

TMT
Mensile organo ufficiale
Ordine dei medici del Cantone Ticino

Corrispondenza
 OMCT, Via Cantonale,
 Stabile Qi – CH-6805 Mezzovico
 info@omct.ch
 Tel. +41 91 930 63 00 - fax +41 91 930 63 01

Direttore responsabile
 Dr. Med. Vincenzo Liguori
 6915 Pambio-Noranco
 Tel. +41 91 993 21 10 - fax +41 91 993 21 32
 vincenzo.liguori@hin.ch

Comitato redazionale scientifico
 Sezione scientifica TMT
 Agnese Bonetti Pissarello, Segretaria
 Istituto cantonale di patologia, 6601 Locarno
 Tel. +41 91 816 07 16/11
 agnese.bonetti@ti.ch
Responsabile
 Prof. Dr. Med. Luca Mazzucchelli
 luca.mazzucchelli@ti.ch
 Dr. Med. Ignazio Cassis
 Dr. Med. Fabio Cattaneo
 Prof. Dr. Med. Augusto Gallino
 Dr. Med. Mauro Capoferri

Fotocomposizione-stampa e spedizione
 Tipografia Poncioni SA,
 Via Mezzana 26 - CH-6616 Losone
 (tribunamedica@poncioni.biz)
 Tel. +41 91 785 11 00 - fax +41 91 785 11 01

Pubblicità
 Axel Springer Schweiz AG
 Fachmedien
 Yvette Guggenheim
 Postfach 3374, CH-8021 Zürich
 (tribuna@fachmedien.ch)
 Tel. +41 43 444 51 04 - fax +41 43 444 51 01

Abbonamento annuale
 Fr. 144.- (11 numeri)
 Medici Assistenti Fr. 48.-

SOMMARIO

TACCUINO

SEZIONE SCIENTIFICA

Il ruolo dell'oncologia medica nel trattamento multidisciplinare del carcinoma mammario. Attualità e prospettive, O. Pagani	379
Trattamento chirurgico del carcinoma duttale in situ della mammella: una sfida per il chirurgo senologo, F. Meani, F. Fillippakos, D. De Monaco, Ch. Polli, Th. Gyr	383
Carcinoma mammario occulto: approccio diagnostico O. Codrina Moscovici, V.A. Vitale	387
Il caso clinico in 1000 parole: donna di 67 anni con linfadenopatie, sintomi B... e una diagnosi sbagliata, G. Pedrazzini	389
Errore medico: una donna con piede cadente, A. Badaracco	393
Journal Club, M. Capoferri, M.L. De Perna (Cardiocentro Ticino)	395
Patologia in pillole, L. Mazzucchelli, R. Katz, G. Giudici, E. Cauzza	401

ATTIVITÀ E COMUNICAZIONI DELL'OMCT

Date da ricordare	405
Offerte e domande d'impiego	405
IOSI - Istituto Oncologico della Svizzera Italiana	407
Formazione del Reparto di Medicina Interna dell'OBV	407
Presentazione casi clinici medicina e chirurgia Ospedale la Carità	407
Persone	407
Centro Triangolo Locarno - Attività del martedì	408
Centro Triangolo Locarno - Incontri e conferenze del martedì	409
Corso di aggiornamento regionale	409

RASSEGNA DELLA STAMPA

411

Assemblea Ordinaria OMCT, 27 ottobre 2010

Sguardo sul futuro

Care Colleghe, cari Colleghi,

Sono trascorsi solo 6 mesi dal nostro ultimo incontro in questa sala: un periodo che anche in considerazione dei mesi estivi, avremmo immaginato trascorrere lento e sereno.

Con l'arrivo dell'estate invece sono giunti, come è logico che sia, anche i temporali che però non ci hanno trovati impreparati anzi, ci hanno stimolati a batterci per trovare soluzioni e vie d'uscita da situazioni che coinvolgono tutto il corpo medico e anche tutti i nostri pazienti.

Però, prima di entrare nel vivo della stretta attualità, desidero fare un breve riassunto delle tematiche di cui ci siamo occupati.

Nel periodo trascorso abbiamo proceduto a una ristrutturazione amministrativa dell'OMCT.

Sempre nell'ottica di rendere più performante il nostro lavoro, abbiamo creato gruppi di competenza ad hoc, come a esempio il gruppo di lavoro "reti integrate", la "Commissione Presidenti di specialità" e il "Collegio tecnico".

