



Consenso alla Camera medica. I delegati durante la presa di decisione.

[Palazzo dei congressi di Bienne, 27 ottobre 2016](#)

Verbale delle decisioni della seconda Camera medica 2016

Monika Henzen

Direttrice della divisione Segreteria centrale

Nota della redattrice del protocollo: per motivi di leggibilità i punti all'ordine del giorno sono elencati secondo la numerazione e non nella sequenza in cui sono stati discussi.

1. Benvenuto, comunicazioni, costituzione dell'ufficio

Jürg Schlup/Presidente FMH saluta i delegati presenti e gli ospiti invitati alla seconda Camera medica 2016.

Dopo le consuete comunicazioni organizzative viene indicata la composizione dell'ufficio, il quale è composto da *presidente, vicepresidenti, segretaria generale, Olaf Wetter/Responsabile dell'Ufficio elettorale*, nonché dai seguenti scrutatori, eletti a grande maggioranza con due 2 voti contrari:

Christian Bernath, Karl Kothbauer, Lukas Meier, Marcel Stampfli, Jürg Lareida, Josef Emil Brandenburg, Brigitte Muff, Michael Zellweger, Karl-Olof Lövblad e Daniel Schröpfer.

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretariato generale FMH fa notare che la Camera medica del 28 ottobre 2015, nell'ambito delle misure per la stabilizzazione del budget, ha deciso di stilare d'ora in poi per le riunioni della Camera medica solo verbali delle decisioni. Presentando domanda scritta al presidente della FMH e alla segretaria generale della FMH, i delegati hanno tuttavia la possibilità di richiedere il file audio relativo al punto dell'ordine del giorno desiderato.

Ordine del giorno

Proposta:

Approvazione della lista degli argomenti all'ordine del giorno disponibile tra i documenti di seduta.

Decisione:

L'ordine del giorno viene approvato all'unanimità. Secondo l'art. 11 cpv. 3 del Regolamento d'esecuzione, la Camera medica, all'inizio di ogni riunione, stabilisce l'orario trascorso il quale non è più consentito prendere decisioni o svolgere elezioni. Il presidente propone come termine della riunione le ore 17:30.

Proposta di definizione dell'orario di fine riunione:

Viene stabilito che la riunione termini alle ore 17:30. Dopo le ore 17:30 non è più consentito prendere decisioni o svolgere elezioni.

Decisione:

La proposta viene approvata con 150 voti favorevoli, 2 voti contrari e 1 astensione.

Il presidente avanza inoltre due mozioni d'ordine concernenti il tempo a disposizione per parlare e la presentazione delle proposte.

Secondo l'art. 11, cpv. 7 del Regolamento d'esecuzione, su proposta della Camera o del presidente è possibile introdurre una limitazione generale del tempo a disposizione per parlare. Sulla base dei punti all'ordine del giorno e del tempo disponibile, viene proposto un limite di 2 minuti del tempo a disposizione per parlare.

Mozione d'ordine 1 – Limitazione del tempo per parlare:

Per la discussione dei punti dell'ordine del giorno dell'odierna Camera medica si applica un limite di 2 minuti del tempo a disposizione di ogni persona che prende la parola. Tale limitazione non vale per il presidente o il suo sostituto della rispettiva organizzazione medica avente diritto di voto o di proposta, nonché per il portavoce del Comitato centrale.

Decisione:

La proposta viene approvata con 150 voti favorevoli e 2 astensioni.

L'art. 11, cpv. 5 del Regolamento d'esecuzione prevede che ogni delegato, ogni membro del Comitato centrale e il segretario generale abbiano il diritto di avanzare proposte in merito ai punti all'ordine del giorno. Le proposte devono essere presentate al presidente per iscritto o, in via eccezionale, verbalmente prima o durante la riunione.

Mozione d'ordine 2 – Presentazione delle proposte per iscritto:

Le proposte di modifica e le proposte devono essere presentate al presidente per iscritto. Le proposte presentate verbalmente non vengono accettate e non sono valide.

Decisione:

La proposta viene approvata con 109 voti favorevoli, 15 voti contrari e 6 astensioni.



Il dott. Jürg Schlup, presidente della FMH, dirige con determinazione la seconda Camera medica dell'anno.

Discorso di apertura del presidente

Nel suo discorso di apertura *Jürg Schlup/Presidente FMH* analizza brevemente lo studio recentemente pubblicato dal Prof. Beck e dal Dott. Telser su incarico della CSS Assicurazioni dal titolo «**Kosten und Nutzen von medizinischen Behandlungen am Lebensende**» (Costi e benefici dei trattamenti medici di fine vita). I risultati sono degni di nota anche per il corpo medico. La prassi dei trattamenti di fine vita è adeguata! L'invecchiamento demografico è un fattore che incide in modo decisivo sui costi. Nello studio viene contestata l'affermazione, spesso citata, secondo la quale le persone anziane nei loro ultimi mesi sono oggetto di trattamenti eccessivi per interessi economici. Nella stragrande maggioranza dei casi i costi dei trattamenti di fine vita corrispondono a ciò che la popolazione svizzera ritiene ragionevole.

Anche nel 2016 la FMH si è trovata ad affrontare problematiche e argomenti importanti. I media riferiscono in modo decisamente unilaterale riguardo ai crescenti costi dell'assicurazione malattia. Un confronto con le altre assicurazioni sociali negli ultimi 25 anni mostra che le spese della LAMal hanno un andamento assolutamente parallelo alle **spese delle assicurazioni sociali**. Sempre più cantoni limitano l'**obbligo del segreto medico**. La FMH difende il segreto professionale e si impegna a favore di un rapporto di fiducia tra medico e paziente. In caso di previste modifiche legislative, le società mediche cantonali possono contare in qualsiasi momento sul supporto della FMH.

Attualmente la Conferenza svizzera delle scuole universitarie (CSSU) sta verificando la **procedura di selezione** (Numerus Clausus) delle facoltà di medicina di Basilea, Berna, Friburgo e Zurigo. La FMH raccomanda di integrare l'esame al PC, oggi incentrato prevalentemente su scienze naturali e matematica, con una valutazione dell'empatia e delle competenze sociali.

Da anni la FMH sta effettuando attività di lobby a favore di misure efficaci contro la **carenza di nuove leve**. Fortunatamente il Parlamento federale, nella scorsa sessione autunnale, ha approvato la proposta del consigliere federale Schneider-Ammann, stanziando CHF 100 milioni per la creazione di nuovi posti per lo studio della medicina a partire dal 2017. L'Università di Zurigo aumenterà i posti disponibili nella propria facoltà di medicina di 72 unità già a partire dall'agosto 2017, mentre l'Università di Berna aggiungerà 100 posti a partire dall'agosto 2018. Con gli incrementi che ci sono già stati, nel 2020 in Svizzera si laureerà un numero di medici pari a quello della fine degli anni 1970. Tuttavia, questi sforzi nel campo della formazione produrranno pienamente i loro effetti solo dall'inizio degli anni 2030.

Questo è uno dei motivi per cui la FMH è contraria a un'**attuazione rigida dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa**. In campo sanitario la Svizzera dipende infatti dagli accordi bilaterali e da un positivo contesto internazionale.

L'attuale **gestione strategica delle autorizzazioni all'apertura di nuovi studi medici** con il criterio di qualità «tre anni di attività professionale presso un centro di perfezionamento professionale riconosciuto» (secondo l'art. 55a LAMal) è in vigore da metà 2013. Quest'anno tale regolamentazione è stata prorogata di ulteriori tre anni con una legge federale urgente. Al contempo il Parlamento, a seguito di una mozione di ciascuna delle commissioni sanitarie delle due camere, ha incaricato il Consiglio federale di elaborare un rapporto entro la fine di quest'anno. Tale rapporto e una nuova legge da elaborare successivamente avrebbero lo scopo di indicare il modo in cui la Confederazione intende in futuro limitare le autorizzazioni per i medici che esercitano nel settore ambulatoriale. La FMH trova la soluzione proposta dal Parlamento nell'estate 2016 non adatta e raccomanda una gestione strategica delle autorizzazioni trasparente e basata su criteri di qualità. Dovrebbero essere soddisfatti cumulativamente i seguenti criteri di qualità a livello nazionale:

- attestazione di un'attività clinica di almeno tre anni presso un centro riconosciuto in Svizzera nella disciplina specialistica per la quale viene chiesta l'autorizzazione;
- attestazione delle competenze linguistiche necessarie per la regione di svolgimento dell'attività sotto forma di un esame linguistico sostenuto in Svizzera;
- attestazione dello studio della medicina umana per un periodo di almeno sei anni (a tempo pieno) o di almeno 5500 ore di lezioni teoriche e pratiche;
- periodica presentazione di un diploma di aggiornamento continuo.

2. Revisione della struttura tariffaria ambulatoriale (progetto TARCO)

Jürg Schlup/Presidente FMH ricorda la decisione presa con la votazione generale con cui sono state respinte tutte le proposte della Camera medica. Sulla base di tale risultato la FMH in data 30 giugno 2016 non ha presentato all'UFSP alcuna struttura tariffaria. Pertanto non avrà luogo nemmeno un accordo dei partner tariffali su una struttura tariffaria rivista entro il termine prorogato dal consigliere federale Berset fino alla fine di ottobre 2016. Anche solo per la FMH sarebbe impossibile raggiungere, entro un termine di quattro mesi, un consenso interno con le sue circa 90 organizzazioni affiliate. Al capo del DFI è stato già comunicato che la

FMH entro la fine di ottobre non presenterà né una struttura tariffaria rivista, né proposte per una modifica della struttura tariffaria TARMED attualmente in vigore. Dato che H+ ha dato disdetta del contratto quadro con santésuisse, c'era il rischio che a decorrere dal 1° gennaio 2017 non fosse in vigore nessuna struttura tariffaria. I quattro partner tariffali sono però riusciti ad accordarsi in merito a una proroga di un anno della validità della TARMED 1.08 BR fino al 31 dicembre 2017. Dopo la decisione emersa dalla votazione generale, il Comitato centrale della FMH, in data 18 luglio 2016, ha invitato tutti i presidenti delle organizzazioni dei medici affiliate a un incontro per un confronto. Nell'ambito di tale sondaggio consultivo, la maggioranza dei presenti si è espressa a favore di una prosecuzione/correzione della revisione sulla base della struttura tariffaria ats-tms versione 1.0. A seguito di tale risultato, il dipartimento Medicina e tariffe ambulatoriali ha elaborato un progetto di base e una proposta di procedura per la correzione della nomenclatura rivista.

