



La Camera medica è il parlamento della FMH e definisce l'orientamento della politica di categoria.

Palazzo dei congressi di Bienne, 3 ottobre 2013

Verbale della seconda Camera medica 2013

Monika Henzen,
responsabile del
Segretariato centrale

1. Benvenuto, comunicazioni, costituzione dell'ufficio

Jürg Schlup/Presidente saluta i delegati presenti alla seconda Camera medica 2013 e constata che il quorum è stato raggiunto. In qualità di ospiti il presidente saluta il Prof. Frank Ulrich Montgomery, il Prof. Peter Tschudi, Bruno Kesseli, Caporedattore del Bollettino dei medici svizzeri, Hans-Ruedi Koelz, Vicepresidente dell'ISFM, Rafael Stolz, Vicepresidente dell'ISFM, Rita Zahnd, Direttrice della SGOT-SSOT, Michael Barnikol, Ursina Pally, Gabriela Lang, Anne-Sylvie Thiébaud, tutti appartenenti al Servizio giuridico della FMH, nonché Michelle Gerber, campo d'attività DDQ. È scusato Beat Bär/Servizi FHM.

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale fornisce, oltre alle consuete informazioni organizzative, anche istruzioni in merito alla busta distribuita ai presenti e contenente un apparecchio per le votazioni elettroniche. A titolo di prova, oggi per i punti all'ordine del giorno 4 e 5 si voterà con il sistema elettronico. Alla prossima riunione della Camera medica verrà proposto che in futuro tutte le votazioni della Camera medica si svolgano in questo modo.

Al termine il presidente indica la composizione dell'ufficio della riunione odierna della Camera medica, il quale è composto da presidente, vicepresidenti, segretaria generale e dai seguenti scrutinatori: Christoph Ramstein/VEDAG, Baseli Werth/GR, Franziska Zogg/ZG, Charles Favrod-Coune/VD, Andreas Haefeli/AG, Karl Lövblad/AMDHS, Aldo Kramis/LU, Daniel Zwahlen/FG Società di radio-oncologia, Michael Sacristan/ASMAC e Daniel Schröpfer/ASMAC.

Decisione: gli scrutatori vengono eletti.

Ordine del giorno

Michel Alexandre Matter/GE critica il fatto che l'ultimo invio dell'invito è stato effettuato il 30 settembre 2013 e che il tempo a disposizione era troppo breve, soprattutto per prepararsi adeguatamente sul punto 8 all'ordine del giorno. Per arrivare a una decisione sarebbe stato importante consultare la base.

Jürg Schlup/Presidente comprende le motivazioni di questa critica, ma ricorda che l'ordine del giorno, comprensivo del punto «Iniziativa dei medici di famiglia e controproposta», è stato pubblicato nel Bollettino dei medici svizzeri già nell'agosto 2013, quindi sei settimane prima della Camera medica. Il Comi-

tato centrale della FMH è dell'opinione che sussistano i presupposti statutari per poter trattare questo punto dell'ordine del giorno. L'iniziativa dei medici di famiglia è stata ritirata solo il 27 settembre 2013 e il Parlamento ha approvato la controproposta nello stesso giorno. Il Comitato centrale propone di mantenere il punto dell'ordine del giorno.

Daniel Schröpfer/ASMAC avrebbe desiderato una discussione più approfondita e propone di lasciare libertà di voto ai membri. *Jürg Schlup/Presidente* afferma che qui si tratta di approvare l'ordine del giorno. L'eventuale votazione in merito alla libertà di voto potrà essere richiesta nell'ambito della trattazione del punto 8 dell'ordine del giorno. Il presidente afferma inoltre che le informazioni verbali sul punto 11 dell'ordine del giorno sono state ritirate da parte del presidente dell'Assemblea dei delegati.

Decisione: l'ordine del giorno viene approvato con 110 voti favorevoli e 6 contrari.

Il presidente chiede che la Camera medica si chiuda al più tardi entro le ore 17:00, come previsto dallo Statuto. Secondo l'art. 11, cpv. 3 del Regolamento d'esecuzione, il presidente precisa che a partire dalle ore 17:00 non potranno più essere prese più decisioni e non vengano svolte elezioni.

Decisione: la proposta viene approvata all'unanimità.

Relazione introduttiva del presidente della FMH

Nella sua relazione introduttiva il *presidente* affronta i temi della reintroduzione della moratoria sull'apertura di studi medici e della medicina personalizzata con le relative ripercussioni.

Sul fronte di questa moratoria la FMH, l'ASMAC e con esse l'intero corpo medico hanno lottato e otte-

nuto un grande successo. Negli ultimi 10 anni la FMH non ha potuto evitare né l'introduzione della moratoria, né la sua proroga per due volte. Ora tuttavia è riuscita a disinnescare la problematica della moratoria sugli studi medici al punto che oggi per il 90% dei medici non è applicabile e non vale per i medici che si sono specializzati in Svizzera. *Il presidente*, a nome del Comitato direttivo, ringrazia per il loro supporto tutti i membri della FMH, tutti i parlamentari coinvolti e i professori di diritto europeo.

Gli attuali profondi cambiamenti nella società e nella medicina costituiscono anche per il corpo medico una sfida importante che non va sottovalutata. La loro importanza per il corpo medico viene dimostrata prendendo ad esempio i test genetici basati su Internet, la cosiddetta «Consumer Genomics». Il sempre più frequente ricorso a tali test genetici spontanei da parte della popolazione e l'ampliamento delle analisi genetiche, che le trasforma in generi di consumo al di là delle specifiche indicazioni mediche, ha spinto la Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano (CEEGU) ad esprimere, in una lettera al consigliere federale Alain Berset, i propri timori in merito alla sicurezza dell'assistenza medica relativamente alla diagnostica medico-genetica. La CEEGU ha contattato la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE) per attirarne l'attenzione su diversi problemi correlati a questa situazione.

Che cosa significano questi sviluppi per il corpo medico? A un corso di aggiornamento per i medici svoltosi nel maggio di quest'anno i presenti, per lo più medici praticanti, hanno sostenuto in generale l'opinione che nel prossimo futuro l'incremento dei test per valutare i fattori di rischio genetici non costituiranno un aggravio aggiuntivo per i medici. Questo per il fatto che un test genetico verrebbe prescritto solo in presenza di poche indicazioni concrete e solo in quei casi potrebbe risultare determinante ai fini della scelta della terapia. Due settimane dopo, un'importante rivista per i consumatori («Beobachter») ha scritto un articolo sul tema dei test genetici dal titolo seguente: «Test genetici: le assicurazioni stanno già aspettando i dati».

Il presidente ritiene che, non appena il test per un sequenziamento del DNA scenderà sotto i 500 USD, molti medici si vedranno costretti a consigliare e curare persone che cercano aiuto a seguito di test genetici eseguiti in modo spontaneo, volontario e privatamente. Se l'assistenza medica non viene prestata, è possibile che i medici inviino tali pazienti a una consulenza non medica. Una tale consulenza non medica prima o dopo l'esecuzione di un test genetico privato sarebbe nell'interesse delle persone coinvolte o dei nostri membri?

Queste problematiche sono un esempio degli sviluppi in atto e di quanto sia differente la disponibilità dei nostri membri a prendere in considerazione



Con i suoi 200 delegati con diritto di voto, la Camera medica costituisce, accanto alla votazione generale – l'organo supremo della FMH.

tali sviluppi. *Jürg Schlup/Presidente* si appella alla responsabilità di ogni singolo e al compito dei delegati della Camera medica di attirare l'attenzione dei nostri membri su questi sviluppi.

2. Modifiche dello Statuto e del Regolamento d'esecuzione

2.1 Integrazione dello Statuto e revisione dell'allegato 1 del Regolamento d'esecuzione: «Studi medici di membri ordinari» come persone giuridiche

Hanspeter Kuhn/FMH spiega la proposta del Comitato centrale. Per poter ottemperare al loro obbligo di versare i contributi AVS/AI/IPG/AD, i datori di lavoro devono affiliarsi a una cassa di compensazione. Per i membri di FMH, SSO, SVS e SCG (*Società chimica svizzera*), è competente la cassa di compensazione medisuisse. Alle casse di compensazione professionali vengono affiliati tutti i datori di lavoro e i lavoratori indipendenti appartenenti a un'associazione professionale fondatrice. Tale condizione è soddisfatta se il medico libero professionista è membro della FMH. Se invece lo studio medico è organizzato come persona giuridica, alcune casse di compensazione cantonali hanno iniziato a chiedere allo studio di assicurare il proprio personale presso la cassa di compensazione cantonale. L'obiettivo da perseguire è che i membri della FMH possano assicurare il proprio studio medico presso medisuisse indipendentemente dalla forma giuridica scelta.

Per questo la proposta di integrazione dello Statuto e del Regolamento d'esecuzione prevede che i membri ordinari della FMH possano iscriversi alla FMH i propri studi medici organizzati come persona giuridica, a condizione che la proprietà e la direzione strategica e operativa dell'azienda siano in mano a membri ordinari della FMH, cioè che per gli studi sotto forma di SA le azioni, il consiglio di ammini-

strazione e la direzione siano esclusivamente in mano loro. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha accettato la presente soluzione.