È stata messa in atto una strategia di comunicazione integrata – fondata sulla comunicazione interna (nuovo sito OMCT) e su quella esterna, con una presenza costante nei media, allo scopo di dare maggior visibilità al nostro Ordine; e su questo slancio abbiamo fatto eleggere il primo vicepresidente ticinese della storia della FMH, con il chiaro obiettivo di "avvicinare Berna alle particolarità del Ticino".

Sempre in un'ottica di relazioni pubbliche, ricerca di consenso e supporto per le nostre visioni, abbiamo intensificato la collaborazione con gli ordini dei farmacisti e dei dentisti, con l'associazione dei fisioterapisti, con il consiglio degli anziani e con varie associazioni di categoria come l'AITI (associazione industriali ticinesi), SSIC (società degli impresari costruttori) e ACSI (associazione dei consumatori della svizzera italiana) che, nel 2008, ci ha attribuito l'attestato di merito.

Ma soprattutto abbiamo operato in un'ottica di lobbying politico instaurando rapporti regolari con i medici eletti in Gran Consiglio, in particolare Del Bufalo e Salvadè e con il Consiglio di Stato e i diversi uffici del Dipartimento della Sanità e della Socialità e con la sua Direttrice, tanto da far dire alla stessa: *"il parere dell'OMCT è importante e quasi sempre si è cercata una strada condivisa, rarissimi – non ricordo negli ultimi anni – sono stati casi dove i pareri sono stati divergenti"*. Un altro progetto elaborato con l'Ordine dei Farmacisti è la SaniTicard: diversi colleghi e farmacie sul territorio già ne fanno uso! Abbiamo anche fatto sentire la nostra voce in campo etico con una presa di posizione relativa alla revisione della legge sul suicidio assistito.

Sul piano puramente tecnico abbiamo assunto un ruolo determinante nell'elaborazione del nuovo regolamento per l'applicazione della Moratoria ottenendo una più equa applicazione della clausola del bisogno, ci siamo adoperati per far comprendere e introdurre il concetto di job-sharing (splitting

del numero di concordato), che permette soprattutto alle donne-medico, ma non solo, di gestire al meglio la vita professionale e gli interessi della famiglia. È stata pure contrattata una convenzione con il Dipartimento degli Interni e la Polizia cantonale che regola la copertura dei costi per gli interventi d'urgenza comandati da questo ente e abbiamo avuto un ruolo di prim'attore nella pianificazione e nella messa in atto del piano d'intervento e nella gestione della pandemia. Sempre dal punto di vista tecnico, nel 2006 ci siamo battuti, con la commissione trattative, per mantenere alto il valore del punto introducendo il concetto di compensazione che ci ha permesso di mantenerne il valore a 0.97 centesimi, contro la proposta di SAS di 0.92 centesimi, per poi scendere gradualmente all'attuale valore di 0.95 centesimi.

Sempre ancora in ambito puramente tecnico ci siamo battuti ed abbiamo contrastato l'introduzione del Montepiano e la valutazione di economicità fondata sul metodo ANOVA, portando così ad un rimpasto ai vertici di SAS Ticino.

Ritornando sul piano politico, non dimentichiamo la grande vittoria ottenuta con la votazione del 1° giugno 2008 per la libera scelta del medico, la "battaglia" in difesa dei nostri laboratori interni a sostegno della quale abbiamo organizzato la memorabile giornata di protesta del 1° aprile 2009 che ha ottenuto, fatto unico in Svizzera, il supporto del Consiglio di Stato.

Abbiamo anche posto tutto il nostro impegno nella messa in atto di strategie di difesa della medicina di famiglia, in particolare con l'elaborazione e la presentazione dell'iniziativa "Sì alla Medicina di Famiglia" (che ha raccolto in pochi mesi più di 200'000 firme) e la costituzione dell'associazione mantello Medici di Famiglia Svizzeri.

E ci siamo fatti promotori, unitamente alla maggioranza degli ordini dei diversi cantoni, dell'iniziativa per la trasparenza delle casse malati (che mira alla netta separazione tra l'assicurazione di base e le complementari).

In questi 4 anni, applicando la strategia di comunicazione e interazione appena illustrata, siamo riusciti a far cambiare l'immagine esterna del medico ticinese non più solamente il medico "ricco" ma un medico più vicino e di sostegno alle esigenze di cura dei cittadini-pazienti.

