



Nuovo appuntamento a fine ottobre: i 200 membri della Camera medica, il parlamento della FMH, si sono riuniti a Bienne.

Palazzo dei Congressi di Bienne, 30 ottobre 2014

## Verbale della seconda Camera medica 2014

Monika Henzen  
Direttrice della segreteria  
centrale

Un glossario delle  
abbreviazioni principali  
da noi utilizzate si trova  
a pagina 1953.

### 1. Benvenuto, comunicazioni, costituzione dell'ufficio

Jürg Schlup/Presidente della FMH saluta i delegati presenti alla seconda Camera medica 2014. Il presidente dà il benvenuto in qualità di ospiti a Joachim Eder/Consigliere agli Stati, Hans-Ruedi Koelz/Vicepresidente dell'ISFM, Bruno Kesseli/Caporedattore Bollettino dei medici svizzeri e René Häller/Direttore della FMH Consulting Services. Per il punto 4 all'ordine del giorno è atteso Christian Peier/Direttore dell'IPI.

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH effettua le consuete comunicazioni organizzative e rinvia alla documentazione aggiuntiva distribuita per la riunione odierna. Bütikofer informa inoltre in merito al nuovo sistema di gestione dei documenti recentemente introdotto. L'obiettivo è semplificare la distribuzione e la messa a disposizione di documenti a organi, commissioni e gruppi di progetto. In futuro l'invio su CD-ROM o per e-mail non sarà più necessario. La documentazione per la prossima Camera medica non verrà più inviata per e-mail, bensì tramite il nuovo tool informatico. Le relative istruzioni sono contenute nella documentazione distribuita per la riunione odierna.

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 scrutatori:

Pierre Klausner, Christoph Ramstein, Franziska Zogg, Marcel Stampfli, Jean-Michel Gaspoz, Christiane Roth, Josef Widler, Christoph Lüssi, Karl Lövblad, Fabrice Dami.

Gli scrutatori vengono eletti senza voti contrari.

### Ordine del giorno

Jürg Schlup/Presidente della FMH constata che l'ordine del giorno è stato correttamente recapitato. La mozione d'ordine della fmCh è pervenuta entro i termini previsti. Cinque ulteriori proposte sono state presentate dopo l'invio complementare e sono state distribuite oggi come documenti di seduta.

Urban Laffer/Presidente della fmCh espone le motivazioni della mozione d'ordine. Per via dell'importanza e dell'urgenza, Laffer chiede che il punto 6 all'ordine del giorno venga trattato anticipatamente prima del punto 3 e che, nell'ambito del punto 6 all'ordine del giorno, venga trattato per primo il punto 6.5.

Jürg Schlup/Presidente della FMH ringrazia per la mozione e informa che il Comitato centrale la respinge. In caso di approvazione della mozione della fmCh, la Camera medica dovrebbe infatti trattare per prime le misure relative al budget per il 2016, mentre le proposte rilevanti ai fini del budget 2015 verrebbero discusse successivamente. Una nuova sequenza dei punti dell'ordine del giorno relativi al budget comporterebbe delle inesattezze.

Adrian Sury/Presidente della CdG si dice anch'egli contrario alla mozione d'ordine della fmCh e sostiene la proposta del Comitato centrale. La proposta presentata dalla CdG in merito alle misure di stabilizzazione del budget (punto 6.5 dell'ordine del giorno) concerne la pianificazione finanziaria a medio e lungo termine, la cui efficacia subentrerà solo nel 2016.

Si vota in merito alla mozione d'ordine della fmCh:

### Mozione fmCh:

la fmCh chiede che il punto 6 dell'ordine del giorno venga trattato prima dei punti 3 e 4 e che il punto 6.5



Collaboratori della FMH all'opera: i delegati ricevono un badge e il materiale per le votazioni.

dell'ordine del giorno «Misure per la stabilizzazione del budget» venga trattato prima dei punti da 6.1 a 6.4.

**Decisione:**

la proposta della fmCh viene respinta con 43 voti favorevoli, 75 voti contrari e 11 astensioni.

La Camera medica vota in merito a un'ulteriore proposta presentata da Angelo Cannova/Sostituto delegato AGZ, che non è tuttavia sostenuta dalla AGZ. Viene data ad Angelo Cannova la possibilità di presentare la propria proposta. Jürg Schlup/Presidente della FMH ringrazia per le spiegazioni e informa che il Comitato centrale respinge anche questa proposta.

**Proposta di Angelo Cannova:**

1. nell'ambito della Camera medica dovrebbero essere esposti in modo dettagliato i progetti di riforma del settore sanitario come «l'interprofessionalità» e «i nuovi modelli per l'assistenza medica di base»;
2. dovrebbe essere formata una commissione che definisca ed esponga in modo comprensibile quali sono le leggi in cui confluiscono tali progetti di riforma;
3. il risultato dovrebbe essere oggetto di dibattito nel corso della prossima Camera medica.

**Decisione:**

la proposta di Cannova viene respinta con 11 voti favorevoli, 115 voti contrari e 6 astensioni.

L'ordine del giorno recapitato nei termini viene pertanto approvato senza alcuna aggiunta.

Ai sensi dell'art. 11, cpv. 3 del Regolamento d'esecuzione, il presidente propone che a partire dalle ore 17:00 non vengano più prese decisioni e non vengano più svolte votazioni.

La proposta viene approvata con 1 voto contrario e 1 astensione.

**Discorso di apertura del Presidente della FMH**

Nel suo discorso di apertura, il presidente affronta i principali punti strategici e politici. Oltre alla verifica della **strategia della FMH per la legislatura fino al 2016**, approvata dalla Camera medica nel 2013, nel 2014 ci sono state molte questioni di politica sanitaria nelle quali la FMH si è fortemente impegnata. L'**iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica»** è stata respinta con il 38% di Sì e il 62% di No. La quota di Sì è aumentata rispetto alla votazione del 2007. Secondo le prese di posizione ufficiali dei quattro partiti presenti nel Consiglio federale la sera successiva alla votazione, tre di essi chiedono la **limitazione della libera scelta del medico**. La FMH ha agito già prima della votazione, affermando in un comunicato per i media di essere chiaramente contraria a una limitazione della libera scelta del medico. Dopo l'approvazione della limitazione da parte del Consiglio nazionale, il Consiglio degli Stati tratterà l'argomento probabilmente nella sessione invernale. La FMH porterà le proprie idee e richieste in Parlamento, effettuando attività di lobby per i propri interessi. A tale proposito, la FMH dipende dal sostegno delle associazioni mediche aderenti. Qualora anche il Consiglio degli Stati approvi questa mozione, il Consiglio federale verrà incaricato di introdurre la libertà contrattuale a partire da una determinata densità di medici, proponendo al Parlamento le necessarie modifiche legislative. La FMH ha presentato al Consiglio federale la propria presa di posizione in merito alle principali procedure di consultazione **Centro per la qualità nell'assicurazione malattie obbligatoria e Gestione strategica del settore ambulatoriale**. La FMH è stata anche invitata alle **audizioni sulla Legge sugli agenti terapeutici (CSSS-CS) e sulla cartella clinica elettronica (CSSS-CN)**. Sono stati inoltre svolti due eventi per i parlamentari sull'**interprofessionalità e sulla libertà contrattuale, nonché sulla LPMed (test linguistico)**.

Un sondaggio di Robert J. Blendo sul tema «Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in international Perspective», pubblicato sul NEJM il 23 ottobre 2014, attesta che il corpo medico svizzero gode del massimo livello di fiducia tra i 29 Paesi industrializzati oggetto dello studio. Non è certo qualcosa di scontato. Oggi i medici si trovano confrontati con un controllo amministrativo e una cultura del sospetto da parte degli assicuratori, che hanno un effetto demotivante. È necessaria invece una collaborazione basata sulla fiducia e sulla comprensione reciproca con tutti i gruppi di aventi diritto del settore sanitario. Il corpo medico si trova sempre più di fronte a una missione impossibile in considerazione delle vaste promesse di prestazioni delle casse malati a fronte della contemporanea necessità di risparmiare. Non è possibile fare ciò che è impossibile. I medici vogliono contribuire a garantire un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo, ma non sarà possibile farlo senza conseguenze dal lato dei costi. Oggi viene creata un'autorità che ammini-



stra la qualità medica. Il corpo medico è contrario a questa intenzione. Esso chiede sostegno nel produrre la qualità e nel tentativo di migliorarla. A tale scopo è necessario un ufficio federale che abbia competenza medica nello svolgimento dei compiti direttivi.

In questa sede il presidente ringrazia tutti i colleghi e le colleghe per il loro lavoro quotidiano per il bene dei pazienti.

## 2. Modifiche al regolamento d'esecuzione e al Codice deontologico

### 2.1 Modifiche al regolamento d'esecuzione

#### «Traduzioni nell'Assemblea dei delegati»

##### Modifica art. 18, cpv. 2 e art. 19, cpv. 2

L'Assemblea dei delegati desidera una traduzione di singole rubriche sul modulo per le circolari e un servizio di interpretariato durante le riunioni. *Hanspeter Kuhn/FMH* spiega la situazione di partenza e la proposta. Un'approvazione avrebbe come conseguenza una modifica del regolamento d'esecuzione.

#### Proposta:

##### revisione dell'art. 18, cpv. 2 RE

«Le proposte di inserimento di una questione nell'ordine del giorno vengono presentate tramite circolare all'attenzione del Segretariato generale. Esse devono contenere tra l'altro un'esposizione dei fatti, una descrizione del problema e una proposta di decisione. Le rubriche «Riassunto» e «Decisione» del modulo per le circolari, ~~non~~ vengono tradotte da parte del Segretariato generale nel caso la proposta pervenga fino a due settimane prima dell'invio dell'invito e da parte dell'autore della circolare nel caso pervengano successivamente.

##### Revisione dell'art. 19, cpv. 2 RE

I dibattiti dell'Assemblea dei delegati non sono pubblici. ~~Non~~ vengono tradotti ~~in simultanea~~ verbalmente.

#### Decisione:

la proposta viene approvata senza voti contrari e con 1 astensione.

### 2.2 Integrazione del Codice deontologico della FMH

#### 2.2.1 Inserimento delle direttive ASSM «Distinzione tra terapia standard e terapia sperimentale nel singolo caso»

Nel maggio 2014 l'ASSM ha deliberato le nuove direttive e raccomandazioni medico-etiche «Distinzione tra terapia standard e terapia sperimentale nel singolo caso». *Hanspeter Kuhn/FMH* constata che la Legge sulla ricerca umana regola solo la ricerca sistematica. Nella legge non viene invece giustamente regolata la terapia sperimentale nel singolo caso. La direttiva dell'ASSM colma la lacuna lasciata volutamente aperta dal legislatore attraverso un'autoregolamentazione delle istituzioni mediche. Si tratta della seguente integrazione del Codice deontologico della FMH.