Urs Stoffel/Comitato centrale FMH e Responsabile del dipartimento Medicina e tariffe ambulatoriali informa in merito allo stato attuale del progetto TARCO. Il Comitato centrale e l'Assemblea dei delegati hanno approvato il progetto di base e la procedura e, ai primi di settembre del 2016, il dipartimento è stato incaricato di lanciare il progetto TARCO come progetto interno, mentre i partner tariffali verranno coinvolti una volta terminate le revisioni interne. Il progetto dettagliato verrà elaborato entro l'Assemblea dei delegati del 26 gennaio 2017. Parallelamente un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti delle associazioni mantello, tenterà di risolvere le problematiche fino ad ora non ancora chiarite e concernenti tutti i capitoli tariffari come i valori intrinseci, prima di procedere a una correzione dettagliata a livello dei capitoli verranno stipulati accordi scritti con le società mediche specialistiche e le associazioni mantello. Per la FMH è di fondamentale importanza porre in primo piano le richieste e gli interessi del corpo medico concernenti una remunerazione corretta e adeguata delle prestazioni mediche ambulatoriali. Non si punta più invece alla neutralità dei costi, che nella votazione generale è stata respinta con l'89% dei voti. La focalizzazione sarà ora su una revisione adeguata e corretta, secondo criteri economico-aziendali, con particolare attenzione alle prestazioni ambulatoriali negli studi medici. Le correzioni devono essere effettuate prima di tutto internamente alla FMH, indipendentemente dai limiti di tempo e dalle correzioni necessarie. L'autonomia tariffaria deve essere preservata. Sono importanti l'interconnessione e la collaborazione con le società mediche specialistiche e le associazioni mantello. Verranno verificate

anche le prestazioni mediche in ambito ambulatoriale. Limitante a tale proposito è la base di dati mancante rispettivamente incompleta relativa alle prestazioni ambulatoriali ospedaliere (tabelle per quantità).

Il 26 gennaio 2017 l'Assemblea dei delegati discuterà il progetto dettagliato. Prima che il progetto TARCO venga avviato deve essere obbligatoriamente risolta la problematica dei valori intrinseci.

2.1 Proposta ASMAC: non dimenticare nel progetto TARCO il settore ambulatoriale ospedaliero – ritiro

Angelo Barille/ASMAC afferma che durante la presentazione del progetto all'Assemblea dei delegati del 7 settembre 2016 è stato citato esclusivamente il settore ambulatoriale relativo agli studi medici. Per l'ASMAC è importante che nel progetto interno della FMH TARCO venga pianificato anche il settore ambulatoriale ospedaliero, mantenendo anche l'autonomia tariffaria in tale settore. La FMH deve garantire che in futuro in ambito ambulatoriale ci sia un solo sistema tariffario e non diversi, perché altrimenti c'è il rischio di incentivi errati e di un finanziamento insufficiente del settore ambulatoriale ospedaliero. Sulla base di quanto precedentemente esposto da *Urs Stoffel/Comitato centrale FMH*, l'ASMAC ritiene che vi sia la certezza che anche il settore ambulatoriale ospedaliero sia incluso nel progetto TARCO. Per tale motivo la proposta viene ritirata. *Urs Stoffel/Comitato centrale FMH* ringrazia per la fiducia e assicura all'ASMAC che le sue priorità verranno tenute in considerazione nel progetto TARCO.

3. Modifiche a statuto, Regolamento d'esecuzione, Codice deontologico e Regolamento della CdG

3.1 Modifica al Regolamento della commissione di gestione della FMH (CdG)

3.1.1 Proposta CdG: modifica dell'art. 5.2: durata del mandato, elezioni suppletorie

Adrian Sury/Presidente CdG spiega che il regolamento della CdG prevede una redistribuzione delle funzioni all'interno della CdG ogni due anni, con una durata massima del mandato di due volte due anni nello stesso campo di attività. Con tale durata massima del mandato il lavoro della CdG risulta limitato poiché a ogni redistribuzione delle funzioni molto know-how va perso. Secondo l'attuale regolamento il cambio è obbligatorio al più tardi dopo quattro anni. La CdG desidera che venga cancellata la seconda frase dell'art. 5.2. cpv. 1. Ciò permetterebbe di sincronizzare la ripartizione

delle competenze con quella del Comitato centrale. Resta invece invariata la limitazione a un massimo di tre mandati di quattro anni ciascuno secondo l'art. 53 cpv. 1 dello statuto della FMH.

Proposta CdG:

Cancellazione della seconda frase del cpv. 1 dell'art. 5.2 del Regolamento della CdG e sostituzione di «Durata del mandato, elezioni suppletorie» con «Verifica delle funzioni, elezioni suppletorie» nel titolo dell'art. 5.2:

«5.2 Verifica delle funzioni, durata del mandato, elezioni suppletorie»

¹Nell'ambito della durata del mandato di quattro anni secondo l'art. 53 cpv. 1 dello statuto della FMH le funzioni all'interno della CdG vengono riassegnate ogni due anni. La durata massima del mandato per una funzione è di quattro anni.

Decisione:

La proposta viene approvata con 150 voti favorevoli, 5 voti contrari e 1 astensione.

4. Budget 2017 di ISFM, FMH e CdG

4.1 Budget 2017 dell'ISFM

Werner Bauer/Presidente ISFM nella sua introduzione analizza i motivi del budget in passivo dell'ISFM per il 2017. Il deficit è riconducibile da un lato al forte calo delle domande di titoli e, dall'altro lato, agli onerosi progetti nel campo dell'IT. Inoltre, l'accreditamento per il 2018, per il quale l'ISFM ha ricevuto il mandato dall'UFSP, comporta costi elevati (CHF 400 000 per il 2017 e altrettanti per il 2018). I cambiamenti strutturali negli ospedali hanno anche effetti sull'e-logbook, il quale deve essere adeguato con riferimento ai corsi interdisciplinari di perfezionamento professionale. Con l'aumento dei posti di studio, nei prossimi anni crescerà anche l'esigenza di possibilità di gestione nel campo della formazione e del perfezionamento professionale. L'ISFM si sta occupando già oggi di questa problematica.

Christoph Hänggeli/Direttore ISFM affronta prima di tutto i due progetti IT rilevanti per il budget. Per quanto concerne l'e-logbook tutti gli elementi fondamentali funzionano bene. Tutti gli 83 programmi di perfezionamento professionale sono parametrati e ad oggi si sono registrati già 16 000 utenti. Tutti i requisiti del perfezionamento professionale vengono inseriti online. L'elaborazione delle domande e delle analisi della situazione vengono effettuate mediante un workflow in formato elettronico. Tuttavia, la manutenzione e l'ulteriore sviluppo del sistema non sono più garantiti a causa, tra l'altro, delle richieste specifiche

delle singole società mediche specialistiche. L'implementazione di nuovi moduli ha dovuto essere sospesa ed è stata commissionata un'analisi del sistema. La priorità principale deve essere semplificare il livello di complessità del sistema e migliorarne l'usabilità. Nel budget 2017 sono stati stanziati i relativi costi ammon-tanti a CHF 500 000.

L'aggiornamento continuo in formato elettronico funziona dal punto di vista tecnico su una nuova piattaforma e ora è adatto anche a dispositivi mobili e tablet. La facilità di utilizzo per gli utenti è stata ottimizzata. Al contrario dell'e-logbook, l'esercizio, la manutenzione e l'ulteriore sviluppo in questo caso sono garantiti. In una fase di sviluppo successiva è prevista la creazione di un registro centrale per tutti gli eventi. Tuttavia, in considerazione della situazione del budget e data la priorità dell'e-logbook, tale sviluppo è stato per il momento sospeso.

Il risultato economico positivo ottenuto nel 2015 era riconducibile ai conferimenti di titoli aggiuntivi, non previsti nel budget. Al contrario ora per il 2016 c'è il rischio di un calo del 30% dei titoli conferiti. Tale andamento pone l'ISFM davanti a grandi problematiche, anche se la perdita, dato l'attuale stato patrimoniale, può ancora essere assorbita. Per l'esercizio 2017 l'ISFM prevede una perdita di CHF 867 000. Oltre all'e-logbook, anche l'accreditamento costituisce un'elevata voce di spesa. L'ISFM ha adottato ulteriori misure al fine di raggiungere a medio termine il pareggio a livello di costi e ricavi. Vanno citate in particolare le tariffe a copertura dei costi per la certificazione e le visite dei centri di perfezionamento professionale, nonché nel campo della formazione continua.

4.2 Budget 2017 della FMH

Emanuel Waeber/Responsabile della divisione Amministrazione e Finanze presenta per la FMH un budget 2017 equilibrato. Partendo dal mandato della Camera medica dell'ottobre 2014 di garantire per la FMH anche in futuro un equilibrio finanziario tra le spese effettuate e i progetti da un lato e le entrate generate dall'altro, si può constatare che le misure di stabilizzazione del budget elaborate ora dal Comitato centrale e approvate dalla Camera medica hanno effetti positivi sul budget 2017. In tal modo è possibile garantire che la FMH possa svolgere anche in futuro i propri compiti principali. Il freno alle spese deciso due anni fa esige notoriamente che l'ammontare totale delle spese iscritte nel budget della FMH pari allora a CHF 22,7 milioni, non superi le rispettive entrate pari a CHF 23,3 milioni. Il budget 2017 raggiunge tale obiettivo. Il budget consolidato 2017 presenta un deficit di CHF 217 000 (perdita dell'ISFM di CHF 867 000 e utile della FMH di CHF 650 000). La per-



Il parlamento della FMH è formato da 200 delegati.

dità dell'ISFM risulta in particolare dai costi aggiuntivi per i progetti e dai costi per l'accreditamento. Grazie all'aumento delle tasse sociali superiore a CHF 1 milione e allo scioglimento di accantonamenti esistenti per CHF 520 000, la FMH è in grado di presentare un budget equilibrato.

