

Rapporto sul messaggio

numero	4589
data	2 settembre 1997
dipartimento	Opere sociali

Della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 16 ottobre 1996 concernente la Legge sul servizio medico nelle regioni di montagna (LMont.)

PREMESSE

Il 1° gennaio 1987 le Casse malati pubbliche cessavano la loro attività. L'assicurazione obbligatoria delle cure mediche veniva assunta dalle casse private, mentre il servizio medico nelle regioni di montagna era garantito da convenzioni quadriennali. Il Cantone provvedeva al versamento delle indennità di picchetto, beneficiando di consistenti sussidi federali e, in misura minore, della partecipazione comunale.

Stralciati i sussidi federali dalla nuova LAMal e, di conseguenza, stralciato l'oggetto dalla Legge cantonale di applicazione (LCAMal), si imponeva una nuova normativa, ora concretamente messa in atto dall'Esecutivo all'attenzione del Parlamento.

Il messaggio elenca a pag. 6 i presupposti di una convenzione tipo, dimenticando tuttavia una componente fondamentale rappresentata dall'art. 2: "Il medico contraente elegge il domicilio e tiene il proprio studio nella giurisdizione dei comuni contraenti. Egli si impegna ad eseguire consultazioni e visite ai pazienti, rispettando le consuetudini locali e secondo accordi intervenuti tra le parti. (...)".

Il riferimento va a circoscrizioni o zone particolarmente discoste, distanti dai centri e da strutture sociali e sanitarie, con un numero di abitanti ridotto, con un numero altrettanto limitato se non addirittura prive di medici. Realtà e requisiti che il Consiglio di Stato riconosce all'alta Valle Maggia, alla Verzasca, all'Onsernone ed al Comune di Indemini, ai quali garantirà la continuità del servizio.

La Commissione è dell'avviso che 14 convenzioni non siano più giustificate. Per talune, alla scadenza, sarà inevitabile la soppressione, per alcune altre s'imporrà un riordino ed una ristrutturazione. Per contro, equità di trattamento vuole che le rivendicazioni della Valle di Muggio e dell'alta Valle di Blenio (Circolo di Olivone) vengano pienamente accolte accanto alle 4 prescelte. Concreti dati di fatto, e non solo d'ordine sanitario, sono pronti a dimostrare la validità della funzione dei due medici residenti. Si tratta di due zone fra l'altro non particolarmente ambite e dove da sempre, senza voler ipotecare il futuro, vi è un solo operatore; attribuire allo stesso anche qualche motivazione di natura ideale non è quindi di certo eccessivo.

Si parlava in precedenza della necessità di riordinare e ristrutturare alcune condotte.

La delega prevista dalla LMont. non impedisce alla Commissione di esprimere giudizi e suggerimenti all'attenzione del Governo cantonale riguardo a tre istanze municipali, in particolare essa invita a:

- accogliere la domanda di convenzionamento dei due Comuni delle Centovalli Borgnone e Palagnedra, a decorrere dal 1.1.1999;

- favorire l'eventuale aggregazione alla condotta di Olivone dei Comuni del Circolo di Castro, limitatamente a Torre, Ponto Valentino, Leontica (in questi tre comuni esiste l'ambulatorio, facilmente accessibile agli anziani) e Marolta;

- non precludere il servizio, a decorrere dal 1.1.1999, almeno ai quattro Comuni leventinesi della Traversa: Anzonico, Calonico, Cavagnago e Sobrio.

Il messaggio non trascura di menzionare il 1° pacchetto di misure di risparmio approvato dal Gran Consiglio il 24.6.1996, inclusa la nuova impostazione del servizio medico di montagna. Ci permettiamo di rispondere che trattavasi di "misure allo studio", che avevano suscitato le perplessità della Commissione della gestione. Essa, nel suo rapporto, così si esprimeva: "...con procedura invero insolita, il Governo chiede alla Commissione e al Parlamento un pronunciamento di principio. La Commissione ritiene che gli elementi in suo possesso siano insufficienti per potersi esprimere definitivamente in senso favorevole". Quello di approfondire il tema, senza trascurare l'aspetto finanziario, è appunto il compito che la Commissione sanitaria si è qui permessa di assumere.

IMPEGNO FINANZIARIO E CONTENIMENTO DEI COSTI

Dal 1.1.1996, per effetto della nuova LAMal, risulta stralciato il sussidio federale (un quarto della spesa) relativo al servizio medico nelle regioni di montagna. L'aggravio per l'erario cantonale è di fr. 180'000.--, che si aggiunge agli oltre fr. 500'000.-- di oneri che già tale servizio comporta. Non rilevante risulta poi la partecipazione dei comuni interessati in quanto calcolata, quale primo criterio, in base alla loro capacità finanziaria.