#### Art. 18 delle direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

*Riguardo alla [...] distinzione tra terapia standard e terapia sperimentale nel singolo caso valgono le direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche [...]*

*Beat Gafner/BE* non riesce a spiegarsi perché l'ASSM non abbia preso in considerazione la presa di posizione presentata dalla Società medica del canton Berna nell'ambito della procedura di consultazione con riferimento alla consultazione preventiva con parenti stretti e persone di riferimento. *Gafner* chiede inoltre se il suddetto principio di consultazione in merito alla regolamentazione dei costi per le terapie sperimentali è stato valutato in modo realistico.

*Hanspeter Kuhn/FMH* ritiene che relativamente al primo punto sia necessario informarsi presso l'ASSM. Per quanto concerne la regolamentazione dei costi invece, presso il Tribunale federale vige la prassi costante di applicare per i trattamenti stazionari il principio di equivalenza dei costi. Nel campo della medicina ambulatoriale invece non è nota alcuna decisione del Tribunale federale a sostegno di tale atteggiamento. La domanda è in che modo il corpo medico debba gestire la questione. Secondo il punto di vista del corpo medico sarebbe un segnale utile se la Camera medica approvasse questa direttiva, dal momento che il Parlamento ha prospettato regolamentazioni private.

*Jürg Nadig/SSOM* fa notare ai colleghi e alle colleghe che con questa regolamentazione il paziente deve dare il proprio assenso per ogni utilizzo off-label. Secondo lui lo schema esplicativo sarebbe fuorviante, dal momento che non corrisponde al testo. Nella tabella è indicato che, in caso di utilizzo off-label, vengono assunti solo i costi dei medicinali. Questo non è tuttavia il campo oggetto di discussione. *Nadig* avanza la proposta di discutere nuovamente la direttiva con l'ASSM, rinviando la questione alla prossima Camera medica.

#### Proposta Jürg Nadig:

le questioni in sospeso relative alla direttiva devono essere nuovamente discusse con l'ASSM. La questione viene rinviata a una prossima Camera medica.

#### Decisione:

la proposta viene approvata con 125 voti favorevoli, 10 voti contrari e 17 astensioni.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* prega le due persone che hanno parlato di fargli pervenire le rispettive proposte per le trattative con l'ASSM.

#### 2.2.2 Nuovo art. 22bis «Trattamento paritario riguardo alla pubblicità»

Nel maggio 2014, l'Assemblea dei delegati ha discusso della situazione del diritto di farsi pubblicità per i medici nel contesto attuale. *Hanspeter Kuhn/FMH* informa in merito ai risultati del gruppo di lavoro insediato dall'Assemblea dei delegati, il quale consiglia,

per un'integrazione del Codice deontologico, di concentrarsi sulla questione del trattamento paritario della pubblicità dei medici e di altri operatori (ospedali, assicuratori) della regione. L'obiettivo non è un allentamento delle regole deontologiche della FMH, bensì un invito alle autorità a porre dei limiti agli operatori non soggetti al Codice deontologico.

Anja Zyska/ASMAC desidera sapere che cosa cambierebbe, con l'approvazione di questa direttiva, nell'attuale prassi pubblicitaria degli ospedali e degli istituti di cura. Questi ultimi potranno poi fare pubblicità indicando che il medico tal dei tali offre questo e quest'altro?

Hanspeter Kuhn/FMH constata che la questione della pubblicità è regolata nella legge cantonale sugli ospedali. Non esiste pertanto una regolamentazione uniforme per tutta la Svizzera. Il corpo medico può regolamentare la pubblicità dei propri membri nel Codice deontologico. La regolamentazione non vale per coloro che non desiderano aderire alla FMH. Gli ospedali invece sono soggetti esclusivamente alla sorveglianza dei direttori sanitari cantonali. Qui si tratta del fatto che il corpo medico regionale può organizzare le proprie attività pubblicitarie secondo la regolamentazione e la prassi cantonale, affinché i medici praticanti non siano svantaggiati nella concorrenza con altri operatori.

Alla domanda di Ricardo Torriani/ZH, se allora possa fare ciò che vuole, Hanspeter Kuhn/FMH risponde che «de facto» la Commissione di deontologia del canton Zurigo gli permetterà di fare tutto ciò che al momento è consentito per gli ospedali. Tutto ciò che gli altri possono fare senza ostacoli, lo potrà fare anche lui.

Hans Ulrich Iselin/AG la ritiene una soluzione insoddisfacente. Secondo Iselin, se le regole deontologiche vengono mantenute severe quanto lo sono state fino ad ora, questa proposta non porta alcun vantaggio. Le regole deontologiche dovrebbero essere adeguate in modo tale che i medici che praticano privatamente abbiano le stesse possibilità di fare pubblicità delle grandi istituzioni.

Hanspeter Kuhn/FMH comprende la presa di posizione a favore di una maggiore liberalizzazione, ma si tratta di una decisione politica e non giuridica. Il corpo medico deve riflettere autonomamente su quale sia la strada giusta per il futuro. Il gruppo di lavoro ha considerato la regolamentazione proposta come questione fondamentale.

Secondo Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera questa regolamentazione invita i regolatori a porre limiti più severi anche per gli ospedali. Müller dubita tuttavia che i regolatori comprendano questo chiaro invito e teme che da questa regolamentazione nasca il caos.

#### **Proposta di integrazione del Codice deontologico della FMH:**

##### **art. 22b (nuovo) Trattamento paritario a livello regionale rispetto agli ospedali e alle altre istituzioni sanitarie**

Nell'attuazione degli artt. 19, 20 e 22, nonché degli allegati 2 e 3 al Codice deontologico (FMH «Direttive per l'informazione e la pubblicità» e «Direttive concernenti l'attività mediatica del medico»), la Commissione di deontologia garantisce il trattamento paritario dei medici rispetto agli ospedali e alle altre istituzioni sanitarie della stessa regione attraverso la presa in considerazione della prassi delle autorità di sorveglianza cantonali e federali relativamente alla pubblicità delle suddette istituzioni risp. alla pubblicità di terzi.

#### **Decisione:**

**la proposta viene approvata con 124 voti favorevoli, 17 voti contrari e 9 astensioni.**

### **3. Gettoni di presenza e rimborsi spese per gli organi della FMH e le commissioni**

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH spiega che la regolamentazione applicata fino ad ora è in parte lacunosa, poco trasparente e difficilmente comprensibile. Essa comporta inoltre disparità di trattamento e un rischio fiscale latente. Nel corso dell'ultima revisione la cassa di compensazione ne ha richiesto la modifica. Il Comitato centrale ha elaborato diverse varianti che sono state discusse in modo approfondito in occasione delle sedute del 22 maggio 2014 e del 25 giugno 2014. Al posto degli attuali indennizzi per la giornata intera o per mezza giornata, è previsto che venga introdotto per tutti gli organi e le commissioni un indennizzo sulla base di una tariffa oraria di CHF 170. L'Assemblea dei delegati ha elaborato un'ulteriore proposta, in cui preferisce la variante con un indennizzo dei delegati alla Camera medica da parte delle società deleganti, le quali ne definiscono autonomamente l'ammontare. L'Assemblea dei delegati ha approvato sia la proposta del Comitato centrale che la propria, decidendo all'unanimità di sottoporre alla Camera medica entrambe le varianti. L'indennità per i membri della CdG dovrebbe essere mantenuta.



Il Comitato centrale e la segretaria generale seguono la discussione nel quadro della riunione plenaria.



*Ricardo Torriani/ZH*, per motivi strategici, si dice favorevole a una tariffa unitaria di CHF 170– per tutti. Anche in futuro sarà necessario avere membri della Camera medica che garantiscono il massimo impegno. Risparmiare sarebbe un cattivo investimento per il futuro.

*Peter Wiedersheim/SG*, Presidente dell'Assemblea dei delegati argomenta che la proposta di accollare i costi alle società deleganti proviene dai cantoni. Il Comitato centrale preferisce un indennizzo unitario. Dato che le società deleganti dispongono già di tutti i dati, la proposta del Comitato centrale comporterebbe un ulteriore impegno amministrativo per la FMH. L'Assemblea dei delegati con la propria proposta punta invece a risparmiare ulteriori costi amministrativi. L'obiettivo è sgravare il budget e non gravarlo ulteriormente.

*Daniel Schröpfer/ASMAC* spiega che la CdG ha criticato l'attuale regolamentazione dei rimborsi spese, dal momento che li giudica costi salariali occulti. L'ASMAC è a favore di un indennizzo da parte delle società mediche specialistiche deleganti. L'ASMAC è inoltre favorevole a una tariffa oraria unitaria anche se si può discutere sul fatto che una tariffa di CHF 170– sia o meno equilibrata.

*Monique Lekhy Hagen/VS* accoglie positivamente la proposta che le società deleganti si accollino i costi. Tuttavia, per sgravare efficacemente il budget della FMH, anche i delegati all'Assemblea dei delegati dovrebbero essere indennizzati dalle società deleganti. Tale regolamentazione contribuirebbe inoltre a migliorare il flusso di informazioni all'interno delle società mediche specialistiche. *Lekhy Hagen* presenta la relativa proposta,

*Vincenzo Liguori/TI* sostiene tale proposta per motivi di trasparenza e sgravio del budget. Per quanto concerne la tariffa oraria di CHF 170, *Liguori* è dell'opinione che non vada confrontata con la TARMED, perché le ore di lavoro in un organo non sono equiparabili a quelle dell'attività quotidiana in studio.

*Ralph Litchel/ASMAC* auspica un preciso riepilogo dei costi di entrambe le varianti «Indennizzo unitario con i delegati alla Camera medica» e «Indennizzo unitario senza i delegati alla Camera medica».

*Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH* spiega che la proposta del Comitato centrale con una tariffa unitaria comprensiva dei delegati alla Camera medica, comporta un aumento delle spese di CHF 360000. La proposta dell'Assemblea dei delegati con una tariffa unitaria senza i delegati alla Camera medica, corrisponde invece a una riduzione delle spese di CHF 40000.