Dato che la FMH è un'organizzazione fondatrice della cassa di compensazione e quindi per il diritto AVS è rilevante esclusivamente l'appartenenza alla FMH, l'art. 5bis del Regolamento d'esecuzione prevede che il Segretariato generale verifichi la documentazione, confermi l'affiliazione degli studi medici di membri ordinari come persone giuridiche e si occupi della fatturazione e dell'incasso.

Su questo punto *Andreas Haefeli/AG* ha presentato una controproposta che spiega ai presenti. Egli sostiene la proposta del Comitato centrale per quanto concerne l'obiettivo, ma desidera la seguente modifica: *I membri ordinari possono affiliare alla FMH il proprio studio medico organizzato come persona giuridica se la proprietà e l'alta direzione operativa sono esclusivamente (DE: ausschliesslich) in mano loro e la direzione strategica prevalentemente (DE: mehrheitlich) in mano loro.*

Se questa proposta verrà approvata, anche l'art. 5bis del Regolamento d'esecuzione dovrebbe essere modificato di conseguenza.

Secondo *Haefeli* infatti, è la direzione operativa stessa a stabilire ciò che i medici assunti e gli impiegati devono o *non* devono fare. Egli è quindi a favore della formulazione secondo la quale la direzione operativa ne è «esclusivamente» (DE: ausschliesslich) responsabile. La direzione *strategica* ha invece altri compiti. Essa decide ad esempio in merito alla struttura e allo sviluppo di uno studio. Si tratta di decisioni che non riguardano direttamente il rapporto medico-paziente.

Dal punto di vista di *Hanspeter Kuhn/FMH*, la proposta di *Andreas Haefeli* non costituisce un problema, in quanto secondo lui quale sia la soluzione da preferire è una questione di scelta politica.

Jürg Rufener/SSMI è dell'opinione che il secondo criterio debba essere mitigato e avanza la proposta, che *la proprietà debba essere «prevalentemente» in mano loro, l'alta direzione operativa e la direzione strategica «esclusivamente» in mano loro.* Egli ritiene inoltre che il criterio debba essere riformulato in «a larga maggioranza» (DE: grossmehrheitlich) oppure con l'indicazione di una percentuale.

Ricardo Andreas Torriani/ZH informa che il suo comitato direttivo ha optato per «rapporti di proprietà maggioritari» (DE: mehrheitliche Besitzverhältnisse), sia per i motivi già ascoltati sia per il fatto che, nelle soluzioni di transizione, capita spesso che i vecchi proprietari dello studio lascino in parte il capitale in azienda, ma non praticino più.

Hanspeter Kuhn/FMH è dell'opinione che anche la Camera medica possa optare per una soluzione più sensata anche in merito ai rapporti di proprietà. Egli parte infatti dal presupposto che, per ottenere l'approvazione dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, l'utilizzo della partecipazione di maggioranza



Il Dr. med. Jürg Schlup, presidente della FMH, e Anne-Geneviève Bütikofer, segretaria generale, sono i moderatori della manifestazione.

come criterio non sarebbe un problema. *Kuhn* afferma che «esclusivamente» significa al 100% e «prevalentemente» al 51%.

Angelo Cannova/ZH si dice a favore dell'utilizzo di «esclusivamente» e non di «prevalentemente». Egli è favore del fatto che si possano affiliare solo medici, cioè organizzazioni gestite solo da medici.

Per *Philippe Vuillemin/VD* rilevante è soprattutto la decisione strategica, più che la direzione operativa. Per questo la frase andrebbe nuovamente ripensata e riformulata, perché altrimenti i termini «direzione operativa» (DE: operative Führung) e «direzione strategica» (DE: strategische Führung) verrebbero fraintesi. La strategia deve essere esclusiva, la direzione operativa invece eventualmente prevalente.

Pierre Vallon/FMPP presenta la mozione d'ordine di terminare le discussioni anche per via del programma molto ricco.

Decisione: la mozione d'ordine viene approvata a larga maggioranza.

Viene stabilito come procedere per le votazioni. In merito alle proposte si vota nel modo seguente:

Proposta Haefeli: «I membri ordinari possono affiliare alla FMH il proprio studio medico organizzato come persona giuridica se la proprietà e l'alta direzione operativa sono esclusivamente in mano loro e la direzione strategica prevalentemente in mano loro.»

Decisione: la proposta viene respinta con 52 voti favorevoli, 62 voti contrari e 21 astensioni.

Proposta Rufener: La proprietà è «prevalentemente» in mano a medici, la direzione operativa e strategica «esclusivamente» in mano a medici.

Decisione: la proposta viene approvata con 65 voti favorevoli, 41 voti contrari e 30 astensioni.

Proposta del Comitato centrale modificata conformemente alla proposta Rufener, per la votazione finale: «I membri ordinari possono fare affiliare alla FMH i propri studi medici organizzati come persona giuridica se i diritti di proprietà sono prevalentemente e la direzione strategica e operativa è esclusivamente in mano loro.»

Decisione: la proposta del Comitato centrale viene approvata con 111 voti favorevoli e 5 voti contrari.

Le due proposte presentate verranno attuate in questo senso.

2.2 Revisione del Regolamento d'esecuzione art. 21: entrata in carica del Comitato centrale e del presidente

Ursina Pally/FMH presenta la nuova proposta, la quale contiene i requisiti che il Comitato centrale e anche L'Assemblea dei delegati pongono per l'entrata in carica dei membri del Comitato centrale e del presidente. Gli eletti dovranno, come avvenuto fino ad ora, poter entrare in carica subito, cioè al termine della riunione. D'ora in poi verrà invece fissato un termine affinché i neoeletti possano sistemare le pro-

prie questioni. Tale termine sarà, per la riunione di primavera, fino al 1° luglio e, per la riunione autunnale, fino al 1° gennaio dell'anno successivo. Dato che non sempre il membro attuale può restare in carica finché non subentra il nuovo membro, c'è una regolamentazione in deroga, la quale si applica se il membro neoeletto o il presidente neoeletto ne fa richiesta alla Camera medica. La regolamentazione permette di rilevare la carica entro metà anno dalla riunione in cui è avvenuta l'elezione. A questo proposito c'è però un'eccezione: il presidente neoeletto deve in ogni caso presiedere la Camera medica successiva. In linea di principio, l'entrata in carica deve avvenire il più presto possibile.

Philippe Vuillemin/VD ringrazia il Comitato centrale per la presentazione di questa proposta. Secondo *Vuillemin*, la questione continua ad essere se un membro neoeletto alla Camera medica di maggio può entrare in carica già il 1° luglio. Egli sarebbe lieto se l'art. 2, cpv. 2 venisse così riformulato: «su richiesta (DE: auf Wunsch) dei nuovi membri del Comitato centrale o del nuovo presidente». La libertà di azione non dovrebbe infatti essere limitata con l'utilizzo del termine «eccezionalmente» (DE: ausnahmsweise).

Konrad Schiess/SG avanza la proposta di cancellare il cpv. 2. Un presidente dovrebbe assumere la carica subito dopo l'elezione. Se non lo può fare, sussiste comunque la possibilità di delegare le sue mansioni al vicepresidente, al fine di sgravare il presidente nella fase di transizione.

Vincenzo Liguori/TL: si tratta anche degli onorari. Gli indennizzi e i rimborsi in caso di doppie cariche devono essere chiaramente regolati.

Ursina Pally/FMH chiarisce che la regolamentazione proposta prevede un punto di passaggio delle consegne che esclude la possibilità di doppie cariche e doppi onorari.

Viene stabilito come procedere per le votazioni. Si vota in merito a due proposte:

Proposta Schiess: cancellazione del capoverso 2 della proposta di modifica. Il capoverso 2 inizia con «In casi eccezionali e su richiesta del nuovo membro del Comitato centrale o del nuovo presidente...»

Decisione: la proposta viene respinta con 85 voti contrari, 39 voti favorevoli e 4 astensioni.

Proposta del Comitato centrale: art. 21 Elezione nuovo:

¹ L'entrata in carica di un membro del Comitato centrale o del presidente avviene, in caso di elezione nella riunione primaverile, al più tardi il 1° luglio dello stesso anno e, in caso di elezione nella riunione autunnale, al più tardi il 1° gennaio dell'anno successivo. I nuovi membri del Comitato centrale o il nuovo presidente possono definire liberamente la data della loro entrata in carica, che deve avvenire tra la fine della riunione nel corso della quale sono stati eletti e il 1° luglio rispettivamente il 1° gennaio. I precedenti

membri del Comitato centrale o il precedente presidente restano in carica fino all'entrata in carica del loro successore.