Questa carrellata, certamente ancora incompleta dimostra chiaramente come l'Ordine abbia assunto un assetto sempre più proattivo e partecipante nella creazione delle linee guida della realtà sanitaria del nostro Cantone.

Il nuovo orientamento ci ha permesso di farci riconoscere come un corpo professionale efficiente, efficace e trasparente propositivo-proattivo che agisce e si comporta come parte integrante della realtà socio-economica del paese in cui vive: un partner deciso a dare il suo contributo sia nel ruolo di cittadino che in quello di operatore in campo sanitario al quale la società civile demanda il compito fondamentale di tutelare la salute del cittadino-paziente.

Attualità

Veniamo ora ai temi che negli ultimi mesi, in un crescendo che definirei rossiniano, si sono andati accavallando sul no-

stro tavolo e ai quali abbiamo fatto fronte in modo proattivo anche grazie alla coesione dell'Ordine dei Medici, che ha dato prova di efficienza e motivazione, al supporto irrinunciabile dell'Ufficio Presidenziale, del Consiglio Direttivo e di tutti i membri dei diversi gremii medici ai quali, nella mia veste di Presidente so di potermi rivolgere per completare tutti i tasselli necessari alla comprensione delle diverse tematiche.

Ecco, in un breve elenco, le sfide che si andavano profilando all'orizzonte e che si sono concretizzate nel corso dell'estate:

- La richiesta di SAS di abbassare il valore del punto TARMED
- Il caso Helsana
- La possibile introduzione delle reti di cure integrate
- La realizzazione di uno studio sulle riserve delle casse malati.
- Iniziativa "Si, alla medicina di famiglia" (controprogetto diretto dal Consiglio Federale)
- Iniziativa per la "trasparenza delle casse malati" (progetto degli Ordini Cantionali Svizzeri)

Valore del Punto TARMED

Per i dettagli legati alla tematica rimando al Taccuino apparso su Tribuna Medica Ticinese nell'edizione di luglio-agosto e mi limito qui a un aggiornamento sulle trattative in corso. Nel corso dei tre incontri con la commissione trattative di SAS, abbiamo ampiamente sottolineato sia il vizio di forma procedurale nel quale è incorso il Gruppo di Controllo nell'emaneazione della Raccomandazione di giugno, sia l'instabilità dei dati sui quali detta Raccomandazione si fonda, sia la rilevanza dell'effetto ASSURA.

Infatti, la banca dati ha, da sempre, dato adito a sospetti di incongruenza sia per rapporto all'affidabilità che per quanto attiene i parametri di misurazione, creando così un'incertezza nell'analisi che si è andata viepiù accentuando con la "perdita di potere" dell'associazione mantello degli assicuratori nei confronti dei propri maggiori componenti e, da ultimo, con il rifiuto di ASSURA (risalente a fine 2008) di continuare a far confluire i propri dati nel banca dati globale.

Ovviamente, la mancanza di questi dati ha conseguenze pesanti per cantoni, come il Ticino e quelli della Svizzera romanda, nei quali questo assicuratore "specializzato nei buoni rischi" ha una forte penetrazione di mercato (in Ticino parliamo del 6-7% degli assicurati). In questo quadro, la visione dell'evoluzione dei costi LAMal (sia nella loro forma globale che per rapporto ai singoli gruppi di fornitori di prestazioni) risulta chiaramente approssimativa e condiziona pesantemente i risultati finali sia nella loro integralità che pro capite. Allo stato attuale, come commissione trattative di OMCT abbiamo elaborato tre strategie di condotta che di seguito riassumo brevemente:

1. Accettare la Raccomandazione e quindi la riduzione di 2 centesimi (da 0.95 a 0.93) del valore del punto.
2. Rompere le trattative, scenario che, verosimilmente, provocherebbe la richiesta immediata al Consiglio di Stato da parte di SAS di dare inizio alla procedura di fissazione del valore del punto. In questo caso, lo sottolineo, SAS non sarebbe più tenuta a conformarsi alle indicazioni contenute nella

Raccomandazione e potrebbe richiedere un valore anche inferiore a 93 centesimi. Va da sé che la stessa richiesta all'Organo competente potrebbe essere fatta da OMCT.

