

TI_GERICHTE 37.1995.65 vom 14. November 1997

TI Tribunale d'appello, 1997-11-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_37.1995.65

FR: TI_GERICHTE 37.1995.65 du 14 novembre 1997

IT: TI_GERICHTE 37.1995.65 del 14 novembre 1997

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 1

LAMal le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise da un tribunale arbitrale. La procedura arbitrale di cui all'art. 89 LAMal è sempre applicabile quando le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni (secondo la lista prevista all'art. 35 cpv. 2 LAMal) concernono l'ordinamento dei fornitori di prestazioni o istituzioni attive nell'ambito della LAMal, cioè quando le liti hanno come oggetto rapporti giuridici che risultano direttamente dalla LAMal o che sono stabiliti sulla base della LAMal. Se le liti non hanno come fondamento un tale rapporto giuridico, la vertenza non deve essere giudicata secondo il diritto delle assicurazioni sociali, con la conseguenza che la competenza di esaminare la fattispecie non spetta al Tribunale arbitrale ex art. 89 LAMal, bensì ai tribunali civili (sull'intera problematica vedasi la giurisprudenza resa sotto l'imperio della LAMI: DTF 121 V 314, DTF 116 V 126ss.; DTF 112 V 310 consid 3b). In applicazione dei principi appena esposti il TFA ha, ad esempio, negato la competenza del tribunale arbitrale a giudicare la pretesa di un medico rivolta contro un assicurato per il trattamento ricevuto in una clinica privata o in un reparto privato o semi-privato di un ospedale pubblico. La motivazione risiedeva nel fatto che il rapporto giuridico tra medico e assicurato, che era alla base della pretesa litigiosa, non si fondava né su una convenzione tariffale stabilita da un governo cantonale né su una convenzione stipulata fra casse malati e medici. Solo quando una di queste condizioni è data, una cassa deve, secondo le condizioni stabilite dalla legge, rappresentare i suoi assicurati in un processo davanti ad un tribunale arbitrale (DTF 121 V 314, DTF 112 V 311 consid 4a, RAMI 1991 pag. 3). In un altro caso il TFA era chiamato a statuire in merito ad una vertenza che vedeva opposti diversi medici ad una cassa malati circa l'applicazione di una tariffa convenzionale quadro ad una precisa categoria di assicurati. In quell'occasione il TFA ha precisato che per ammettere la competenza del tribunale arbitrale ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 LAMI (ora art. 89 cpv. 1 LAMal) era sufficiente che la lite avesse come oggetto l'applicazione della LAMI (comprese le sue ordinanze di applicazione) al rapporto fra medici e casse malati (RAMI 1988 pag. 171). Infine, il legame richiesto con la LAMI per riconoscere la competenza "ratione materiae" del tribunale arbitrale è stato pure ammesso dal TFA anche allorché si trattava di stabilire se una determinata operazione medica era compresa nella tariffa oppure se, in mancanza di una convenzione tariffale, andava retribuita secondo le norme contrattuali sul mandato (STFA del 31 gennaio 1991 nella causa M.G. citata in DTF 121 V 315 consid 2c). 2.2.2 Nella presente fattispecie il dottor _____ chiede, nella sua petizione del 15 maggio 1996, di essere autorizzato a fatturare le proprie prestazioni secondo le posizioni del

capitolo 9 del Prontuario delle tariffe mediche, le quali sono riservate ai medici psichiatri e psicoterapeuti in possesso della specializzazione FMH. Giusta l'art. 9 della Convenzione stipulata fra l'Ordine dei medici del Cantone Ticino e la Federazione Ticinese delle Casse malati (_____), ora Federazione Ticinese degli assicuratori malattia (_____) - il Prontuario delle tasse mediche in appendice è parte integrante della convenzione stessa. Ne discende che la lite che vede opposto il dottor _____ alla _____ ha come oggetto l'applicazione o meno di una posizione tariffale prevista in una convenzione stipulata fra l'Ordine dei medici e la Federazione Ticinese delle Casse malati, che è stata in seguito approvata dal Consiglio di Stato (cfr. art. 46 LAMal). A mente della giurisprudenza richiamata ai consid 2.1.2 e 2.1.3 la vertenza in esame rientra, quindi nella competenza "ratione materiae" del Tribunale arbitrale. Questa Autorità può pertanto essere investita dalla lite.

2.3 Interesse legittimo all'azione d'accertamento Ammessa la competenza per materia del Tribunale arbitrale, si deve ora esaminare se il dott. _____ ha un interesse legittimo all'azione volta ad accertare se egli possa o meno fatturare le proprie prestazioni secondo le posizioni del capitolo 9 del Prontuario delle tariffe mediche.