Secondo la previsione per il 3° trimestre 2016, a fine 2016 ci si attende un risultato positivo. Tale risultato va tuttavia considerato con prudenza poiché non sono ancora considerati i costi dei progetti in corso e la costituzione di eventuali accantonamenti per la realizzazione di progetti.

4.3 Budget 2017 della CdG

Emanuel Waeber/Responsabile della divisione Amministrazione e Finanze constata che il budget 2017 non presenta scostamenti rispetto al 2016. Il totale dei costi è più basso di CHF 35 000 a seguito della riduzione degli oneri per il personale derivante dalle misure per la stabilizzazione del budget.

Rapporto della CdG

Nel suo rapporto *Adrian Sury/Presidente CdG* affronta i tre punti essenziali: la situazione finanziaria dell'ISFM, le misure di stabilizzazione del budget e l'atmosfera all'interno del Segretariato generale. A causa di una situazione finanziaria preoccupante, la CdG raccomanda

all'ISFM di pianificare meglio le proprie finanze e i propri progetti nel campo dell'IT. L'e-logbook ha comportato grandi ritardi e cambiamenti di aziende partner. Dal punto di vista della CdG è opportuna una rivalutazione nel 2017. I costi dell'accreditamento sono elevati e sarebbe stato possibile effettuare una ripartizione e costituzione di riserve su più anni. Originariamente la CdG voleva respingere il budget dell'ISFM e sottoporlo alla Camera medica per l'approvazione solo in primavera.

Il budget equilibrato presentato dalla FMH per il 2017 dimostra che essa ha fatto bene i propri compiti. I grandi sforzi per risparmiare e le misure approvate hanno tuttavia avuto degli effetti sul personale del Segretariato generale dove, secondo *Sury*, l'atmosfera ne ha risentito. Il responsabile della divisione Amministrazione e Finanze merita grandi elogi per la strategia di investimento della FMH. Sono poche le ditte che attualmente riescono a ottenere un rendimento di questo tipo.

Jürg Schlup/Presidente FMH ringrazia la CdG per quanto esposto. Il presidente ringrazia sentitamente anche il Segretariato generale, i quadri e tutti i collaboratori per il loro impegno e il loro supporto nell'attuazione delle misure di stabilizzazione del budget.

Rispondendo alla domanda relativa agli accantonamenti per l'IPI di CHF 670 000 indicati nel budget 2017, *Anne-Geneviève Bütikofer/Segretariato generale FMH*

chiarisce che tale importo è stato stanziato a favore del dipartimento Digitalizzazione e eHealth per progetti relativi all'informatica per gli studi medici. Dato che fino ad oggi non sono stati presentati progetti, tale importo deve essere indicato a livello contabile come accantonamento.

Daniel Schröpfer/ASMAC constata sulla base del budget presentato che si è risparmiato molto sul personale e propone che, in presenza di una situazione finanziaria positiva della FMH, gli impiegati possano partecipare adeguatamente agli utili. Per l'ASMAC è importante che i collaboratori di lunga data e il Back Office continuino a lavorare bene e che si prevenga un'eventuale fluttuazione.

4.4 Contributo speciale NAKO (NewIndex)

Secondo *Urs Stoffel/Comitato centrale FMH* la raccolta dei dati dei medici praticanti è indispensabile al fine di garantire la parità dei dati con i partner tariffali. Per poter proseguire la revisione tariffaria con il progetto TARCO tali dati sono importanti. Al contempo i cantoni nei quali l'allegato che fissa il valore del punto è stato disdetto e che devono affrontare una procedura per fissare le tariffe hanno ugualmente bisogno dei dati NAKO per difendere il valore del punto tariffario. Il contributo speciale serve al finanziamento di base dell'infrastruttura e a garantire l'esercizio della New-Index AG, permettendo così al corpo medico di avere un accesso costante al sistema NAKO come base per un'analisi e una valutazione mirate dei dati.

Proposta Comitato centrale:

La FMH applica ai membri delle categorie 1 e 2 un contributo speciale vincolato a uno scopo di CHF 40.00 a favore del Servizio nazionale di consolidamento dei dati NAKO.

Decisione:

La proposta viene approvata con 150 voti favorevoli, 1 voto contrario e 9 astensioni.

4.5 Prosecuzione del contributo di base 2017

Dopo la decisione della Camera medica nell'ambito delle misure di stabilizzazione del budget, la KPMG, incaricata dal Comitato centrale, nel proprio rapporto ha indicato il potenziale di miglioramento esistente per la casa editrice EMH. Dopo la discussione di tale potenziale la casa editrice EMH ha sottoposto al Comitato centrale le relative proposte. Due di tali proposte (contributo di base e costi per gli invii postali all'estero) sono rilevanti ai fini del budget e devono essere approvate dalla Camera medica. La prima proposta riguarda la riduzione del contributo di base EMH/SMSR/OMCT deliberato dalla Camera medica nel 2011. Una tale riduzione consente di ridurre anche la tassa sociale delle categorie 1, 2, 3, 5 e 6.

Jürg Schlup/Presidente FMH informa che, a proposito di questo punto dell'ordine del giorno, la SMSR ha presentato una proposta nella quale si dichiarava favorevole a mantenere invariato il contributo di base nel 2017. Anche il Comitato centrale propone di mantenere invariato il contributo di base nel budget 2017. *Pierre-*



I delegati ascoltano con interesse un intervento.

Alain Schneider/Presidente SMSR è d'accordo a trattare la proposta della SMSR unitamente a quella del Comitato centrale.

Proposta del Comitato Centrale (unitamente alla proposta identica della SMSR):

Approvazione del proposto mantenimento del contributo di base per il 2017 ammontante a CHF 75.00 senza le categorie 4 e 7 a favore della EMH: CHF 50 / SMSR CHF 20 / OMCT CHF 5.

Decisione:

La proposta viene approvata con 108 voti favorevoli, 30 voti contrari e 8 astensioni.

4.6 Proposta di Ricardo Torriani/AGZ: relazioni pubbliche

Dal punto di vista di *Ricardo Torriani/AGZ* gli interessi del corpo medico non sono sufficientemente rappresentati. Nell'opinione pubblica e sui media emergono posizioni contro il corpo medico che sarebbe opportuno contestare rapidamente. Egli ritiene che sia assolutamente necessaria la creazione di un campo di attività che si dedichi a campagne di immagine e relazioni pubbliche. Secondo la sua opinione la FMH ha ridotto il budget non per risparmiare soldi, bensì per impiegarli meglio. *Jürg Schlup/Presidente FMH* richiama l'attenzione sul freno alle spese deliberato dalla Camera medica nel 2014. L'approvazione di questa proposta comporterebbe un aumento delle tasse sociali. Secondo il presidente, la FMH è già oggi regolarmente presente sui media online e stampati. Le relative statistiche possono essere visualizzate sia tramite Google che attraverso un apposito servizio di ricerca sui media. Inoltre, la FMH viene periodicamente invitata ad audizioni in parlamento, quest'anno ad esempio cinque volte. Le sessioni sono regolarmente oggetto di un'elaborazione preventiva e successiva. Se la Camera medica desidera una presenza maggiore e sostiene la proposta Torriani, le tasse sociali per le categorie 1 e 2 dovranno essere aumentate di CHF 40.

Gli interventi dimostrano che la FMH negli ultimi anni è riuscita a posizionarsi meglio, incrementando il proprio grado di notorietà. I delegati si esprimono a favore di una maggiore qualità al posto della quantità. La maggioranza dei presenti non sostiene la proposta Torriani, poiché sono convinti che un maggiore lavoro di relazioni pubbliche e un nuovo campo di attività non migliorerebbero l'immagine presso l'opinione pubblica.

Proposta Torriani:

Il Comitato centrale della FMH fonda un campo di attività Relazioni pubbliche. Tale campo di attività risponde direttamente al presidente secondo l'attuale suddivisione all'interno del Comitato centrale della FMH. Viene messo a disposizione

un budget di CHF 1 milione all'anno per l'attività di relazioni pubbliche. Per la progettazione di campagne viene fatto ricorso a consulenti pubblicitari professionali. Il presidente riferisce a ogni Camera medica in merito alle attività svolte.

Decisione:

La proposta viene respinta con 113 voti contrari, 30 voti favorevoli e 10 astensioni.

4.7 Proposta della Società dei medici del canton Argovia: finanziamento di un procedimento giuridico – regolamento per il trattamento secondo l'art. 30c OAMal

Jürg Lareida/Presidente Società dei medici del canton Argovia spiega che la Società dei medici del canton Argovia è convinta che l'interpretazione dell'articolo di legge vada ben oltre l'obiettivo e che i dati vengano utilizzati direttamente per la gestione dei costi del sistema sanitario con un'insufficiente tutela dei fornitori di prestazioni e dei pazienti. Secondo *Lareida* tale modo di procedere limita fortemente la libertà di trattamento e l'attuale medicina diventerà una medicina di stato. Per quanto concerne la rilevazione dei dati MARS da iniziare nel mese di novembre, nei confronti dei propri membri la Società dei medici del canton Argovia si sente in dovere di effettuare accertamenti giuridici avviando i passi necessari.