3. Intervento del Consiglio di Stato che, dopo aver constatato come le trattative siano in corso, decide di prolungare la convenzione tariffale al massimo per un anno, durante il quale le parti hanno la possibilità di trovare un accordo. L'adozione di questa opzione è subordinata in pratica esclusivamente all'esistenza di motivi plausibili in virtù dei quali è prospettabile una soluzione negoziata fra i partner. Di conseguenza, il governo, sentite le parti, dovrebbe disporre di un ampio margine di apprezzamento. È però necessario tener presente come la decisione formale del Consiglio di Stato verrebbe presa al più presto verso metà 2011 e ogni giorno successivo al 1.1.2011 renderebbe sempre meno prospettabile un accordo e con ciò il prolungamento della tariffa attuale.

Decisione assembleare

Introduco qui una nota per riferire come, al termine della discussione, i membri dell'Ordine dei Medici riuniti in assemblea abbiano dato mandato alla Commissione ad hoc di proseguire le trattative con SAS con l'obiettivo di difendere l'attuale valore del punto.

Helsana

Il caso Helsana può essere facilmente considerato come un sifuro contro la figura del Medico di Famiglia: colpendolo indirettamente attraverso i propri assicurati, la principale cassa svizzera informava coloro fra i suoi clienti che avevano optato per il modello "medico di famiglia" che il loro medico non fa più parte dei medici che collaborano con Helsana e quindi, per poter continuare a usufruire dello sconto del 10% cui quest'assicurazione denominata "Benefit" dava diritto, avrebbero dovuto mutare il loro modello assicurativo in "BenefitPlus", rivolgendosi o a uno studio medico associato o alla consulenza sanitaria di telemedicina Medgate. Con quest'azione, Helsana dimostra chiaramente di voler applicare in Ticino il modello "Managed Care" la cui messa in atto verrà discussa al Consiglio degli Stati nella sessione di novembre e porta così alla ribalta alcune fra le nostre maggiori preoccupazioni in questo campo: la perdita della garanzia della libera scelta del medico e la perdita di indipendenza nella definizione del percorso curativo per il professionista della salute che si trova malgrado sé coinvolto in questo tentativo di porre la mano sul libero esercizio della professione medica.

Non appena a conoscenza della vicenda, OMCT indignato dall'ennesima picconata contro la figura del medico di famiglia e dall'insolenza con la quale la cassa si è rivolta ai nostri pazienti, ha deciso di seguire la stessa linea di comportamento di Helsana, rivolgendosi alla popolazione a mezzo di un'informazione stampa. Scelta questa dettata da due considerazioni di fondo: la prima relativa al fatto che i contratti assicurativi sono un affare tra assicurato e assicuratore e la seconda fondata sul procedimento di Helsana che ha evitato di informare i medici della campagna di mercato in atto. Il successivo sviluppo dei fatti ha poi dato ragione alla nostra linea di condotta, infatti, in una se-

rie di contatti con i rappresentanti di Helsana-Svizzera hanno riconosciuto come il risultato della campagna sia stato un vero flop e come tutta l'operazione di marketing sia stata quantomeno mal orchestrata. La cassa ha dovuto procedere a richiamare al telefono tutti i destinatari delle lettere per spiegare loro la situazione. Per quanto attiene i contatti con il corpo medico, vi è stato un recente incontro tra OMCT e i rappresentanti di Helsana-Svizzera, in particolare il responsabile per il Ticino e il responsabile a livello svizzero per la problematica delle reti di cure integrate. Nel corso di questa riunione, abbiamo ribadito la posizione del corpo medico ticinese nei confronti del Managed Care e abbiamo sottolineato il nostro totale disaccordo verso il modello con capitation.

I rappresentanti di Helsana hanno dato l'impressione di comprendere la diversa sensibilità ticinese per rapporto alle problematiche che toccano la salute e hanno promesso di chinarsi sulla questione studiando delle soluzioni più adatte alla realtà ticinese. Passo avanti che non ho certo l'ingenuità di attribuire alla maggiore sensibilità di questo assicuratore che, logicamente, vede nella possibilità di discutere con l'Ordine dei Medici uno dei mezzi per giungere per primo in un mercato ancora non "contaminato" da diversi concorrenti.

Inoltre, abbiamo colto l'occasione di questo incontro per sollevare nuovamente la questione delle modalità con cui Helsana conduce i controlli relativi all'economicità delle cure e abbiamo chiaramente sottolineato come non sia ammissibile che un loro collaboratore violi in modo flagrante le regole stabilite per queste procedure che devono essere svolte eventualmente solo per il tramite del medico fiduciario della cassa.

