

# Messaggio

---

numero	<b>4589</b>
data	<b>16 ottobre 1996</b>
dipartimento	<b>Opere sociali</b>

---

## Concernente la Legge sul servizio medico nelle regioni di montagna (LMont.)

Onorevole signor Presidente,  
onorevoli signore e signori Consiglieri,

con il presente messaggio intendiamo sottoporvi la nuova normativa cantonale nel settore del servizio medico nelle regioni di montagna.

Precedentemente questo capitolo era compreso nella Legge sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM del 28 maggio 1986), in quanto il previgente diritto federale in materia ne regolava gli aspetti di fondo (art. 38 LAMI, artt. 25 e 33 Ordinanza I sull' assicurazione contro le malattie concernente la contabilità e il controllo delle Casse malati e delle Federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione, come pure il calcolo dei sussidi federali del 22 dicembre 1964 e Ordinanza 1 del Dipartimento federale dell' interno sull' assicurazione contro le malattie concernente l' esercizio del diritto ai sussidi federali per le indennità annue versate ai medici del 27 gennaio 1965).

La nuova Legge federale sull' assicurazione malattie (LAMal) non prevede più alcuna indennità relativa al servizio medico nelle regioni di montagna.

Per questa ragione il settore qui in oggetto non è più stato compreso nella Legge cantonale di applicazione della LAMal, se non nell' ambito del diritto transitorio (art. 88 LCAMal), su cui si tornerà in prosieguo con una disamina di dettaglio.

### 1. CENNI STORICI

Così si esprime Raffaello Ceschi nella pubblicazione "OTTOCENTO TICINESE", Ediz. Dadò, Locarno, 1986 (pagg. 133 e 134):

"Tra le iniziative sanitarie dello stato la più importante fu certo l' istituzione delle condotte mediche nel 1845, decantate da più parti come un formidabile strumento del progresso.

La legge stabiliva la formazione di circondari più o meno equilibrati nella popolazione e disegnati in modo da ridurre al massimo gli spostamenti ai medici condotti. Le condotte miravano a garantire un' assistenza tempestiva, regolare e a prezzi modici anche alle popolazioni più disperse e periferiche, assicuravano cure gratuite ai poveri che potevano esibire un certificato di "miserabilità", intendevano avvicinare il contadino al medico, allontanandolo dai guaritori e dai ciarlatani. I medici condotti avrebbero assunto il benefico servizio della vaccinazione, il controllo dell' igiene pubblica, la prevenzione e la lotta contro le epidemie, la vigilanza sulle attività malsane, sulle scuole, sulle levatrici e sulle nascite illegittime. Sarebbero stati compensati con i contributi dei comuni, proporzionati alla popolazione di ciascuno, integrati con un sussidio cantonale e con la "modesta retribuzione" fornita dai pazienti.

Ma stranamente le condotte sollevarono subito forti opposizioni. Erano ritenute troppo onerose per i comuni poveri, e parecchi nel Mendrisiotto le definirono generalmente inutili ed espressero il timore che avrebbero potuto imporre "medici malvisti e di nessuna fiducia". Si litigò per definire i circondari, e solo l' amara esperienza del colera nel 1854 e 1855 indusse a correre ai ripari: nel 1859 il governo annunciava compiaciuto la loro completa attivazione. Si rallegrò per poco, perché parecchi comuni insorsero nuovamente, e anche nelle valli discoste, dove i medici scarseggiavano. Lo stesso Gran Consiglio si lasciò prendere dalla smania demolitrice, ascoltò chi invocava la "libera scelta del medico" e la libertà d' industria, chi accusava lo stato di tendere, con un' assistenza eccessiva, a "una specie di comunismo", chi definiva le condotte "un istituto generalmente invisibile al popolo" e irrealizzabile, e decretò l' abolizione delle condotte obbligatorie.