2.3.1 Secondo la giurisprudenza del TFA resa sotto l'imperio dell'art. 25 LAMI, comunque valida anche nell'ambito dell'applicazione dell'art. 89 LAMal (cfr. A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 171 nota 433), l'emanazione di un giudizio d'accertamento è ammissibile solo se è provato un interesse degno di protezione, di fatto o di diritto, e attuale all'accertamento immediato dell'esistenza o dell'inesistenza di un rapporto giuridico e se questo interesse degno di protezione non può essere garantito mediante una decisione formatrice (DTF 121 V 318, DTF 114 V 202 consid 2c e sentenze ivi citate) In tale contesto il TFA ha più volte negato un interesse degno di protezione a fare accertare che i medici sono tenuti a rispettare le tariffe convenzionali (DTF 121 V 318). Così, in una sentenza pubblicata in RAMI 1983 pag. 186, la Massima istanza federale ha stabilito che le casse malati avevano la possibilità di tutelare i loro diritti verso i medici mediante un giudizio formatore (rechtsgestaltender Entscheid). Infatti, contro i medici che non si erano attenuti alle tariffe, la cassa interessata avrebbe potuto nuovamente adire il tribunale arbitrale e chiedere la restituzione degli importi eccessivi percepiti dai medici mediante una applicazione errata della tariffa. Questa posizione è stata mantenuta dal TFA anche in una sentenza posteriore pubblicata in RAMI 1988 pag. 168. In quel giudizio la nostra Massima istanza ha stabilito che non esiste un interesse degno di protezione all'accertamento da parte del Tribunale arbitrale dell'esistenza teorica di un vincolo dei medici ad una convenzione quadro, poiché questa domanda può e deve essere giudicata in relazione con un caso concreto. Il TFA ha pure negato l'esistenza di un interesse degno di protezione all'accertamento che i rapporti medici allestiti in occasione dell'affiliazione di assicurati alle casse malati soggiacciono alle tariffe convenzionali collettive. Decisivo per giungere a questa soluzione era il fatto che la cassa toccata avrebbe potuto non pagare i conti dei medici e con questo provocare una corrispondente azione condannatoria (cfr. STFA del 31 gennaio 1991 nella causa M.G. citata in DTF 121 V 318). Infine, il TFA, richiamando quest'ultima sentenza, in DTF 121 V 312 ha negato l'interesse degno di protezione all'ottenimento di un giudizio di accertamento da parte di un medico che aveva promosso un'azione, nell'ambito del sistema del «terzo garante», tendente alla constatazione che le spese derivanti dal trattamento di disturbi consecutivi ad infortunio non sono rimborsate secondo la tariffa della cassa malati convenuta, obbligata a prestare a titolo subsidiario. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni il medico avrebbe potuto, attraverso la sua fattura, promuovere un'azione

condannatoria nei confronti della Cassa malati (cfr. DTF 121 V 319: "Hier hätte der Beschwerdeführer gleichermassen in der Hand gehabt, mit seiner Rechnungsstellung nach Aufwand eine Leistungsklage der Krankenkasse zu bewirken (Art. 25 Abs 3 KUVG)"). Va ancora rilevato che, in una sentenza del Tribunale arbitrale del Canton Sciaffusa, del 22 luglio 1994 confermata dal Tribunale federale delle assicurazioni e pubblicata in SVR 1995 pag. 141 seg., è stato negato l'interesse attuale ad agire ad una Cassa malati che aveva promosso un'azione contro un medico chiedendone l'esclusione. Il medico in questione non possedeva in nessun Cantone un'autorizzazione ad aprire uno studio e non ci si poteva attendere che gli sarebbe stata presto restituita.

2.3.2 Nella presente fattispecie emerge dagli atti dell'incarto ed è pure stato appurato nel corso dell'udienza del 24 settembre 1997 (cfr. consid. 1.21) che il dottor _____ ha inoltrato l'istanza di conciliazione contro la _____ dopo che quest'ultima aveva comunicato a tutte le casse malati l'impossibilità per il medico di fatturare le proprie prestazioni secondo le posizioni del capitolo 9 del Prontuario delle tariffe mediche (cfr. consid. 1.21: "mi pareva che sarebbe stato scorretto, sapendo questo fatto, inviare le fatture ai pazienti, che poi avrebbero avuto problemi con le loro casse malati per il rimborso"). Inoltre il medico, al momento in cui ha promosso l'azione di accertamento, non aveva ancora iniziato la sua attività lavorativa indipendente. Prima di compiere questa scelta ed effettuare gli adeguati investimenti (certo non ingenti ma comunque pur sempre necessari) voleva essere in chiaro sulle sue effettive possibilità di fatturazione (cfr. consid. 1.21). In tale contesto va pure sottolineato che il teste dott. _____, in sede di udienza 17 gennaio 1997, ha affermato che l'ipotesi di fatturare come generalista per uno psichiatra è, in generale, difficilmente sostenibile dal profilo economico (doc. _). In simili condizioni, a mente del Tribunale arbitrale, occorre ammettere l'interesse degno di protezione attuale e concreto del dottor _____ a proporre un'azione di accertamento. Certo, ci si potrebbe chiedere, visto che il medico era intenzionato a proseguire la cura di pazienti che già curava presso l'_____, se non gli sarebbe stato possibile emettere una fattura in un caso concreto e proporre un'azione condannatoria (cfr. la giurisprudenza federale riassunta al consid. 2.3.1). Ora, a questo quesito bisogna dare una risposta negativa alla luce del particolare settore (la psichiatria) nel quale il dottor _____ opera e dove il rapporto di fiducia personale tra medico e paziente è particolarmente importante. Un eventuale litigio o anche una situazione di incertezza riguardo alla copertura delle spese da parte della Cassa malati (tanto più che vige il sistema di terzo garante) avrebbe infatti rischiato di compromettere il buon esito del trattamento (cfr. consid. 1.21). A ciò va aggiunto che al momento in cui ha presentato l'istanza di conciliazione il dottor _____ non aveva ancora iniziato la propria attività indipendente per cui egli aveva solo la possibilità di inoltrare un'azione di accertamento e non anche un'azione condannatoria. In conclusione, pur consapevole di trovarsi di fronte ad un caso limite, il Tribunale arbitrale ammette dunque l'interesse degno di protezione da parte del dottor _____ ad ottenere un giudizio di puro accertamento.