*Franziska Zogg/ZG* precisa che l'indennizzo orario all'Assemblea dei delegati di CHF 170 è comprensivo anche della preparazione della riunione. L'ASSEMBLEA DEI DELEGATI è per la FMH un organo consultivo e orientativo e ha un compito diverso rispetto alla Camera medica. In quanto organo consultivo della FMH, l'Assemblea dei delegati deve essere anche pagata dalla FMH.

*Pierre Vallon/FMPP* si allinea a questa presa di posizione. I delegati all'Assemblea dei delegati vengono dominati dalle associazioni mantello e investono nell'assemblea un'intera giornata per sei volte all'anno. *Vallon* raccomanda di respingere la proposta della signora *Lekhy Hagen*.

#### **Proposta Lekhy Hagen:**

*la votazione riguardo all'indennizzo dei delegati all'Assemblea dei delegati viene rinviata alla prossima Camera medica. Dovrà essere sottoposta a votazione una terza variante e cioè che anche i delegati all'Assemblea dei delegati vengano indennizzati dalle società deleganti.*

#### **Decisione:**

*la proposta di respingimento viene respinta con 5 voti favorevoli, 140 voti contrari e 5 astensioni.*

Dopo il respingimento della proposta *Lekhy Hagen* si vota sulle altre proposte del Comitato centrale e dell'Assemblea dei delegati.

#### **Proposta del Comitato centrale: tariffa oraria unitaria con i delegati alla Camera medica:**

*introduzione di nuovi gettoni di presenza e rimborsi spese per tutti gli organi e le commissioni della FMH con una tariffa oraria unitaria di CHF 170– a partire dal 1° gennaio 2015.*

#### **Proposta dell'Assemblea dei delegati: tariffa oraria unitaria senza i delegati alla Camera medica:**

*introduzione dei nuovi gettoni di presenza e rimborsi spese senza i delegati alla Camera medica. L'indennizzo dei delegati alla Camera medica viene regolato dalla società delegante, la quale determina l'ammontare dell'indennizzo.*

#### **Decisione:**

*la proposta dell'Assemblea dei delegati ottiene 134 voti, quella del Comitato centrale 24, 4 sono le astensioni. La proposta dell'Assemblea dei delegati viene quindi approvata con 134 voti favorevoli e 24 voti contrari. L'indennizzo dei delegati alla Camera medica sarà in futuro a carico della società delegante, la quale ne determinerà l'ammontare. L'indennità a favore dei membri della commissione di gestione dovrà essere mantenuta.*

#### **4. Istituto per l'informatica nello studio medico**

- Rapporto annuale intermedio del Comitato centrale concernente il contratto di prestazioni tra FMH e IPI.
- Prolungamento del sostegno finanziario e del contratto di prestazioni FMH-IPI.

*Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH* presenta il rapporto annuale intermedio del Comitato centrale concernente il contratto di prestazioni tra

FMH e IPI. *Bütikofer* ricorda che l'Assemblea dei delegati nel maggio 2013 ha proposto la collaborazione tra FMH e IPI, approvando la variante con inizio su base di un mandato e valutazione di una futura integrazione dell'IPI nel dipartimento eHealth. All'Assemblea dei delegati del giugno 2013, il gruppo di lavoro eHealth ha presentato un piano di mandato e finanziamento e consigliato tre progetti per iniziare. All'Assemblea dei delegati del settembre 2013, l'IPI ha richiesto il trasferimento dell'intero mandato e del finanziamento tramite un contributo straordinario di CHF 30. Nell'ottobre 2013 la Camera medica ha approvato tale contributo straordinario.

Il contratto di prestazioni 2014 con l'IPI è stato sottoscritto nel febbraio 2014. Oltre a 17 progetti, nel contratto è stato anche definito il modello di un piano di business e finanziario per il 2014 e gli anni successivi dal 2015 al 2017. I risultati del progetto dovrebbero essere misurati sulla base di una *Balanced Score Card*. Per il monitoraggio e l'accompagnamento degli obblighi è stata insediata una commissione direttiva con una composizione paritaria (3 FMH, 3 IPI). Nel 2014 la commissione si è riunita quattro volte.

Il presente rapporto annuale intermedio è stato approvato dal Comitato centrale nell'agosto 2014 e dall'Assemblea dei delegati nel settembre 2014. Secondo il rapporto, l'esercizio 2014 è servito tra l'altro alla creazione della segreteria, nonché all'elaborazione dell'organizzazione strutturale e procedurale dell'IPI. Con l'assunzione del direttore dal 1° marzo 2014, secondo quanto afferma l'IPI è stato possibile dare il via a tutti i progetti e lavori basilari per lo sviluppo. Il tempo inaspettatamente lungo che si è reso necessario per la creazione della segreteria ha causato ritardi nei progetti e nei servizi. Dallo svolgimento dei lavori sui progetti fino ad ora è possibile dedurre che il numero di progetti stabilito dall'IPI era eccessivamente ambizioso. Considerando la problematica delle risorse e dei meccanismi di controllo dei progetti non attuati, sussiste il rischio che non sia possibile adempiere pienamente al contratto di prestazioni che la Camera medica ha stipulato sulla base di un mandato. I progetti non portati a termine dovrebbero essere riportati al 2015 e dovrebbe essere chiesto il rimborso degli aiuti finanziari (pagamenti anticipati). Deve essere ancora fornita la prova dell'impiego dei mezzi ai fini del pagamento definitivo. Il budget di progetto non può essere riportato nell'anno successivo.

*Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH* sottolinea la buona collaborazione tra l'IPI e la FMH attraverso la commissione direttiva con il dipartimento eHealth e il gruppo di lavoro eHealth, nonché il grande impegno del direttore Christian Peier. Il Comitato centrale consiglia di prorogare il sostegno economico per il 2015 dopo la firma dell'integrazione al contratto di prestazioni e ai relativi allegati.

*Beat Gafner/BE* non ha mai visto fino ad ora un contratto di prestazioni così stringente. La pista di de-

collo per l'IPI deve essere sicuramente corretta, ma ora l'aereo sta decollando. Il fabbisogno è dimostrato e sarebbe sbagliato non prorogare il contratto di prestazioni.

*Daniel Schröpfer/ASMAC* trova buona l'idea dell'IPI. Dopo quanto esposto oggi e la relazione dell'IPI all'attenzione dell'Assemblea dei delegati del settembre 2014, l'ASMAC ha dei dubbi su una nuova approvazione del contratto di prestazioni. L'ASMAC è contrario al suo prolungamento.

*Gerhard Schilling/Presidente dell'IPI* chiede di dare la parola a Christian Peier, direttore dell'IPI.

*Christian Peier/Direttore dell'IPI* ringrazia per l'opportunità di esporre il proprio punto di vista. Da quanto è entrato in carica nel marzo 2014 ha preso in mano la lista dei progetti e provveduto a una ristrutturazione dell'IPI. *Peier* presenta un riepilogo dei progetti e dei risultati già raggiunti e si dice convinto di poter portare a termine altre tappe entro la fine del 2014. La collaborazione all'interno dell'industria è molto apprezzata. Con diversi partner è stato possibile nel frattempo stipulare anche un accordo in merito a uno standard comune concernente la migrabilità. L'esigenza esiste e attualmente non c'è un'alternativa. *Peier* per ora la richiama di sostegno.

*Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera* fa notare che sta arrivando la cartella clinica elettronica, che ad oggi mancano i fondamenti e i programmi interconnettibili che ne rendano possibile un'attuazione nella pratica. È necessaria una posizione unitaria per imporsi contro l'industria del software. L'IPI ha iniziato l'attività operativa sette mesi fa ed è in linea con le previsioni. È probabile che entro la fine del 2014 possano essere raggiunti altri risultati. La proroga del mandato e l'autorizzazione del contributo straordinario sono indispensabili. In caso di rifiuto, le macerie e il prezzo sarebbero di entità ben superiore e getterebbero il corpo medico indietro di anni. *Müller* si appella alla Camera medica affinché il mandato venga prorogato.

*Gerhard Schilling/Presidente dell'IPI* constata che fino ad oggi il corpo medico non si è praticamente mai occupato della complessa materia dell'eHealth e dell'informatica, nonché delle relative esigenze. Le leggi emanate non sono né adatte agli studi medici, né applicabili. Il problema della migrabilità è assolutamente fondamentale. Il passaggio alla documentazione elettronica costa tra 50000 e 100000 franchi. A fronte di tale investimento è incerto se la ditta due anni dopo esisterà ancora. L'IPI è riconosciuto sia a livello politico che dall'industria. La collaborazione con aziende rinomate funziona ed è estremamente importante che il corpo medico sia un partner affidabile.

*Anja Zyska/ASMAC* afferma che l'ASMAC non è contraria all'IPI per carenze a livello direttivo. L'ASMAC sostiene l'idea di portare avanti i progetti, ma ritiene che non dovrebbero essere affidati all'IPI, bensì al dipartimento eHealth.





Il presidente, Jürg Schlup, informa sulle importanti attività di politica sanitaria della FMH.

*Sonja Trüstedt/ASMAC* concorda con chi ha parlato prima di lei. Già la fase preparatoria ha causato dei problemi. Ci sono ancora grandi ostacoli da superare e non si sa con certezza come sarà possibile superarli. Un rifiuto di proseguire su questa strada può far retrocedere la FMH ma spesso è meglio cambiare strada per tempo e arrivare un po' più tardi.

*Philippe Vuillemin/VD* avrebbe dato il proprio assenso a una proroga di un anno, soprattutto essendo conscio del fatto che il termine precedentemente fissato per il completamento delle varie fasi era troppo breve. Tuttavia, sulla base dei risultati presentati, si vede costretto a votare già quest'anno contro la proposta del Comitato centrale. Ora si tratta di un contributo speciale ricorrente. L'anno prossimo sarà ancora più difficile. Il contributo speciale viene pagato da tutti i membri e per questo dovrebbe esserci sempre la possibilità di cancellarlo se i membri non sono soddisfatti del risultato ottenuto.

*Christian Bernath/SSPP* è arrabbiato per il fatto che la Camera medica deve semplicemente credere a molte cose che l'IPI espone verbalmente. Non capisce perché il management non abbia apportato correzioni alle tappe del progetto. Non può verificare i risultati esposti dal direttore dell'IPI nel riepilogo dei progetti e non gli resta altro che credergli.

*Pierre-Alain Schneider/GE* desidera sapere qual è la visione per il futuro. Oggi si parla di una start-up e non più dell'integrazione nella FMH.