Ma il governo temporeggiò per non recedere e trovò un inatteso alleato nel colera del 1867 che contribuì al ravvedimento di molti. Infatti, quando nel 1869 presentò un progetto, non già per abolire, ma per rafforzare le condotte, riuscì facilmente a ottenere un completo voltafaccia del Gran Consiglio, dove le condotte furono definite nuovamente "la più bella istituzione del nostro secolo" e dove si aggiunse che dovevano essere rese obbligatorie per il bene della popolazione campagnola e montana, anche se questa "preferisce per l' ordinario di morire a buon mercato, o peggio, a condurre un' esistenza cagionevole, con mali cronici, o con deformità ributtanti".

La legge fu accolta nel 1870 e messa in vigore poco dopo. Manteneva le condotte obbligatorie, rendeva l' assistenza medica gratuita per tutti, esclusi i più impegnativi interventi chirurgici, ampliava la facoltà di

intervento dei medici per la tutela della salute fisica e morale della popolazione, proprio come avevano desiderato qualche decennio addietro i fautori della medicina sociale. Le condotte ripresero a funzionare quasi ovunque. I medici condotti, a cui fu garantito un onorario minimo annuo di 1500 franchi tra contributi comunali e cantonali, si avventurarono anche nei villaggi sperduti ed entrarono negli opifici e nelle fabbriche a vigilare sulle condizioni di lavoro."

Dal canto suo il dott. Augusto Moccetti, già membro del Consiglio Direttivo dell' OMCT, Presidente dalla sua costituzione (1964) del Collegio dei medici delegati scolastici, e per 38 anni responsabile del Servizio medico nella regione della Valle di Blenio, così si esprime in relazione a questo medesimo tema:

"Due importanti novelle legislative influiranno positivamente le condizioni igienico-sanitarie del Cantone: la Legge sanitaria e quella sulle Condotte mediche.

L' 11.06.1937 entra in vigore la prima legge o meglio "regolamento sulla polizia sanitaria" che istituisce la Commissione cantonale di sanità ed il medico delegato circondariale.

Nei 38 Circoli del Cantone il rispetto delle leggi, decreti e regolamenti in materia sanitaria è affidato al medico delegato circondariale. Il medico condotto è nel contempo medico delegato del suo Circondario; lo Stato gli versa per le sue incombenze un' indennità annua di fr. 250.--. Nel novembre del 1888 la prima legge sanitaria viene sostituita da un organico Codice Sanitario al quale seguono la Legge sanitaria del 1924 e quella del 1954.

Il 10.06.1845 entra in vigore la prima Legge sulle condotte mediche. La stessa e le successive versioni del 1870, 1908 e 1918, regolerà i rapporti tra medico e paziente fino dopo la prima guerra mondiale.

La condotta medica è comunale o circondariale ed è obbligatoria.

La condotta deve comprendere da 1'500 a 3'000 "anime". Tutte le persone meno abbienti hanno diritto alla cura gratuita; per gli agiati è prevista una modica retribuzione al medico.

La legge trova inizialmente notevole opposizione da parte della popolazione istigata da ciarlatani, guaritori, medici popolari.

Con il 1870 la cura gratuita è generalizzata; "non sono comprese le operazioni di alta chirurgia per i particolari non poveri". La prima legge del 1845 prevede per il medico titolare della condotta uno stipendio annuo di almeno 1'200.-- lire milanesi, la seconda del 1870 fr. 2'500.--, l' ultima legge del 1918 stabilisce un' indennità di residenza annua non inferiore a fr. 3'000.-- e prevede una tariffa cantonale per le visite.

Esonerati dall' obbligo della condotta medica sono unicamente i grossi comuni di Mendrisio, Lugano, Bellinzona e Locarno.

Il corpo sanitario del Cantone cresce rapidamente: i medici sono 77 nel 1841, 98 nel 1880. Rimane però sempre l' infelice distribuzione, con carenze nelle zone periferiche e specie in quelle di montagna a dipendenza della dispersione della popolazione, delle distanze, della scarsa viabilità, delle intemperie, della neve.

(...)

Il medico condotto, nominato dalle assemblee comunali, è il tutore della salute pubblica. Egli deve curare, assistere, operare tutti gli ammalati del suo Circondario; pratica le vaccinazioni, visita le scuole, esegue gli interventi di medicina forense, sorveglia l' esecuzione delle leggi, decreti e regolamenti sanitari.

