

## JAAC 59.18B

Decisione del Consiglio federale del 9 novembre 1994

---

*Assurance-maladie. Prestations des médecins-dentistes. Tarif en cas de régime sans convention et obligation de fixer un tarif-cadre lors de l'approbation d'une convention.*

*Art. 12 al. 2 et art. 22<sup>bis</sup> al. 1 et 3 LAMA.*

*- Vu que l'on ne peut exclure, même selon la récente jurisprudence du TFA, qu'il existe encore des prestations obligatoires, dans le cadre des soins prodigués par les médecins-dentistes, les cantons ont l'obligation d'édicter un tarif pour ces prestations en cas de régime sans convention afin de garantir une protection tarifaire aux assurés.*

*- Si un tarif conventionnel ne prévoit pas d'échelonnement des prestations qui, de par leur nature, peuvent différer selon leur degré de difficulté ou leur ampleur, le gouvernement cantonal doit, lors de l'approbation du tarif, fixer un tarif-cadre prévoyant des taxes minimales et maximales.*

---

*Krankenversicherung. Zahnärztliche Leistungen. Tarif im vertragslosen Zustand und Pflicht zur Festsetzung eines Rahmentarifs anlässlich der Genehmigung eines Vertrages.*

*Art. 12 Abs. 2 und Art. 22<sup>bis</sup> Abs. 1 und 3 KUVG.*

*- Da nicht auszuschliessen ist, dass auch nach der neueren Rechtsprechung des EVG noch zahnärztliche Pflichtleistungen bestehen, haben die Kantonsregierungen zur Sicherstellung des Tarifschutzes der Versicherten für die entsprechenden Leistungen im vertragslosen Zustand einen Tarif zu erlassen.*

*- Sieht ein Vertragstarif keine Abstufung derjenigen Leistungen vor, die ihrer Natur nach hinsichtlich Schwierigkeit und Umfang differieren können, so muss die Kantonsregierung mit der Vertragsgenehmigung einen Rahmentarif mit Mindest- und Höchstansätzen erlassen.*

---

**Assicurazione contro le malattie. Prestazioni dei dentisti. Tariffa in caso di regime aconvenzionale e obbligo di emanare una tariffa limite con tasse minime e massime in occasione dell'approvazione di una convenzione.**

**Art. 12 cpv. 2 e art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 e 3 LAMI.**

**- Non essendo escluso che, anche secondo la più recente giurisprudenza del TFA, possano esserci casi di interventi odontoiatrici aventi carattere obbligatorio per le casse malati, i Governi cantonali devono emanare una tariffa per garantire la protezione tariffale dell'assicurato per simili prestazioni in regime aconvenzionale.**

**- Se una tariffa convenzionale non prevede una differenziazione fra le prestazioni che, per la loro natura, presentano difficoltà e proporzioni diverse, il Governo cantonale deve, in occasione dell'approvazione, fissare una tariffa limite con tasse minime e massime.**

---

## **I**

**A.** Il 24 agosto 1993 il Consiglio di Stato del Cantone Ticino (in seguito: CdS) ha emanato un decreto esecutivo (in seguito: DE) sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, concernente il catalogo delle prestazioni obbligatorie delle casse malati per interventi dentari e il relativo valore del punto valevoli per l'anno 1993. Il CdS ha preso atto della disdetta della convenzione del 4 settembre 1978 (in seguito: Convenzione 1978) tra la Società svizzera di odonto-stomatologia (SSO) e l'Unione delle federazioni svizzere di casse malati (in seguito: Unione) e della conseguente disdetta della convenzione del 24 gennaio 1980 stipulata tra la Sezione Ticino della SSO e la Federazione ticinese delle casse malati (FTCM), concernente il catalogo delle prestazioni obbligatorie delle casse malati per interventi dentari ed il relativo accordo tariffale, approvata dal CdS con risoluzione n° 672 del 31 gennaio 1980. Il CdS ha ritenuto decaduto anche il relativo accordo tariffale del 15 maggio 1991 sottoscritto dalla SSO e dal Concordato delle casse malati svizzere (CCMS). Tenendo conto dell'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 2 della LF del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie (LAMI, RS 832.10) e dell'art. 1 cpv. 1 del decreto federale del 9 ottobre 1992 concernente provvedimenti temporari contro l'aumento dei costi nell'assicurazione malattie (DFU 1992, RU 1992 1838), il CdS ha decretato che per l'anno 1993 devono valere le seguenti disposizioni concernenti le prestazioni obbligatorie delle casse malati per interventi dentari:

*«- E' confermato il catalogo delle prestazioni valido per l'anno 1992.*

*- Il relativo numero dei punti previsto per le singole prestazioni rimane invariato.*

*- Il valore del punto resta invariato al 30 giugno 1992 (fr. 4.35 al punto).»*

**B.** Il dentista X e la Società ticinese dei medici dentisti (STMD) di Lugano, sezione ticinese della SSO, hanno interposto ricorso al Consiglio federale avverso il succitato DE. Secondo i ricorrenti, la SSO avrebbe disdetto la

Convenzione 1978 con effetti al 31 dicembre 1992 in seguito al cambiamento di giurisprudenza in materia da parte del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA).

Il DE sarebbe tardivo perché l'approvazione iniziale della Convenzione 1978 avrebbe dovuto essere accompagnata dalla fissazione di tariffe limite secondo l'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI. Inoltre, il cpv. 2 di detta disposizione della LAMI renderebbe anche prematuro il DE, dato che una nuova tariffa limite potrebbe essere stabilita solo trascorso un anno dalla scadenza di una convenzione, quindi non prima del 1° gennaio 1994.

Questi fatti e la mancata consultazione delle parti avrebbero portato alla violazione dell'art. 22<sup>bis</sup> LAMI e del diritto di essere sentito ivi compreso.

I ricorrenti hanno inoltre contestato la competenza del CdS di emanare la nuova tariffa applicabile a talune prestazioni dei dentisti, poiché questa categoria professionale non sarebbe citata nella LAMI e nei DFU del 13 dicembre 1991 e del DF del 9 ottobre 1992 concernenti provvedimenti temporanei contro l'aumento dei costi nell'assicurazione malattie (RS 832.111). Anche la giurisprudenza recente del TFA escluderebbe l'obbligo delle casse di coprire le prestazioni odontoiatriche, non trattandosi di cure mediche ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 n. 1 lett. a LAMI. La Convenzione 1978, basata sulla precedente giurisprudenza, non potrebbe comunque determinare l'esistenza di un regime aconvenzionale secondo la LAMI.

A ciò andrebbe aggiunto che il richiamo al DFU del 1992 non sarebbe giustificato ed il DE violerebbe l'art. 7 dello stesso DFU, mentre sarebbe pure arbitraria la conferma del catalogo delle prestazioni valido per l'anno 1992 e impraticabile ed illegale l'effetto retroattivo del DE.

Il DE non avrebbe pertanto alcuna base legale, né nella LAMI né nella recente giurisprudenza del TFA ed andrebbe annullato o, eventualmente, rinviato al CdS per la verifica delle prestazioni che potrebbero essere considerate obbligatoriamente a carico delle casse malati.

**C.** Il CdS ha sottolineato che la giurisprudenza del TFA nell'ambito degli interventi dentari non sarebbe sostanzialmente mutata, dato che la sentenza non pubblicata in re H. del 30 marzo 1987 avrebbe fatto riferimento unicamente ad un trattamento specifico (intervento preprotetico) non oggetto di prestazioni obbligatorie. La giurisprudenza precedente la Convenzione 1978 sarebbe relativa a interventi prestati da dentisti per trattamenti non forniti da medici e non qualificabili come trattamenti dentari puri.

Il CdS ha evidenziato che le tasse minime e massime previste dall'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI sarebbero consentite ed applicabili rispettivamente sulla base della LAMI e dell'art. 1 cpv. 1 DFU 1992, per cui esse sarebbero bloccate al limite delle tariffe convenzionali in vigore il 30 giugno 1992.

Non essendo trascorso un anno dalla scadenza della Convenzione 1978 il CdS non avrebbe ritenuto di dovere consultare le parti (ciò che dovrebbe invece avvenire per le tariffe del 1994) e non avrebbe violato il diritto di essere sentito. In ogni caso, la disdetta della Convenzione 1978 avrebbe creato una situazione di regime aconvenzionale.