*Christian Peier/Direttore dell'IPI* spiega che il business plan prevede che l'integrazione dell'IPI nella FMH venga preparata nei prossimi due anni.

*Jürg Nadig/SSOM* trova che l'IPI sia di fondamentale importanza per i medici. Nel caso la proposta del Comitato centrale venga respinta, *Nadig* propone come alternativa di anticipare di un anno l'integrazione dell'IPI nella FMH. Su tale proposta si voterà, qualora quella del Comitato centrale venga respinta.

*Josef Widler/ZH* si appella alla Camera medica affinché approvi la proposta del Comitato centrale, perché al momento non esiste un'alternativa. Secondo *Widler*, i medici praticanti, rispetto a quelli degli ospedali, hanno bisogno che il progetto avanzi.

*Urs Stoffel/Comitato centrale della FMH* spiega che

il dipartimento eHealth ha seguito e sostenuto questo progetto fin dall'inizio. La collaborazione con il direttore dell'IPI è stretta e quest'ultimo è ben integrato nel gruppo di lavoro eHealth. Dal punto di vista del dipartimento, il compito è eccezionalmente importante. Il corpo medico deve prendere sul serio anche in futuro i temi che l'IPI tratta e dare il proprio contributo. Non è possibile che oggi venga messa una pietra sopra all'IPI senza una qualsiasi alternativa.

*Hans-Jakob Riedtmann/ZH* è dell'opinione che i contributi speciali che vengono costantemente richiesti debbano essere conteggiati nella quota sociale di base. Ormai non è più possibile sostenere l'applicazione di contributi speciali nei confronti dei membri.

*Hanspeter Kuhn/FMH* ricorda la definizione di contributo straordinario nell'art. 11 dello statuto della FMH: «Tenendo conto del principio di chi genera i costi, la FMH e le società mediche cantonali stabiliscono le seguenti quote sociali: – la quota sociale annuale di base; – eventuali contributi speciali per determinati gruppi di membri o per determinati progetti. L'ammontare della quota sociale di base dipende dalla posizione professionale del membro.»

*Daniel Schröpfer/ASMAC* fa notare che già due o tre anni fa si è discusso in merito all'integrazione dell'IPI nel dipartimento eHealth. Allora il dipartimento aveva elaborato delle proposte, ma a quel momento l'integrazione nella FMH non era gradita. Nel frattempo l'IPI ha ormai più di dieci anni.

Secondo *Vincenzo Liguori/TI* il dibattito odierno ricorda quelli del 2009 in merito all'introduzione della HPC. Allora la FMH aveva investito 6 mln. e ancora oggi si trova ad affrontare molti ostacoli. Tutti sono favorevoli a miglioramenti del sistema ma la FMH dovrebbe imparare dagli errori del passato.

*Jana Siroka/ASMAC* avanza la proposta che, in caso di approvazione del contributo speciale di CHF 30–, la responsabilità venga trasferita al dipartimento eHealth. La decisione in merito all'integrazione non deve più essere presa dall'IPI, bensì dal dipartimento eHealth.

Le proposte *Nadig* e *Siroka* richiedono che prima si voti sulla proposta del Comitato centrale:

#### **Proposta del Comitato centrale:**

**la Camera medica prende atto del rapporto annuale intermedio del Comitato centrale e proroga il contratto di prestazioni tra la FMH e l'IPI unicamente per un anno.**

#### **Decisione:**

**la proposta viene approvata con 88 voti favorevoli, 65 voti contrari e 4 astensioni.**

Con il risultato della votazione la proposta *Nadig* diventa nulla. *Jana Siroka/ASMAC* ritira la propria proposta.

### 5. Relazione dell'ospite

Jürg Schlup/Presidente della FMH dà il benvenuto alla Prof.ssa Nikola Biller-Andorno, laureata in medicina e filosofia, in qualità di relatrice ospite. Dal 2005 è professoressa ordinaria e dal 2007 dirige l'Istituto di etica biomedica dell'Università di Zurigo.

Nella sua relazione «**Benessere dei pazienti ed aspetti economici – I medici come servitori di due padroni**», la Prof. Biller-Andorno affronta la tematica del contrasto tra benessere dei pazienti ed aspetti economici. In Svizzera, che ha la seconda aspettativa di vita a livello mondiale, dove l'87% della popolazione svizzera definisce il proprio stato di salute almeno buono e la maggioranza è soddisfatta del sistema sanitario, i costi costituiscono l'unico rospo da mandare giù. È giustissimo affermare che la questione della capacità di finanziamento o «di quale sia un rapporto costi-benefici adeguato» non è definibile in modo oggettivo, come Jürg Schlup ha recentemente affermato sul Bollettino dei medici svizzeri. Il budget sanitario della Svizzera non è inciso nel bronzo e ci scontriamo sempre più spesso con il limite della disponibilità a spendere di più per la salute. La valutazione degli aspetti economici in medicina è auspicabile per garantire la sostenibilità del sistema sanitario, ma non deve diventare una minaccia per un buon livello delle cure mediche.

A questo contrasto tra aspetti medici ed economici è dedicato il documento programmatico recentemente pubblicato dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), il quale descrive gli ambiti problematici che si verificano nella prassi clinica quotidiana a seguito della crescente economizzazione ([www.samw.ch/fr/Publications/Feuilles-de-route](http://www.samw.ch/fr/Publications/Feuilles-de-route)). Ciò che nel documento è riassunto in una lista di sette punti, nella pratica è in realtà un intreccio di diverse problematiche che nel documento programmatico abbiamo cercato di evidenziare a seconda della realtà clinica. Esse dimostrano in che modo i processi per il miglioramento dell'efficienza e la prevenzione dei conflitti di interesse possono ripercuotersi sotto forma di diminuzione del livello qualitativo e di un'assistenza eccessiva o insufficiente, minando il modello assistenziale e favorendo la de-professionalizzazione.

La percezione del corpo medico può fungere da preavviso del fatto che i meccanismi per incrementare l'efficienza hanno effetti svantaggiosi. Dato che l'obiettivo principale dell'introduzione dei DRG era la limitazione dei costi attraverso incentivi economici a fronte di offerte di prestazioni complete e di alto livello qualitativo, vale la pena qui di dare un'occhiata più da vicino. Nonostante l'esperienza che il temuto «bagno di sangue» sul fronte dei licenziamenti non c'è stato, potrebbe sicuramente essere che i sistemi di incentivi come i DRG comportino leggere perdite in termini di qualità, le quali però finiscono per interessare il nucleo dell'assistenza medica.

Nello studio svolto nell'ambito del programma Sinergia del Fondo nazionale «Assessing the Impact

of DRGs on Patient Care and Professional Practice» (IDoC) è stato chiesto a medici ospedalieri di tutta la Svizzera, in che modo il loro lavoro quotidiano è cambiato a seguito dell'introduzione degli importi forfetari per caso. Lo studio, i cui risultati saranno presto pubblicati su *Swiss Medical Weekly*, mostra determinate rinunce in termini di qualità, uno spostamento verso le attività amministrative e conflitti di interesse causati dalla pressione dal lato economico. Una piccola ma significativa quota di colleghi percepisce attualmente la pressione di dover agire in modo economico e di doversi orientare primariamente secondo gli aspetti economici invece che secondo il benessere del paziente. I partecipanti hanno rilevato prevalentemente cambiamenti in negativo. La risposta che la maggioranza dà alla questione se sia possibile attuare nell'attività clinica quotidiana i principi fondamentali degli standard medico-etici è «sono attuabili solo con delle limitazioni».

Nonostante tali conseguenze dei sistemi di incentivi come i DRG, non è possibile rinunciarvi. È tuttavia necessario aumentare la consapevolezza delle conseguenze dei sistemi di incentivi, che sono concepiti come sistemi autoapprendenti, il che comporta che gli effetti negativi vengano individuati il più presto possibile.

Una chiave per impedire le conseguenze negative di un'errata economia consiste secondo la Prof.ssa Biller-Andorno nel modello «Triple Aim», sviluppato dall'Institute of Healthcare Improvement di Boston, il quale è stato influenzato dall'evoluzione della legislazione americana con l'*Affordable Care Act*. Tale modello mostra che l'assistenza sanitaria ha sempre tre dimensioni e che l'obiettivo viene raggiunto solo se tutte e tre le dimensioni evolvono positivamente e cioè (a) l'esperienza individuale del paziente durante l'assistenza, ma anche (b) il miglioramento dello stato di salute della popolazione e (c) la riduzione dei costi sanitari. La referente vede come passi avanti in questa direzione il maggiore coinvolgimento attivo del paziente, proprio quando si tratta, attraverso uno «shared decision making», di distinguere il massimo livello di assistenza da quello ottimale, creando una cultura che promuova un atteggiamento aperto e la riflessione clinica e consentendo così anche il miglioramento delle strutture di remunerazione e incentivazione. Ulteriori passi avanti sarebbero la presa in considerazione della cultura dell'etica nei processi di certificazione esistenti, nonché la valutazione e rilevazione mirata di dati (ricerca sull'assistenza, monitoraggio, esperienze dei pazienti).

Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera chiede se in Svizzera esistano studi equiparabili o dati della prassi quotidiana negli studi.

Nikola Biller-Andorno risponde di no. Si tratta tuttavia di un progetto cui sarebbe lieta di dedicarsi nel prossimo futuro.

Ricardo Torriani/ZH cita l'esempio di un ospedale centrale, il quale esegue operazioni di cataratta solo





Dialogo tra i delegati della Camera medica ...



... e il Comitato centrale della FMH.

sotto narcosi perché così i pazienti sono più soddisfatti. I costi tuttavia sono nettamente superiori.

Secondo *Nikola Biller-Andorno* si tratta di un dilemma fondamentale e di una sfida primaria a svolgere un lavoro di informazione ancora maggiore. Lo si può fare nel colloquio individuale tra medico e paziente, indicando le opzioni di trattamento, i rischi e i relativi costi. Da un lato può esserci in quel caso il rischio dell'anestesia totale e dall'altro anche i costi più elevati. Nella questione di un'assistenza ottimale e del rapporto costi-benefici è necessario un approccio diverso rispetto a quello odierno.

A *Marianna Bodenmann/ZH* interessa sapere se c'è una differenza tra uomini e donne medico, in che modo vivono la medicina e se c'è una differenza nel modo in cui trattano i pazienti. I medicinali vengono testati principalmente solo sugli uomini e poi utilizzati per le donne anziane.