2.4 Carenza di legittimazione passiva della _____ In sede di risposta 24 giugno 1996 la convenuta ha sollevato l'eccezione di carenza di legittimazione passiva della _____, poiché, a suo dire, solo le singole Casse malati e non la _____ possono essere convenute in giudizio, dato che il Prontuario delle tasse mediche è stato approvato dalle Casse malati stesse. In definitiva esse sole o eventualmente la _____ in rappresentanza delle singole casse malati possono essere convenute in giudizio. La tesi della convenuta non può essere accolta. In DTF 119 V 325 consid. 4a il TFA ha già chiaramente stabilito che la federazione dei medici e quella delle casse malati possono avere, a determinate condizioni,

veste attiva e passiva in un procedimento davanti al tribunale arbitrale (nel caso allora sub judge, si trattava ad esempio di accertare l'applicabilità di una clausola di indicizzazione di una convenzione tariffale conclusa fra le due federazioni). Visto il tema di questa vertenza (e cioè l'interpretazione di dare ad un punto specifico della convenzione stipulata tra la _____ e l'_____), occorre anche nella presente fattispecie riconoscere la legittimazione passiva alla Federazione (cfr. A. Maurer, "Das neue Krankenversicherungsrecht", Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 172, nota 435: " In der Regel entscheidet das Schiedsgericht über Ansprüche im konkreten Fall. In BGE 119 V 325 ff. wird jedoch die Aktiv - und Passivlegitimation eines kantonalen Krankenkassenverbandes und einer Ärztegesellschaft bejaht, obwohl nicht ein Anspruch im konkreten Fall sondern die Frage streitig war, ob eine tariflich vereinbarte Indexklausel in bestimmten Tatbeständen anwendbar sei oder nicht (Feststellungsklage) BGE 111 V 348 E. 1 c und RKUV 1987 S. 179 E. 3: Verbände können dann Prozesspartei sein, wenn es sich um die Gesetzmässigkeit eines Beschlusses handelt, den sie selbst gefasst haben und der die Ärzte berührt"). L'eccezione è pertanto respinta. Alla luce delle considerazioni espresse ai punti 2.1, 2.2 e 2.3 la petizione 15 maggio 1996 del dottor _____ è ricevibile in ordine. Nel merito 2.5 Secondo l'art. 43 cpv. 1 LAMal i fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe e prezzi. L'art. 43 cpv. 2 LAMal precisa che la tariffa è una base di calcolo per le prestazioni e che in particolare essa può a. fondarsi sul tempo dedicato alla prestazione (tariffa temporale) b. attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione) c. prevedere prestazioni forfettarie (tariffa forfettaria) d. a titolo eccezionale, sottoporre le remunerazioni di determinate prestazioni, al fine di garantirne la qualità, a condizioni più severe di quelle previste agli articoli 36-40, quali in particolare l'esistenza delle infrastrutture necessarie e di una formazione di base, di un aggiornamento e di un perfezionamento idonei (esclusione tariffale) Le tariffe e i prezzi sono stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge. Occorre vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate (art. 43 cpv. 4 LAMal). Le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Se le parti alla convenzione non si accordano sulla struttura tariffale, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale (cfr. art. 43 cpv. 5 LAMal; vedi pure art. 104 LAMal e art. 8 cpv. 1 dell'Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie del 12 aprile 1995, secondo cui "le convenzioni tariffali stipulate secondo il diritto previgente devono essere adeguate al nuovo diritto entro il 31 dicembre 1997"). L'art. 44 cpv. 1 LAMal stabilisce che i fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente, non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla presente legge (protezione tariffale). Su questi aspetti cfr.: RAMI 1997 pag. 220 seg. (230-231); A. Maurer, "Das neue Krankenversicherungsrecht", pag. 78 seg.. 2.6 Le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori (art. 46 cpv. 1 LAMal). Se una delle parti alla convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercitanti nel territorio previsto dalla convenzione possono parimenti aderire a quest'ultima. La convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione. La convenzione disciplina le modalità in materia