- ² In casi eccezionali e su richiesta dei nuovi membri del Comitato centrale o del nuovo presidente, la Camera medica può fissare per l'entrata in carica una data successiva a quella prevista al cpv. 1. La data dell'entrata in carica deve essere fissata al più tardi a 6 mesi dopo l'elezione, considerando che il nuovo presidente deve comunque dirigere la Camera medica successiva alla propria elezione.
- ³ Entro due settimane dalla propria entrata in carica, i membri del Comitato centrale e il presidente comunicano al Comitato centrale e alla CdG i propri mandati e funzioni ai sensi dell'art. 22a dello Statuto. Essi comunicano inoltre entro due settimane eventuali variazioni dei propri mandati e funzioni.

Decisione: la proposta viene approvata con 127 voti favorevoli e 3 astensioni.

2.3 Revisione del Regolamento d'esecuzione allegato 1: categorie di membri e categorie di quote sociali

2.3.1 Riformulazione delle categorie di membri 1-4

Dalla riforma strutturale del 1998, la struttura dei membri della FMH è cambiata e subirà dei cambiamenti anche in futuro. Le attuali categorie di membri non corrispondono più in tutti i punti alla situazione attuale. In particolare la descrizione della categoria 1 non tiene ancora in considerazione il fatto che molti medici oggi gestiscono il proprio studio come persona giuridica.

Hanspeter Kuhn/FMH spiega le principali modifiche e le nuove proposte.

Categoria 1: Modifica

Non si parla più di «medici che svolgono l'attività in modo indipendente», bensì di medici praticanti in studio medico. Viene proposta la seguente formulazione: «Medici che svolgono l'attività, giuridicamente o di fatto, prevalentemente al di fuori dell'ospedale e sotto la propria responsabilità dal punto di vista medico, ivi inclusi i medici accreditati che svolgono l'attività in modo prevalentemente ambulatoriale, di norma con una propria autorizzazione all'esercizio della professione, autonomamente dal punto di vista dell'AVS o essendo assunti.»

Categoria 2: Modifica

Non si parla più di medici che svolgono l'attività in modo non indipendente in funzioni dirigenziali, bensì di medici dirigenti di ospedali. Per i medici accreditati il criterio per decidere se appartengono alla categoria 2 o 1 dovrebbe essere se trascorrono più tempo in ospedale o nello studio.

Categoria 3: Modifica

Ridenominazione dei medici che svolgono l'attività in modo non indipendente in una funzione non dirigenziale

in capiclinica che svolgono l'attività in ospedale e medici specialisti ospedalieri. Si tratta della categoria dei capiclinica e dei medici specialisti ospedalieri.

Categoria 4: Modifica

In considerazione dell'attuale organizzazione del perfezionamento professionale non si parla più di medici in perfezionamento professionale per ottenere un titolo federale di specialista, bensì di medici in perfezionamento professionale per ottenere un titolo di specialista o una formazione approfondita.

Philipp Jenny/SSP avanza la proposta di raggruppare le categorie 1, 2 e 3. È dell'opinione che tutti i medici in Svizzera siano in possesso di un titolo FMH e non siano più in perfezionamento professionale. Le categorie obsolete devono essere cancellate e raggruppate in un'unica categoria.

Hanspeter Kuhn/FMH pone due questioni su cui riflettere. Primo, che tipo di statistiche debba tenere la FMH. Una differenziazione è sicuramente utile. Secondo, quali quote sociali debbano sembrare appropriate.

Daniel Schröpfer/ASMAC: se la proposta del Comitato centrale verrà approvata, l'ASMAC presenterà la controproposta di non raggruppare le categorie 1, 2 e 3. L'ASMAC ritiene infatti che il raggruppamento dei medici specialisti ospedalieri e capiclinica come categoria 3 non sia opportuno, in quanto un capoclinica è ancora in formazione, mentre i medici specialisti ospedalieri lavorano in modo indipendente.

Hans-Jakob Riedtmann/ZH avanza la proposta di rinviare la questione al Comitato centrale per una rielaborazione, da un lato per via dei medici che lavorano in modo non indipendente in uno studio ambulatoriale e, dall'altro lato, per la questione che l'ASMAC ha appena sollevato. Il modello proposto non è ancora pronto per essere votato.

Jürg Schlup/Presidente controbatte che il modello è già stato trattato per due volte nell'Assemblea dei delegati ed è stato anche approvato.

Hans Ulrich Iselin/AG presenta una mozione d'ordine. Vuole che il modello venga votato ora. Secondo Iselin la categoria 1 comprende tutto ciò che è già stato discusso e bisogna porre termine a ulteriori discussioni.

Si vota in merito alla mozione d'ordine:

Decisione: la mozione d'ordine viene approvata con la maggioranza dei voti.

Viene stabilito come procedere per le votazioni. In merito alle proposte si vota nel modo seguente:

Proposta Riedtmann: rinvio al Comitato centrale

Decisione: la proposta viene respinta con 95 voti contrari, 32 voti favorevoli e 6 astensioni.

Proposta Jenny: Raggruppamento categorie 1, 2 e 3

Decisione: la proposta viene respinta con 133 voti contrari, 4 voti favorevoli e 1 astensione.

Proposta Schröpfer: *Separazione dei capiclinici dai medici specialisti ospedalieri sulla base dell'esercizio della funzione e della retribuzione. I capiclinici continuano ad essere ancora in formazione e i medici specialisti ospedalieri lavorano in modo indipendente. Per questo si consiglia l'introduzione delle categorie 3a e 3b.*

Proposta del Comitato centrale: *Riformulazione delle categorie di membri da 1 a 4.*

Decisione: *la proposta viene approvata con 110 voti favorevoli e 26 voti contrari.*

2.3.2 Adeguamento delle quote per la categoria di membri 3

Hanspeter Kuhn/FMH spiega le proposte del Comitato centrale.

Il Comitato centrale e l'Assemblea dei delegati hanno cercato di considerare l'evoluzione dei modelli di lavoro nelle proposte. Un numero sempre crescente di medici vede il proprio futuro professionale in un'attività con un'occupazione non indipendente, in una funzione non dirigenziale, in un'attività a tempo parziale. La categoria 3 non va quindi più considerata come una categoria di passaggio, bensì come una categoria permanente. Il Comitato centrale consiglia un adeguamento della quota sociale per la categoria 3 dall'attuale $\frac{1}{2}$ a $\frac{2}{3}$.

Secondo Daniel Schröpfer/ASMAC tale aumento della quota sociale serve a ridurre il deficit della FMH. L'ASMAC è contraria a tale aumento. *Schröpfer* ricorda le delibere della Camera medica del 2006 e del 2009, nelle quali è già stato abolito il rimborso al conseguimento del titolo a spese dei medici assistenti e dei capiclinici. Inoltre, non sarebbe chiaro quali cambiamenti in atto giustificerebbero l'aumento delle quote sociali. Qualora la Camera medica approvi l'aumento delle quote sociali, l'ASMAC presenterà una proposta per chiedere che vengano esposti i costi aggiuntivi per i quali è pensato tale aumento.

Philipp Jenny/SSP accenna al fatto che i medici non indipendenti che lavorano in uno studio medico sono già stati trasferiti nella categoria 1 e quindi l'argomento relativo a chi paga più o meno quote sociali non è più valido. *Jenny* chiede una motivazione del perché ora un medico che svolge l'attività in modo non indipendente in uno studio libero debba essere considerato diversamente da uno che svolge l'attività in modo non indipendente in un ospedale.

Hanspeter Kuhn/FMH afferma che l'argomentazione di Daniel Schröpfer è in parte ancora valida, il che significa che al Comitato centrale e all'Assemblea dei delegati nelle discussioni fino ad ora è sembrato giusto mantenere una differenziazione tra la funzione di capoclinica e quella svolta nello studio medico. Si tratta tuttavia di decisioni politiche e non di un'argomentazione di carattere giuridico.

Ricardo Torriani/ZH è dell'opinione che per un'attuazione coerente debba essere preso in considerazione come base il reddito imponibile. È infatti incom-

presibile che un medico che svolge l'attività in modo non indipendente, il quale beneficia della FMH in uguale misura rispetto a uno indipendente, debba invece pagare di meno.

Per Anja Zyska Cherix/ASMAC l'argomento esposto a favore di un aumento per la categoria 3 è sbagliato. I capiclinici, quantomeno della Svizzera romana, non sono assunti a tempo indeterminato, bensì cambiano dopo pochi anni.

Philipp Jenny/SSP è della stessa opinione. L'attuale suddivisione in categorie non ha più nulla a che fare con la quota sociale, se si fa riferimento solo alle finanze. Per quanto concerne il fatto di tener conto della responsabilità nella quota sociale, *Jenny* avanza la proposta di fissare la quota a $\frac{1}{3}$ invece di $\frac{2}{3}$, cioè che questa terza categoria paghi la stessa quota sociale di tutti gli altri.

Daniel Schröpfer/ASMAC fa riferimento a chi ha parlato prima di lui e chiede se il collega sia conscio del fatto che i capiclinici negli ospedali svolgono ancora un perfezionamento professionale e quindi non dispongono delle stesse risorse finanziarie di cui dispongono ad esempio medici dirigenti e primari. Per questo la differenziazione deve essere mantenuta, indipendentemente dal fatto che si osservi la questione dal punto di vista della responsabilità o da quello finanziario.

Ricardo Torriani/ZH avanza la proposta di calcolare le quote sociali sulla base del reddito imponibile.