Proposta della Società dei medici del canton Argovia: Che nel budget 2017 venga previsto un importo di CHF 100 000 per la lotta contro il progetto MARS.

Decisione:

La proposta viene approvata con 123 voti favorevoli, 12 voti contrari e 23 astensioni.

4.8 Tassa sociale 2017

Per il 2017 risultano i seguenti importi della tassa sociale:

Categoria 1:	CHF 825
Categoria 2:	CHF 825
Categoria 3:	CHF 550
Categoria 4:	CHF 355
Categoria 5:	CHF 253
Categoria 6:	CHF 253
Categoria 7:	CHF 142
Categoria 8:	CHF 0
Categoria 9:	CHF 0
Categoria 10:	CHF 0
Categoria 11:	CHF 178

Proposta Comitato centrale:

Approvazione delle tasse sociali per il 2017.

Decisione:

Le tasse sociali per il 2017 vengono approvate all'unanimità.



La segretaria generale della FMH, Anne-Geneviève Bütikofer, riferisce in merito alle misure per la stabilizzazione del budget.

Ora i delegati votano sul budget consolidato della FMH per il 2017.

Proposta Comitato centrale:

Approvazione del budget consolidato della FMH per il 2017.

Decisione:

Il budget consolidato della FMH per il 2017 viene approvato con 150 voti favorevoli, 1 voto contrario e 2 astensioni.

5. Misure di stabilizzazione del budget

5.1 Report dei risultati del 1° e 2° trimestre

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretariato generale FMH ricorda le misure approvate dalla Camera medica del 28 ottobre 2015. Dopo un processo di valutazione, nel dicembre scorso è stata avviata rapidamente l'attuazione delle misure a partire dall'inizio del 2016. Grazie ai grossi sforzi di tutti i quadri, degli uffici e degli organi coinvolti, le direttive per il 1° semestre hanno potuto essere attuate raggiungendo al 92% il risultato atteso. Rispetto a un ammontare dei risparmi originariamente preventivato di CHF 2,08 milioni, nel primo semestre sono già stati realizzati risparmi per CHF 1,9 milioni. La differenza deriva da un ritardo nell'implementazione di misure programmate all'interno del Segretariato generale e da spese aggiuntive da parte degli organi. Già oggi si può tuttavia affermare che gli obiettivi stabiliti dalla Camera medica il 30 ottobre 2014, come il raggiungimento di un equilibrio finanziario tra le spese effettuate e i progetti da un lato e le entrate generate dall'altro, la concentrazione sull'attività principale e l'eliminazione dei compiti se-

condari sono stati raggiunti ottenendo i risparmi previsti pari a CHF 4,06 milioni.

5.2 Riduzione dei contributi di base EMH/SMSR/OMCT dal 1° gennaio 2018

Jürg Schlup/Presidente FMH nella sua introduzione informa in merito alle proposte presentate dalla CdG e dalla SMSR, le quali sono pervenute al Segretariato generale solo nell'ottobre 2016, quindi dopo l'Assemblea dei delegati del 7 settembre 2016. Come è noto il Comitato centrale della FMH, dopo la verifica della EMH deliberata dalla Camera medica in data 30 ottobre 2014, ha incaricato la società di revisione KPMG di eseguire un audit. La KPMG ha effettuato la propria valutazione riscontrando un potenziale di miglioramento di CHF 1,4 milioni. Successivamente la EMH ha proposto al Comitato centrale misure atte a raggiungere tale miglioramento. Le proposte comprendono ad esempio la rinuncia al contributo di base. L'attuazione di tale misura comporterebbe una riduzione del contributo di base a decorrere dal 1° gennaio 2018. Il Comitato centrale della FMH ha sottoposto all'Assemblea dei delegati tenutasi il 7 settembre 2016 diverse varianti. La variante 1 prevedeva una riduzione parziale dagli attuali CHF 75 a CHF 45 in futuro per le categorie di associazione 1, 2, 3, 5 e 6. La variante 2 invece prevedeva una riduzione progressiva dagli attuali CHF 75 a CHF 0. L'Assemblea dei delegati raccomanda alla Camera medica la variante 1.

5.2.1 Proposta CdG: contributo di base EMH/SMSR/OMCT

Adrian Sury/Presidente CdG spiega che la CdG, con la presentazione delle proprie proposte, punta a ottenere un impiego utile e sensato dei mezzi finanziari. La CdG non è contraria a un sostegno finanziario alla SMSR e all'OMCT. Tuttavia, prima di decidere in merito a un ulteriore contributo di base, è opportuno analizzare i bilanci finanziari. Le risorse devono essere impiegate solo laddove sono effettivamente necessarie. La EMH ha già messo a disposizione i propri libri, individuando il potenziale di miglioramento. Se le riviste della SMSR e dell'OMCT, senza i contributi di base (che sono stati accordati nel 2011 per motivi politico-regionali e per un trattamento analogo alla EMH), dovessero effettivamente trovarsi in difficoltà, sarebbe possibile, qualora permanesse un deficit strutturale, stipulare accordi di prestazioni separati con le due società.

5.2.2 Proposta SMSR: sostegno equilibrato alle riviste mediche specializzate delle regioni linguistiche

Pierre-Alain Schneider/Presidente SMSR fa notare che, dopo la fusione delle riviste *Revue médicale de la Suisse*

Romande e Revue Médecine et Hygiène, le riviste mediche specializzate svizzere continuano ad attraversare una fase difficile. È vero che la casa editrice EMH ha accettato le misure di risparmio, come la riduzione del contributo di base, ma la EMH può continuare a contare sul supporto della FMH, poiché mantiene la pubblicazione del BMS. L'annuncio della EMH, secondo il quale intende rinunciare alle sovvenzioni e iniziare anche a pagare dividendi, ha stupito molto la SMSR, che prega il Comitato centrale di valutare l'equità del sostegno alle pubblicazioni delle tre regioni linguistiche in considerazione dei vantaggi indiretti che vengono concessi alla casa editrice EMH. È opportuno che la Camera medica prenda in merito al contributo di base EMH/SMSR/OMCT una decisione fondata sulla base del rispettivo rapporto. Il proponente prega i delegati di rinunciare a prendere una decisione oggi e di decidere come procedere solo una volta che saranno disponibili le informazioni necessarie.

Jürg Schlup/Presidente FMH apre la discussione e stabilisce la procedura per la votazione da svolgere dopo gli interventi dei delegati. Per prima cosa si voterà sulla parte 2 della proposta della SMSR, quindi sulla parte 2 della proposta della CdG e infine sulla contrapposizione tra la variante 1 del Comitato centrale e la variante 2 della CdG.

La CdG è d'accordo con questa procedura e, rispondendo alla domanda di *Jürg Schlup/Presidente FMH*, afferma che la parte 2 della propria proposta non blocca la procedura di votazione appena stabilita. La parte 1 della proposta della CdG si riferisce al contributo di base, la parte 2 alla verifica dei flussi finanziari della SMSR e dell'OMCT.

Votazione 1: parte 2 della proposta della SMSR

Proposta della SMSR parte 2:

La Camera medica valuterà nuovamente la situazione per il 2018, non appena il Comitato centrale avrà presentato un rapporto sul sostegno equilibrato alle riviste mediche specializzate delle tre regioni linguistiche. In tale contesto vanno considerati in modo particolare il vantaggio competitivo che la casa editrice EMH ottiene attraverso la pubblicazione del BMS e l'invio unitamente ad esso di Swiss Medical Forum a tutti i membri della FMH, nonché il potenziale di risparmio in caso di pubblicazione del BMS da parte di un'altra casa editrice.

Decisione:

La proposta viene respinta con 74 voti contrari, 66 voti favorevoli e 6 astensioni.

Votazione 2: parte 2 della proposta della CdG

Proposta della CdG parte 2:

Per quanto concerne la SMSR e l'OMCT: verifica dei bilanci da parte di un ufficio di revisione

esterno relativamente al potenziale di miglioramento del risultato operativo. In caso di permanenza di un deficit strutturale verranno stipulati con le due società contratti di prestazione separati, che dovranno essere verificati annualmente. Il loro ammontare verrà finanziato con un contributo di base residuo dei membri da stabilire tramite una decisione della Camera medica nel maggio 2017.

Decisione:

la proposta viene approvata con 116 voti favorevoli, 13 voti contrari e 16 astensioni.

Prima della terza votazione, nella quale i delegati potranno decidere tra la variante 1 del Comitato centrale e la variante 2 della CdG, i presenti sono in disaccordo sulle conseguenze di tali varianti. Alcuni delegati desiderano un ritiro della variante 2 della CdG. *Jürg Schlup/Presidente FMH* chiede alla CdG se sia d'accordo a ritirare la proposta. *Adrian Sury/Presidente CdG* conferma la proposta e dichiara ancora una volta che essa non blocca il procedimento. La CdG rifiuta di ritirare la propria proposta.

Jürg Schlup/Presidente FMH avanza la seguente mozione d'ordine:

Mozione d'ordine Schlup:

I delegati accettano la contrapposizione tra la variante 1 del Comitato centrale – raccomandata da Comitato centrale e Assemblea dei delegati – e la variante 2 della CdG – raccomandata dalla CdG.

Decisione:

La mozione d'ordine viene approvata con 117 voti favorevoli, 1 voto contrario e 15 astensioni.

Nell'ultima votazione si tratta di stabilire il contributo di base per il 2018 e gli anni seguenti. La variante 1 del Comitato centrale prevede una riduzione parziale dagli attuali CHF 75 a CHF 45 in futuro per le categorie di associazione 1, 2, 3, 5 e 6. L'Assemblea dei delegati raccomanda alla Camera medica tale variante. La variante 2 della CdG vuole una riduzione del 50% dagli attuali CHF 75 a partire dal 2018 e un'eliminazione a partire dal 2019. Qualora il rapporto richiesto dovesse arrivare a conclusioni diverse, la Camera medica dovrà deliberare nuovamente il contributo di base per il 2019.