Nel 1880 le condotte mediche del Cantone sono 59 con alla testa il medico eletto dal popolo. I titolari sono 2 a Mendrisio, 3 a Lugano, 2 a Bellinzona. Nei centri urbani esercitano inoltre altri 35 medici. Il Ticino è Cantone prettamente montano: sono infatti zone di montagna federalmente riconosciute le 3 Valli superiori (Blenio, Riviera e Leventina), la Valle Verzasca, la Valle Maggia, le Centovalli, il Gambarogno, la Valle Morobbia, il Malcantone, la Valle di Isonne, la Val Colla, la Valle di Muggio. Zone di pianura sono la stretta striscia di fondovalle in Leventina e Riviera (ferrovia del Gottardo), il Piano di Magadino, parte del Locarnese, del Luganese e del Mendrisiotto.

La tutela della salute pubblica delle estese regioni di montagna è affidata dal 1845 al 1918 ai medici condotti che, grazie anche alla comprensione dell' Ente pubblico comunale, cantonale e federale, assolvono in modo encomiabile il loro delicato compito.

La LAMI del 13.06.1911 stabilisce che le Casse malati riconosciute hanno diritto a sussidi federali. L' art. 16 della legge autorizza le Casse malati pubbliche delle regioni di montagna a stipulare convenzioni con singoli medici. La relativa Legge cantonale di applicazione viene votata solo il 10.06.1918. Nel 1919 nascono così le prime 14 Casse malati pubbliche, comunali o consorziali, sono 21 l' anno dopo, 30 nel 1927, 46 nel 1930, 67 nel 1950, 51 nel 1970. Le Casse malati pubbliche sostituiscono progressivamente le vecchie condotte mediche che con gli anni scompaiono.

Le Casse esclusivamente di montagna sono una dozzina, altrettante quelle miste (montagna-piano). Il 3.06.1948, dopo approfondite trattative tra chi scrive ed il Consigliere di Stato Direttore del Dipartimento dell' igiene, viene approvata una convenzione-tipo che definisce per tutte le Casse malati di montagna i doveri e i compiti del medico, i suoi diritti, le prestazioni sociali che gli spettano, nonché lo stipendio annuo minimo. Lo stesso va da un minimo di 12'000.-- ad un massimo di fr. 17'000.-- a seconda del numero degli assicurati alla Cassa. La convenzione tipo viene aggiornata nel 1956 e nel 1964. L' onorario minimo per il medico viene fissato per 1'000 assicurati in fr. 30'000.-- con adeguamento automatico al costo della vita.

La nuova Legge cantonale sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie del 28.05.1986 scioglie le Casse malati pubbliche che con il 1°.01.1987 cessano la loro benemerita, pluridecennale attività. Dal 1987 l' assicurazione obbligatoria di cura medica viene assunta in tutto il Cantone dalle Casse malati private. Per garantire la presenza ed il servizio medico nelle regioni di montagna, i Comuni stipulano con uno o più medici una convenzione. Il Cantone versa al medico un' adeguata indennità di picchetto (in media fr. 30'000.--), corrisposta solidalmente da Confederazione, Cantone e Comuni interessati.

La popolazione, non più legata alla Cassa malati pubblica di montagna, comunale o consorziale, può assicurarsi presso qualsiasi Cassa malati privata riconosciuta.

L' assicurato, mentre prima doveva ricorrere al medico titolare della Cassa malati di montagna, ha ora la libera scelta del medico, della ostetrica, della farmacia.

I medici della Cassa malati di montagna diventano così liberi professionisti, come i colleghi del piano e della città, assumendosi unicamente l' onere della garanzia del servizio medico nel loro comprensorio."

(...)

"Le soddisfazioni professionali (non finanziarie) che ha il medico di montagna sono maggiori di quelle del collega che pratica in città o in periferia. Egli comincia ad occuparsi del nascituro, controllando regolarmente la futura madre, riducendo così al minimo le gestosi e la mortalità pre-e neo-natale. Assiste poi al parto assieme alla levatrice, in casa o all' ospedale di Valle (...). Pratica in seguito, nella sua qualità di medico delegato, le vaccinazioni obbligatorie e facoltative. Visita gli asili, le scuole, controlla annualmente e regolarmente gli allievi in ogni ordine di scuola, collabora con gli orientatori professionali alla scelta del mestiere all' inizio dell' apprendistato.