Bernhard Sorg/ZH propone la mozione d'ordine di terminare le discussioni.

Decisione: *la mozione d'ordine viene approvata con la maggioranza dei voti.*

Viene stabilito come procedere per le votazioni. In merito alle proposte si vota nel modo seguente:

Proposta Schröpfer: *L'ASMAC propone il mantenimento della quota sociale pari a $\frac{1}{2}$. Se la Camera medica desidera un aumento a $\frac{2}{3}$, dovranno essere giustificati i costi aggiuntivi.*

Decisione: *la proposta viene respinta con 96 voti contrari, 42 voti favorevoli e 3 astensioni.*

Proposta Jenny: *I membri della categoria 3 pagano la stessa quota sociale di quelli delle categorie 1 e 2, cioè la quota intera.*

Decisione: *la proposta viene respinta con 134 voti contrari e 14 favorevoli.*

Proposta Torriani: *Le quote sociali devono essere calcolate sulla base del reddito imponibile. In tal modo sono inclusi tutti i casi speciali e tutti i medici che svolgono l'attività al 50, 45 e 33%. Come base deve essere considerato il reddito ottenuto con l'attività medica.*

Decisione: *la proposta viene respinta con 117 voti contrari, 25 voti favorevoli e 5 astensioni.*

Proposta del Comitato centrale: *Aumento della quota sociale della categoria 3 da $\frac{1}{2}$ a $\frac{2}{3}$.*

Decisione: la proposta viene approvata con 98 voti favorevoli, 45 voti contrari e 5 astensioni.

2.4 Modifica dello Statuto e del Regolamento d'esecuzione: ridenominazione da «campo di attività» a «dipartimento»

Anne-Geneviève Bütikofer/SG spiega le nuove denominazioni. La definizione delle unità operative all'interno del Segretariato generale non è chiara e causa equivoci. Nell'ambito della ristrutturazione si è rivelata necessaria un'uniformazione delle denominazioni. Inoltre, l'utilizzo del termine «ressort» sia in francese che in tedesco per definire l'unità politica dipendente da un membro del Comitato centrale è stato più volte criticato dai delegati della Camera medica e necessitava di una revisione. L'approvazione della nuova denominazione richiede una modifica sia dello Statuto che del Regolamento d'esecuzione.

Fino ad ora	Nuovo
Responsabile di campo d'attività (membro del Comitato centrale)	Responsabile di dipartimento (membro del Comitato centrale)
Responsabile campo d'attività o Responsabile reparto	Direttore/trice reparto
Responsabile servizio	Direttore/trice servizio

Pierre Vallon/FMPP vuole sapere se esistono dipartimenti con più di una direzione.

Jürg Schlup/Presidente cita i campi di attività Tariffe e eHealth. Entrambi hanno rispettivamente due direttori.

Si vota in merito alla seguente proposta:

Proposta del Comitato centrale: Approvazione della nuova denominazione e effettuazione della relativa modifica nello Statuto e nel Regolamento d'esecuzione.

Decisione: la proposta viene approvata a larga maggioranza.

3. Relazione dell'ospite

In qualità di relatore ospite parla il Prof. Dott. Ulrich Montgomery, Presidente della Camera medica federale tedesca. Il Prof. Montgomery rappresenta 430000 membri e inizia lodando l'ottima collaborazione con la FMH in molti organi europei. Poi prosegue fornendo una panoramica sintetica delle attuali ed estremamente complesse problematiche relative al settore sanitario, che in parte sono spesso oggetto di dibattiti anche in Svizzera. Il relatore fa luce su diversi aspetti che interessano il corpo medico, i pazienti, la politica e l'opinione pubblica nel suo complesso.

Il settore sanitario in Germania dà lavoro a molte persone e, con 300 miliardi di spese, ha una dimensione superiore all'industria automobilistica. Il settore sanitario tedesco è contraddistinto da un elevato livello qualitativo. Secondo uno studio, esso offre i tempi più brevi per accedere a un trattamento, i referti più rapidi, il più basso tasso di infezioni, la quota di riammissioni più ridotta e il miglior livello di assistenza ai

pazienti cronici. Il sistema presenta tuttavia una cattiva gestione delle dimissioni ospedaliere. La popolazione, però, ne ha un'opinione completamente diversa. Nonostante il sopraccitato alto livello dei trattamenti, il grado di soddisfazione dei pazienti è basso.

Sebbene la Germania abbia oggettivamente un buon sistema sanitario, sono necessarie delle riforme. L'attuale sistema basato sulla gestione a ripartizione va assolutamente modificato.

L'iperregolamentazione dei sistemi sociali soffoca l'innovazione e il progresso. Il settore sanitario tedesco non si è mai trovato in una situazione così buona come oggi, si vede confrontato con grandi sfide. Il finanziamento dell'assicurazione sociale, la demografia della popolazione, i cambiamenti nella demografia dei medici e i nuovi modelli di lavoro richiesti dai medici richiedono delle riforme. Non vanno dimenticati inoltre i nuovi quadri clinici come ad es. la demenza. Ciò significa che bisogna iniziare già oggi a preparare le risorse materiali e umane necessarie. I conflitti sociali sono già prevedibili visto che i figli non saranno disposti a pagare contributi superiori a causa di questi sviluppi. Devono essere individuate strutture di finanziamento adeguate che permettano di gestire adeguatamente il futuro. Se i premi siano lo strumento giusto, lo si vedrà.

Per quanto concerne il futuro del finanziamento dell'assicurazione malattie di legge, la Svizzera ha già ottenuto notevoli risultati, mentre la Germania a questo proposito è ancora indietro. Con il DRG la Germania ha dato il via al futuro del finanziamento



Ospite sorpresa alla Camera medica è stato il prof. dott. Frank Ulrich Montgomery, presidente della Bundesärztekammer Deutschland (Camera medica federale tedesca).

ospedaliero. I forfait per caso, che nel frattempo anche la Svizzera ha introdotto, non sono ancora il sistema giusto al 100%. La Germania e la Svizzera si muovono nello stesso contesto teso: garantire da un lato le prestazioni di interesse generale e l'assistenza ai malati dall'altro. I dibattiti a livello politico e di opinione pubblica proseguiranno sia in Germania che in Svizzera. Tra mercato ed economia, considerando i relativi obiettivi conflittuali, tutti gli attori coinvolti sono chiamati a riflettere e collaborare all'individuazione di soluzioni.

Il *presidente* ringrazia vivamente il Prof. Montgomery per questa interessante e istruttiva relazione.

4. votazione di conferma del vicepresidente della Commissione di deontologia

In occasione delle elezioni per il rinnovo generale del 2012, la Camera medica ha rieletto il Dott. Urs Strelbel per un ulteriore mandato come vicepresidente della Commissione di deontologia. Nel 2013 Urs Strelbel ha raggiunto il limite di età ordinario di 68 anni per le funzioni all'interno della FMH previsto dallo Statuto. Secondo l'art. 21 dello Statuto stesso, l'organo elettore in casi eccezionali può elevare il limite di età. **Proposta del Comitato centrale:** Conferma del Dott. Urs Strelbel nella funzione di vicepresidente della Commissione di deontologia della FMH fino alla Camera medica dell'ottobre 2014.

Decisione: con 110 voti favorevoli, 8 voti contrari e 6 astensioni, il Dott. Urs Strelbel viene confermato vicepresidente della Commissione di deontologia della FMH fino alla Camera medica dell'ottobre 2014.

Questa votazione è la prima votazione della Camera medica svizzera effettuata con il sistema elettronico. I risultati in formato elettronico vengono ri-

portati anche nella lista delle votazioni della FMH, affinché ne esista una copia di sicurezza.

5. Conferma dei membri eletti dell'Assemblea dei delegati

La Camera medica vota con il sistema elettronico anche in merito alla conferma dei seguenti delegati ordinari dell'Assemblea dei delegati.

VEDAG

Fino ad ora: Thomas Heuberger, Hilterfingen
nuovo dal 1° gennaio 2014: Beat Gafner, Niederscherli

AMDHS

Fino ad ora: Carlo Moll, Münsterlingen
nuovo dal 3 ottobre 2013: Karl-Olof Lövlblad, Ginevra

Decisione: la proposta viene approvata con 111 voti favorevoli, 4 voti contrari e 9 astensioni.

6. Pianificazione finanziaria / Controlling finanziario

Nel 2011 il Segretariato generale ha analizzato i rischi e i punti deboli. Le prime misure, come l'ottimizzazione e la centralizzazione del processo relativo al budget, sono già state implementate. Anne-Geneviève Bütikofer/SG presenta ulteriori strumenti che sono stati introdotti dall'ultima Camera medica. Per concedere un aiuto finanziario per la realizzazione di un progetto o di una manifestazione incaricando un partner o un'istituzione esterna, la FMH deve garantire che prima venga effettuata un'analisi finanziaria e al termine il relativo controllo. La mancanza di un quadro per il sostegno finanziario e di un controllo in merito all'utilizzo dei contributi e alla realizzazione dell'obiettivo prefissato comporta dei rischi.