*Nikola Biller-Andorno* spiega che nel suo studio non è stata constatata alcuna differenza tra i sessi. Non sono state rilevate differenze significative nemmeno nelle discipline principali. Tuttavia, se lo studio deve essere focalizzato esplicitamente sulle differenze tra i sessi, per ottenere risultati più significativi è necessario strutturarlo in modo diverso.

*Anja Zyska/ASMAC* chiede se sia stato svolto uno studio simile sugli aspetti economici e sui costi della medicina e la qualità prima dell'introduzione dei DRG e se esistano paragoni sul modo in cui la situazione è cambiata.

*Nikola Biller-Andorno* non conosce nessuno studio che abbia posto domande simili in tale modo empirico. Poco prima dell'introduzione dei DRG, cioè più o meno all'ora zero, è stato svolto un sondaggio simile, la cui valutazione è ancora in corso.

*Brigitte Muff/AG* vuole sapere se esistono indizi del fatto che i medici nelle cliniche vengono sempre più amministrati e che la partecipazione a livello direttivo sia diminuita e se il management oggi è composto in modo diverso rispetto a pochi anni fa.

*Nikola Biller-Andorno* spiega che alla domanda «Mi è capitato, a seguito della pressione del management, di curare un paziente in modo diverso da quello che avrei voluto?» alcuni hanno risposto di percepire atti-

vamente tale pressione da parte del management. Una limitazione è stata percepita anche nelle risposte a un'altra domanda: «Potete comportarvi secondo i principi medici?» Secondo *Nikola Biller-Andorno* sarebbe importante osservare nel proprio ospedale se il corpo medico e anche quello infermieristico percepiscono la pressione da parte del management. Nello studio non è stata invece data importanza a una differente composizione del management. La questione della ponderazione – clinica versus aspetti economici – è naturalmente una tematica molto attuale.

Jürg Schlup ringrazia cordialmente la Prof.ssa Biller-Andorno per essere venuta e per l'ottima e interessante relazione. Schlup rinvia al rapporto McKinsey «Management in Healthcare dal 2010», nel quale si tratta degli ospedali meglio gestiti. Una delle raccomandazioni in esso contenute «Encourage more movement of clinical staff into management» mostra una nuova tendenza nel mondo anglosassone, secondo la quale sono necessari più medici e infermieri nella direzione dell'ospedale.

*Pierre-François Cuénoud/Comitato centrale* coglie l'occasione per informare che il gfs.bern, su incarico della FMH, svolge annualmente un sondaggio rappresentativo tra il corpo medico sugli effetti del nuovo finanziamento degli ospedali in generale, nonché in particolare sull'introduzione della SwissDRG. È stato analizzato ad esempio lo sviluppo dell'impegno amministrativo, della libertà di trattamento ecc. [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Tariffe ospedaliere → Ricerca concomitante → Evoluzione delle condizioni quadro per i medici.

In questa sede il presidente ringrazia tutti i collaboratori e le collaboratrici della FMH per il loro lavoro alla Camera medica. Grazie a loro è possibile svolgere questo evento in modo mirato ed efficiente.

## 6. Budget 2015 di ISFM, CdG e FMH

### 6.1 Budget ISFM per il 2015

*Werner Bauer/Presidente ISFM* coglie l'occasione per fare alcune osservazioni sul budget dell'ISFM e fornire informazioni su progetti attuali e tematiche fondamentali. Come già precedentemente annunciato,

quest'anno il budget ISFM chiuderà con un deficit. Negli ultimi anni i ricavi sono stati elevati per via del crescente numero di persone che hanno conseguito il diploma, ma ora la situazione è cambiata. L'obiettivo dell'ISFM non è accumulare denaro, bensì utilizzare il proprio patrimonio per progetti utili nel settore del perfezionamento professionale e nel supporto a chi sta svolgendo il perfezionamento professionale. L'**Award** ha permesso di premiare per il loro impegno coloro che stanno svolgendo il perfezionamento professionale. Con il progetto **Promozione del perfezionamento professionale**, tra i 62 progetti presentati, ne sono stati alla fine presi in considerazione quattro (PathoBasic, formazione nella chirurgia minimamente invasiva, RapRad – una piattaforma di apprendimento in radiologia, simulazione della respirazione artificiale con la TestChest™). Quest'anno si è svolto per la prima volta e con grande successo il **Medical Education Symposium**. Alla fine l'ISFM, insieme alla Confederazione e alla CDS, è rappresentato in un gruppo di lavoro che si occupa della **gestione del perfezionamento professionale dei medici**.

*Christoph Hänggeli/ISFM* informa in merito allo stato degli attuali progetti informatici. Nel **logbook elettronico** sono già stati inseriti 30 titoli di specializzazione federali e 11 formazioni approfondite. Gli ultimi moduli sono in fase di sviluppo ed entro il 1° luglio 2015 tutti i settori specialistici dovrebbero essere online. Quest'anno dovrebbe venire realizzato il **cockpit per la Commissione dei titoli** e l'anno prossimo quello per formatori addetti al perfezionamento professionale. Altri progetti rilevanti sono la **piattaforma per la specializzazione** e l'**inserimento dati basato sul Web per i centro di perfezionamento professionale**. Per quel che concerne la **revisione della Legge federale sulle professioni mediche**, è stato possibile fare presenti due punti importanti che erano stati presentati: da un lato il registro completo dei medici e, dall'altro, la proposta che sia richiesta la conoscenza di una lingua nazionale almeno al livello B2. Per quanto riguarda quest'ultima richiesta, la decisione del Consiglio degli Stati è ancora in sospeso.

Come già accennato, il budget dell'ISFM presenta una perdita di CHF 921 000. A fronte di ricavi rimasti costanti, i costi sono notevolmente aumentati. I motivi sono tra l'altro i costi nettamente superiori dei progetti informatici logbook elettronico e piattaforma per la specializzazione, nonché i costi per il personale. L'ISFM dispone tuttavia di riserve pari a 6 mln. di CHF, che permettono di compensare la perdita di budget e realizzare i progetti programmati.

Su richiesta del presidente non ci sono domande o richieste di prendere la parola in merito al budget dell'ISFM.

## 6.2 Budget 2015 FMH

*Emanuel Waeber/FMH* fa notare che, nonostante profonde misure volte a risparmiare, non si è riusciti a presentare alla Camera medica un budget in equilibrio. Il budget della FMH per il 2015 presenta un de-

ficit di CHF 1 004 431 rispettivamente di CHF 691 931 in caso di approvazione del contributo speciale a favore della revisione complessiva della TARMED. Unitamente a quello dell'ISFM si può supporre per l'anno prossimo una perdita di CHF 1 926 000. Il presente budget è stato stilato per la prima volta tenendo in considerazione la nuova pianificazione finanziaria a medio e lungo termine per il periodo 2016–2018. La pianificazione finanziaria ha lo scopo da un lato di garantire che i progetti a medio e lungo periodo siano soggetti a una pianificazione ottimale sull'asse temporale e dal lato dei costi, ma anche di permettere alla FMH di stabilire le relative priorità in fase di realizzazione. Negli ultimi cinque anni i ricavi sono aumentati a seguito dell'incremento delle tasse sociali ordinarie del 19,9%. Le uscite dal 2009 sono aumentate del 36,7%. I risultati della nuova pianificazione finanziaria hanno spinto il Comitato centrale ad introdurre come prima misura un freno alle spese a partire dal 2016. Tale strumento ha lo scopo di limitare le spese in modo tale che non superino più le entrate. Anche i compiti devono essere oggetto di una verifica. La costituzione di nuove commissioni con i relativi costi diretti per gli indennizzi verrà approvata solo in presenza di una proposta di progetto approvata dal Comitato centrale.

## 6.3 Budget 2015 CdG

*Emanuel Waeber/FMH* presenta il budget della CdG, che con costi totali per CHF 96 000 sarà di CHF 5 000 inferiore a quello del 2014.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* dà ai presenti la possibilità di fare domande o osservazioni. Nessun prende la parola e prima della votazione finale verranno trattate le proposte relative ai contributi speciali NAKO e IPI.

## 6.4 Contributi speciali FMH

### 6.4.1 Contributo speciale NAKO (NewIndex)

La raccolta dati dei medici praticanti contribuisce in modo determinante alla qualità dei dati del corpo medico. Le valutazioni a livello cantonale, regionale e nazionale permettono di trattare da pari a pari con gli altri stakeholder del settore sanitario, ottenendo così dei successi per il corpo medico. *Ernst Gähler/Comitato centrale* fa notare che con la competenza sussidiaria del Consiglio federale per l'intervento nella struttura tariffaria TARMED e con la prevista soluzione della Confederazione successiva alla moratoria sull'apertura degli studi medici e il passaggio ai valori cantonali del punto tariffario, è diventato ancora più importante che il corpo medico disponga di una raccolta di dati completa e di buon livello qualitativo. Senza tali dati non sarebbe possibile aggiornare i modelli di costi. La FMH ha sviluppato un proprio browser tariffario. Il contributo speciale serve soprattutto al finanziamento di base e a garantire l'infrastruttura di esercizio, permettendo così al corpo medico un accesso continuo al sistema NAKO.



*Franziska Zogg/ZG* desidera vedere i relativi flussi finanziari quando alla prossima Camera medica si tratterà nuovamente del contributo speciale NAKO.

*Ernst Gähler/Comitato centrale* assicura che il contributo speciale non confluisce in Trust Center, bensì serve esclusivamente per la preparazione dei dati e per il finanziamento di base dei lavori per NewIndex.

#### 6.4.2 Contributo speciale IPI

*Emanuel Waeber/FMH* ricorda che la Camera medica oggi ha prorogato di un ulteriore anno il contratto di prestazioni con l'IPI. Concretamente, l'IPI porterà avanti l'informatica per gli studi anche nel 2015. Per il finanziamento è previsto che venga applicato un contributo speciale annuale di CHF 30 per ogni membro della FMH delle categorie da 1 a 6.

Dato che non ci sono domande sui contributi speciali, *Jürg Schlup* dà la parola al presidente della CdG.

*Adrian Sury/Presidente della CdG* consiglia alla Camera medica di approvare il budget 2015. La CdG si è occupata intensamente della situazione del budget, proponendo relative misure per il 2016, le quali verranno discusse al successivo punto dell'ordine del giorno. *Sury* è del parere che, arrivati a questo punto, non abbia senso rifiutare il budget 2015.

Dato che nessun altro prende la parola, si passa alla votazione sul budget.