Sarebbe perlomeno improvido, nell'attuale situazione economica, non porsi qualche interrogativo.

Premesso il mantenimento delle quattro condotte indicate dal Consiglio di Stato, con l'aggiunta della Valle di Muggio, dell'alta Blenio, di due (eventualmente tre) condotte ristrutturate, un rinnovo delle nove rimanenti non dovrebbe più entrare in linea di conto.

Altra via praticabile per il contenimento dei costi è una ragionevole riduzione delle indennità di picchetto (entro il margine del 25% rappresentato dall' ex contributo federale?) che, dall' avvento delle Casse malati private, trovano senz' altro compenso nell' accresciuto reddito del libero professionista anche delle zone periferiche. Non dovrebbe mancare la disponibilità delle parti, quando già si impone una revisione ed una chiara esposizione delle norme di valutazione di tali indennità che la Commissione, per mancanza di dati di riferimento, non è stata in grado di appurare. L' onere finanziario globale dovrebbe assestarsi nel 2000 dai fr. 177'000.-- previsti nel messaggio a fr. 280/300'000.--, con un risparmio di fr. 400'000.--.

COMMENTO ALLA LMONT.

Più che il contenuto è stato il suo aspetto formale ad animare le discussioni commissionali. Positivi sono risultati il coinvolgimento, la collaborazione e la disponibilità dell' avv. R. Keller, responsabile del Centro di legislazione e di documentazione, del capo dell' ufficio assicurazione malattia Bruno Cereghetti, dei giuristi del DOS avv. A. Bolzani e P. Pelli.

Due sono stati i principali interrogativi:

- LMont. , autonoma o inserita nella LSano o, in alternativa, nella LCAMal?

- se legge autonoma, non appesantirebbe ulteriormente l' attuale corpo giuridico?

Pur sussistendo ancora qualche singolo dubbio, il primo dilemma è stato sciolto ed è ben sintetizzato dalla nota, che trascriviamo, dell' avv. P. Pelli: "Si tratta di una legge particolare, con peculiarità sue, avente un capo e una coda che implicano l' esigenza di una sua autonoma esistenza. La LSano ha le caratteristiche di una legge di polizia sanitaria, l' altra quella di una legge di sussidiamento. Inoltre la nuova LSano, nella prossima revisione formale, conterrà all' art. 4 un sistema di finanziamento differente da quello previsto dalla LMont."

Per completezza di informazione, oltre al richiamo all' unità di dottrina, ribadiamo il fatto che la nuova LAMal federale, applicata in Ticino nella LCAMal, più non prevede principio e sussidio di questo servizio medico-sanitario.

La risposta al secondo quesito ci è offerta, da posizione privilegiata, dall' avv. R. Keller: "La pletera di leggi si configura quando una legge viene praticamente copiata in altre leggi e di per sé non porta quindi nulla di nuovo all' idea giuridica di base. Il problema è quello di non avere un eccesso di leggi in questo senso e d' altra parte nemmeno di avere delle leggi che sono elenchi telefonici poiché, soprattutto andando avanti in prospettiva dei sistemi informatici sempre più utilizzati, il fatto di avere delle leggi che, per tematiche ben precise e ben definite sono separate, permette di reperirle subito e di avere una regolamentazione più esaustiva ed in definitiva di essere più chiare per l' utenza".

E ci sembra pure utile affermare che una legge autonoma, dal punto di vista politico, offre più possibilità di stabilire garanzie e interventi correttivi da parte del Gran Consiglio. Una legge inserita ha meno forza politica poiché parte di un insieme e quindi più facilmente eliminabile.

La stretta collaborazione fra Centro di legislazione, servizi giuridici del DOS e Commissione sanitaria ha pertanto consentito l' esercizio di ridurre da 20 a 12 gli articoli della LMont. senza snaturarne principio e contenuti.

In pratica si è solo sostituito il termine regioni, ritenuto eccessivamente estensivo se p. es. riferito alla specifica legge federale, con zone di montagna.

CONCLUSIONI

Non siamo indovini per poter prevedere, dal profilo medico-sanitario, il futuro delle zone di montagna: se, per esempio, il conclamato esubero di medici favorirà il "libero mercato" della professione con l' apertura di studi nelle 4 + 2 = 6 circoscrizioni che ci stanno a cuore; a Borgnone o a Palagneda; oppure nei quattro comuni leventinesi della Traversa; se le accresciute condizioni di accessibilità e di mobilità, in senso inverso, sapranno incoraggiare la gente del piano e dei centri urbani a risalire in valle; se saremo ancora disposti a pagare un prezzo per le giustificate esigenze sanitarie delle zone meno favorite; se...