Reti di cura integrate

Il caso Helsana di cui ho appena riferito mi dà l'opportunità di introdurre il capitolo relativo alle Reti di cura integrate che, nel corso degli ultimi mesi, è divenuto sempre più di attualità e che, come abbiamo visto, provoca fra gli assicuratori una serie di manovre preparatorie per essere i primi ad assicurarsi "fette di mercato" nel nuovo segmento.

Oggi viviamo in un sistema tariffale senza reti nel quale i fornitori di prestazioni sanitarie collaborano spontaneamente sulla base delle loro affinità e del loro network.

Domani, qualora il progetto di legge approvato dal Nazionale (che andrà in consultazione agli Stati nella sessione parlamentare invernale), venisse accolto, ci troveremo confrontati a un sistema che mira ad accordare incentivi finanziari a quegli assicurati che opteranno per una forma di assicurazione malattia che prevede la co-responsabilità budgetaria. Per gli assicurati le forme di incentivazione previste dal modello di legge consisteranno essenzialmente in una compartecipazione ai costi del 5% in caso di adesione al modello di rete integrata e una del 15% qualora decidessero di mantenere lo statu quo. Sempre in materia di incentivi, il progetto prevede pure un plafonamento a CHF 500.- della compartecipazione (per coloro che opteranno per le cure in rete) e a CHF 1'000.- (per chi vorrà mantenere l'attuale forma assicurativa), ciò che comporta (per rapporto alla situazione odierna in cui la compartecipazione massima è di CHF 700.-/an-

no) un risparmio di CHF 200.-/anno per i primi e una maggiorazione dei costi di CHF 300.-/anno per i secondi. Questi i dati relativi agli incentivi scaturiti alcuni giorni fa dalla Decisione presa con 7 voti contro 3 e 2 astensioni dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati.

Nelle intenzioni del Dipartimento federale della Sanità, qualora il progetto venisse approvato da entrambe le Camere, la nuova forma assicurativa dovrebbe entrare in vigore il 1. Gennaio 2012, dando facoltà ai cantoni che ancora non la conoscono di adeguarsi entro il 1. Gennaio 2015.

Il potere politico preconizza inoltre che tutti gli assicuratori siano obbligati a offrire il prodotto "Reti di cura integrate" e che le reti abbiano la facoltà di costituirsi secondo la forma giuridica che meglio ritengono (e questo è un altro dei problemi non risolti). Ora, noi sappiamo come la Rete sia una forma di erogazione delle prestazioni mediche conosciuta in particolare nella Svizzera di lingua tedesca, del tutto assente in Ticino e poco conosciuta in Romandia. Di transenna ricordo come, malgrado la relativa diffusione in Svizzera tedesca, le reti abbiano oggi una penetrazione di mercato pari a circa il 20% e come l'obiettivo del Parlamento sia, anche grazie agli incentivi allo studio, di portare questa quota al 50% entro il 2020.

Per rapporto alle Reti OMCT si è attivato su due fronti: quello eminentemente politico, e quello pratico.

Nel primo campo, ci siamo alleati con gli Ordini della Svizzera romanda in un'azione di lobbying volta a far comprendere le ragioni delle nostre riserve verso ai nostri parlamentari federali e concretizzando il nostro pensiero in una lettera comune inviata a tutti i parlamentari all'inizio della sessione primaverile durante la quale il Nazionale ha dibattuto la questione.

Abbiamo poi provveduto a lanciare il dibattito sui giornali, sia facendo intervenire opinion leader di peso in campo di politica sanitaria come il nostro consulente scientifico Bruno Cereghetti, sia intervenendo direttamente con alcuni contributi analitici sottoforma di articoli e interviste.

Inoltre, per non farci trovare impreparati qualora anche il Consiglio degli Stati approvasse il progetto di legge, abbiamo deciso di agire in modo proattivo studiando da vicino un modello di Rete, con l'obiettivo di conoscerne al meglio il funzionamento per essere i primi a lanciarlo sul mercato ticinese qualora il Parlamento desse via libera al progetto di legge. Chiaramente, vi terremo costantemente al corrente dell'evoluzione del progetto e stiamo già operando per delle serate informative che organizzeremo con la Cassa dei Medici.