È confrontato con tutte le affezioni dalla testa ai piedi e cura le più disparate malattie, appannaggio nelle città degli specialisti (orecchie, occhi, gola, pelle, ecc.). Esegue semplici interventi chirurgici, pratica la medicina infortunistica. Rifiuta o tronca la sua assistenza quando costata che le sue conoscenze o i suoi mezzi sono insufficienti a garantire una cura valida. Indirizza in tal caso il suo paziente ad uno specialista."

## **2. LAMI e LCAM**

La LAMI regolava il principio di un "sussidio suppletivo di montagna" (art. 38).

Tale disposto recita quanto segue:

1. Nelle regioni di montagna, la Confederazione concede alle casse, per l' assicurazione della cura medica e dei medicinali, un sussidio suppletivo di montagna annuo per assicurato. Esso non deve essere superiore a un terzo della media delle spese per la cura medica e i medicinali accertata in Svizzera nell' anno precedente. Il suo importo è stabilito in modo uniforme per ogni cassa, secondo il territorio di ciascuna.

2. Il Consiglio federale designa le regioni di montagna. Esso può arrotondare al franco superiore l' importo massimo previsto nel capoverso 1.

3. Nelle regioni di montagna, la Confederazione concede un sussidio annuo corrispondente a un quarto delle indennità versate ai medici, in quanto i Cantoni corrispondano un sussidio d' importo almeno uguale.

In ragione di questa impostazione federale, il diritto cantonale ha ripreso la problematica a livello di LCAM definendo, in particolare:

a) il principio del convenzionamento tra Comuni di montagna e medici (art. 34 cpv. 2 LCAM);

b) le regole che devono presiedere al convenzionamento anzidetto (artt. 87 e 88 Reg. LCAM).

Fino alla fine del 1995 erano attive, a partire dal diritto federale e cantonale previgente, 16 convenzioni che implicavano 94 Comuni, con il concorso di 18 medici.

Questi, in dettaglio, risultano i Comuni che hanno aderito a questo tipo di servizio medico:

1. Medeglia, Isonè;
2. Aranno, Arosio, Breno, Cademario, Fescoggia, Iseo, Miglioglio, Mugena, Vezio;
3. Bignasco, Bosco Gurin, Broglio, Brontallo, Campo Valle Maggia, Cavigno, Cerentino, Cevio, Fusio, Linescio, Menzonio, Peccia, Prato Sornico;
4. Castro, Corzoneso, Dongio, Leontica, Lottigna, Ludiano, Malvaglia, Marolta, Ponto Valentino, Prugiasco, Semione, Torre;
5. Brione Verzasca, Corippo, Frasco, Gerra Verzasca, Lavertezzo Valle, Mergoscia, Sonogno, Vogorno;
6. Borgnone, Cavigliano, Intragna, Palagnedra, Tegna, Verscio;
7. Arzonico, Calonico, Cavagnago, Chiggiogna, Chironico, Sobrio;
8. Aurigeno, Avegno, Coglio, Giumaglio, Gordevio, Lodano, Maggia, Moghegno, Someo;
9. Aquila, Campo Blenio, Ghirone, Largario, Olivone;
10. Quinto, Prato Leventina;
11. Auressio, Berzona, Gresso, Loco, Mosogno, Onsernone, Vergeletto;
12. Indemini;
13. Bogno, Certara, Cimadera, Valcolla;
14. Bruzella, Cabbio, Caneggio, Casima, Monte, Muggio, Sagno;
15. Brè, Aldesago;

16. Pianezzo, S. Antonio.

Di seguito sarà illustrato l' onere finanziario derivante dall' applicazione delle predette convenzioni:

io	Consuntivo	Indennità computata per sussidi*	Sussidi federali	Indennità residua a carico del Cantone e dei Comuni
0	682'829.70	617'403.20	154'351.--	463'052.10
1	656'549.20	655'284.75	163'822.--	491'462.75
2	692'131.65	691'552.60	172'888.--	518'664.60
3	719'840.30	719'193.20	179'798.30	539'394.90
4	735'047.80	733'619.20	183'404.80	550'214.40
5	742'537.90	740'377.--	185'094.25	555'282.75

\* Premio assicurazione infortuni professionale interamente a carico del datore di lavoro (Cantone).  
Non soggetto a sussidio federale.