d'adesione e di desistenza e relative pubblicazioni (art. 46 cpv. 2 LAMal). La convenzione tariffale dev'essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). L'art. 46 cpv. 3 LAMal stabilisce invece quanto segue: " Sono in particolare inammissibili e dunque nulli i seguenti provvedimenti, indipendentemente dal fatto che essi siano contenuti in una convenzione tariffale, in contratti separati o in disciplinamenti: a. il divieto ai membri della federazione di concludere convenzioni separate; b. l'obbligo ai membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti; c. il divieto di concorrenza fra i membri della federazione; d. i trattamenti di favore e le clausole di esclusività." Questa disposizione è stata introdotta nella legge seguendo le raccomandazioni formulate dalla Commissione dei cartelli in un rapporto "sur les conditions de concurrence entre Caisses maladie et sur les conventions tarifaires entre prestataires de soins et Caisses-maladie", riassunto in Publ. CCSPr 2/1993, pag. 29 seg. (32-33 e 40-41). Per maggiori dettagli, cfr. Sécurité sociale 2/1993 pag. 39 seg. Significative al proposito sono le affermazioni della relatrice on. _____ al Consiglio Nazionale: " (...) Es ist schon etwas Neues, was wir hier tun. Wir haben nämlich den Anregungen der Kartellkommission Rechnung getragen. Wir haben dies nicht aus eigenem Antrieb getan, sondern wir dem Vorschlag des Bundesrates gefolgt sind. (...) Der Bundesrat selber hat im Entwurf zu diesem Artikel 39 festgeschrieben, dass es keinen Automatismus zwischen Verbandsbeitritt und Verbandsverträgen mehr geben soll. Das bedeutet: bleiben die Regel, aber ein Verbandsmitglied muss ausdrücklich einem solchen Vertrag beitreten wollen. Auch Nichtmitglieder können einem solchen Vertrag beitreten. Zudem sollen - im Sinne von mehr Konkurrenz - aufgehoben werden, und zwar unabhängig davon, ob sie in Statuten, Reglementen oder wo auch immer von Verbänden festgelegt sind. Das ermöglicht mehr Flexibilität von seiten der Leistungserbringer und von seiten der Versicherer. Damit sollte auch eine Möglichkeit zu kostengünstigeren Verträgen, Tarifen und Prämien für die Versicherten eröffnet werden. Das ist der Zweck dieser Übung, und mit derselben Ueberzeugung, mit der Ihre Kommission dieser Oeffnung zu mehr Wettbewerb zugestimmt hat, empfehle ich Ihnen, dasselbe zu tun, um so mehr, als der Sache nicht bestritten ist." Dal canto suo il relatore on. _____ si è così espresso: " Dans l'article 39 nouvelle mouture, les conventions tarifaires restent la règle. Elles continueront à être négociées entre fournisseurs de prestations et assureurs. Ce principe reste valable comme dans la situation actuelle, mais la commission a tenu à décartelliser dans la mesure du possible, le système actuel, système qui est caractérisé par le fait que chaque médecin a un droit d'adhérer aux conventions tarifaires avec les caisses-maladie. Celle-ci n'ont ainsi aucune possibilité d'intervenir sur l'offre. Du côté des caisses-maladie, le secret d'organisation est tel qu'il permet d'obtenir une discipline cartellaire. L'alinéa 2bis (nouveau) que nous vous proposons a pour but de décartelliser, donc d'ouvrir, le marché de la médecine. La commission répond par là à l'une des propositions de la Commission des cartels, ce qui devrait avoir une influence positive sur les coûts de la santé, tout en évitant d'introduire une médecine à deux vitesses. C'est par 21 voix sans opposition que la commission vous propose d'accepter cette nouvelle version de l'article 39." (cfr. BU CN 1993 pag. 1860-1861). Riguardo, in particolare, all'art. 46 cpv. 3 lett. d LAMal (inammissibilità dei trattamenti di favore e delle clausole di esclusività), Maurer (in "Das neue Krankenversicherungsrecht", pag. 84) rileva: " Wenn z.B. ein Versicherer einem Chirurgen durch Absprache zusichern würde, er bezahle ihm für eine schwierige Operation einen bestimmten, sehr hohen Betrag und