Le riserve delle Casse malati

Come detto, parte del nostro agire è fondata su una strategia offensiva che mira a far conoscere ai cittadini del nostro cantone chi sono i veri responsabili del trend in perenne crescita dei premi delle casse malati, a offrire al mondo politico uno strumento solidamente fondato per la sua battaglia per il controllo della spesa sanitaria e, raggiungere così, in via subordinata, l'obiettivo di posizionare il corpo medico ticinese come partner sociale autorevole, affidabile e trasparente. A questo scopo con il nostro consulente scientifico signor

Bruno Cereghetti abbiamo presentato uno studio relativo alle riserve degli assicuratori di cui di seguito vi illustro i punti principali. A titolo di promemoria rammento che le riserve, che vengono costituite cumulando gli utili d'esercizio e che quindi indirettamente si compongono anche dei premi pagati dagli assicurati, servono a garantire la solvibilità finanziaria a lungo termine delle casse malati e a copertura del rischio.

Per legge, queste riserve sono quantificate nel 10% del totale dei premi a bilancio per le casse di grande dimensione e nel 12% per le casse medie.

Le riserve sono cantonali e non esiste quindi una riserva a livello nazionale, in effetti, ciò che viene definito "paniere" altro non è se non la somma di tutte le riserve cumulate cantonalmente. Nel corso dell'ultimo decennio, il trend relativo al valore delle riserve è in continua decrescita sul piano nazionale e, nel 2008 ben 7 cantoni avevano addirittura un livello negativo di riserve mentre altri 8 erano al limite o poco sopra il minimo legale e questo da parecchi anni, 6 erano nella norma e solo 5, erano e sono nettamente al di sopra di quanto legalmente richiesto.

In pratica, ciò significa che i cantoni in situazione negativa non sono più in grado da tempo di finanziare il loro sistema sanitario attraverso i premi degli assicurati residenti.

Di conseguenza, 5 cantoni, fra cui il Ticino, sono nella posizione iniqua di finanziatori delle riserve a livello nazionale alle quali contribuiscono pagando premi al di sopra di quello che sarebbe giustificato in base al livello delle riserve. Se traduciamo in cifre questo ragionamento possiamo affermare esemplificando che, nel canton Berna per giungere al minimo legale mancano chf 580 per abitante mentre in Ticino vi sono circa chf 400 in più pro capite.

Nel 2005, il Consiglio federale aveva preso coscienza di questa situazione e aveva decretato che entro il 2012 le riserve eccedentarie presenti in alcuni cantoni avrebbero dovuto essere ridimensionate.

In realtà non è successo assolutamente nulla e cantoni come il nostro continuano a finanziare attraverso il paniere nazionale il sistema sanitario di altri.

Vale qui la pena di sottolineare come i cantoni Ticino, Vaud e Giura, nei quali si pretende di diminuire il valore del punto, siano fra quelli con i tassi di riserve più elevati.

Iniquità resa ancora più eclatante dalla constatazione che il Ticino, che per anni ha finanziato attraverso premi gonfiati ad arte il sistema sanitario di altri Cantoni, si situa tra i fanalini di coda per quanto attiene al reddito medio dei suoi cittadini: in parole povere si attingono fondi dalle tasche dei "poveri" per sovvenzionare i "ricchi"!

Ora, visto che i premi sono determinati dall'andamento dei costi e delle riserve e che si stima l'aumento dei costi della salute in Ticino per il 2011 intorno al 2.5% e quello delle riserve in circa il 4.6%, possiamo dire che l'eccedenza delle riserve in moneta sonante sarà da noi di circa 130 milioni nel 2011.

Su queste basi l'aumento dei premi per l'anno entrante avrebbe dovuto aggirarsi tra lo 0.3 e l'1.2% (1,3% secondo il DSS), purtroppo lo abbiamo visto nei dati recentemente annunciati, nel nostro cantone l'aumento medio sarà del 6.5%.

Con questo studio abbiamo dimostrato ancora una volta come le riserve accumulate in Ticino siano ingiustificate e con gli Ordini latini intendiamo sollecitare chi siede nel Parlamento federale a condurre il Consiglio Federale a imporre al BAG un cambiamento della situazione.

Anche se l'andamento delle riserve non ha un'influenza diretta sul valore del punto, questo studio evidenzia come nei cantoni che come il Ticino hanno subito raccomandazioni al ribasso e disdette dell'allegato 2B al contratto LeiKoV, il medico sia messo doppiamente sotto pressione sia nella sua veste di cittadino, che come gli altri subisce il continuo aumento dei premi delle casse malati e concorre a sovvenzionare il sistema sanitario di altri cantoni meno virtuosi, sia nella sua veste di medico che subisce una pressione al ribasso sul valore del punto da parte degli assicuratori che influisce sempre più pesantemente sul suo reddito.