### 3. RAGIONI CHE DEPONGONO A FAVORE DEL MANTENIMENTO, PUR SE IN FORMA RIDOTTA, DEL SERVIZIO MEDICO NELLE REGIONI DI MONTAGNA PER IL CANTONE TICINO

Così come già rilevato, questo particolare servizio era contemplato nella LAMI, la quale considerava sussidi particolari all' indirizzo dei Cantoni che ne prevedevano l' attuazione.

La LAMal non ha più ripreso questo particolare aspetto, riservando tra l' altro i sussidi federali unicamente al sovvenzionamento degli assicurati di condizione economica meno abbiente.

Considerate le particolarità geografiche e topologiche del nostro Cantone in determinate regioni, questo servizio risulta fondamentale in sé, ma si configura anche complementare sia nel quadro della politica di aiuto a domicilio (SPITEX), sia relativamente ai nuovi concetti previsti nel disegno di legge sulle autoambulanze.

Questo servizio appare inoltre molto gradito ai cittadini che abitano nei comprensori coinvolti.

I presupposti sostanziali su cui si fonda il servizio medico nelle regioni di montagna possono essere così sintetizzati:

- a) Il medico designato si impegna a garantire il servizio di picchetto diurno e notturno su tutto l' arco dell' anno alle persone che abitano nella giurisdizione del Comune - o dei Comuni - che sottoscrivono la relativa convenzione;
- b) In caso di assenza (giorni di riposo settimanali, vacanze, malattie, ...) il medico designato affida a proprie spese ad un altro medico autorizzato dall' Autorità cantonale l' incarico di svolgere il mandato in questione;
- c) Al medico contraente è assegnata un' indennità annua di picchetto il cui ammontare è stabilito dalla convenzione. Si tratta di un importo fisso di base, che viene definito tenendo conto della vastità della circoscrizione e delle condizioni topografiche che la caratterizzano, che viene adeguato all' evoluzione dell' indice nazionale dei prezzi al consumo, applicando la medesima percentuale stabilita per gli impiegati dello Stato e per i docenti;
- d) Per le prestazioni, il medico designato applica le tariffe vigenti in regime convenzionale o aconvenzionale.

Per le ragioni di ordine sostanziale qui riportate, si propone il mantenimento, pur se in forma ridotta rispetto a quanto conosciuto prima dell' entrata in vigore della LAMal, di questo importante servizio, i cui oneri finanziari ricadranno integralmente sul Cantone [che chiamerà poi i Comuni, come del resto già oggi si verifica, a partecipare ai costi ai sensi della ripartizione degli oneri secondo le modalità previste dalla legge (...)], in quanto verranno a cadere i sussidi federali.

### 4. LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE DELLA LAMal (LCAMal)

Attraverso il messaggio LCAMal si giungeva alla conclusione di svincolare questo particolare servizio dalla normativa cantonale in materia di assicurazione sociale contro le malattie, con l' impegno da parte di questo Consiglio di Stato di verificare l' attualità e la necessità odierna di questa offerta, prevedendo, se del caso, una legge particolare per questa particolare fattispecie (che è in sostanza l' obiettivo di questo stesso messaggio).

Una norma transitoria della LCAMal (art. 88) si limitava ad enunciare i seguenti principi di legge:

- a) Il Cantone e i Comuni assumono gli oneri derivanti dall' applicazione delle convenzioni per il servizio medico nelle regioni di montagna, stipulate ai sensi del previgente diritto, fino alla scadenza delle stesse;
- b) Le convenzioni in atto all' entrata in vigore della LCAMal mantengono la loro validità nella forma e nella sostanza fino al termine di scadenza definito.