Inoltre, anche secondo l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) certe prestazioni sarebbero obbligatorie per le casse malati e nella fattispecie non si tratterebbe di stabilire se tutti gli interventi da parte di dentisti siano da considerare prestazioni obbligatorie per le casse malati, bensì se possano esserlo quelli che non sono forniti dai medici e che non sono assimilabili a trattamenti dentari puri.

Infine, gli obiettivi del DE sarebbero di confermare l'obbligatorietà delle prestazioni contenute nella Convenzione 1978 e bloccare la tassa minima, nel primo anno di regime aconvenzionale, nei limiti posti dal DFU, ciò che sarebbe stato avallato dall'UFAS.

**D.** Nelle sue osservazioni il Dipartimento federale dell'interno (DFI), sulla base di una presa di posizione dell'UFAS, ha rilevato che il Governo cantonale può emanare una tariffa limite per le prestazioni obbligatoriamente a carico delle casse malati. Il DFI ha operato la distinzione fra trattamenti dentari in senso stretto e in senso lato, ponendo l'accento sul fatto che solo i primi non costituirebbero una prestazione obbligatoria delle casse malati.

Il DE si baserebbe sull'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI e non sul cpv. 2, dacché colmerebbe una lacuna dovuta alla mancanza di una tariffa limite e non creerebbe una nuova tariffa; questo non costringerebbe quindi ad attendere un anno dopo la scadenza del regime convenzionale ed il CdS, tramite il DE, avrebbe solo rimediato al regime aconvenzionale seguito alla disdetta della Convenzione 1978.

Il DFU permetterebbe il blocco delle tariffe nel corso della sua durata di validità, poiché decreti relativi ad un regime aconvenzionale sarebbero disposizioni esecutive del diritto federale ed il DFU, quale *lex specialis e posterior*, avrebbe la precedenza sulle regole tariffarie generali della LAMI.

**E. e F. ...**

**G.** Il CdS, attraverso osservazioni supplementari, ha indicato che lo scopo del DE sarebbe quello di bloccare le tasse massime delle prestazioni previste, tenendo conto del DFU. Inoltre, non sarebbero state stabilite tasse massime e minime, visto che la Convenzione, di carattere non prettamente cantonale ma di applicazione di una convenzione stipulata a livello nazionale tra SSO e Unione, non specificherebbe nulla su queste particolarità.

...

## II

1. Secondo l'art. 129 cpv. 1 lett. a e b OG il ricorso di diritto amministrativo non è ammissibile contro decisioni concernenti l'approvazione di atti legislativi e le tariffe in materia di assicurazioni sociali. Ciò vale però solo nel caso in cui la decisione abbia integralmente quale oggetto l'atto legislativo o l'approvazione oppure vengano direttamente impugnate singole disposizioni tariffarie (DTF 116 V 133); il ricorso di diritto amministrativo è infatti possibile contro decisioni che sono state emanate in un caso concreto in applicazione di una tariffa. Sulla base di questa distinzione si può dire che il presente ricorso tange una questione di tariffe, per cui è escluso il ricorso di diritto amministrativo.

Al contrario, sulla base degli art. 22<sup>quinquies</sup> LAMI e 73 cpv. 1 lett. c PA, entro trenta giorni può essere interposto ricorso al Consiglio federale contro decreti e decisioni emanate dai Governi cantonali in applicazione degli art. 22-22<sup>quater</sup> LAMI (*Alfred Maurer*, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Vol. II, Parte speciale, Berna 1981, pag. 369; *Kilian Boner / Werner Holzherr*, Schweizerische Juristische Kartothek, SJK, 1318, Krankenversicherung IV, Rechtspflege, pag. 8).

2. La competenza del Consiglio federale, secondo l'art. 73 cpv. 1 lett. c PA, presuppone che il gravame concerna la violazione del diritto federale. *In casu* occorre quindi stabilire se le prestazioni regolate nell'atto impugnato sono cure mediche ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 n. 1 lett. a LAMI e se rappresentano pertanto prestazioni obbligatorie delle casse malati.