Gli interessi nell'ambito della politica di categoria del corpo medico in Svizzera e in Germania hanno numerosi paralleli.



I delegati ringraziano con un caloroso applauso l'ospite sorpresa per la sua relazione estremamente interessante.

Ai sensi dell'art. 50, cpv. 2 del Regolamento di esecuzione, il Comitato centrale ha già approvato i seguenti strumenti:

6.1 Preiscrizione tecnica e finanziaria

Qui si tratta della verifica della conformità del progetto. La verifica viene effettuata dal responsabile delle finanze per tutte le domande di finanziamento presentate alla FMH.

6.2 Attestazione dell'utilizzo degli aiuti finanziari (<CHF 10000.–)

Per gli aiuti finanziari di importo fino a CHF 10000.–, viene richiesta una dichiarazione di impegno del destinatario. Il destinatario si impegna a utilizzare i fondi nell'ambito dell'oggetto indicato. In caso contrario, la FMH si riserva il diritto di revocare il proprio sostegno finanziario con effetto immediato e, in caso di erogazione scaglionata di non effettuare più alcun pagamento o addirittura di richiedere il rimborso dell'intero importo o di parte di esso.

6.3 Contratto di prestazione (>CHF 10000.–)

Tra il fornitore delle prestazioni e la FMH viene stipulato un contratto. Il contratto è prorogabile dopo la scadenza ed è oggetto di un controllo da parte del responsabile finanze della FMH. I contratti di prestazione di importo pari o superiore a CHF 100000.– per un impegno unico o di importo pari o superiore a CHF 50000.– per un impegno ricorrente devono essere approvati preventivamente dalla Commissione di gestione.

La segretaria generale informa inoltre in merito all'introduzione di un tool per la gestione dei progetti. Un primo progetto pilota è già stato avviato.

7. Budget 2014 di ISFM, CdG e FMH

Il presidente dà la parola a *Christoph Hänggeli/ISFM*, il quale coglie l'occasione per fornire alcune ulteriori informazioni su argomenti attuali, prima di passare alla presentazione del budget.

- Revisione della Legge sulle professioni mediche (LPMed)

Il Consiglio federale ha incluso nella revisione parziale molte richieste della FMH. Non è stato invece preso in considerazione un registro delle professioni mediche completo, con tutti i medici che esercitano la professione, così come era stato richiesto dalla FMH. L'Ufficio federale della sanità pubblica è dell'opinione che la Confederazione non sia competente a questo proposito. Secondo l'UFSP, la Confederazione potrebbe regolare solo lo svolgimento di professioni private, ma non l'assunzione in un ospedale pubblico. Su incarico di tutte le associazioni delle professioni mediche universitarie, la FMH ha conferito al Prof. Fleiner l'incarico di stilare una perizia, nella quale il professore arriva alla conclusione che la Confedera-

zione sia invece assolutamente competente a legiferare su questa materia. Oltre al suddetto registro, l'ISFM chiede anche che gli obblighi professionali valgano per tutti i medici e che, in caso di introduzioni di nuovi titoli federali di medico specialista, i titoli conseguiti fino ad ora siano equiparati.

- E-logbook / logbook elettronico
Il progetto è già stato presentato all'ultima Camera medica. Il login funziona e tutti i medici, membri o non membri, possono farsi registrare con nome utente e password. Tuttavia la tempistica prevista non può essere rispettata. L'obbligatorietà dell'introduzione è stata fissata a metà 2015.
- Nuovi titoli di medico specialista
I due titoli di medico specialista di nuova creazione «chirurgia toracica» e «chirurgia dei vasi sanguigni» esistevano già come formazioni approfondite.
- Concorso per progetti / Award ISFM
Il bando di concorso è pronto per la pubblicazione. Per il concorso verranno messi a disposizione CHF 100000.–. L'importo verrà erogato per progetti innovativi nel campo del perfezionamento professionale. È previsto inoltre che vengano premiati con l'award i medici in perfezionamento professionale meritevoli.

7.1 Budget 2014 ISFM

Christoph Hänggeli/ISFM spiega il budget 2014. La base utilizzata per il budget è di volta in volta il numero di titoli conferiti. Secondo la proiezione effettuata, per il 2014 prevediamo che il numero di titoli conferiti resti invariato. Il budget 2014 presenta una perdita di CHF 287000.–, riconducibile ai costi aggiuntivi dei



Nell'ambito della riunione plenaria rimane abbastanza spazio per uno scambio di idee tra i delegati.

progetti, a compensazioni interne e ai costi per il personale. Dal lato dei ricavi, si possono prevedere entrate costanti, ma la riduzione delle quote avrà effetti sui ricavi già nel 2014. Il deficit verrà coperto ricorrendo allo scioglimento di accantonamenti.

Jürg Schlup/FMH ringrazia per le spiegazioni. Dato che i presenti non hanno domande, si passa alla votazione sulla proposta di approvare il budget 2014 dell'ISFM.

Decisione: il budget dell'ISFM per il 2014 viene approvato a larga maggioranza.

7.2 Budget 2014 CdG

Emanuel Waeber/FMH spiega il budget della CdG. Rispetto al budget 2013 non ci sono osservazioni o cambiamenti particolari.

Daniel Schröpfer/ASMAC vorrebbe sapere perché l'incremento dei costi dal 2012 al 2014 è così elevato e se sono già state adottate misure idonee a ridurlo.

Adrian Sury/CdG risponde che i costi del lavoro della CdG sono difficili da preventivare. Il 2012 è stato un anno con elevati costi aggiuntivi, riconducibili anche ai cambiamenti a livello del personale. Il passaggio delle consegne ai nuovi membri ha comportato più riunioni e anche maggiori costi.

Dato che nessun altro prende la parola, si passa alla votazione sul budget della CdG. Il Comitato centrale propone di approvare il budget della CdG per il 2014.

Decisione: il budget della CdG per il 2014 viene approvato a larga maggioranza.

7.3 Budget 2014 FMH

Emanuel Waeber/FMH presenta il budget 2014. Il rapporto tra ricavi e uscite vincolate non lascia libertà di azione nel 2014. Le riserve verranno utilizzate per i compiti chiave della FMH, cioè per la realizzazione dei progetti. Il budget presenta una perdita di CHF 299'000.- (senza ISFM). I principali scostamenti rispetto al budget dell'anno precedente riguardano i costi per il personale e a questo proposito soprattutto i salari di terzi, ma anche i progetti e la voce licenze/update/manutenzione. Grazie allo scioglimento di accantonamenti vincolati a uno scopo sarà possibile evitare un deficit.

Vincenzo Liguori/TI vuole sapere se alla FMH esiste un Regolamento del personale, che regoli l'orario di lavoro, le ore supplementari, il lavoro straordinario e le ferie. *Emanuel Waeber* gli conferma che tali regolamenti esistono e che ogni collaboratore rileva il proprio orario di lavoro elettronicamente.

Adrian Sury/CdG, prima della votazione desidera fare ancora le seguenti osservazioni. Secondo lo Statuto la CdG deve fornire di volta in volta una relazione alla Camera medica. Tale relazione si limita agli elementi essenziali. La CdG ha avuto modo di discutere più volte del budget 2014 con il presidente e la segretaria generale. L'elevata quota di costi fissi, la quota di costi vincolati, la libertà di azione estre-

mamente ridotta per sviluppi strategici sono motivo di preoccupazione per la CdG. Al fine di evitare un aumento delle quote sociali, nel prossimo futuro sarà necessario individuare delle soluzioni. Dalla votazione sulla riforma strutturale effettuata dalla Camera medica nel 2007, i costi per il personale sono aumentati del 30%. Anche nel 2014 a questa voce saranno inevitabili ulteriori aumenti. Le misure di stabilizzazione del budget deliberate dalla Camera medica nel 2007 sono state attuate in parte. Anche le misure e gli strumenti presentati oggi da *Anne-Geneviève Bütikofer/SG* vanno nella direzione auspicata dalla CdG. Secondo l'opinione della CdG, il Comitato centrale dovrebbe lavorare maggiormente a livello strategico e meno a livello della gestione dei dossier, lasciando gli aspetti operativi agli specialisti del Segretariato generale. Secondo la CdG ciò produrrebbe già un notevole effetto di risparmio. La CdG ha individuato anche un altro problema strutturale nell'Assemblea dei delegati. Con l'introduzione di due Camere mediche, la CdG si chiede se l'Assemblea dei delegati debba continuare a riunirsi sei volte all'anno.

Pierre Vallon/FMPP fa notare che attualmente un gruppo di lavoro sta riflettendo sulla riorganizzazione dell'Assemblea dei delegati.

Jürg Schlup/FMH ringrazia per l'integrazione. Dato che nessun altro prende la parola, si passa alla votazione sulla proposta del Comitato centrale di approvare il budget 2014 della FMH.

Decisione: il budget della FMH per il 2014 viene approvato a larga maggioranza.