verpflichtet sich, keinem anderen Chirurgen einen ebenso hohen Betrag zu bezahlen, dann wäre dies eine verbotene Exklusivklausel. Um eine Meistbegünstigungsklausel handelt es sich, wenn der Versicherer dem genannten Chirurgen zusichert, dass er das tariflich festgesetzte Honorar für die Operation entsprechend erhöhen werde, wenn er je einem anderen Chirurgen durch Absprache ein noch höheres Honorar bewilligen würde. Auch eine solche Absprache ist ungültig, da sie kartellartigen Charakter hat und den Wettbewerb einschränkt." 2.7 Giusta l'art. 9 della Convenzione stipulata fra l' _____ e la _____ nel 1990 e approvata dal Consiglio di Stato il 24 aprile 1990, il prontuario delle tasse mediche è parte integrante della Convenzione stessa. La premessa al capitolo 9 ("psichiatria") precisa che tale capitolo, e quindi la possibilità di fatturare le posizioni ivi contemplate, è destinato solo ai medici psichiatri e psicoterapeuti FMH. Anche la nuova Convenzione stipulata tra _____ e _____, nel giugno del 1996, approvata dal Consiglio di Stato il 2 luglio 1996 ed entrata in vigore il 1° maggio 1996, ha stabilito all'art. 9 cpv. 1 che "il prontuario delle tasse mediche in appendice è parte integrante della convenzione e si basa su un sistema a punti che determina il valore delle singole posizioni previste". Secondo l'art. 9 cpv. 2 "i medici che aderiscono alla convenzione si impegnano ad attenersi scrupolosamente alle tariffe stabilite. E' esclusa la fatturazione per analogia: la Commissione mista definirà con la massima sollecitudine le posizioni tariffali per le nuove prestazioni scientificamente riconosciute". Secondo l'art. 12 della Convenzione il valore del singolo punto è di fr. 1.20 (ultimo adeguamento: maggio 1991; su questo aspetto cfr. RAMI 1997 pag. 122). Il punto 9 del Prontuario, dedicato alla psichiatria, contiene la seguente precisazione: "riservato esclusivamente ai medici psichiatri e psicoterapeuti spec. FMH". A proposito dall'approvazione della Convenzione da parte del governo cantonale, R. Spira ("La compétence des cantons en matière d'assurance obligatoire des soins" in LAMal-KVG. Recueil de travaux. A cura di J.L. Duc. Ed. IRAL, Losanna 1997, pag. 64 seg.) sottolinea che esso "vérifie que la convention est conforme à la loi (cfr. art. 43 LAMal) et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal)" (pag. 76). (Vedi pure A. Maurer, "Das neue Krankenversicherungsrecht", pag. 84 e nota 209: "RKUV 1988 S. 417 und 1981 S. 104: Der Richter darf nur mit grosser Zurückhaltung in die Tarifverträge eingreifen. Er kann nur prüfen ob sie mit dem Bundesrecht übereinstimmen. Diese Erwägung dürfte auch für das neue Recht wegweisend sein. Weiteres bei RUMO-JUNGO, Unfallversicherung S. 245"). 2.8 Nella presente fattispecie il dott. _____ adempie tutti i presupposti per poter ottenere il titolo FMH salvo quello del diploma svizzero (che gli permetterebbe di esercitare liberamente la professione di medico in tutta la Confederazione) (cfr. consid. 1.5, 1.12 e 1.23). Il dottor _____ ha però ricevuto dal Canton Ticino l'autorizzazione a praticare come psichiatra e psicoterapeuta limitatamente alla regione di _____ prima (cfr. Doc. _) e _____ poi (cfr. Doc. _). Fondandosi su questi elementi (l'autorizzazione cantonale e il periodo di perfezionamento professionale completo riconosciuto dalla Federazione dei medici svizzeri) il dottor _____ chiede di poter fatturare indicando le posizioni contenute nel punto 9 del Prontuario, come gli psichiatri e psicoterapeuti in possesso del titolo FMH. A mente di questo Tribunale la prima circostanza invocata dal medico (e cioè l'esistenza di un'autorizzazione cantonale) non basta per potergli permettere di fatturare secondo il capitolo 9 del Prontuario. Infatti, come il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente avuto occasione di stabilire in una sentenza pubblicata in DTF 122 V 85, la questione dell'autorizzazione cantonale ad esercitare un'attività sanitaria deve esser nettamente distinta da quella del diritto per il fornitore di prestazioni di praticare a spese dell'assicurazione contro le malattie.