Come medici abbiamo dimostrato la nostra comprensione per la razionalità economica che regola la sanità ma ora chiediamo sia alla classe politica, che agli amministratori degli istituti di cura, di comprendere la razionalità di noi medici che coniuga scienza, coscienza ed efficacia nella cura della salute di tutti i cittadini. Come corpo medico non vogliamo e non possiamo accettare di essere additati quali unici responsabili della spirale al rialzo dei premi delle casse malati che, come ha dimostrato questo studio, hanno ben altra origine.

Strategie future

Nei prossimi mesi e anni quindi ci attendono sfide che, a causa della loro complessità e della loro interdipendenza le une dalle altre, richiedono la fissazione di obiettivi chiari da perseguire sulla base di una strategia articolata che contempli tutte le possibilità di azione.

Per affrontare quello che, detto chiaramente, è un riassetto completo del mondo della sanità e della nostra professione, ho accettato un ulteriore mandato alla carica di Presidente di OMCT e, di seguito, mi permetto di illustrarvi la mia strategia. Con il chiaro intento di far valere i punti di vista del corpo medico e le sue necessità, sia per quanto riguarda le condizioni quadro necessarie all'esercizio della professione sia per l'aspetto prettamente economico, dobbiamo continuare ad agire su diversi piani, in particolare posizionando l'Ordine quale interlocutore unico e autorevole in materia di sanità sotto il motto **"un'unica casa – un'unica voce"**: difendendo il valore del punto a 0.95; ottimizzando la trattazione della problematica dell'economicità delle cure; elaborando una proposta di un nuovo regolamento in materia di morosi che includa pure le prestazioni erogate negli studi medici (sul modello Turgovia); raccolgendo le firme per l'iniziativa sulla trasparenza che, in sintesi chiede la separazione dell'assicurazione di base dalle complementari e, ultimo ma non per questo meno importante, creando nuove regole condivise per l'ineconomicità in Svizzera. Tema questo al momento particolarmente attuale poiché le "lettere" stanno giungendo. A questo proposito sottolineo come due siano le particolarità che le contraddistinguono: più urbane, quasi gentili nel tono e nella forma, comportano però un'approccio accentuatamente personaliz-

zato e dettagliato che sovente può porre il destinatario in difficoltà nel suo compito di motivare la propria posizione. Per meglio supportare coloro che si trovano in questo frangente, OMCT cercherà di migliorare ulteriormente il proprio supporto e questo anche in vista del cambiamento delle norme sulla valutazione dell'economicità che sarà definito in dicembre quando l'iniziativa (sollecitata da OMCT a Cassis) inerente la procedura relativa all'ineconomicità passerà alle Camere; iniziativa che, visto il semaforo verde dato dalle commissioni, non dovrebbe incontrare ostacoli.

Sulla base di questo progetto, i medici e SAS avranno 12 mesi per studiare un modello condiviso per la valutazione dell'economicità delle cure, il che significa che, nelle migliori delle ipotesi, a fine 2011 potremmo avere questo nuovo sistema. Qualora le parti non dovessero trovare un accordo sarà il Consiglio federale che dovrà regolamentare la problematica. In questo lasso di tempo l'OMCT dovrà seguire attentamente il dibattito fra le parti partendo dall'assunto che l'indice ANOVA così come presentato a suo tempo non funziona correttamente per il Ticino e per altri Cantoni. Faremo quindi il possibile, per inserire un ticinese in questo gruppo di lavoro. Sempre in materia di problematiche da affrontare, dovremo ottenere un mandato per il controllo della formazione continua che nei prossimi anni sarà una delle mansioni delegate dalla Confederazione al Cantone. In effetti, sulla base dell'articolo 40 della Legge sulle Professioni Mediche, la formazione continua è un dovere professionale il cui rispetto viene sorvegliato dalle autorità cantonali della salute pubblica. E ancora dovremo collaborare con tutte le componenti dell'Ente pubblico (EOC) e cliniche private e della società civile nel controllo dei costi sanitari, in particolare con la messa a disposizione di dati e analisi puntuali.