7.4 Contributo speciale NAKO (NewIndex)

Ernst Gähler/CC informa in merito al contributo speciale «Servizio nazionale di consolidamento dei dati NAKO». A tale scopo la FMH applica ai membri delle categorie 1 e 2 un contributo speciale vincolato a uno scopo di CHF 40.-. Il NAKO prepara le cifre NewIndex per le trattative tariffarie di FMH e Comitato CCM, nonché per le società mediche specialistiche. I dati sono da un lato una base importante per le trattative sul valore del punto tariffario mentre, dall'altro lato, la FMH senza tali cifre non potrebbe mai assumersi il «lead» nell'ambito dei progetti TARVISION e revisione della struttura tariffaria. Il contributo speciale NAKO serve soprattutto al finanziamento di base e a garantire l'infrastruttura di esercizio, permettendo così al corpo medico un accesso continuo al sistema NAKO. *Ernst Gähler/CC* sottolinea ancora una volta che questi dati sono decisivi e indispensabili per la revisione tariffaria e ringrazia per l'approvazione.

Dato che nessun altro prende la parola, si passa alla votazione sulla proposta del Comitato centrale.

Decisione: la proposta viene approvata a larga maggioranza. La segretaria generale provvederà a stilare con la NewIndex AG il relativo contratto di prestazione.

7.5 Contributo speciale IPI

François Héritier/SSMG spiega i motivi alla base di questa proposta e i presupposti per una documentazione elettronica negli studi medici. Ancora oggi mancano presupposti di base essenziali e ciò ha come conseguenza che i dati in formato elettronico non possono essere scambiati tra i diversi prodotti software. A causa di questa non-migrabilità dei dati, i diversi medici dipendono dalla ditta di software che hanno scelto inizialmente, con notevoli ripercussioni sui prezzi e sulle tariffe di manutenzione. *François Héritier* prosegue analizzando le motivazioni alla base del conferimento all'Institut für Praxisinformatik (IPI) del mandato generale per il settore della cartella clinica elettronica (CCE) e l'informatica negli studi medici. L'eHealth e la cartella clinica elettronica sono ancora nella fase iniziale. Molte esigenze del corpo medico riguardo alla documentazione elettronica non sono ancora soddisfatte. Sia la Confederazione che eHealth Suisse vogliono tuttavia introdurre al più presto la cartella clinica elettronica. Con il conferimento del mandato generale all'IPI si avrebbe la garanzia che sia il corpo medico a indicare la direzione e che la collaborazione venga istituzionalizzata. I lavori di base già elaborati dai medici di famiglia hanno un valore aggiunto anche per gli specialisti e gli ospedali. *François Héritier* pone la questione di fiducia riguardo al fatto che il corpo medico voglia o meno conferire tale mandato all'istituto. L'Assemblea dei delegati e il Comitato centrale si sono già espressi a favore.

Jürg Schlup/FMH ringrazia per la presa di posizione chiara e decisa e dà la parola ai presenti.

Adrian Sury/CdG desidera esporre ai presenti l'opinione della CdG prima di passare alla discussione. La CdG non deve entrare nel merito della questione se il progetto IPI sia necessario e utile, bensì

verificare che l'operazione venga svolta nel rispetto dello Statuto. Secondo l'art. 32 dello Statuto, diverse organizzazioni della FMH tra cui la SSMG possono richiedere l'iscrizione di una questione nell'ordine del giorno della Camera medica, scavalcando così teoricamente presidente, Comitato centrale e Assemblea dei delegati. Un proposta di questo tipo deve essere presentata almeno cinque settimane prima della Camera medica. In questo caso ciò non è avvenuto. La CdG in questo caso è disposta a rinunciare al rispetto del termine previsto, affinché la questione non venga rinviata all'anno prossimo.

Per la CdG si pone però un altro problema. La proposta della SSMG è in due parti. La prima parte consiste nel conferimento del mandato generale all'IPI per la cartella clinica elettronica. Qui si pone la domanda, se conformemente allo Statuto la Camera medica sia o meno competente a deliberare su questa materia. Nell'art. 30 dello Statuto non è prevista alcuna competenza per delibere della Camera medica in merito alla stipulazione di contratti, in particolare se si tratta di contratti bilaterali che prevedono una prestazione e una controprestazione. Anche per l'Assemblea dei delegati non è prevista una competenza di questo tipo. La competenza generale spetta al Comitato centrale, il quale secondo l'art. 49, cpv. 2 dello Statuto è competente anche per queste operazioni. Il finanziamento del mandato rientra invece nell'ambito di competenze della Camera medica. Nella circolare recapitata manca qualsiasi riferimento al contenuto del contratto tra IPI e FMH. Questo modo di procedere è contrario ai principi e alla prassi procedurale della FMH.

Affinché la proposta non subisca inutili ritardi, *Sury* propone che oggi la Camera medica venga solo informata sulla questione. Prima che sia garantito il finanziamento a lungo termine, il Comitato centrale



I presenti seguono con interesse le discussioni sui diversi punti all'ordine del giorno.

non può sottoscrivere alcun contratto con l'IPI. *Sury* ricorda anche che negli anni passati si è parlato di un finanziamento di avvio da parte della FMH di CHF 150000.- per tre volte. Oggi si parla di un importo di CHF 970000.- per due anni, senza conoscere i costi successivi. Secondo la CdG questa è un'operazione che rientra nell'attività principale della FMH e come tale deve essere valutata e trattata in un dipartimento del Comitato centrale.

Sulla base di queste prese di posizione, *Jürg Schlup/Presidente* propone di chiarire inizialmente la questione del termine per la presentazione della proposta. Successivamente si deciderà in merito al conferimento del mandato generale da parte della Camera medica, nonché in merito all'approvazione del contributo straordinario.

Prima che venga aperta la discussione, il presidente vuole chiarire la questione del termine e votare al riguardo.

Decisione: con 91 voti favorevoli e 16 contrari la Camera medica delibera di occuparsi della questione, che verrà quindi trattata nella Camera medica odierna.

Vincenzo Liguori/TI critica il fatto che quando è stata recapitata la proposta del 7 settembre 2013 mancava la traduzione in francese. Il tempo a disposizione era troppo poco per riuscire a prendere posizione in modo approfondito sulla questione. Naturalmente tutti danno grande importanza all'informatica negli studi medici, anche se le esperienze fatte negli anni scorsi invitano alla prudenza. La cartella clinica elettronica non è molto più che un ID. Già con la carta del paziente si sono evidenziate la difficoltà esistenti con lo scambio di dati e la mancanza di compatibilità. I vantaggi per gli studi medici non sono stati valutati e *Vincenzo Liguori* chiede a nome dell'Ordine dei medici del Canton Ticino, di rinviare la questione alla prossima Camera medica, in modo tale che nel frattempo tutti questi aspetti possano essere discussi ed esaminati in modo più approfondito.

Per *Jean-Pierre Pavillon/VD* gli obiettivi e i compiti dell'IPI non sono ad oggi ancora chiari. Non si riesce ad evitare l'impressione che giochino un ruolo anche considerazioni di carattere commerciale. Non è una necessità sovvenzionare un'istituzione di questo tipo. *Jean-Pierre Pavillon* avanza la proposta che, nel caso l'operazione venga approvata, nel contratto di prestazione venga stabilito esplicitamente che l'IPI non può intrattenere rapporti personali o scambiare informazioni di qualsiasi tipo con imprese commerciali.

Pierre-Alain Schneider/GE afferma che il gruppo di lavoro eHealth si sta occupando da lungo tempo di questo dossier a livello politico. L'attuazione pratica non rientra però tra i suoi compiti. L'attuale proposta del Comitato centrale comprende tra l'altro anche la delega di determinati mandati all'IPI, ma l'IPI ha rifiutato. *Schneider* trova inaccettabile che la FMH esternalizzi attività di questo tipo, in quanto ne perderebbe il controllo.

Charles Favrod-Coune/VD torna ancora una volta sulla presa di posizione della CdG. Se ha ben capito, la CdG vuole l'integrazione del progetto in un dipartimento del Comitato centrale. Se è così, *Charles Favrod-Coune* desidera ulteriori spiegazioni.

Philippe Vuillemin/VD, ricordando le esperienze fatte nel 1985 e i costi aggiuntivi che ne sono derivati, è dell'opinione che con l'IPI la storia potrebbe ripetersi. Per questo desidera vedere finalmente dei risultati e condivide l'opinione della CdG che oggi si debba svolgere solo la discussione generale, rimandando invece la decisione alla prossima Camera medica.

Didier Châtelain/GE vuole sapere se ci siano già esperti che dirigeranno l'IPI e se ci siano altre fonti di finanziamento.

François Héritier/SSMG chiarisce che c'è un comitato composto da medici con studio proprio, da un direttore tecnico e da un rappresentante della Conferenza delle società cantonali mediche (CCM). Ad oggi non ci sono nuove o ulteriori fonti di finanziamento.

Jürg Rufener/SSMI fa appello alla solidarietà. Fino ad oggi è stata prevalentemente l'associazione Medici di famiglia Svizzera a finanziare l'IPI investendo notevoli mezzi.

Beat Gafner/BE non vede altra possibilità che incaricare l'IPI di questo mandato generale e prega di approvare le proposte della SSMG.