- **Budget ISFM per il 2015**  
Il budget viene approvato con 134 voti favorevoli, 12 astensioni e nessun voto contrario.
- **Budget 2015 FMH**  
Il budget viene approvato con 93 voti favorevoli, 11 voti contrari e 35 astensioni.
- **Introduzione di un freno alle spese a partire dal budget 2016: l'intero ammontare delle spese indicate nel budget della FMH (senza ISFM) non può superare le rispettive entrate (tasse sociali e ricavi dei servizi) dell'ultimo bilancio annuale approvato.**

*L'introduzione di un freno alle spese a partire dal budget 2016 viene approvata con 128 voti favorevoli, 11 voti contrari e 5 astensioni.*

- **La costituzione di nuove commissioni con i relativi costi diretti per gli indennizzi verrà approvata solo in presenza di una proposta di progetto approvata dal Comitato centrale.**  
*La proposta viene approvata con 135 voti favorevoli, 2 voti contrari e 11 astensioni.*

- **Contributo speciale NAKO**  
*La proposta di incremento di un contributo speciale vincolato a uno scopo di CHF 40- a favore del Servizio nazionale di consolidamento dei dati NAKO per le categorie di membri 1 e 2 viene approvata con 106 voti favorevoli, 1 voto contrario e 37 astensioni.*

All'intervento di *Thomas Heuberger/BE*, secondo il quale nel dibattito sul budget non c'è stato tempo per una discussione, *Konrad Schiess/SG* ribatte che chiunque, quando il presidente lo ha chiesto, avrebbe potuto porre domande o intervenire. Egli avanza la mozione d'ordine che la discussione riguardo al budget venga considerata chiusa.

- **Mozione d'ordine Konrad Schiess/SG**  
*La discussione sul budget 2015 si è svolta e viene considerata terminata. Le votazioni effettuate fino ad ora sul budget sono chiuse.*  
**Decisione:**  
*la proposta viene approvata con 100 voti favorevoli, 9 voti contrari e 13 astensioni.*

Prima di votare sul contributo speciale IPI, ci sono altre persone che chiedono la parola.

*Pierre-Alain Schneider/GE* avanza la proposta che, in caso di approvazione del contributo speciale IPI, si decida che i progetti finanziati attraverso tale contributo vengano integrati nel dipartimento eHealth.



Ogni voto conta: alla Camera medica i 200 delegati con diritto di voto rappresentano le loro organizzazioni di base e le loro organizzazioni specialistiche.

*Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera* pone una domanda per capire meglio. Il contributo speciale viene richiesto dalla FMH. Il contratto di prestazioni è tra la FMH e l'IPI e la FMH paga l'IPI secondo gli accordi per i relativi compiti e progetti. A Müller non è chiaro che cos'altro si desideri regolare a posteriori.

*Hanspeter Kuhn/FMH* intende la proposta nel senso che, in caso di approvazione della proposta il dipartimento eHealth dovrebbe decidere quali progetti verranno ora finanziati. Secondo il suo modo di vedere, si tratterebbe poi di una proposta di nuova deliberazione sulla votazione già effettuata in merito alla proroga del contratto di prestazioni, nella quale vengono approvati anche i progetti. La proposta dovrebbe essere precisata.

*Pierre-Alain Schneider/GE* mantiene la propria proposta. Per lui è importante che l'IPI venga integrato nel dipartimento eHealth e che il contributo speciale venga utilizzato a tale scopo. Dato che non conosce i dettagli del contratto di prestazioni, *Schneider* è dell'opinione che i progetti finanziati siano quelli che devono essere coordinati con il dipartimento eHealth.

*Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH* spiega che i progetti finanziati dalla FMH appartengono all'IPI e non alla FMH. La FMH finanzia un servizio che deve essere fornito.

A *Pierre-Alain Schneider/GE* la situazione continua a sembrare complessa e poco chiara. È del parere che sia estremamente importante chiarire la questione dell'integrazione dell'IPI nel dipartimento eHealth. *Schneider* ritira la propria proposta.

*Stefan Greuter/ASMAC* sostiene i progetti dell'IPI. Tuttavia ritiene che l'esternalizzazione dei compiti chiave a lungo termine costituisca un rischio. La creazione di una struttura parallela è inefficiente e molto costosa. Oggi ha preso atto del fatto che nella lista di progetti dell'IPI è prevista anche l'integrazione dell'IPI nel gruppo eHealth della FMH. Su questo punto ritiene che esista anche un potenziale di risparmio. *Greuter* sostiene la proposta di *Schneider* e la integra con l'aggiunta che il progetto «Integrazione dell'IPI nella FMH» venga trattato prioritariamente dal dipartimento eHealth nel 2015, al fine di completarne l'integrazione entro il 2016.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* ricorda che l'oggetto della discussione è il dibattito sul budget. La proposta di *Greuter* non può essere trattata in questa sede, ma pregherà il servizio legale di chiarire la situazione. *Schlup* spiega inoltre che accoglie volentieri la proposta che sottoporrà al Comitato centrale per l'ulteriore elaborazione.

*Hanspeter Kuhn/FMH* constata che la votazione sul contratto di prestazioni con l'IPI è già avvenuta. La proposta attuale riguarda l'obbligo della FMH di riconoscere all'IPI un contributo speciale. Se la proposta venisse respinta si porrebbe la questione di una nuova deliberazione sulla votazione già effettuata. La Camera medica può sempre ritornare su decisioni già prese. Qui si tratta di due questioni che non devono essere mischiate.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* chiede a *Stefan Greuter* se è d'accordo che il Comitato centrale discuta prima la proposta e presenti la relativa proposta alla prossima Camera medica.

*Stefan Greuter/ASMAC* si informa se a un contributo speciale è possibile abbinare anche delle condizioni. Se sì, desidera formulare la proposta come segue: qualora il contributo speciale IPI venga approvato, dovrà essere vincolato a due condizioni. La prima che nel 2015 il progetto «Integrazione dell'IPI nel dipartimento eHealth della FMH» dovrà essere trattato prioritariamente con l'obiettivo di portare a termine l'integrazione nel 2016. La seconda che i progressi del progetto vengano presentati alla prossima Camera medica tra sei mesi.

Dato che *Pierre-Alain Schneider/GE* ritira la propria proposta, si vota sulla proposta *ASMAC* e la proposta del Comitato centrale concernente il contributo speciale IPI.

#### **Proposta Greuter/ASMAC:**

**qualora il contributo speciale IPI venga approvato, dovrà essere vincolato a due condizioni. La prima che nel 2015 il progetto «Integrazione dell'IPI nel dipartimento eHealth della FMH» dovrà essere trattato prioritariamente con l'obiettivo di portare a termine l'integrazione nel 2016. La seconda che i progressi del progetto vengano presentati alla prossima Camera medica tra sei mesi.**

#### **Decisione:**

**la proposta viene approvata con 100 voti favorevoli e 44 voti contrari.**

#### **Proposta Contributo speciale IPI**

**La FMH conferma la proroga del sostegno finanziario a favore dell'IPI per l'intero mandato nel campo della cartella clinica elettronica e dell'informatica per gli studi medici anche per il 2015 con un contributo speciale pari a CHF 30– per ogni membro della FMH delle categorie da 1 a 6.**

#### **Decisione:**

**il contributo speciale IPI viene approvato con 91 voti favorevoli, 46 voti contrari e 7 astensioni.**

### **6.5 Misure per la stabilizzazione del budget**

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* informa che su questo punto dell'ordine del giorno sono state presentate altre quattro proposte. Il presidente prega i proponenti di presentarle. Le rispettive votazioni si svolgeranno al termine.

#### **6.5.1 Misure per la stabilizzazione del budget – Proposta CdG**

*Adrian Sury/Presidente della CDG* si mostra preoccupato per le fosche prospettive finanziarie della FMH. Già oggi il 95% dei ricavi sono destinati a uscite vincolate. In questo modo non sussiste praticamente alcun margine operativo per nuove spese urgenti. Non-



Relatrice ospite è stata la Prof.ssa Nikola Biller-Andorno, laureata in medicina e filosofia, direttrice e professoressa all'Istituto di etica biomedica dell'Università di Zurigo.

stante i grandi sforzi effettuati dal Segretariato generale per ridurre il deficit del budget 2015, esiste una grande discrepanza tra i ricavi e le uscite. La verifica delle spese da parte del Comitato centrale non ha portato alcun risultato. La FMH deve assolutamente posizionarsi anche in futuro come organizzazione importante e influente. A tale scopo servono soldi, che a fronte dell'attuale situazione finanziaria mancano. Per poter posizionare l'organizzazione nuovamente su fondamenta finanziarie solide a medio e lungo periodo, sono necessarie misure urgenti. La CdG è dell'opinione che sia l'Assemblea dei delegati che il corpo medico difficilmente saranno in grado di fornire le relative indicazioni. L'obiettivo è riportare durvolmente in equilibrio le uscite e le entrate, nonché creare un margine di manovra operativo pari al 20% delle uscite per progetti cui dare la priorità. Le misure già approvate oggi da sole non sono sufficienti. Per questo la CdG propone come ulteriore misura la costituzione di una task force, la quale abbia il compito di verificare e prioritizzare le uscite della FMH, riducendole in una misura che dovrà essere stabilita dalla Camera medica. Dal punto di vista della CdG, la task force dovrebbe essere composta da membri con competenza politica ed economica. La CdG propone la seguente composizione: Jürg Schlup/Presidente della FMH, Peter Wiedersheim/Presidente dell'Assemblea dei delegati, Adrian Sury/Presidente della CdG, Thomas Kehl/Membro della CdG, Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH e un/a moderatore/-trice. Thomas Kehl è considerato rappresentante della fmCh e, in quanto CEO di due cliniche, dispone di un'elevata competenza in campo economico. La CdG è dell'opinione che prima debbano essere priorizzate le uscite e, in una seconda fase, debbano essere valutate le proposte per incrementare i ricavi. Al termine potrà essere preso in considerazione anche l'aumento delle tasse sociali.

Sulla base di quanto sopra esposto, la CdG avanza la seguente proposta:

#### **Proposta CdG:**

**la Camera medica incarica il Comitato centrale di aumentare lo spazio di manovra operativo.**

- 1. Dopo il lavoro preparatorio di una task force, verificare e prioritizzare i compiti della FMH.**
- 2. Ridurre le uscite della FMH in una misura che dovrà essere determinata dalla Camera medica. Solo in un passo successivo si dovrà, se necessario, generare ricavi aggiuntivi ed eventualmente prendere in considerazione un aumento delle tasse sociali.**

Jean-Pierre Vuillemin/VD trova contraddittoria l'affermazione che l'Assemblea dei delegati e la Camera medica non siano in grado di fornire una valutazione. La CdG infatti chiede alla Camera medica di prendere decisioni. Da un lato, dopo le parole di Adrian Sury, si sente incompetente ma, dall'altro lato, dovrà poi con competenza prendere decisioni in quanto membro della Camera medica. Vuillemin propone quindi di ridurre prima le spese e solo in un secondo momento valutare l'aumento delle quote sociali.