## **5. I° PACCHETTO DI MISURE DI CORREZIONE DELLA TENDENZA DI PIANO FINANZIARIO 1996/1999**

Nel messaggio approvato da questo Consiglio di Stato in data 14 marzo 1996 attinente al 1° pacchetto di misure di correzione della tendenza di Piano finanziario 1996/1999, si specifica quanto segue (pagg. 21 e 22):

"Senza convenzione la garanzia di un servizio medico permanente potrebbe venire a cadere. Il nostro Consiglio reputa che questo rischio non possa essere corso in regioni particolarmente discoste e intende pertanto garantire la continuità di questo servizio a favore di queste regioni mantenendo operative unicamente le condotte dell' alta Valle Maggia, della Valle Verzasca, della Valle Onsernone e di Indemini. Alla scadenza delle convenzioni attualmente in vigore, il Consiglio di Stato proporrà le necessarie disposizioni di legge per assicurare il servizio.

Per le altre 14 condotte, il nostro Consiglio reputa che le modificate condizioni di accessibilità e di mobilità, nonché la diffusione più capillare sul territorio di studi medici, servizi sanitari e sociali pubblici giustifichi la rinuncia al sussidiamento di questo particolare servizio da parte dell' Ente pubblico.

(...)

Il decreto legislativo di applicazione della legge federale sull' assicurazione malattia approvato dal Gran Consiglio lo scorso 18 dicembre all' art. 2 cpv. 1 mantiene in vigore provvisoriamente quanto previsto dall' art. 34 della LCAM del 28 maggio 1986 relativamente al finanziamento dei "medici di montagna" da parte del Cantone.

Il progetto di nuova LCAMal, attualmente davanti al Gran Consiglio, per decisione del Consiglio di Stato, non prevede più questo finanziamento salvo, transitoriamente, per le convenzioni esistenti fino al termine di scadenza.

(...)

Il Consiglio di Stato intende garantire la continuità di questo servizio a favore delle regioni discoste mantenendo operative unicamente le condotte dell' alta Valle Maggia, della Valle Verzasca, della Valle Onsernone e di Indemini. Nel corso della prima parte del 1996 il Consiglio di Stato proporrà le necessarie disposizioni di legge."

In data 24 giugno 1996, codesto Gran Consiglio ha approvato il 1° pacchetto di misure di correzione della tendenza di Piano finanziario 1996/1999, in particolare per quanto riguarda la nuova impostazione del servizio in oggetto.

## **6. EFFETTI DELLA PRESENTE PROPOSTA DI LEGGE SUL SERVIZIO MEDICO NELLE REGIONI DI MONTAGNA (LMont.)**

Il disegno di legge proposto attraverso il presente messaggio risponde al quadro istituzionale in precedenza esaminato.

In sostanza esso si caratterizza come segue:

- a) Pone le basi legislative per l' attuazione di un servizio medico nelle regioni di montagna;
  - b) Conferisce facoltà al Consiglio di Stato di:
    - esaminare, al termine di scadenza delle convenzioni, l' utilità di un loro rinnovo;
  - decidere se aderire ad eventuali nuove richieste in tal senso provenienti da uno o più Comuni siti in regioni di montagna;
- c) Mantiene sostanzialmente in vigore i principi già in atto con il previgente diritto per quanto attiene agli indirizzi di fondo su cui viene impostato e gestito il servizio qui in oggetto;
  - d) Offre un quadro normativo più moderno e completo.

## **7. CONSEGUENZE FINANZIARIE**

Le stesse dipendono in maniera diretta dal numero di circoscrizioni che si intendono prevedere. Mantenendo in atto le sole quattro circoscrizioni previste dal 1° pacchetto di misure di correzione della

tendenza di Piano finanziario 1996/1999, la valutazione dell' onere finanziario può essere quantificata come segue.

