siccome non viene più posta nessuna domanda, il *presidente* fa votare sulla proposta.

La *proposta N. 1 al punto all'ordine del giorno N. 12.3* viene *approvata* all'unanimità dalla Camera medica, senza voti contrari e con un'astensione.

Il *presidente* passa quindi al punto all'ordine del giorno «*Varie*».

Varie

Hélène Beutler/SSPIA constata che due membri del Comitato centrale fanno parte del Consiglio di fondazione di EQUAM (Fondazione per l'assicurazione di qualità esterna nell'attività medica) e pensa che da questo potrebbero risultare dei conflitti d'interesse.

I due diretti interessati, I. Cassis e D. Herren (che si è scusato per la sua assenza dalla riunione odierna), hanno preparato insieme le risposte alle domande dell'interpellante:

1. *A che titolo il vicepresidente della FMH presiede la fondazione EQUAM?*

Risposta *I. Cassis*: in quanto consigliere nazionale; risposta *D. Herren*: in quanto delegato del Comitato centrale.

2. *Quali tipi di remunerazioni sono previste?*

Risposta *I. Cassis*: nessuna, perché non ha niente a che fare con la FMH.

Risposta *D. Herren*: remunerazioni per normali ore di lavoro.

3. *Le funzioni di Ignazio Cassis e di Daniel Herren in seno alla FMH sono conciliabili con la loro attività nel Consiglio d'amministrazione della Fondazione EQUAM?*

Risposta di *I. Cassis* e *D. Herren*: sì, da anni la FMH è rappresentata in seno al Consiglio di fondazione, molto prima che venissero eletti nel Comitato centrale. Da ormai 15 anni questa fondazione si occupa in modo esemplare della qualità dell'assistenza ambulatoriale e in questo ambito ha svolto un lavoro pionieristico. Per la divisione DDQ, presieduta da Daniel Herren in quanto re-

sponsabile del campo di attività, è molto interessante perché vi si trovano le diverse sinergie per la sua attività del campo dell'assicurazione della qualità e della promozione della qualità.

4. *Alla FMH è noto che la fondazione EQUAN è sponsorizzata dall'assicurazione malattia Helsana e da santésuisse? Non si corre anche qui un rischio di conflitto d'interessi?*

Risposta di I. Cassis e D. Herren: al Comitato centrale è noto che la Fondazione EQUAM è sponsorizzata da diverse società del settore assicurativo e dell'industria farmaceutica. Poiché è importante che questi diversi contributi non influiscano sul

lavoro della fondazione, non c'è nessuno sponsor da cui la fondazione dipenda. I contributi sono dell'ordine di 5000 franchi all'anno. Il capitale della Fondazione ammonta a CHF 50000.

Hélène Beutler/FMPP si dice soddisfatta delle risposte.

Il presidente ringrazia per l'impegno dimostrato da tutti i presenti nel partecipare alla riunione odierna. Oggi è stato dimostrato che la Camera medica è un luogo in cui è possibile discutere in modo costruttivo.

Dichiarando che la data esatta in cui si terrà la Camera medica straordinaria sarà resa nota al più presto possibile, il presidente chiude la riunione alle 16.45.

Glossario

AD	Assemblea dei delegati	E.A.N.A.	European working group of practitioners and specialists in free practice
AMDHS	Associazione dei medici dirigenti di ospedale svizzeri	EMH	Editores medicorum helveticorum
ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche	EQUAM	Fondazione per l'assicurazione di qualità esterna nell'attività medica
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups	fmCh	Foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
ASMAC	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
BMS	Bollettino dei medici svizzeri	ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
CC	Comitato centrale	LAMal	Legge sull'assicurazione malattie
CdG	Commissione di gestione	MC	Managed care
CHOP	Classificazione svizzera degli interventi chirurgici	NAKO	Servizio nazionale di consolidazione dei dati
CM	Camera medica	RE	Regolamento d'esecuzione
CMB	Collegio di medicina di base	SMSR	Società medica della Svizzera romanda
CMC	Conferenza delle società mediche cantonali	SSPP	Società svizzera di psichiatria e psicoterapia
CSS-N	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale	SSPIIA	Società svizzera di psichiatria et psicoterapia infantile e dell'adolescenza
CSS-S	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati	TC	Trust Center
CTM	Commissione delle tariffe mediche	VEDAG	Associazione delle società mediche della Svizzera tedesca
DDQ	Dati, demografia e qualità		
DRG	Diagnosis Related Groups		