Quest'ultima questione deve essere esaminata e risolta esclusivamente alla luce delle disposizioni della legge contro le malattie e delle relative ordinanze. Nel caso che era chiamato a giudicare il TFA ha così confermato il rifiuto ad esercitare a carico dell'assicurazione contro le malattie trattandosi di un massaggiatore medico che disponeva di una formazione di due anni e di un'esperienza pratica pluriennale nell'ambito della terapia fisica passiva, nonostante il fatto che l'interessato fosse titolare di un'autorizzazione cantonale per poter svolgere l'attività professionale a titolo indipendente. Il massaggiatore in questione non disponeva infatti di un periodo di formazione di almeno tre anni fissato all'art. 2 dell'ordinanza VI, disposizione peraltro dichiarata dalla nostra Massima istanza conforme alla LAMI (cfr. DTF 122 V 91-95). In quell'occasione il TFA ha precisato quanto segue: "Denn nach der Rechtsprechung kann bei Nichterfüllung der Zulassungsbedingungen gemäss Art. 2 VO VI die Zulassung als (Masseur, Heilgymnast oder) Physiotherapeut zur Kassenpraxis nicht aus einer kantonalen Bewilligung zur Berufsausübung abgeleitet werden. Eine solche Bewilligung hat lediglich innerkantonalen Charakter, und eine bedingte Zulassung bestimmter Tarifpunkte oder eine provisorische Zulassung kommt mangels gesetzlicher Grundlage nicht in Frage. Ebenso wenig kann die Anerkennung durch die Statuten einzelner Krankenkassen massgeblich sein, da Kasseninterne Satzungen auf das zu beurteilende Rechtsverhältnis keinen Einfluss haben (RKUV 1984 Nr. K 567 S. 39 Erw. 3b, vgl. auch RSKV 1983 Nr. 545 S 191 Erw. 4)" (DTF 122 V 93) ed ancora: "Gerade dieser Vorbehalt bestätigt hinsichtlich der Auslegung des Art. 21 Abs. 6 KUVG, dass der Gesetzgeber die Kantone weder direkt noch indirekt ermächtigen wollte, die Zulassungsbedingungen gemäss Art. 2 VOVI zu erleichtern, indem beispielsweise eine Gesundheits- und gewerbepolizeilich abgestützte kantonale Berufsausübungsbewilligung zur Betätigung für die Krankenversicherung ausreichte (in diesem Sinne RKUV 1984 Nr. K. 567 S. 39 Erw. 3b; vgl. auch RSKV 1983 Nr. 545 S. 191 Erw. 4). Art. 2 VOVI erweist sich daher als gesetzmässig." (cfr. DTF 122 V 95) Secondo questo Tribunale arbitrale il presente caso si differenzia tuttavia da quello esaminato dal TFA, nella misura in cui la _____ non contesta al dottor _____ il diritto di praticare a carico dell'assicurazione contro le malattie. Essa gli ha anzi già riconosciuto tale diritto. La _____ ha del resto ricordato che il medico ha aderito alla nuova Convenzione stipulata nel corso del 1996 tra l'_____ e la _____ (cfr. consid. 1.11 e 1.18; vedi pure art. 35 cpv. 1 e cpv. 2 lett. a LAMal; art. 36 cpv. 1 LAMal - "sono autorizzati i medici titolari del diploma federale che dispongono di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale" -; art. 36 cpv. 2 LAMal - "il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei medici titolari di un attestato scientifico equivalente" -; art. 39 cpv. 1 OAMal - "i medici titolari di un attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale previa consultazione dei Cantoni e delle associazioni professionali, sono parificati ai medici titolari dal diploma federale" -; art. 39 cpv. 2 OAMal - "il riconoscimento di attestati esteri può essere sottoposto alla condizione che lo Stato in cui l'attestato è stato rilasciato riconosca i diplomi federali" -; e art. 101 cpv. 1 LAMal - "medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale paramedico e laboratori autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie secondo il previgente diritto sono considerati fornitori di prestazioni anche ai sensi del nuovo diritto"; cfr. A. Maurer, op. cit. pag. 64 seg.; Consiglio federale, "Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia" del 6 novembre 1991, Ed. sep., pag. 72; R. Spira, op. cit., pag. 71). Il dottor _____ è quindi stato riconosciuto ed autorizzato ad esercitare a carico delle casse malati. La _____ vorrebbe tuttavia permettergli di fatturare soltanto come generalista. Il medico chiede