Per *Lars Henrik Frauchiger/ASMAC* il problema è noto, ma manca una soluzione. Attualmente viene investito molto denaro a fondo perso, senza ottenere un controvalore. Manca un «business plan» e anche i ruoli non sono chiari. Se la FMH vuole davvero un istituto di questo tipo, lo dovrebbe annesso a un dipartimento del Comitato centrale.

Hervé Spechbach/ASMAC teme che, in aggiunta alle reti già esistenti, ora venga creato un istituto che causerà delle sovrapposizioni.

Franziska Zogg/ZG chiarisce che l'IPI non vuole porsi in concorrenza con reti già esistenti. Al contrario, si tratta di unire piccole isole oggi già esistenti come avviene a livello regionale tra alcuni studi affiliati o forse anche con una clinica. La grande massa di dati deve essere inoltre integrata nella documentazione elettronica. L'IPI vuole svolgere queste funzioni di interfaccia e indurre i fornitori di software ad accordarsi su un linguaggio di traduzione comune, ma non su un programma che poi tutti debbano adottare.

Markus Guzek/ASMAC vuole sapere a che scopo e a favore di chi viene utilizzato il denaro. Dato che tra un anno si dovrà nuovamente votare in merito al prolungamento, devono essere chiari gli obiettivi che dovranno essere realizzati e verificati entro l'anno prossimo.

Heinz Bhend/SSMG, in qualità di delegato, ha discusso in modo approfondito di questi aspetti con il direttore tecnico dell'IPI. L'obiettivo è l'ottimizzazione del tool per gli studi. Attualmente esistono 65 soluzioni di eHealth per gli studi medici, il che rende difficile uno scambio coordinato. L'obiettivo

dell'IPI è e resta farsi carico di questo compito. Se tale compito viene trasferito ad altri partner esterni, una soluzione di questo tipo può costare molto alla FMH. Secondo *Bhend*, l'aspetto del finanziamento deve essere assolutamente regolato prima che il Comitato centrale venga incaricato di elaborare il contratto. Il denaro verrà utilizzato sia per i lavori preliminari già svolti che per nuovi contratti da concordare con aziende di software. *Bhend* non può accettare l'argomento che fino ad oggi non sono ancora visibili dei risultati e rinvia alla roadmap sviluppata nel 2008.

Hans Ulrich Iselin/AG fa la seguente proposta per arrivare a un compromesso. Il Comitato centrale verrà autorizzato a richiedere dopo la stipulazione del mandato un contributo di massimo CHF 30.-.

Charles Favrod-Coune/VD vuole sapere dalla CdG le motivazioni a favore dell'integrazione dell'IPI in un dipartimento del Comitato centrale.

Adrian Sury/CdG è dell'opinione che le attività di notevole importanza per il corpo medico non debbano essere delegate a società esterne. *Sury* rinvia a esempi simili, che in passato hanno causato problemi e perdite. Esistono infatti attività fondamentali che devono essere gestite all'interno della FMH affinché essa ne possa mantenere la gestione e il controllo.

Peter Wiedersheim/SG è certo che già tra pochi anni ciascuno possiederà una cartella clinica elettronica. Oggi, nel migliore dei casi, il 25% degli studi medici dispone della necessaria attrezzatura e il restante 75% farebbe bene ora a dire SÌ a questa proposta. Di questo progetto si discute già da molto tempo, ma senza successo. Il fatto che l'IPI a suo tempo non sia stato integrato nella FMH è dovuto a motivi storici. *Adrian Sury* prega i presenti di sostenere la proposta.

Marc-Henri Gauchat/SMSR ricorda che eHealth è stata criticata per la scelta dell'approccio top-down. Con l'IPI ora si vuole andare nella direzione contraria, cioè è la base a dover decidere quale software vuole utilizzare. Il problema è che il funzionamento è garantito per cinque-sei anni, dopo i quali manca qualsiasi garanzia che la ditta di software esisterà ancora e questo sarebbe veramente un incubo. La cartella clinica elettronica concerne tutti i pazienti. Se l'industria non viene obbligata a utilizzare subito determinate tecniche, non sarà comunque possibile cambiare software senza problemi. Ciò può diventare un grosso problema per un medico praticante. Nel Vallese del progetto pilota INFOMED è stata incaricata una ditta che aveva 50 clienti. Dopo il suo fallimento gli utilizzatori hanno avuto seri problemi. Se si vuole una certa sicurezza, bisogna approvare questa proposta.

Daniel Schröpfer/ASMACH fa notare che l'IPI esiste già da 10 anni e che a tutt'oggi non ci sono risultati concreti. Prima della Camera medica, l'ASMACH ha chiesto gli obiettivi e il business plan al signor Zoller, il quale non è stato in grado di presentare né l'uno né gli altri. Secondo *Daniel Schröpfer* l'approvazione di questi CHF 30.- costituirebbe un aumento indiretto delle quote sociali, dato che al momento non

sono riscontrabili né una concreta utilità né dei risultati.

Brigitte Muff/ZH sarebbe lieta di sentire l'opinione dei due responsabili di dipartimento del Comitato centrale.

Gert Printzen/CC afferma che in seguito alle discussioni con l'IPI e al risultato del gruppo di lavoro, è stato suggerito di definire dei mandati per i singoli argomenti. Ad oggi mancano tuttavia sia un'idea concreta, che un progetto concreto con il relativo budget. Manca anche una presa di posizione motivata dell'IPI su tali questioni, il che fa pensare che l'IPI voglia percorrere un'altra strada. Per questi motivi *Gert Printzen* è piuttosto scettico sull'intera situazione.

Urs Stoffel/CC constata un diverso livello di informazione tra i delegati. Egli comprende che le opinioni su questo progetto siano divergenti. Il dipartimento di eHealth conduce da tempo colloqui con l'IPI. Se oggi verrà conferito il mandato generale all'IPI, tale mandato verrà attuato in strettissima collaborazione con il dipartimento del Comitato centrale, il quale ha contatti regolari con l'organo di coordinamento eHealth della Confederazione e dei cantoni. Le discussioni riguardano prevalentemente i problemi relativi alle interfacce. L'obiettivo sarebbe in realtà quello di parlare di punti di congiunzione più che di interfacce.

Philippe Vuillemin/VD ritiene che la Camera medica non possa da sola decidere in merito. Il contributo di CHF 30.- è ridicolo ed inoltre è necessario rendere conto alle società mediche specialistiche sul perché venga approvato un progetto senza conoscerne esattamente l'utilità. *Philippe Vuillemin* è contrario a questo aumento delle quote sociali e non vede alcuna urgenza di prendere una decisione già oggi. Attualmente non ci sono né un contratto né il finanziamento. Dato che nel progetto è coinvolta anche l'Università di San Gallo, vorrebbe sapere quanto riceverà per la sua partecipazione.

Jürg Rufener/SSMI afferma che tutti i contributi all'Università di San Gallo sono stati pagati dall'associazione Medici di famiglia Svizzera.

Jürg Schlup/Presidente propone la mozione d'ordine di terminare le discussioni. Verranno comunque prese in considerazione le persone che hanno già chiesto la parola.

Decisione: la mozione d'ordine viene approvata a larga maggioranza.

Ricardo Torriani/ZH afferma che dal suo punto di vista la discussione è molto politica invece che oggettiva. Secondo la sua opinione non c'è nulla in contrario a integrare subito l'IPI nella FMH e questa è anche la richiesta della CdG. La questione è solo come sia possibile e se l'IPI sia disposto al trasferimento.

Jürg Schlup/Presidente ricorda che qui devono essere discusse le proposte della SSMG. Altre questioni non sono oggi oggetto delle proposte presentate. Dovrebbe essere chiarito se l'IPI sia o meno disposto al trasferimento. Secondo la CdG oggi bisogna votare in merito al contributo.

Heinz Bhend/SSMG informa che la questione dell'integrazione è stata discussa in modo approfondito con il Comitato centrale. La strada scelta per il momento è tuttavia una cooperazione in vista di un'integrazione nel 2016.

Konrad Walter Schiess/SG è stupito che il Comitato centrale in questo dossier si limiti a una presentazione dell'IPI. Le carenti affermazioni dei rappresentanti del Comitato centrale sono insufficienti. Se l'impegno del Comitato centrale oggi non è superiore, allora è da considerarsi insufficiente per l'approvazione della proposta, tanto più sapendo che molti problemi restano ancora irrisolti.

Per Urs Stoffel/CC L'Assemblea dei delegati ha preparato bene la questione e ha deliberato in merito. Un gruppo di lavoro ha discusso le diverse possibilità esistenti, arrivando alla conclusione di votare sulla proposta che è stata sottoposta oggi. Per quanto concerne i mezzi finanziari, la FMH non può finanziare il progetto con le proprie forze. È necessario un contributo straordinario. L'IPI ha fatto richiesta del contributo straordinario, ma l'intera procedura è stata gestita tramite gli organi Comitato centrale e Assemblea dei delegati. Con la proposta della SSMG presentata oggi, è chiaro che anche il Comitato centrale sostiene il progetto.