Votazione 3: contrapposizione tra la variante 1 del Comitato centrale e la variante 2 della CdG

Proposta:

Contrapposizione tra la variante 1 del Comitato centrale e la variante 2 della CdG

Decisione:

Votano a favore della variante 1 del Comitato centrale 14 delegati, a favore della variante 2 della CdG 127 delegati. 8 delegati si astengono. Viene pertanto approvata la variante 2 della CdG.

5.3 Aumento della tassa sociale per la categoria 5

Un'ulteriore proposta della EMH, con la quale essa punta a realizzare un potenziale di miglioramento, è l'assunzione da parte della FMH delle spese postali per gli abbonamenti all'estero. Tali spese di spedizione del *Bollettino dei medici svizzeri* e del *Swiss Medical Forum* devono essere assunte per gli abbonamenti all'estero a decorrere dal 1° gennaio 2018 e hanno come conseguenza un aumento della tassa sociale per la categoria 5.

Proposta:

Sgravio della EMH SA attraverso l'eliminazione delle spese postali per gli abbonamenti all'estero e l'assunzione di tali costi da parte dei medici con domicilio e attività professionale all'estero (categoria 5):

aumento della tassa sociale solo per la categoria 5 dall'attuale 1/4 a 2/5 dagli attuali CHF 178 a CHF 284. Tale aumento della tassa sociale entra in vigore nell'anno in cui il contributo di base viene ridotto per la prima volta e cioè dal 1° gennaio 2018.

Decisione:

La proposta viene approvata con 112 voti favorevoli, 9 voti contrari e 11 astensioni.

6. Elezioni, votazioni di conferma

6.1 Votazione di conferma di delegati all'Assemblea dei delegati nominati

Lo statuto della FMH prevede che i delegati e i delegati sostitutivi all'Assemblea dei delegati vengano confermati dalla Camera medica. I delegati da confermare sono esclusivamente delegati alla Camera medica aventi diritto di voto o di proposta (statuto FMH art. 36).

Proposta:

Le organizzazioni proponenti VEDAG, SFSM, SMSR e fmCh propongono alla Camera medica di confermare i seguenti nuovi delegati all'Assemblea dei delegati della FMH:

VEDAG

Fino ad ora: Marcel STAMPFLI, Bienne
Nuovo dal 27.10.2016: Florian LEUPOLD, Breitenbach

SFSM

Fino ad ora: Jürg NADIG, Bülach
Nuovo dal 27.10.2016: Emanuel CHRIST, Niderschlerli

SMSR

Fino ad ora: Véronique MONNIER-CORNUZ, Losanna

Nuovo dal 27.10.2016: Philippe EGGIMANN, Sullens fmCh

Fino ad ora: Urban LAFFER, Presidente



La prof.ssa dott.ssa Samia Hurst, medico e studiosa di etica, presenta un sottoprogetto del Programma nazionale di ricerca «Fine vita» (NFP 67).

Nuovo dal 27.10.2016: Thomas EGGIMANN, Kreuzlingen

Fino ad ora: Daniel ACKERMANN, Scuol

Nuovo dal 27.10.2016: Gianfranco MATARELLI, Liestal

Decisione:

I delegati vengono eletti con 150 voti favorevoli e 2 astensioni.

6.2 Votazione di conferma dei delegati all'Assemblea dei delegati sostitutivi nominati

Lo statuto della FMH prevede che i delegati e i delegati sostitutivi all'Assemblea dei delegati vengano confermati dalla Camera medica. I delegati da confermare sono esclusivamente delegati alla Camera medica aventi diritto di voto o di proposta (statuto FMH art. 36a).

Proposta:

Le organizzazioni proponenti ASMAC e SFSM propongono alla Camera medica di confermare i seguenti delegati sostitutivi all'Assemblea dei delegati della FMH:

ASMAC:

Fino ad ora: Secondo delegato sostitutivo vacante
Nuovo dal 27.10.2016: Gert Printzen, Lucerna

SFSM

Fino ad ora: Emanuel CHRIST, Niderschlerli
Nuovo dal 27.10.2016: Stefan Greuter, Sargans

Decisione:

I delegati sostitutivi vengono confermati con 150 voti favorevoli, 2 voti contrari e 10 astensioni.



57 organizzazioni mediche hanno firmato la Charta per la qualità e si impegnano quindi a favore di trasparenza, obbligatorietà e sostenibilità in materia di qualità.

7. Relazione dell'ospite

Jürg Schlup/Presidente FMH saluta la Prof.ssa Dott.ssa Samia Hurst in qualità di relatrice ospite. La direttrice dell'Institut Ethique Histoire Humanités dell'Università di Ginevra ha effettuato ricerche sul «fine vita» nell'ambito del programma nazionale di ricerca 67 (PNR 67). Il PNR 67 «Fine vita» punta a ottenere nuove conoscenze sull'ultima fase della vita di persone di qualsiasi età. In 33 progetti di ricerca vengono elaborate conoscenze operative e orientative per decisori nel settore sanitario e nella politica, nonché per i gruppi professionali interessati. La morte degli esseri umani ha caratteristiche di individualità pari a quelle della loro vita. Ma in quali condizioni muoiono e quali decisioni vengono prese alla fine della vita? La Prof.ssa Hurst riferisce sul modulo PNR 67 «Decisioni nel fine vita: frequenza e tendenza in Svizzera»

8. La Charta per la qualità

L'attività medica è caratterizzata dalla responsabilità nei confronti dei pazienti. La qualità delle proprie prestazioni è considerata una componente indispensabile del lavoro e va a vantaggio dei pazienti, dei loro parenti e dei medici. Il lavoro di qualità deve essere garantito e promosso sotto tutti gli aspetti. Al fine di raggruppare e attestare tale attività a favore del lavoro di qualità nel 2012 è stata fondata l'Accademia svizzera per la qualità nella medicina ASQM.

Christoph Bosshard/Comitato centrale FMH informa in merito all'obiettivo e ai contenuti della Charta per la qualità, elaborata dall'ASQM negli ultimi due anni. La Charta ha come obiettivo l'organizzazione vincolante e trasparente del lavoro di alto livello qualitativo nel campo della medicina. Dopo un vasto processo di consultazione nell'ambito del corpo medico, la Charta per la qualità è stata ora finalizzata. Le organizzazioni mediche firmatarie affermano il proprio impegno a favore dei principi qualitativi di base relativi a trasparenza, obbligatorietà, sostenibilità, correttezza, competenze e anche risorse. Insieme avanzano anche richieste nei confronti della politica, dell'amministrazione e di altre organizzazioni del settore sanitario. La prima firma simbolica ha avuto luogo in occasione dell'odierna Camera medica. La sottoscrizione è e resta facoltativa e continua ad essere possibile.

9. Strategia FMH 2017–2020

Jürg Schlup/Presidente FMH spiega la strategia elaborata dal Comitato centrale della FMH per la nuova legislatura. Le problematiche sono state individuate mediante tre sondaggi per iscritto rivolti ai delegati alla Camera medica, a 12 esperti del settore sanitario del mondo dell'economia e della politica, nonché ai quadri del Segretariato generale della FMH. In fase di formulazione degli obiettivi strategici è stata posta attenzione a garantire un'adeguata continuità degli obiettivi rispetto alla scorsa legislatura. I delegati, gli esperti e i

quadri citano problematiche altamente rilevanti sia per il corpo medico che per l'assistenza sanitaria. Le tematiche di gran lunga più citate riguardano gli aspetti tariffari, cioè la revisione tariffaria e il mantenimento dell'autonomia tariffaria. Altre tematiche importanti risultano essere la coesione dell'associazione, un'efficace tutela degli interessi, la eHealth, la qualità, la gestione strategica delle autorizzazioni e l'organizzazione e attrattività della formazione professionale in futuro. Sulla base di tali problematiche il Comitato centrale ha definito i seguenti obiettivi principali:

- Politica sanitaria proattiva con una posizione unica
- Sviluppo della qualità e promozione della sua visibilità
- Sviluppo dell'identità professionale e dell'esercizio della professione
- Autonomia tariffaria e corretta remunerazione nell'assistenza ambulatoriale
- Struttura tariffaria e corretta remunerazione nell'assistenza ospedaliera
- Trasformazione digitale nella medicina al servizio del corpo medico e dei pazienti
- Supporto e promozione della Public Health
- Garantire prestazioni di supporto professionali da parte del Segretariato generale

Come già avvenuto nel 2013, il Comitato centrale provvederà a verificare una volta all'anno, ed eventualmente integrare, gli obiettivi strategici e le misure definite nell'ambito della loro attuazione.

Non essendoci il quorum sufficiente non viene svolta alcuna votazione. Dalla votazione consultiva svolta risulta che gli obiettivi per la legislatura vengono sostenuti da 63 delegati, con 1 astensione e nessun voto contrario. Gli obiettivi strategici per il periodo legislativo 2017–2020 verranno sottoposti alla Camera medica nel maggio 2017.

10. Informazioni sul progetto MARS

Data l'attualità e l'importanza per la FMH, questo punto dell'ordine del giorno verrà trattato in modo più dettagliato rispetto al consueto protocollo delle decisioni.