invece di poter fatturare come gli psichiatri e psicoterapeuti FMH. 2.9 La soluzione al presente litigio dipende dunque dall'interpretazione da dare alle disposizioni contenute nella Convenzione conclusa tra l'_____ e la _____ ed al punto 9 del prontuario, che ne costituisce parte integrante. Per costante giurisprudenza federale, qui applicabile per analogia, un regolamento deve esser interpretato secondo i principi della buona fede, tenendo conto del suo testo e della manifesta volontà di chi lo ha emanato (cfr. RDAT II-1993, pag. 191; DTF 116 V 222 consid. 2; DTF 112 II 249 consid. 1b; SZS 1995 pag. 51; SZS 1994 pag. 205 consid. 3c e soprattutto DTF 122 V 146: "dabei hat das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht ist, weil nicht angenommen werden kann, dass die Parteien eine unvernünftige Lösung gewollt haben"). Ad esempio, in materia di assicurazione contro le malattie, il TFA ha già avuto modo di stabilire che i termini contenuti nei certificati di assicurazione e nelle disposizioni interne delle casse malati (statuti, regolamenti di assicurazione, ecc.) debbono essere interpretati nel senso in cui può e deve comprenderli un assicurato osservando l'attenzione che da lui può essere esatta. Quest'ultimo non deve, quindi, subire un pregiudizio dovuto alla carenza di chiarezza o all'assenza di precisione di una clausola redatta dalla cassa (DTF 118 V 51 consid. 3 e le sentenze ivi citate; STFA 23 aprile 1993 in re C. non pubbl.). La _____, con riferimento alla recente nuova convenzione, sostiene che le parti hanno volutamente escluso di estendere il diritto di fatturare secondo le posizioni enumerate al capitolo 9 del Prontuario ai medici psichiatri in possesso dell'autorizzazione cantonale, ma non del titolo FMH. La deposizione del teste _____ (cfr. consid. 1.3), non ha permesso di delucidare convenientemente questo aspetto. Il Tribunale arbitrale ha così interpellato l'_____. Il Presidente dottor _____ e il segretario dottor _____ hanno confermato l'interpretazione data dalla _____ alla nuova Convenzione. Essi hanno in particolare precisato che la possibilità di esporre le posizioni tariffali contenute nel capitolo 9 del Prontuario delle tariffe mediche "è riservata esclusivamente ai medici psichiatri e psicoterapeuti specialisti FMH" ed hanno sottolineato che "tale formulazione restrittiva (...) esclude esplicitamente i medici non specialisti FMH psichiatri e psicoterapeuti la possibilità di utilizzare tali posizioni per fatturazione di proprie prestazioni" (cfr. consid. 1.20). Poiché, dunque, la chiara volontà delle parti alla Convenzione, (e quindi non solo quella delle casse malati ma pure quella dell'Ordine dei medici del Canton Ticino), consiste nel permettere l'esposizione delle posizioni tariffali contenute nel capitolo 9 del tariffario soltanto ai medici in possesso del titolo FMH e visto che il dottor _____ non possiede tale titolo (non disponendo del diploma federale), giustamente, secondo questo Tribunale, la _____ ha rifiutato al medico di fatturare secondo le modalità da lui desiderate. Il medico potrà dunque fatturare seguendo altri criteri (cfr. consid. 1.18) e segnatamente utilizzando la possibilità offerta dall'art. 46 cpv. 3 lett. a LAMal (cfr. consid. 2.6)). A mente del Tribunale arbitrale, e con riferimento alla presa di posizione della Segreteria della Commissione dei cartelli (cfr. consid. 1.10; vedi pure: "Avis concernant les listes d'hôpitaux et les conventions intercantionales en matière de coordination hospitalière" rendu par la Commission suisse des cartels à la demande de l'Office fédéral de la justice le 13 mars 1996, in Pub. CCSPR 3/1996, pag. 199 seg. (pag. 200, nota 2, e pag. 201-202) e soprattutto pag. 203: "La Commission n'a jamais parlé de libre choix du fournisseur de soin en traitement ambulatoire, mais bien plus de la possibilité de limiter ce libre choix. Elle entendait ainsi donner la possibilité aux assureurs de réduire la surabondance de l'offre. Voilà pourquoi elle a recommandé de ne pas déduire l'admission dans l'assurance de base directement du choix des fournisseurs de soins, mais de préciser que les autorisations en

matière de police sanitaire n'obligent pas les assureurs à conclure des contrats avec tous les fournisseurs de soins. La recommandation d'inscrire dans la loi la liberté contractuelle des caisses de choisir leurs fournisseurs de soins doit être comprise comme la possibilité pour les caisses de choisir leurs propres fournisseurs parmi tous les fournisseurs de soins officiellement reconnus et non par delà ce cercle") questa soluzione non discrimina senza ragione gli psichiatri autorizzati a lavorare nel Cantone a titolo indipendente, nella misura in cui tra il dottor _____ e i suoi colleghi vi è una sostanziale differenza: egli non dispone del titolo FMH, mentre invece i suoi colleghi lo hanno ottenuto, ciò che giustifica la possibilità di fatturare in modo diverso (cfr. J.L. Duc, "L'Hospitalisation, plus spécialement l'hospitalisation d'un jour et LAMal" in LAMal-KVG pag. 329 seg. (359). Questo autore nello studio "«Autres formes d'assurance» au sens de l'article 41 alinéa 4 LAMal et hospitalisation" in LAMal-KVG, pag. 393 seg. (409-410) ricorda, in un altro contesto, che "c'est précisément pour réduire les coûts que la concurrence a été introduite dans la loi, et non pas pour permettre à chacun de se placer sur le marché de la santé pour y pratiquer ses propres tarifs aux frais - fût ce partiellement seulement - de l'assurance" (n.d.r.: sottolineatura nostra)). Del resto, il dottor _____, pur avendone avuto la possibilità, per scelta propria non ha mai concluso gli studi per ottenere il diploma svizzero (cfr. consid. 1.3, consid. 1.7: "il dottor _____ ha solo interrotto nel 1979 la serie di esami quando aveva una media assai buona e quando gli mancavano solo due esami per ottenere il titolo FMH", consid. 1.11: "si dà comunque atto all'attore di aver rinunciato volontariamente alla continuazione degli esami di diploma federale, quando - dopo una nota insufficiente in oftalmologia - doveva ancora superare le prove principali di medicina interna e, a scelta, chirurgia o pediatria"), ciò che gli avrebbe permesso di acquisire il titolo FMH. Inoltre, a differenza di colleghi che hanno operato altre scelte (cfr. ad esempio il caso del dottor _____, nato nel 1931 che ha conseguito il diploma svizzero a 60 anni di età e successivamente il titolo di specialista FMH in chirurgia, cfr. Giornale _____ dell'11 ottobre 1996), egli non è intenzionato ad ottenere in futuro il diploma svizzero (cfr. consid. 1.6 in fine: "considerata l'età e la diversa impostazione delle varie università (...) non si può pretendere che l'attore inizi oggi gli studi per ottenere il titolo federale di psichiatria"). Inoltre occorre pure ricordare, con riferimento a quanto già precisato (cfr. consid. 2.6 e 2.7 in fine), che il Governo cantonale, su proposta del Dipartimento delle opere sociali, ha approvato la Convenzione (cfr. FU Nr. 56 del 12 luglio 1996 pag. 4593), sebbene essa limiti la possibilità di fatturare secondo il punto 9 del Prontuario agli specialisti in possesso di un titolo FMH. Va poi rilevato che l'esito della presente vertenza non deve per nulla stupire se solo si considera che il dottor _____, nato nel 1932, prima di chiedere e ottenere l'autorizzazione ad esercitare un'attività indipendente, aveva lavorato alle dipendenze dello Stato dal 1971 al 1996 e beneficia attualmente di una rendita della Cassa pensione di fr. 72'000.-- dopo avere già prelevato fr. 787'000.-- in capitale (cfr. consid. 1.16 in fine e 1.17; il medico riceve il massimo delle prestazioni della Cassa pensioni, potendo fare valere 30 anni di assicurazione). Infine, questo Tribunale constata che il dottor _____ ha ottenuto l'autorizzazione a lavorare come indipendente, seppur limitatamente alla zona di _____, già all'inizio del 1995, pur avendo lavorato come dipendente presso l'_____ fino al 31 marzo 1996 (cfr. consid. 1.16 e 1.21). Con tale procedura risulta evidente che la clausola del bisogno sancita dall'art. 57 cpv. 1 della Legge sanitaria ("ove le circostanze lo richiedono e accertata la mancanza di portatori di diplomi, attestati o certificati di capacità di istituti universitari o scuole svizzere riconosciute possono essere autorizzati all'esercizio indipendente o dipendente di una professione sanitaria