Adrian Sury/Presidente della CdG non mette in dubbio la competenza dei delegati alla Camera medica. Il fatto è che i delegati alla Camera medica devono difendere interessi differenti e in parte divergenti. Dall'altro lato però la competenza in materia finanziaria spetta alla Presidente della CdG. Secondo Sury non si tratta di una contraddizione.

Beat Gafner/BE trova che la costituzione di una task force costituisca un'ottima idea e vuole sapere se la composizione presentata dalla CdG sia da considerarsi definitiva o solo una proposta.

Adrian Sury/Presidente della CdG sarebbe lieto se la composizione fosse quella indicata. In merito alla composizione oggi verrà presentata un'altra proposta, ma egli auspica che si voti sulla proposta della CdG. Naturalmente la task force può anche essere integrata con altre persone.

Dopo quanto esposto fino ad ora, Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera ha l'impressione che la FMH voglia introdurre in budget globale. Secondo lui la FMH dovrebbe limitarsi inizialmente ai compiti chiave e a quelli che devono essere finanziati obbligatoriamente. Müller fa notare che pharmaSuisse stabilisce le tasse sociali in base al fatturato, il che le permette di avere la forza necessaria per imporre la realizzazione dei progetti.

Adrian Sury/Presidente della CdG sottolinea ancora una volta che la task force effettuerà una verifica dei compiti, mentre poi spetterà alla Camera medica prendere le necessarie decisioni. Qui non si tratta di introdurre un budget globale, bensì di impiegare in modo intelligente il denaro disponibile. Oggi è stata decisa l'integrazione dell'IPI nella FMH a decorrere dal 2016. La CdG aveva fatto questa proposta già in precedenza, soprattutto con l'obiettivo di risparmiare risorse.

Charles Favrod-Coune/VD sostiene la proposta della CdG, ma propone di integrare la task force con altri membri provenienti dalla base.



### 6.5.2 Proposta di sostegno della proposta della CdG (fmCh)

Urban Laffer/Presidente della fmCh sostiene la proposta della CdG di adottare misure urgenti per la stabilizzazione del budget della FMH e raccomanda alla Camera medica di approvare tale proposta senza riserve.

#### Proposta fmCh:

la fmCh sostiene la proposta della CdG di adottare misure urgenti per la stabilizzazione del budget della FMH e raccomanda alla Camera medica di approvare tale proposta senza riserve.

### 6.5.3 Smaltimento del deficit strutturale della FMH (proposta J. Nadig)

Con la propria proposta Jürg Nadig/SFSM e altre società firmatarie punta a ripristinare l'equilibrio finanziario della FMH, affinché il corpo medico possa raggiungere gli obiettivi prefissati nella strategia 2020plus. A medio termine, tale equilibrio può essere ripristinato eliminando compiti secondari e creando nuovi modelli e fonti di finanziamento. La Camera medica ha deciso già due anni fa di professionalizzare la FMH. Tutti i dipartimenti dovrebbero procedere su questa strada. Una professionalizzazione comporta dei costi e richiede nuove fonti di finanziamento. In tal senso essi richiedono sia nuovi mezzi che il controllo delle spese.

#### Proposta Nadig:

la Camera medica conferma l'obiettivo strategico «Politica sanitaria sempre con la FMH» e «la FMH affronta proattivamente gli sviluppi nel settore sanitario». Per ottenere ciò, incarica il Comitato centrale e l'Assemblea dei delegati, entro la prossima riunione della Camera medica, da un lato di elaborare proposte su quali nuovi compiti della FMH dovranno essere eliminati e in quale arco temporale e, dall'altro lato, di elaborare nuovi modelli di finanziamento, affinché il deficit strutturale possa essere progressivamente smaltito a partire dal 2016 e la FMH possa continuare a rappresentare gli interessi del corpo medico nella politica sanitaria e contribuire all'organizzazione del settore sanitario come partner competente.

### 6.5.4 Misure per la stabilizzazione del budget – Proposta di Christoph Ramstein, VEDAG

Christoph Ramstein/VEDAG spiega la proposta che si riferisce esclusivamente alla composizione della task force. Il VEDAG desidera una composizione diversa rispetto alla CdG. Ramstein è dell'opinione che nella task force, oltre al Segretariato generale e alla CdG, debbano essere presenti anche rappresentanti della fmCh, dell'ASMAC e della Camera medica. Per le ultime citate dovrebbe essere preso in considerazione qualcuno della Svizzera romanda.

#### Proposta:

il VEDAG chiede per la task force proposta dalla CdG la seguente composizione:

- 1 specialista esterno (economista/revisore dei conti)\*
- 1 rappresentante del Segretariato generale CdG - Presidente (presidenza)
- 1 rappresentante della fmCh\*\*
- 1 rappresentante dell'ASMAC\*\*
- 1 rappresentante della Camera medica \*\* (\*\* della Svizzera romanda)

\* Proposta: della BSG Unternehmensberatung AG di San Gallo (conoscono molto bene la materia ed erano stati coinvolti nel dibattito dei modelli direttivi).

\*\* almeno una persona tra questi rappresentanti deve provenire dalla Svizzera romanda

Il presidente della FMH può partecipare alle riunioni con voto consultorio.

La task force, tramite la CdG, sottopone alla Camera medica le proprie proposte e mozioni all'attenzione della Camera medica del 29 ottobre 2015.

Dopo che diverse persone hanno preso la parola in merito alla composizione della task force, Jürg Schlup/Presidente della FMH riassume le proposte presentate. Si tratta di prendere decisioni sulle questioni se insediare una task force e quale, quando presentare le proposte alla Camera medica e quali devono essere gli obiettivi.

I quattro proponenti, CdG, fmCh, J. Nadig e VEDAG sono d'accordo con questo modo di procedere.

Pius Bucher/TG chiede di trattare gli obiettivi come secondo punto.

Jürg Schlup/Presidente della FMH è d'accordo con il modo di procedere e accenna al fatto che il rappresentante del VEDAG ha già spiegato che i loro obiettivi sono simili a quelli della CdG. Anche la fmCh sostiene gli obiettivi della CdG. La discussione concernente gli obiettivi della CdG versus quelli del SFSM è aperta.

Christian Bernath/FMPP ritiene che la formulazione della domanda, cioè quali compiti la FMH si debba assumere, non sia sufficientemente precisa. La questione fondamentale è invece quali compiti aggiuntivi la FMH debba assumersi per avere una posizione più forte nell'ambito del settore sanitario. Non si tratta solo di eliminare compiti secondari.

Jürg Schlup/Presidente della FMH fa notare che la formulazione della domanda è contenuta nella proposta della CdG.

Hans-Anton Vogel/VEDAG è dell'opinione che oggi, con l'aumento dei compiti, manchino i mezzi finanziari. 20 anni fa la FMH era un'organizzazione ricca che generava soldi con l'acquisto di immobili e con le inserzioni. Bisogna considerare quindi se i ricavi della FMH debbano provenire solo dalle proprie quote sociali o se sia invece opportuno individuare nuove fonti di finanziamento.

Stefan Greuter/ASMAC trova l'obiettivo corretto. Ciò di cui sente la mancanza è tuttavia uno sguardo

al futuro. Egli ritiene infatti che una parte del budget debba essere reso disponibile per progetti futuri, come ad esempio quelli volti a garantire la crescita delle nuove leve del corpo medico.

*Jürg Pfisterer/SSMI* ricorda che la FMH ha approvato una strategia con i relativi obiettivi. Per le ulteriori discussioni in merito alle uscite della FMH, egli suggerisce di tenere in considerazione anche la strategia della FMH.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* controbatte che la lista dei compiti contenuta nel punto 9 all'ordine del giorno è molto dettagliata e concreta della strategia. La strategia indica una direzione e tale direzione deve essere seguita. *Schlup* propone che la task force nello svolgimento del proprio compito persegua gli obiettivi formulati nella proposta della CdG, tenendo in considerazione anche la strategia della FMH.

La votazione sulle proposte si svolge nel seguente modo:

- **Proposta di approvazione degli obiettivi della task force tenendo in considerazione la strategia della FMH:**

**Decisione:**

*la proposta viene approvata con 132 voti favorevoli, nessun voto contrario e 2 astensioni.*

- **Proposta «Inseadimento della task force sì o no?»**

**Decisione:**

*la proposta viene approvata con 130 voti favorevoli, 2 voti contrari e 5 astensioni.*

Prima della votazione in merito alla composizione della task force, altre persone chiedono la parola.

*Thomas Heuberger/BE* propone che non si discuta su singole persone o società mediche specialistiche, bensì sul principio. La proposta del VEDAG gli sembra buona. Il lavoro deve essere diretto dalla CdG e vi deve contribuire anche la base.

*Christine Romann/Comitato centrale* suggerisce di riflettere su quali persone sarebbero le più adatte a un impiego nella task force. Se viene introdotto il principio della delegazione, ci saranno delegati di diverse



Approfitte delle pause per discutere e scambiarsi idee: a Bienne si riuniscono i partecipanti alla Camera medica provenienti da tutta la Svizzera.

aree di interesse. Sarebbe invece più utile scegliere cinque persone ritenute capaci di non farsi condizionare da interessi particolari.

*Marc Müller/Medici di famiglia Svizzera* sostiene la tesi di *Christine Romann*. O si sceglie un organo formato da esperti che goda di piena fiducia oppure si fa ricorso alla consueta composizione, nella quale ciascuna associazione mantello ha un proprio rappresentante. Egli avanza la proposta di un organo formato da esperti.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* constata che riguardo alla composizione c'è consenso: cioè 1 economista, *Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH*, *Adrian Sury/Presidente della CdG*, *Adrian Kehl/Rappresentante della fmCh*, un rappresentante dell'ASMAC e un rappresentante della Svizzera romana. Ora si tratta di votare in merito alla composizione della task force come gruppo di soli esperti (proposta Müller) o come organo basato sul modello della delegazione (proposte VEDAG e CdG). Al termine bisognerà decidere in merito ai componenti e al momento delle presentazioni.