Christoph Bosshard/Comitato centrale FMH informa in merito allo stato attuale del progetto. L'obbligo di fornitura dei dati da parte dei fornitori di prestazioni era stato definito originariamente nell'art. 22a LAMal in vigore dal 2009 e poi trasferito dal 1° gennaio 2016 nell'articolo 59a di contenuto identico. Il relativo adeguamento dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) per l'attuazione dell'art. 59a è entrato in vigore il 1° agosto 2016. L'articolo 30 di tale ordinanza si riferisce a un regolamento per il trattamento, che viene ora messo in consultazione. Nell'ambito dell'attuazione di questa disposizione di legge, l'UST ha ricevuto il mandato per la creazione e gestione del sistema informativo denominato MARS. Il progetto parziale 3 prevede una fornitura di dati annuale da parte degli studi me-



Il rappresentanti degli uffici federali e l'incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFDT) rispondono alle domande dei delegati sul progetto MARS.

dici e dei centri ambulatoriali. Le valutazioni della fase di test (rilevazioni 2015 e 2016) sono state positive, motivo per il quale l'UST in data 15 novembre 2016 ha avviato la rilevazione dei dati degli studi medici e dei centri ambulatoriali per l'anno di riferimento 2015. I dati di questa prima rilevazione vengono utilizzati solo per scopi statistici e non per le disposizioni in materia di vigilanza, poiché secondo l'art. 30c OAMal il regolamento per il trattamento non è ancora in vigore. Fondamentali per la rilevazione che seguirà tra un anno e che verrà utilizzata anche per le disposizioni in materia di vigilanza secondo la LAMal, sono una rilevazione, un inoltro e un utilizzo dei dati regolati per il corpo medico in modo trasparente e conforme alla legge. L'inoltro e l'utilizzo dei dati devono essere chiaramente definiti e spiegati nel regolamento per il trattamento. Nell'ambito del termine di consultazione prorogato, tutti i membri hanno l'opportunità di presentare la propria presa di posizione entro la fine di gennaio 2017.

Tale regolamento per il trattamento, che si trova ancora in fase di consultazione, è quello che ha suscitato maggiormente insicurezza e dubbi all'interno del corpo medico. Ciò ha spinto la direzione della FMH a invitare i responsabili dell'Ufficio federale di statistica (UST), dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dell'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT), nonché il consulente giuridico che si occupa di questa tematica. Il presidente saluta *Adrian Lobsiger/Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT)*, *Oliver Peters/Vicedirettore e responsabile dell'Unità di direzione assicurazione malattia e infortunio (UFSP)*, *Marco D'Angelo/Capo della Divisione Salute e affari sociali (UST)*, *Jacques Huguenin/Capo della Sezione Sistema sanitario (UST)*, *Sabine Trolliet/Giurista (IFPDT)* e *l'Avv. Michel Meier*.

Marco D'Angelo/Capo della Divisione Salute e affari sociali (UST) presenta lo scopo e lo svolgimento della rilevazione dei dati degli studi medici e dei centri ambulatoriali (MAS). L'avvio della rilevazione continua ad essere previsto per il 15 novembre 2016. Nel frattempo il termine per la consultazione relativa al regolamento per il trattamento è stato prorogato al 31 gennaio 2017. Mentre in ambito ospedaliero esiste già una buona base di dati statistici, essa manca in ambito ambulatoriale. Secondo gli interventi parlamentari che infine hanno condotto al progetto MARS, ora tale lacuna verrà colmata. I dati che ora dovranno essere rilevati per la prima volta, il primo anno verranno utilizzati solo per scopi statistici e non per scopi di vigilanza secondo l'art. 59a LAMal. Verranno rilevati sia dati strutturali che relativi all'esercizio e alle finanze. I contenuti della rilevazione si suddividono in tre settori. Il

primo riguarda le informazioni sulla sede (dati relativi a sede/studio, infrastruttura e installazioni, offerta di formazione e perfezionamento professionale, numero di pazienti/contatti con i pazienti). Il secondo settore concerne le persone (medici in forma anonima, gruppi professionali non medici aggregati) e il terzo le finanze (oneri, ricavi LAMal/totali, risultato di esercizio).

Dopo il secondo sondaggio pilota è stato possibile ridurre il tempo necessario alla compilazione del questionario da 2 a 1,5 ore. Le tre interfacce per la rilevazione dei dati da banche dati del corpo medico (FMH, NewIndex, OBELISC, RoKo) e verso l'UFSP (Medreg) si sono dimostrate efficaci. La rilevazione persegue due obiettivi: l'utilizzo statistico secondo la Legge sulla statistica federale (LStat) e l'utilizzo per scopi relativi alle disposizioni di vigilanza secondo l'art. 59a LAMal incl. il corrispondente articolo della OAMal. Per quanto concerne l'inoltro dei dati, vale la differenziazione tra LStat e LAMal. Secondo la LStat vengono resi anonimi i dati delle persone giuridiche e di quelle fisiche. Nell'ordinanza OAMal rivista, entrata in vigore il 1° agosto 2016, l'art. 30c prevede un regolamento per il trattamento. Tale regolamento per il trattamento è attualmente in fase di consultazione ed entrerà in vigore prevedibilmente solo nella primavera 2017.

Jürg Schlup/Presidente FMH ringrazia il referente per le sue spiegazioni e apre la discussione.

FMH: Il tempo di 90 minuti necessario per il questionario è calcolato al mese/alla settimana oppure all'anno?

UST: 90 minuti all'anno. Tale valore corrisponde all'analisi del sondaggio pilota.

FMH: L'UST ha accesso ai dati dei medici che sono affiliati a un Trust Center e il questionario verrà compilato al 100% con tali dati?

UST: Grazie alla possibilità di includere le raccolte di dati esistenti, l'inserimento dei dati nel questionario viene semplificato. Tali dati non devono essere inseriti nuovamente. I dati possono essere utilizzati con l'autenticazione e il consenso del singolo fornitore di prestazioni.

FMH: Per quanto concerne la prima rilevazione dei dati, che dovrebbe servire a scopi statistici, vengono perseguiti anche altri scopi?

UFSP: Nell'ordinanza, entrata in vigore il 1° agosto 2016, si stabilisce che la raccolta dei dati ha anche scopi statistici. Tuttavia il Parlamento al momento di approvare la LAMal ha voluto che non fosse necessario rilevare gli stessi dati una seconda volta per scopi di qualità (indicatori relativi alla qualità, economicità delle prestazioni). La legge prevede che anche l'UST rilevi i dati necessari che poi dovranno essere utilizzati per scopi relativi alla qualità. La fornitura delle prestazioni me-



Hanspeter Kuhn, responsabile della divisione Servizio giuridico della FMH, mentre risponde a una domanda.

diche si svolge sempre più a livello ambulatoriale. Per tale motivo, al fine di garantire la qualità è necessario poter creare una correlazione tra trattamenti ambulatoriali e ospedalieri. Per via dei collettivi statistici di pazienti troppo piccoli e molto variabili, l'UFSP non è interessato a effettuare valutazioni della qualità relative a singoli studi medici. Si tratta invece di constatare le differenze nell'assistenza a livello regionale al fine di trarne i necessari insegnamenti per l'ulteriore sviluppo del sistema sanitario.

FMH: Il corpo medico inserisce già i propri dati nella RoKo. Ulteriori statistiche costituiscono un onere aggiuntivo sia per gli uffici federali che per i medici. Qual è il budget annuale dell'amministrazione?

UST: Nell'ambito del proprio budget l'UST ha richiesto i mezzi finanziari necessari per lo svolgimento di questo mandato di legge.

UFSP: La rilevazione e la pubblicazione di indicatori relativi alla qualità sono importanti al fine di migliorare le prestazioni mediche. Il Parlamento ha già chiesto con insistenza l'introduzione di criteri di qualità e indicatori in ambito ambulatoriale. L'UFSP non conosce ad esempio la quota percentuale delle operazioni in ambito ambulatoriale in Svizzera. In altre nazioni tale quota è nota con precisione, ad es. quante protesi dell'anca e del ginocchio e altre operazioni vengono effettuate in ambito ospedaliero o ambulatoriale. In questo campo la Svizzera è in ritardo rispetto ad altre nazioni e bisogna fare tutto il possibile per colmare questo gap.

FMH: Come, quando e in che modo i dati vengono restituiti ai medici?

UST: I dati che vengono rilevati e messi a disposizione ai sensi della LStat sono anche per il pubblico e vengono utilizzati in forma anonima nel contesto interna-

zionale. I dati che non sono anonimi vengono forniti all'UFSP secondo gli scopi previsti dalla LAMaL. L'UST non può fornire a terzi dati che non siano stati resi anonimi, a meno che non sia stato autorizzato. I dati possono essere forniti a terzi solo con un mandato di legge. Nel caso di H+, l'UST riceve un'apposita procura. IFPDT: L'analisi effettuata dall'UST deve essere proporzionata allo scopo. In fondo, anche in questo caso si tratta di efficienza dal lato dei costi e qualità. Il risultato finale non deve consentire di risalire a pazienti o fornitori di dati a meno che ciò non sia assolutamente necessario per il raggiungimento degli obiettivi.

FMH: Secondo la presentazione è prevista una rilevazione di dati anche per le farmacie e la Spitex. È difficile migliorare la qualità degli studi medici finché non sono noti tutti i parametri, tra cui la situazione socio-demografica dei pazienti. Quando prenderà il via la statistica relativa alle farmacie? Recentemente il Consiglio federale ha deciso di attribuire a queste ultime più competenze per i malati cronici e le urgenze. Non si riesce a capire perché il corpo medico sia tenuto a effettuare una rilevazione e i farmacisti no.

UFSP: Al momento non è previsto che i farmacisti forniscano prestazioni mediche da fatturare ai pazienti. Si tratta di un progetto pilota nell'ambito della polimedica per il quale sono stati richiesti dati ai farmacisti e alla loro associazione. Anche per la Spitex c'è in programma un progetto. Non si tratta della rilevazione e della verifica della qualità nel singolo caso, bensì del mantenimento di una panoramica complessiva della lungodegenza a casa e in istituzioni specializzate. Per gli studi medici è ancora più difficile che per gli ospedali o addirittura impossibile, dal momento che il collettivo statistico dei pazienti è più piccolo e il livello di complessità più elevato. All'UFSP interessa un riepilogo degli oneri regionali e delle diverse abitudini, nonché il successivo confronto tra i trattamenti ambulatoriali e quelli ospedalieri che seguono eventualmente. Già oggi molti trattamenti oncologici vengono eseguiti in ambito ambulatoriale e molte operazioni vengono trasferite in ambito ambulatoriale. L'UFSP non pubblicherà dati nominativi per ogni studio medico, bensì un riepilogo per tipo di malattia, regioni ecc.