operatori in possesso di diplomi, attestati o certificati conseguiti all'estero") e che necessita di un'applicazione rigorosa non può essere esaminata con cognizione di causa, tanto più che, secondo le affermazioni del teste _____, anche da questo profilo "negli ultimi anni la situazione è cambiata parecchio" (cfr. consid. 1.16).

2.10 La procedura davanti al Tribunale arbitrale non è gratuita (cfr. R. Spira, "Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit", in RJJ 1996 pag. 191 seg., (195)). Il Regolamento concernente l'organizzazione e la procedure del Tribunale arbitrale in materia di assicurazione contro le malattie e gli infortuni del 26 luglio 1968 stabilisce all'art. 19 che la tassa di giustizia è fissata dal Tribunale nella misura da fr. 100.- a fr. 10'000.-. Inoltre in virtù dell'art. 20 del Regolamento per le trasferte i membri del Tribunale hanno diritto di percepire le indennità previste dalle disposizioni regolanti le indennità per i viaggi di giustizia. A sua volta l'art. 21 prevede che gli arbitri, ad eccezione del Presidente, ricevono, se professionisti accademici, fr. 300.-- per giornata intera e fr. 150.- per mezza giornata. In concreto la tassa di giustizia è fissata in fr. 2000.--, le spese di cancelleria in fr. 50.- e le indennità ai due arbitri in fr. 2250.--, per un importo complessivo di fr. 4300.-- a carico del dottor _____ (cfr. STFA dell'11 luglio 1996 nella causa Eredi E.: fr. 9000.-- di spese, STFA del 5 luglio 1996 nella causa L.: fr. 6000.-- di spese, STFA del 14 dicembre 1995 nella causa W: fr. 6000.-- di spese).

2.11 Infine, per quel che concerne le ripetibili va osservato quanto segue. Di regola nessuna indennità a titolo di ripetibili è assegnata agli organi, come le casse malati, cui sono stati affidati compiti di diritto pubblico (cfr. DTF 118 V 169 consid. 7). La costante giurisprudenza federale ha comunque avuto modo di stabilire che, in vertenze come quella presente, sarebbe iniquo fare assumere alle casse malati le spese dell'avvocato indipendente cui hanno dovuto rivolgersi vista la complessità della vertenza (cfr. STFA del 28 settembre 1982, nella causa C.L., non pubblicata; SVR 1995 KV Nr. 40 pag. 125; DTF 119 V 456; RAMI 1984 pag. 83; RAMI 1982 pag. 218). Del resto l'art. 18 del Regolamento citato stabilisce che "alla parte che vince la causa il Tribunale può riconoscere il diritto al rimborso delle spese giudiziarie e delle ripetibili." Il dottor _____ verserà dunque alla _____ fr. 1'000.- a titolo di ripetibili.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.