Conv.	Scadenza	1996	1997	1998	1999	2000
1	31.07.199	14'954.85	---	---	---	---
2	6	46'643.--	-	-	-	---
3	31.12.199	59'553.--	47'109.40	47'580.50	---	61'971.--
4	8	37'976.--	60'148.50	60'750.--	-	---
4	31.12.199	37'976.--	40'375.75	40'779.50	61'357.50	---
4	8	37'976.--	40'375.75	40'779.50	---	---
5	31.12.199	45'311.--	40'375.75	40'779.50	-	47'151.--
6	8	46'606.--	45'764.10	46'221.75	30'890.45	---
7	30.06.199	42'722.--	47'072.05	47'542.75	30'890.45	---
8	9	42'722.--	43'149.20	43'580.70	46'684.--	---
9	30.06.199	47'900.--	43'149.20	43'580.70	---	---
10	9	29'777.--	48'379.--	48'862.80	-	---
11	31.12.199	59'553.--	30'074.75	30'375.50	---	61'971.--
12	6	6'215.	60'148.55	60'750.--	-	6'468.
13	31.12.199	--	6'277.15	6'339.90	---	--
14	8	47'900.--	48'379.--	---	-	---
15	31.12.199	56'965.--	57'534.65	-	---	---
16	8	8'224.35	---	58'110.--	-	---
	31.12.199	19'418.--	-	---	---	---
	8		19'612.20	-	-	
	31.12.199			19'808.30	61'357.50	
	8				6'403.30	
	31.12.199				---	
	8				-	
	31.12.199				---	
	8				-	
	31.12.199				---	
	8				-	
	31.12.199				---	
	7				-	
	31.12.199					
	8					
	31.07.199					
	6					
	31.12.199					
	8					
<b>indicizzazione e annua= 1%</b>		<b>688'392.20</b>	<b>677'925.--</b>	<b>635'841.4 0</b>	<b>237'583.2 0</b>	<b>177'561.--</b>

Da rilevare che tale onere sarà ripartito fra Cantone e Comuni in ragione delle disposizioni contemplate nella LCAMal.

In sostanza l' importo globale attinente al servizio medico nelle regioni di montagna verrà inserito nella spesa cantonale legata alle assicurazioni sociali (come del resto si verifica già oggi), e subisce la ripartizione fra Cantone e Comuni ai sensi dei criteri definiti ex LCAMal.

## 8. CONCLUSIONE

Ritenute le motivazioni qui evidenziate, lo scrivente Consiglio di Stato invita il Legislativo a voler approvare questo messaggio con il relativo disegno di legge (LMont.).

Vogliate gradire, onorevole signor Presidente, onorevoli signore e signori Consiglieri, l' espressione della nostra massima stima.

**Per il Consiglio di Stato:**

Il Presidente, P. Martinelli  
p.o. Il Cancelliere, G. Gianella  
Disegno di

**LEGGE**

**sul servizio medico nelle regioni di montagna (LMont.)**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino  
- visto il messaggio 16 ottobre 1996 n. 4589 del Consiglio di Stato,

**d e c r e t a :**

## **TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI**

Scopo	<b>Articolo 1</b> La presente legge definisce le disposizioni che regolano il servizio medico nei Comuni siti nelle regioni di montagna definite dal Consiglio di Stato.
Campo di applicazione	<b>Articolo 2</b> La presente legge si applica ai Comuni di montagna e ai medici che sottoscrivono una convenzione giusta il TITOLO II, al fine di garantire il servizio medico ai sensi di questa legge.

## **TITOLO II - CONVENZIONI**

### **Capitolo I - Norme generali**

Principio	<b>Articolo 3</b> Per garantire il servizio medico nelle regioni di montagna, singoli Comuni o gruppi di Comuni possono stipulare convenzioni con uno o più medici.
Istanza	<b>Articolo 4</b> 1. I Comuni situati nelle regioni di montagna che in base alle disposizioni della presente legge intendono stipulare una convenzione ai sensi dell' art. 3, presentano una richiesta in forma scritta al Consiglio di Stato. 2. Il termine per la presentazione della domanda di cui al cpv. 1 scade il 30 giugno di ogni ann.