Saranno pure prioritari l'elaborazione di un progetto di gestione delle reti di cure integrate sotto il patrocinio di OMCT e l'accompagnamento e monitoraggio dell'introduzione del DRG con particolare attenzione ai flussi tra ospedale e studi medici che si potrà operare divenendo parte attiva nella pianificazione ospedaliera (3 fase) entro il 2015.

A sostegno di questa strategia, OMCT e il TCTi dovranno trasformarsi sempre più in un centro di servizi a favore del corpo medico ticinese, in modo da supportare al meglio tutti i membri nella loro attività a favore dei cittadini-pazienti.

Finanze

Prima di concludere, desidero ancora darvi un anticipo di quello che sarà l'orizzonte finanziario del 2011. Il preventivo 2011 presenta una contrazione di bilancio di circa 36'000.-, dovuta essenzialmente a una previsione prudente dei ricavi di Tribuna Medica.

I costi complessivi sono stati stimati con un leggero aumento rispetto al 2010, da Fr. 1'129'250.- a Fr. 1'139'100.-, mentre i ricavi con una riduzione di circa Fr. 36'000.-, da Fr. 1'138'000.- a Fr. 1'102'400.-, a seguito per l'appunto della previsione prudente delle entrate di Tribuna Medica. Segnaliamo pure che la prechiusura del 2010 è in linea con quanto era stato preventivato.

Note conclusive

Dagli argomenti toccati si rileva come l'ambiente in cui siamo costretti a evolvere sia sempre più complesso e, in alcuni casi, simile a un labirinto: in effetti è particolarmente arduo far comprendere le proprie ragioni quando non è praticamente possibile avere di fronte un interlocutore qualificato e che porti responsabilità e competenze decisionali chiare e definite.

È questo il caso di SAS che va perdendo sempre più peso nei confronti delle gradi casse che, sempre più si muovono in solitaria facendo valere con arroganza i loro interessi senza che il Consiglio Federale intervenga per porre un freno a questa situazione.

Un esempio per tutti sia il comportamento del nostro Esecutivo federale nei confronti della mozione ginevrina, che davanti all'intenzione di due casse (ASSURA e SUPRA) di trasferire le riserve accumulate verso cantoni in cui sono troppo basse, chiedeva la cantonalizzazione di dette riserve attraverso una legge urgente (da mettere in vigore entro la fine dell'anno) per impedire tali trasferimenti di eccedenze. Il Nazionale aveva accolto (con 85 voti contro 66) il testo che chiede di modificare la Legge federale sull'assicurazione malattia LAMal *"in modo che le riserve possano essere costituite con modalità distinte in ciascun cantone"*.

Davanti a questi fatti il Consiglio Federale se n'è uscito tranquillamente facendo sapere di *"non vedere la necessità di una legge urgente poiché questa si scontrerebbe con il principio di non retroattività e creerebbe nuovi obblighi che permetterebbero di qualificare come illegale il comportamento di certi assicuratori"* (La Regione 29 settembre 2010).

In una situazione come quella descritta, l'unica strategia possibile ci sembra consistere nel tessere alleanze trasversali tra Cantoni (da qui la mia entrata a far parte del Comitato Promotore dell'iniziativa per la trasparenza dell'assicurazione malattia) e l'azione congiunta con i Cantoni Romandi sui nostri parlamentari per la tematica Reti di cura integrate. Sarà pure opportuno ricercare appoggi a livello politico, strategia perseguita con la continua informazione sulle diverse tematiche ai rappresentanti del Parlamento e Governo ticinese, la produzione di studi scientifici che comprovino la veracità delle nostre tesi e le bontà delle nostre proposte. E da ultimo, sarà determinante perseguire una strategia di comunicazione via stampa che, di volta in volta, si concretizzi attraverso canali diretti (come nel caso di interviste e prese di posizione da noi direttamente firmate) o indiretti (quando, per intenderci, lasciamo trapelare un'informazione o un parere attraverso terzi). Una strategia di condotta chiara, fondata su quella che mi piace definire una Realpolitik, con obiettivi precisi e tendente a trasmettere al pubblico un'immagine di coerenza e di signorilità del corpo medico che come Ordine siamo chiamati a rappresentare.

In questo modo dimostriamo l'autorevolezza dell'intero corpo medico, la sua coesione e la sua solidarietà con il tessuto socio-economico nel quale viviamo e conduciamo la nostra attività di piccoli imprenditori.

Franco Denti, Presidente