Daniel Schröpfer/ASMAG controbatte che le opinioni nell'Assemblea dei delegati erano discordanti.

Franziska Zogg/ZG gli risponde che la votazione nell'Assemblea dei delegati a proposito del mandato IPI ha avuto come risultato 14:0. Ci sono state delle astensioni, ma nessun voto contrario.

Michaël Hagmann/VD chiede di rinviare la decisione. La complessità dei programmi informatici e software è tale che è possibile discutere ancora a lungo. Probabilmente sarebbe più sensato, stilare una panoramica di tutti i progetti informatici. Per questo avanza la proposta di rinviare la questione al Comitato centrale. Il Comitato centrale dovrà elaborare meglio la proposta e sottoporla nuovamente alla Camera medica.

Pierre-Alain Schneider/GE si dice favorevole al rinvio al Comitato centrale.

Monique Lehky Hagen/VS chiede di sostenere la proposta. Secondo lei gli strumenti di controllo presentati oggi dal Segretariato generale offrono la garanzia che, una volta approvata la proposta, il Comitato centrale elaborerà un adeguato contratto di mandato, il quale, come già accennato, tra un anno verrà riesaminato dalla Camera medica.

Viene stabilito come procedere per le votazioni. In merito alle proposte si vota nel modo seguente:

Proposta SSMG: Verrà applicato un contributo straordinario annuale IPI di CHF 30.- per ogni membro della FMH.

Decisione: la proposta viene approvata con 53 voti favorevoli, 46 voti contrari e 6 astensioni.

Proposta Pavillon: In caso di approvazione del contributo straordinario, nel contratto di prestazioni deve essere inserita una clausola secondo la quale, in caso di profitto commerciale, dovrà essere rimborsato l'intero importo.

Decisione: la proposta viene approvata con 62 voti favorevoli, 36 voti contrari e 4 astensioni.

Proposta Iseli: Il Comitato centrale stipulerà un contratto di prestazione con l'IPI e, solo una volta stipulato il contratto, provvederà all'applicazione del contributo di CHF 30.- che è stato deliberato,

Decisione: la proposta viene approvata con 83 voti favorevoli, 12 voti contrari e 7 astensioni.

8. Iniziativa dei medici di famiglia e controproposta

L'iniziativa dei medici di famiglia è stata ritirata dai promotori in data 27 settembre 2013. Lo stesso giorno il Parlamento ha approvato la controproposta. Jürg Schlup/Presidente fa notare che questa iniziativa era stata giudicata positivamente dall'Assemblea dei delegati poco dopo essere stata depositata. Da allora non sono state più prese decisioni in merito. Oggi si tratta



Un gran numero di aiutanti della FMH e dell'ISFM assicurano che la Camera medica si svolga in modo perfetto.



Durante la pausa di mezzogiorno i delegati approfittano del buffet per riprendere forze e per uno scambio di idee con i loro colleghi.

di valutare la controproposta del Parlamento di inserire un nuovo art. 117a nella costituzione federale.

Il presidente dà la parola al Prof. Peter Tschudi, il quale presenta gli sviluppi relativi all'iniziativa «Sì alla medicina di famiglia». Come è noto, il Consiglio federale si è occupato dell'iniziativa per la prima volta nell'ottobre 2010, contrapponendole direttamente una controbozza, che è stata approvata dal Consiglio federale nel 2011. I promotori hanno sempre affermato chiaramente quali condizioni dovevano essere soddisfatte affinché ritirassero l'iniziativa. Il Prof. Peter Tschudi presenta e spiega il nuovo articolo 117a della Costituzione, così come è stato approvato dal Parlamento in data 27 settembre 2013.

L'art. 117a della Costituzione federale viene modificato nel modo seguente:

Art. 117a (nuovo) Cure mediche di base

- ¹ Nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni provvedono affinché tutti abbiano accesso a cure mediche di base sufficienti e di qualità. Entrambi riconoscono e promuovono la medicina di famiglia come componente fondamentale di tali cure.
- ² La Confederazione emana prescrizioni concernenti:
 - a. la formazione e il perfezionamento per le professioni delle cure mediche di base, nonché i requisiti per l'esercizio delle stesse;
 - b. L'adeguata remunerazione delle prestazioni della medicina di famiglia.

Ernst Gähler/CC riferisce in merito ai nessi con le tariffe e l'iniziativa dei medici di famiglia. Con la controproposta diretta del Parlamento, l'assicurazione da parte del Consiglio federale di un miglioramento finanziario della posizione dell'assistenza di base nella TARMED e la maggiore remunerazione delle analisi di laboratorio, le principali rivendicazioni del comitato dell'iniziativa popolare «Sì alla medicina di fa-

miglia» sono state soddisfatte. La FMH accoglie con piacere questo miglioramento della posizione dell'assistenza di base, ma al contempo deplora che, con il fallimento delle trattative TARMED, il Consiglio federale ora possa sfruttare l'occasione per effettuare interventi nella struttura tariffaria. Ciò mette da un lato in pericolo la revisione della TARMED in corso da tre anni da parte dei partner tariffari FMH, H+ e CTM. Per una valutazione oggettiva e adeguata di ogni singola prestazione sono necessarie regole chiare. Nell'ambito di tale valutazione delle prestazioni mediche ambulatoriali il corpo medico deve poter dare il proprio contributo. Per quanto concerne la TARMED, il consigliere federale Berset ha quantificato il miglioramento per i medici di famiglia in CHF 200 mln. La FMH è sempre stata contraria a una redistribuzione lineare tra specialisti e medici di base, bensì a favore di un miglioramento della posizione dei medici di famiglia e dei pediatri. Per questo la FMH, insieme ai partner tariffari H+ e CTM, vuole portare a termine entro la fine del 2015 la revisione della struttura tariffaria TARMED attualmente in corso.

Al momento della votazione su questo punto dell'ordine del giorno, sono presenti ancora solo 85 aventi diritto al voto e la Camera medica non può quindi deliberare. La votazione consultiva dà un risultato di 61 voti favorevoli, 5 voti contrari e 19 astensioni.

Hans Ulrich Iselin/AG chiede quindi al Comitato centrale di svolgere una votazione per iscritto tra i delegati della Camera medica come previsto dall'art. 34, cpv. 1 dello Statuto. I delegati sostengono tale proposta con 55 voti favorevoli, 9 voti contrari e 1 astensione. Il Comitato centrale discuterà e deciderà come procedere sulla base di tale risultato.

Integrazione del punto 8 dell'ordine del giorno «Iniziativa dei medici di famiglia e controproposta»

Successivamente alla riunione della Camera medica, è stata svolta tra i delegati alla Camera Medica aventi diritto al voto una votazione per iscritto in merito all'integrazione della Costituzione federale con l'art.117a (nuovo) Cure mediche di base riguardo al quale la popolazione svizzera deciderà probabilmente nel maggio 2014. Complessivamente è stato chiesto di esprimersi a 200 delegati alla Camera Medica aventi diritto al voto. Delle 150 schede di voto pervenute 149 (tasso di partecipazione al voto del 75%) erano valide. Risultati del voto: 110 Sì (74%), 21 No (14%), 18 a favore della libertà di voto (12%).

La Camera medica si esprime a favore di un'integrazione della Costituzione federale con l'art.117a (nuovo) Cure mediche di base.

9. Aumento del capitale azionario HIN

Dato che non è più presente il quorum per la votazione, la questione viene rinviata alla prossima Camera medica.

10. Informazioni da Comitato centrale, Segretariato generale e campi di attività

Per mancanza di tempo questo punto all'ordine del giorno non viene più trattato.

11. Informazioni del presidente dell'Assemblea dei delegati

Per mancanza di tempo questo punto all'ordine del giorno non viene più trattato.

Jürg Schlup/Presidente pone termine alla Camera medica alle ore 17:00 e ringrazia tutti i delegati, i membri del Comitato centrale, la segretaria generale e tutti i collaboratori del Segretariato generale per il grande lavoro svolto a favore dei membri. *Jürg Schlup* fa inoltre appello ai delegati della Camera medica affinché, in quanto rappresentanti dei nostri membri si assumano le proprie responsabilità nei confronti dei membri stessi.

Glossario		ID	Informazione e documentazione del sistema sanitario
AD	Assemblea dei delegati	IPI	Istituto per l'informatica nello studio medico
BMS	Bollettino dei medici svizzeri	ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
CC	Comitato centrale	LPMed	Legge federale sulle professioni mediche
CdG	Commissione di gestione	NAKO	Servizio nazionale di consolidamento dei dati
CDPE	Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione	SCS	Società chimica svizzera
CEEGU	Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano	SG	Segretaria generale
CF	Consiglio federale	SSO	Società svizzera odontoiatri
CM	Camera medica	SVS	Società die veterinari svizzeri
CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF	TARMED	Tariffa per prestazioni mediche ambulatoriali
DRG	Diagnosis Related Groups	TARVISION	Progetto della FMH per la revisione della struttura tariffaria di TARMED
e-logbook	Logbook elettronico (banca dati per la documentazione dei perfezionamenti professionali)		
FMH	Federazione dei medici svizzeri		