- **Composizione della task force**

**Proposta Marc Müller:** *la task force è un organo di esperti composto da cinque rappresentanti della FMH e un economista.*

**Proposta CdG/VEDAG:** *Modello basato sulla delegazione. Gli esperti devono essere eletti dall'Assemblea dei delegati.*

**Decisione:** *A favore della proposta Müller votano 74 delegati, a favore della proposta CdG/VEDAG 47 delegati, 5 astensioni. La proposta Müller viene approvata per 74 voti a 47.*

- **Determinazione dell'organo elettore: elezione degli esperti da parte dell'Assemblea dei delegati su proposta del Comitato centrale:**

**Decisione:**

*la proposta viene approvata con 113 voti favorevoli e 5 astensioni.*

- **Presentazione delle proposte alla Camera medica di maggio o ottobre 2015:**

**Decisione:**

*per la presentazione delle proposte alla Camera medica di maggio 2015 votano 109 delegati, per la presentazione alla Camera medica di ottobre 2015 votano 11 delegati. La task force presenterà le proposte alla Camera medica del 7 maggio 2015.*

#### 6.5.5 Misure per la stabilizzazione del budget: proposta Hans-Anton Vogel, VEDAG

*Hans-Anton Vogel/VEDAG* chiede che la FMH resti un'organizzazione potente, in grado di influire anche in futuro sulle questioni sanitarie a livello politico. Per soddisfare questi compiti in modo duraturo, sono necessari dei mezzi finanziari. Una riduzione generale dei costi non è sufficiente, è invece necessario rendere disponibili maggiori mezzi finanziari già

breve termine. Il VEDAG chiede un contributo speciale di CHF 100 da inserire nel budget 2015.

*Schröpfer Daniel/ASMAC* propone che prima vengano verificate le uscite e successivamente venga presa la decisione in merito a eventuali contributi speciali. Se invece si voterà già oggi sul contributo speciale, egli avanza la proposta che non venga più esposto come contributo speciale, bensì come normale aumento delle tasse sociali.

*Philippe Vuillemin/VD* è contrario a un ulteriore contributo speciale. La task force deve mettere mano al proprio incarico e, se necessario, sottoporre alla Camera medica le relative proposte di aumento delle tasse sociali.

Anche *Vincenzo Liguori/TT* è contrario all'applicazione di un contributo speciale. Egli propone di attendere prima i risultati della task force, prima di prendere in considerazione eventuali aumenti delle tasse sociali.

Si vota sulle proposte dell'ASMAC e del VEDAG.

**Proposta ASMAC:**

*qualora la proposta del VEDAG venga approvata, l'ASMAC chiede che si tratti di un aumento delle tasse sociali di base e non di un contributo speciale.*

**Decisione:**

*la proposta viene approvata con 53 voti favorevoli, 51 voti contrari e 9 astensioni.*

**Proposta VEDAG:**

*la VEDAG chiede un miglioramento rapido e sostenibile della situazione finanziaria della FMH, attuando le misure di risparmio proposte dalla CdG, ma ottimizzando già ora le finanze della FMH tramite un contributo speciale di CHF 100- per il 2015, in attesa che sia disponibile la relazione della CdG.*

**Decisione:**

*la proposta viene respinta con 31 voti favorevoli, 78 voti contrari e 5 astensioni.*

**7. votazione di conferma e prolungamento del mandato di delegati all'Assemblea dei delegati nominati e sostitutivi**

**7.1 votazione di conferma di delegati all'Assemblea dei delegati nominati**

La Camera medica vota in merito alla conferma dei seguenti delegati ordinari all'Assemblea dei delegati:

**VEDAG:**

**Fino ad ora:** *Schreier Kurt, Gersau*

**Nuovo:** *Widler Josef, Zurigo*

**SMSR:**

**Fino ad ora:** *Gauchat Marc-Henri, Sion*

**Nuovo:** *Gusmini Mauro Walter, La Chaux-de-Fonds*

**Proposta:**

*le organizzazioni proponenti chiedono alla Camera medica di confermare i nuovi delegati ordinari all'Assemblea dei delegati sopraelencati.*

**Decisione:**

*le proposte vengono approvate senza voti contrari e con 2 astensioni.*

**7.2 votazione di prolungamento del mandato delegati all'Assemblea dei delegati nominati**

In applicazione dell'art. 22 dello statuto della FMH, le società proponenti chiedono alla Camera medica di approvare i seguenti prolungamenti del mandato.

**FMPP:**

*prolungamento del mandato di Christian Bernath*

**SFSM:**

*prolungamento del mandato di Marcus Lütolf*

**Proposta:**

*si chiede di derogare all'art. 22 dello statuto della FMH, affinché i delegati all'Assemblea dei delegati Bernath e Lütolf possano prolungare i propri mandati nell'ambito della FMH anche oltre l'età di 68 anni, fino al maggio 2016.*

**Decisione:**

*le proposte FMPP e SFSM vengono approvate con 4 voti contrari e 7 astensioni.*

**8. Pianificazione finanziaria / Controlling finanziario**

*Anne-Geneviève Bütikofer/Segretaria generale della FMH* fornisce una panoramica delle misure attuate fino ad ora. Si tratta della centralizzazione del processo di pianificazione e definizione del budget, dell'introduzione di nuovi strumenti secondo l'art. 50, cpv. 2 dello statuto, come ad es. contratti di prestazioni, dell'attuazione della strategia di sponsorizzazione approvata dal Comitato centrale e della valutazione di un'eventuale scioglimento di accantonamenti in eccesso. Attualmente il Segretariato generale lavora all'introduzione di uno strumento di pianificazione progettuale e controllo, nonché alla ridefinizione della gestione dei rischi. In tale contesto, verranno valutati anche i processi commerciali e di lavoro. La revisione dei gettoni di presenza e dei rimborsi spese per gli organi e le commissioni della FMH, nonché l'introduzione di un freno alle spese sono già stati approvati dalla Camera medica odierna. Il regolamento del personale è in corso di revisione e sarà messo in vigore l'anno prossimo. Ulteriori misure previste concernono il processo relativo al budget con una pianificazione budgetaria per programma e progetti, l'analisi della strategia di investimento e la stesura di un regolamento per gestire la questione relativa agli investimenti.

Un punto critico è costituito dai contratti di prestazioni. Nell'ambito delle misure per la stabilizza-



zione finanziaria della FMH, il Comitato centrale in data 27 agosto 2013 aveva deciso all'unanimità di introdurre un contratto di prestazioni per ogni sostegno finanziario annuo della FMH di più di CHF 10'000 all'anno. L'8 maggio 2014 è stato presentato alla Camera medica un elenco dei contributi finanziari a delle organizzazioni esterne che devono essere l'oggetto di un contratto di prestazioni. Oggi si tratta di avallare da parte della Camera medica che la FMH sia tenuta a stipulare un contratto di prestazioni per qualsiasi sostegno finanziario di entità superiore a CHF 10'000, in particolare anche con l'EMH, l'SMSR e l'OMTC.

In un'ampia presa di posizione, *Vincenzo Liguori/ TI* sostiene l'opinione che in questo caso si tratti di contratti di prestazioni che la Camera medica ha già approvato nel 2011. Già nel 2010 la Camera medica ha constatato che l'EMH si trovava in una situazione difficile, motivo per il quale è stata nominata una task force. Prendere una decisione in merito a questo punto all'ordine del giorno poco prima delle 17:00 è impossibile.

Non è più possibile votare sulla proposta del Comitato centrale perché, secondo l'art. 11, cpv. 3 del Regolamento d'esecuzione, a partire dalle ore 17:00 non si possono più prendere decisioni. La questione viene rinviata alla prossima Camera medica.

Gli altri punti all'ordine del giorno 9 (verifica compiti FMH), 10 (catalogo dei servizi della FMH) e 11 (collaborazione FMH-FMH Services) non possono più essere trattati. Riguardo al punto 12 all'ordine del giorno, i delegati hanno già ricevuto le relazioni del Comitato centrale, del Segretariato generale e dei settori unitamente all'invio dell'invito.

*Jürg Schlup/Presidente della FMH* fa notare ancora una volta che i documenti di seduta per la prossima Camera medica verranno recapitati con il nuovo tool informatico. I delegati alla Camera medica possono trovare la relativa documentazione tra i documenti distribuiti oggi.

Il presidente informa inoltre che il Tribunale amministrativo federale, per motivi formali, non si è pronunciato in merito al ricorso di H+ contro l'Ordinanza sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie. La decisione in merito al ricorso di fmCh non è stata ancora presa.

La prossima Camera medica si svolgerà il 7 maggio 2015 a Bienne.

Il presidente ringrazia i delegati, i membri del Comitato centrale, la segretaria generale e tutti i collaboratori del segretariato generale per il lavoro obiettivo e costruttivo durante la riunione e augura a tutti un buon ritorno a casa.

Glossario			
AGZ	Società dei medici del canton Zurigo	FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
AD	Assemblea dei delegati	HPC	HPC Health Professional Card
ASMAC	Associazione dei medici assistenti e capiclinica	IPI	Institut für Praxisinformatik (Istituto per l'informatica nello studio medico)
ASSM	Accademia svizzera delle scienze mediche	ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
BMS	Bollettino dei medici svizzeri	LAMal	Legge sull'assicurazione contro le malattie
CC	Comitato centrale	LPMed	Legge federale sulle professioni mediche
CCE	Cartella clinica elettronica	NAKO	Servizio nazionale di consolidamento dei dati
CdG	Commissione di gestione	OMCT	Ordine dei medici del Canton Ticino
CDS	Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità	RE	Regolamento d'esecuzione
CM	Camera medica	SFSM	Swiss Federation of Specialties in Medicine
CMB	Collegio di medicina di base	SG	Segretaria generale
CSMC	Conferenza delle società mediche cantonali	SMSR	Società svizzera della Svizzera romanda
CSSS CS CN	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati e del Consiglio Nazionale	SSMI	SSMI Società svizzera di medicina interna generale
DEP	Dossier elettronico del paziente	SSOM	Società svizzera di oncologia medica
DRG	Diagnosis Related Groups	SSPP	Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia
eHealth	Tutti i servizi sanitari elettronici riuniti	TARMED	Tariffa per prestazioni mediche ambulatoriali
EMH	Schweizerische Ärztezeitung AG	VEDAG	Associazione delle società mediche della Svizzera tedesca
fmCh	foederatio medicorum chirurgicorum helvetica		
FMH	Federazione dei medici svizzeri		