FMH: Che cosa si intende per valutazione qualitativa e in che modo dovrà essere misurata statisticamente la qualità delle prestazioni?

UFSP: A livello internazionale esistono già studi su come un ricovero ospedaliero può essere evitato attraverso una buona assistenza ambulatoriale a malati cronici. È interessante creare tra gli studi una relazione basata sulle statistiche ospedaliere e mediche, che esistono da 15 anni e non hanno mai comportato pro-

blemi legati alla protezione dei dati, nonché sui risultati del progetto MARS. L'altra possibilità è la valutazione delle prestazioni fornite o non fornite per un tipo di paziente che soffre di una determinata malattia, al fine di capire quali sono gli standard e le differenze a livello regionale. Gli studi svolti in diverse regioni della Svizzera hanno mostrato che l'applicazione di direttive riconosciute avviene in modo molto differente. Tale constatazione è interessante sia dal punto di vista della salute pubblica che da quello dell'ottimizzazione dei trattamenti.

FMH: Per farlo l'UFSP non necessita di ulteriori dati. Per quale motivo i medici dovrebbero fornire ulteriori dati che non siano né resi anonimi né aggregati?

IFPDT: I dati devono essere obbligatoriamente resi anonimi e non devono permettere di risalire a singole persone. La reidentificazione deve essere esclusa. Compito dell'IFPDT è controllare che tale rischio venga escluso.

FMH: A questo proposito non vengono mischiate la verifica dell'economicità delle prestazioni mediche fornite da un lato e l'economicità della gestione dello studio dall'altro? Sono due questioni diverse. Quando si parla di qualità deve essere chiaro se si sta parlando di qualità nella gestione di uno studio e se sussiste un mandato a livello legislativo per il controllo della qualità nella fornitura delle prestazioni.

UFSP: Già oggi sappiamo che un paziente in Svizzera va dal medico mediamente quattro volte all'anno e il consulto costa mediamente CHF 200. Ciò che invece non si conosce sono le possibilità di sopravvivenza di un paziente che ha una malattia oncologica, in base alla regione della Svizzera in cui è stato trattato o in base agli oncologi presso i quali si reca o ancora in base al trattamento che ha ricevuto. Questi dati non sono ancora disponibili. Molte attività mediche vengono svolte in ambito ambulatoriale. L'interesse a ottenere più dati sui risultati positivi o negativi di determinati trattamenti e tipi di malattie assume sempre più importanza. L'economicità della gestione di uno studio riguarda il singolo medico o l'assicuratore e all'UFSP non interessa. L'UFSP si interessa dell'economicità delle prestazioni che vengono fatturate agli assicuratori malattia a livello nazionale. I dati dei singoli studi sono già noti agli assicuratori e l'UFSP non deve fare ulteriori sforzi al riguardo. Come già accennato, all'UFSP interessano le prestazioni, i risultati clinici e i relativi costi. A tale scopo i dati già citati, come ad es. la frequenza con la quale un assicurato si reca dal medico, purtroppo non sono sufficienti.

FMH: Si tratta della rilevazione dei dati 2015 o 2016? La rilevazione dei dati relativi a malattie, diagnosi ecc. significherebbe che devono essere inseriti anche dei codici di diagnosi.

UST: L'UST crea e gestisce l'infrastruttura per la rilevazione dei dati. La questione della diagnosi, che si è posta anche con i dati dei pazienti ambulatoriali nel progetto con gli ospedali, non è ancora stata chiarita. Oggetto dei lavori in corso è portare avanti le discussioni concernenti tale tematica. Tuttavia ci può volere ancora parecchio tempo.

FMH: Il regolamento per il trattamento non è ancora pronto per l'applicazione e non è ancora in vigore. La rilevazione dei dati inizierà tuttavia prima dell'entrata in vigore. È corretto?

UST: La rilevazione viene effettuata esclusivamente sulla base della LStat. Il regolamento per il trattamento sarà in fase di consultazione fino alla fine di gennaio 2017. I risultati della consultazione verranno utilizzati per finalizzare il regolamento e poi farlo entrare in vigore. Qui si tratta di una prima rilevazione completa che richiede un trattamento speciale.

UFSP: I dati di questa rilevazione verranno trasmessi solo all'UST e utilizzati solo da quest'ultimo. Dato che il regolamento per il trattamento che dovrebbe regolare con chiarezza le disposizioni in materia di vigilanza, non è ancora stato approvato, l'inoltro dei dati ai cantoni, all'UFSP, agli assicuratori ecc. per la rilevazione che inizia quest'anno è bloccato.

FMH: Tutte le organizzazioni che eseguono controlli della qualità, hanno personale pagato a tale scopo. I medici dovranno invece svolgere questo compito senza retribuzione?

UFSP: La struttura tariffaria oggi in vigore prevede la possibilità di fatturare i lavori di documentazione.

FMH: Sia i rappresentanti dell'UST che quelli dell'UFSP hanno assicurato che i dati verranno utilizzati solo per scopi statistici e resteranno presso l'UST. Chi garantisce che l'UFSP non richieda poi retroattivamente tali cifre all'UST?

UFSP: L'UFSP può garantire di non avere bisogno di tali cifre. L'interesse è focalizzato sullo sviluppo di indicatori di qualità e sul mantenimento di informazioni su come si sviluppa il volume di prestazioni in rapporto ai relativi contenuti. Per questo servono cifre di qualità sufficiente, nonché regolamenti operativi che siano adeguati per il corpo medico, l'incarico della protezione dei dati e l'UFSP. Quest'ultimo è interessato soprattutto alle prestazioni e meno a dati nominativi relativi a singole persone.

UST: L'UST non fornirà i dati in un momento successivo. Sarebbe contrario a ciò che è stato fatto fino ad ora.

IFPDT: Sarebbe una modifica dello scopo e modifiche di questo tipo non sono in linea di principio consentite.

FMH: Secondo le indicazioni dell'UST, terzo destinatario delle statistiche sono gli assicuratori malattia, i quali tuttavia conoscono già i medici singolarmente

attraverso la verifica dell'economicità, efficacia e utilità dei loro trattamenti. Grazie ai dati di cui sono a conoscenza, gli assicuratori non hanno un grande anticipo o vantaggio rispetto allo stato e ai cantoni?

UFSP: I dati vengono trasmessi agli assicuratori solo in forma aggregata. Gli assicuratori dispongono già oggi di dati dettagliati sui conteggi degli assicurati e sulla fornitura delle prestazioni. A tale scopo non hanno bisogno della Confederazione.

FMH: Migliorare la qualità delle prestazioni è lodevole. Per i medici però la richiesta di un numero sempre maggiore di statistiche comporta notevoli oneri. La fornitura dei dati che l'UFSP desidera richiede un impegno superiore a 90 minuti all'anno. Andrebbe valutato un sistema informatico che abbia già integrati i dati già inseriti.

UFSP: Un unico sistema in cui tutti i dati vengono inseriti una sola volta per poi essere utilizzati in diversi modi sarebbe ideale. Purtroppo però si tratta di una soluzione molto complessa. È come la compilazione della dichiarazione dei redditi. La prima volta ci vuole molto più tempo. Un problema c'è anche laddove si rende necessario inserire codici diagnostici. Si tratta di una situazione equiparabile a un grande cambiamento culturale, tecnico e amministrativo, al quale bisogna dedicare il tempo e la flessibilità necessari. Oggi vengono utilizzati già diversi sistemi di codifica. In ambito ospedaliero l'inserimento è più semplice poiché negli ospedali i codici diagnostici sono già inseriti nel sistema. In ambito ambulatoriale servirebbe invece più tempo e comporterebbe ancora molte discussioni tra la FMH, l'UFSP e l'UST.

FMH: In che modo è possibile misurare la qualità secondo l'ammontare della cifra d'affari?

UFSP: La qualità della prestazione non viene misurata sulla base della cifra d'affari. La questione è che cosa succede con un paziente con una diagnosi oncologica che subisce una determinata operazione in ambito ambulatoriale e magari sei mesi dopo deve essere ospedalizzato a causa di complicazioni. Questi dati non interessano solo il mondo medico ma anche i pazienti.

FMH: L'amministrazione vuole sapere da ogni paziente presso quale medico si reca? In tal modo il paziente resta veramente anonimo?

UFSP: Negli ospedali ci sono ottimi dati statistici raccolti nel corso di 15 anni. La quota dei propri pazienti che vengono riospedalizzati è nota. Un codice identificativo, che è anonimo, fornisce indicazioni su quali sono i pazienti interessati. Ciò che interessa sono solo la diagnosi e il trattamento da parte di diversi fornitori di prestazioni, non il nome del paziente. La protezione dei dati dei pazienti interessati può essere garantita con mezzi tecnici.

FMH: Fino ad ora è chiaro che l'UST non inoltrerà all'UFSP i dati 2015. Che cosa prevedono esattamente l'art. 59a LAMal e la relativa ordinanza per quanto concerne il set di dati 2016? Chi riceverà questo set di dati e in quale forma?

UFSP: Nelle relative ordinanze pubblicate l'utilizzo è descritto chiaramente. È previsto che i dati vengano inoltrati solo aggregati e che non vengano forniti dati singoli agli assicuratori. L'UFSP riceve per ogni fornitore di prestazioni (persona giuridica) dati singoli sul personale, l'offerta di posti di formazione e perfezionamento professionale e le prestazioni. I dati personali (medici) come dati singoli vengono forniti in formato anonimo. I dati rilevati ora per l'anno 2015 non verranno inoltrati, né all'UFSP né agli assicuratori.

Jürg Schlup/Presidente FMH ringrazia gli ospiti per la disponibilità a partecipare all'odierna Camera medica e a rispondere alle domande del corpo medico. Dopo i saluti i delegati proseguono la discussione.