Ci sembra di poter definire la LMont. una buona legge, complementare alla politica di aiuto domiciliare (Spitex) ed al soccorso preospedaliero con l' introduzione del numero telefonico 144, con il medico in loco a fungere da filtro e ad evitare trasporti inutili e costosi per le assicurazioni sociali. Quest' ultimo non è nient' altro che il ruolo prezioso del medico di famiglia, altrove scomparso e che ora si vorrebbe rivalutare.

La LMont. poteva essere ritenuta una normativa alibi. Siamo ora convinti della volontà di apertura e di dialogo.

* * * * *

Fatte queste considerazioni, la Commissione speciale sanitaria invita il Gran Consiglio ad approvare la LMont. allegata al presente rapporto.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Franco Ferrari, relatore

Albisetti - Beretta-Piccoli - Carobbio Guscetti -

Colombo - Dafond - Donadini - Gemnetti -

Gilardi - Moccetti - Oleggini - Pantani - Plebani -

Righinetti - Ryser.

Disegno di

LEGGE

sul servizio medico nelle zone di montagna (LMont.).

Il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 16 ottobre 1996 n. 4589 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 2 settembre 1997 n. 4589 R della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

CAPITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

Scopo e campo di applicazione

- 1 Questa legge definisce il servizio medico nei Comuni delle zone di montagna riconosciute dal Consiglio di Stato.
- 2 Essa si applica ai Comuni di montagna e ai medici che sottoscrivono una convenzione volta a garantire il servizio medico secondo questa legge.

Articolo 2

Servizio medico di montagna

a) Convenzione:

- 1 Per garantire il servizio medico nelle regioni di montagna, singoli Comuni o gruppi di Comuni possono stipulare convenzioni con uno o più medici.
- 2 Essi presentano la relativa richiesta, in forma scritta, al Consiglio di Stato.
- 3 Il termine per la presentazione della domanda scade il 30 giugno di ogni anno

Articolo 3

b) Condizioni, circoscrizione, effetto della convenzione e verifica alla sua scadenza

1 Il Consiglio di Stato:

- a) fa accertare se ricorrono le condizioni per l' istituzione del servizio;
- b) approva la convenzione stipulata secondo un modello da lui prescritto e fa pubblicare l' approvazione sul Foglio ufficiale del Cantone Ticino;
- c) definisce la circoscrizione.

2 La convenzione esplica effetto a fare stato dal 1° gennaio dell' anno successivo all' accettazione della relativa richiesta.

3 Ad ogni scadenza della convenzione, il Consiglio di Stato fa verificare se sussistono ancora i presupposti per il suo mantenimento.

CAPITOLO II - MEDICO CONTRAENTE, INDENNITÀ E FATTURAZIONE

Articolo 4

Medico contraente

a) Compiti:

Il Consiglio di Stato definisce i compiti del medico contraente e i suoi doveri nei confronti della popolazione compresa nella sua circoscrizione.

Articolo 5

b) Indennità di picchetto

1 Al medico contraente viene assegnata un' indennità annua di picchetto; l' importo e le relative modalità sono definite dal Consiglio di Stato.

2 L' indennità è adeguata all' evoluzione dell' indice nazionale dei prezzi al consumo, applicando la medesima percentuale stabilita per gli impiegati dello Stato e per i docenti.

Articolo 6

Fatturazione del medico

Per le sue prestazioni, il medico contraente applica le tariffe vigenti in regime convenzionale o aconvenzionale.

Articolo 7

Spesa sociale cantonale

1 Le indennità previste dalla presente legge sono conteggiate nella spesa globale cantonale relativa alle assicurazioni sociali.

2 Esse sono ripartite tra Cantone e Comuni ai sensi dei criteri definiti nella Legge cantonale di applicazione della LAMal (LCAMal).

CAPITOLO III - CONTENZIOSO E MEZZI DI IMPUGNAZIONE

Articolo 8

Contestazioni tra medici e comuni

Le contestazioni tra medici e Comuni che si fondano sulla presente legge sono decise dal Consiglio di Stato (Legge di

procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966).

Articolo 9

Mezzi di impugnazione

1 Le decisioni del Consiglio di Stato relative alle indennità stabilite nelle convenzioni sono definitive.

2 Contro le altre decisioni del Consiglio di Stato, fondate sulla presente legge, è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

CAPITOLO IV - DISPOSIZIONI PENALI, TRANSITORIE E FINALI

Articolo 10

Contravvenzioni

È punito con la multa fino a fr. 5'000.- chi si sottrae agli obblighi definiti dalla presente legge o derivanti dalla convenzione.

Articolo 11

Convenzioni in atto

Le convenzioni in atto all'entrata in vigore della presente legge mantengono la loro validità nella forma e nella sostanza fino al termine di scadenza.

Articolo 12

Entrata in vigore

1 Trascorsi i termini per l'esercizio del referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino

2 Il Consiglio di Stato ne fissa la data di entrata in vigore.