### **Capitolo II - Decisioni del Consiglio di Stato**

Istanza di convenzionamento	<b>Articolo 5</b> 1. Di fronte ad un' istanza di convenzionamento ai sensi della presente legge, il Consiglio di Stato fa accertare se ricorrono le condizioni per l' istituzione di un tale servizio. 2. Esso ha inoltre la facoltà di definire la circoscrizione.
Scadenza della convenzione	<b>Articolo 6</b> Ad ogni scadenza della convenzione, il Consiglio di Stato fa verificare se sussistono ancora le premesse per un suo mantenimento.
Approvazione	<b>Articolo 7</b> Le convenzioni ai sensi della presente legge sono approvate dal Consiglio di Stato.

### **Capitolo III - Norme particolari**

Caratteristiche della convenzione	<b>Articolo 8</b> Il Consiglio di Stato fa elaborare un modello uniforme per le convenzioni che possono essere stipulate dai Comuni di montagna con i medici, ai sensi della presente legge.
Effetto della convenzione	<b>Articolo 9</b> Le convenzioni stipulate ai sensi della presente legge prendono effetto a partire dal 1° gennaio dell' anno successivo alla domanda.
Pubblicazione	<b>Articolo 10</b> L' atto di approvazione della convenzione giusta l' art. 7 è pubblicato nel Foglio ufficiale.

## **TITOLO III - COMPITI DEL MEDICO CONTRAENTE**

Definizione	<b>Articolo 11</b> Il Consiglio di Stato definisce i compiti del medico contraente e i doveri dello stesso nei confronti della popolazione compresa nella circoscrizione stabilita dalla convenzione di cui al TITOLO II.
-------------	--

## **TITOLO IV - INDENNITÀ AL MEDICO E FATTURAZIONE ALL' ATTO**

### **Capitolo I - Indennità al medico**

Indennità di picchetto	<b>Articolo 12</b> 1. Al medico contraente viene assegnata un' indennità annua di picchetto.
------------------------	---

	<p>2. Essa 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.</p> <p>3. Il Consiglio di Stato determina le indennità nel caso di nuove convenzioni.</p>
Norme particolari	<p><b>Articolo 13</b> Il Consiglio di Stato determina le norme che presiedono al versamento dell' indennità di picchetto ai medici contraenti.</p>
Spesa sociale cantonale	<p><b>Articolo 14</b> 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).</p>

#### **Capitolo II - Fatturazione**

Fatturazione del medico	<p><b>Articolo 15</b> Per le sue prestazioni, il medico contraente applica le tariffe vigenti in regime convenzionale o aconvenzionale.</p>
-------------------------	---

#### **TITOLO V - CONTENZIOSO**

Contestazioni tra medici e comuni	<p><b>Articolo 16</b> Le contestazioni tra medici e Comuni concernenti diritti invocati dalle parti in virtù della presente legge, sono decise dal Consiglio di Stato (Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966).</p>
Mezzi di impugnazione	<p><b>Articolo 17</b> 1. Le decisioni del Consiglio di Stato in merito alle indennità attinenti alle convenzioni sono definitive. 2. Contro le altre decisioni del Consiglio di Stato ai sensi della presente legge, è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.</p>

#### **TITOLO VI - DISPOSIZIONI PENALI**

Contravvenzioni	<p><b>Articolo 18</b> Può essere punito con una multa fino a fr. 5'000.- chiunque si sottragga agli obblighi definiti della presente legge e derivanti dalla sottoscrizione della convenzione di cui al TITOLO II.</p>
-----------------	--

#### **TITOLO VII - DISPOSIZIONI TRANSITORIE**

Convenzioni in atto	<p><b>Articolo 19</b> 1. Le convenzioni in atto all' entrata in vigore della presente legge mantengono la loro validità fino alla loro prima scadenza utile. 2. Le indennità per le convenzioni in atto, così come le modalità di corresponsione, sono quelle definite ai sensi del previgente diritto.</p>
---------------------	---

#### **TITOLO VIII - DISPOSIZIONI FINALI**

Entrata in vigore	<p><b>Articolo 20</b> 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 ed entra in vigore il 1° gennaio 1997.</p>
-------------------	---