Christoph Bosshard/Comitato centrale FMH affronta ancora una volta la questione della rilevazione dei dati 2015 da iniziare quest'anno e afferma che con l'UST verrà regolata la situazione contrattuale concernente l'utilizzo esclusivamente per dati statistici. L'art. 22 della LStat prevede una multa per chi fornisce dati errati o incompleti. Anche l'esclusione di sanzioni sarà oggetto del contratto con l'UST.

L'avv. Michel Meier precisa che bisogna distinguere tra le due rilevazioni. La prima rilevazione segue un'altra situazione giuridica. Secondo gli odierni interventi dell'UFSP e dell'UST, la FMH ha ottenuto la maggiore sicurezza possibile che essi verranno utilizzati solo per scopi statistici. In fin dei conti non cambia nulla riguardo al fatto che la prima rilevazione è obbligatoria esattamente come quelle seguenti. Le sanzioni sono state tuttavia relativizzate.

Alla domanda su come le valutazioni statistiche possano essere influenzate soprattutto per i pazienti con polimorbidità, Christoph Bosshard/Comitato centrale FMH rinvia alle raccomandazioni pubblicate sul BMS nr. 41/2016 «Raccomandazioni per i registri sanitari». Per quanto concerne l'anonimizzazione dei dati, Bosshard sottolinea che la questione di quale tipo di anonimizzazione sia necessaria per i diversi scopi previsti dalla legge non è ancora stata chiarita. Prima che il regolamento per il trattamento venga finalizzato, non è possibile fornire dati sulla base della LAMal. Come confermato oggi dai rappresentanti dell'UFSP e dell'UST, i dati ora rilevati verranno utilizzati sulla base della Legge sulla statistica federale. I dati di questa prima rilevazione non verranno trasmessi all'UFSP né oggi né in futuro.

I presenti sono concordi che la difficoltà non è rappresentata dalla rilevazione dei dati ma dalla successiva interpretazione. Per il corpo medico non è possibile prendere posizione riguardo ad accuse pubbliche. Per questo è indispensabile che il corpo medico possa prendere visione dei dati rilevati e venga coinvolto nella determinazione e validazione degli indicatori di qualità.

Urs Stoffel/Comitato centrale FMH cita il progetto «Monitoraggio» che il Comitato centrale ha approvato il 20 ottobre 2016 affidandone la creazione al Dipartimento Medicina e tariffe ambulatoriali. Il corpo medico si trova ripetutamente confrontato con sorprendenti comunicazioni da parte degli assicuratori e dell'UFSP che accusano i medici di un incremento delle quantità, attribuendo loro la responsabilità dell'evoluzione dei costi. In brevissimo tempo il dipartimento competente deve mettere a disposizione analisi, argomenti, motivazioni e interpretazioni relativi alle statistiche stilate da terzi in merito all'andamento dei costi. La FMH viene così sempre più spesso costretta nel classico ruolo di difensore e può solo reagire, anziché agire proattivamente. Con il pool di dati di NewIndex è disponibile una vasta e utile base di dati. La creazione del monitoraggio interno alla FMH riguardo all'applicazione delle tariffe verrà effettuata in collaborazione con NewIndex e la Cassa dei medici.

Jürg Schlup/Presidente FMH afferma che il Comitato centrale della FMH informerà regolarmente i membri riguardo allo stato attuale, coinvolgendoli anche nelle ulteriori discussioni.

Dopo le discussioni *Hans-Anton Vogel/Presidente Società dei medici dell'Appenzello* avanza la seguente proposta:

Proposta Vogel:

La fornitura dei dati avverrà solo dopo che saranno noti i regolamenti. I dati verranno messi a disposizione della FMH.

Decisione:

Dato che sono presenti nettamente meno della metà dei delegati alla Camera medica, non è possibile votare sulla proposta per mancanza del quorum.

11. IPI: termine del contratto di prestazioni

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretariato generale FMH riferisce sulla cessazione del contratto di prestazioni. Nell'ottobre 2013 la Camera medica ha approvato il contributo speciale per l'IPI con la condizione che tra la FMH e l'IPI venisse stipulato un contratto di prestazioni. Tale contratto è stato sottoscritto nel febbraio 2014. Nell'ottobre 2014 la Camera medica ha prorogato il contratto di prestazioni di un solo anno decidendo di

integrare l'IPI nel dipartimento eHealth a decorrere dal 2016. Alla Camera medica del 29 ottobre 2015 è tuttavia emerso che l'integrazione nel dipartimento eHealth era fallita. La Camera medica ha incaricato il dipartimento di rilevare le tematiche relative all'informatica per gli studi medici attraverso mandati a partire dal 2016. Tra l'ottobre 2015 e il marzo 2016 il Segretariato generale ha controllato il bilancio annuale dell'IPI negoziando entro il luglio 2016 un accordo per lo scioglimento. Nell'esercizio 2015 la FMH ha versato all'IPI un contributo di CHF 519 000. Tale importo comprende, oltre alle infrastrutture di base, anche la remunerazione delle prestazioni. La FMH ha rinunciato al rimborso della quota di remunerazione non utilizzata pari a CHF 21 730 e al rimborso del mobilio. Per il 2016 l'IPI ha rinunciato a una remunerazione dei lavori dell'IHAMZ nonché a un ulteriore credito per spese del presidente dell'IPI. La FMH ha saldato l'importo di CHF 42 000 per l'IVA che non era stata correttamente calcolata nelle fatture emesse dall'IPI nel 2015. Tutti i risultati e tutta la documentazione sono di proprietà della FMH. La FMH concede tuttavia all'IPI il diritto non esclusivo di utilizzo e sviluppo dei risultati. Ciascuna delle parti rinuncia nei confronti dell'altra a far valere diritti di utilizzo esclusivi, nonché ad attuare misure per imporre diritti di utilizzo ritenuti esclusivi sui risultati ottenuti. Le parti riconoscono reciprocamente la qualità di tali risultati. Il saldo sotto forma di accantonamento a favore dell'informatica per gli studi medici ammonta al 31 dicembre 2016 a CHF 670 000. Con l'accordo di scioglimento del 16 agosto 2016, la FMH e l'IPI hanno saldato tutte le pretese reciproche. Non sussistono ulteriori pretese reciproche.

12. Informazioni da Comitato centrale, Segretariato generale, ISFM e settori

In occasione della Camera medica ai delegati sono stati distribuiti i rapporti scritti dei dipartimenti e del Segretariato generale.

12.1 TARPSY e ST-Reha: informazioni verbali

Jürg Unger-Köppel/Comitato centrale FMH informa in merito ai nuovi sistemi tariffari TARPSY per la psichiatria ospedaliera e ST-Reha per la riabilitazione. Il sistema TARPSY per gli adulti verrà introdotto a decorrere dal 1° gennaio 2018. Per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza l'introduzione è prevista per il 1° gennaio 2019 poiché la qualità dei dati per il calcolo della struttura tariffaria è ancora insufficiente. L'introduzione della ST-Reha è stata rinviata ed prevista per il 1° gennaio 2020. Al contrario del sistema DRG, la TARPSY e la ST-Reha sono state sviluppate in Svizzera.

L'obiettivo è remunerare le prestazioni della psichiatria ospedaliera in tutta la Svizzera secondo un sistema tariffario uniforme e legato alle prestazioni. *Jürg Unger-Köppel* fa notare che la FMH è stata fortemente coinvolta nella definizione della struttura tariffaria e che la collaborazione con i partner della SwissDRG SA e la cooperazione ad esempio con H+ funzionano bene. Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a [tarife\[at\]fmh.ch](mailto:tarife[at]fmh.ch).

13. Varie

Anne-Geneviève Bütikofer/Segretariato generale FMH rende noti i dati delle riunioni della Camera medica per il 2017 e il 2018. Nel 2017 la Camera medica si svolgerà il 4 maggio e il 26 ottobre, nel 2018 il 3 maggio e il 25 ottobre.

Jürg Schlup/Presidente FMH ringrazia i delegati per l'impegno nel lavoro svolto durante la riunione e per il loro impegno quotidiano a favore del settore sanitario. Il presidente ringrazia in modo particolare i collaboratori della FMH per l'organizzazione di questa Camera medica e augura a tutti un buon ritorno a casa.

Credito fotografico
© Frederike Asael

Glossario

AD	Assemblea dei delegati
AGZ	Società dei medici del canton Zurigo
ASMSR	Associazione dei medici assistenti e capiclinica
ASQM	Accademia svizzera per la qualità nella medicina
Avv.	Avvocato
BMS	Bollettino dei medici svizzeri
CC	Comitato centrale
CdG	Commissione di gestione
CF	Consiglio federale
CM	Camera medica
CSSU	Conferenza svizzera delle scuole universitarie
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DRG	Diagnosis Related Groups
EMH	Schweizerischer Ärzteverlag
fmCh	foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
FMH	Federazione dei medici svizzeri
H+	Gli ospedali svizzeri
IFPDT	Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza
IPI	Istituto per l'informatica nello studio medico IPI
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
LAMaI	Legge sull'assicurazione contro le malattie
LStat	Legge sulla statistica federale
MedReg	Registro delle professioni mediche
Messaggio ERI	Messaggio concernente la promozione dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione
NAKO	Servizio nazionale di consolidamento dei dati
OAMaI	Ordinanza sull'assicurazione malattie
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
PMED	Prestazione medica
PNR	Programma nazionale di ricerca
RE	Regolamento d'esecuzione
Roko	Studio permanente dei costi
SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine
SG	Segretaria generale / Segretariato generale
SMSR	Società dei medici della Svizzera romanda
ST-Reha	Struttura tariffaria per la riabilitazione stazionaria
TARMED	Tariffa per prestazioni mediche ambulatoriali
TARPSY	Struttura tariffaria per la psichiatria stazionaria
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica
VEDAG	Associazione delle società mediche della Svizzera tedesca