Infatti, l'emanazione di tariffe limite secondo l'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI e di tariffe limite in regime aconvenzionale ai sensi dell'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 2 LAMI rappresentano diritto cantonale, ma questo non ha un'autonomia propria quando, come di regola, si tratta unicamente di un'esecuzione del diritto federale (art. 49 lett. a PA; *Fritz Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, Berna 1983, pag. 91; [DTF 118 Ib 131](#), 115 Ib 168, 112 Ib 165 segg.). Se invece una tariffa non si basa sul diritto federale, perché ad esempio gli interventi regolati non costituiscono prestazioni obbligatorie, si deve ammettere che le disposizioni poggino esclusivamente sul diritto cantonale.

3. Il dentista X è toccato dal DE impugnato e ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modificazione dello stesso. Egli è quindi legittimato a ricorrere in virtù dell'art. 48 lett. a PA e, sulla base della costante giurisprudenza concernente detta norma legale, è pure innegabile la legittimazione ricorsuale della STMD. Essa è infatti costituita nella forma di un'associazione ai sensi dell'art. 60 segg. del Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907 (CC, RS 210) e tutela gli interessi della professione e la rappresenta di fronte a terzi (art. 2 lett. c e d degli statuti STMD 1980). Inoltre, il DE tocca sicuramente un numero considerevole dei suoi membri e questi sarebbero individualmente legittimati a ricorrere (cfr. sulla problematica [GAAC 55.32](#), 53.26, [DTF 113 Ib 365](#) segg.).

(Questioni formali)

4. Secondo la giurisprudenza del TFA le casse malati sono obbligate a fornire le prestazioni secondo l'assicurazione malattia definita dalla LAMI unicamente se l'assicurato soffre di una malattia. La definizione di malattia secondo la LAMI viene data sulla base delle particolarità del caso concreto ed essa rappresenta un concetto giuridico («Rechtsbegriff») che non necessariamente collima con la definizione medica di malattia (cfr. [DTF 116 V 240](#) cons. 3.a con riferimenti).

Nelle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 n. 1 lett. a LAMI è compresa la cura medica (cfr. anche art. 21 dell'O III del 15 gennaio 1965 sull'assicurazione contro le malattie concernente le prestazioni delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione [RS 832.140], che però non dà indicazioni per la questione oggetto della presente procedura).

Le cure da parte di dentisti non sono in generale considerate quali cure mediche ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 LAMI; le casse malati devono coprire i costi di tali trattamenti solamente se previsto nei loro statuti ([DTF 116 V 116](#)).

In linea di principio trattamenti da parte dei dentisti rappresentano provvedimenti terapeutici all'apparato masticatorio. Tra questi troviamo ad esempio il trattamento dei denti, dell'apparato di sostegno degli stessi e della regione organica in cui è messa la protesi. Per le prestazioni obbligatoriamente a carico delle casse malati, non è giuridicamente rilevante che il trattamento sia stato effettuato da un medico o da un dentista, come pure non sono decisivi la causa dell'affezione ed il fatto che il trattamento dentario sia la conseguenza di un'altra malattia curata dal medico. Infine, è pure irrilevante l'effetto del trattamento dentario sullo stato di salute dell'assicurato, in modo particolare la prevenzione o l'effetto favorevole su malattie dell'apparato digerente. Il TFA ha stabilito che tale ordine può essere modificato solo dal legislatore (DTF 116 V 116 seg.).

Ciò non permette evidentemente di stilare un catalogo esatto delle prestazioni dei dentisti che potrebbero costituire una cura medica e risulta pertanto legittimo chiedersi se di fatto esistano prestazioni medico-dentarie rientranti nella categoria delle cure mediche ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 n. 1 lett. a LAMI e obbligatoriamente a carico delle casse malati.

Tale aspetto assume una rilevanza decisiva, poiché unicamente le prestazioni obbligatorie esigono un regime convenzionale con approvazione del Governo cantonale o, in caso di situazione aconvenzionale, l'intervento dello stesso per fissare le tariffe limite ai sensi dell'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 e 2 LAMI.

5. I ricorrenti sono dell'opinione che la giurisprudenza del TFA, essendo molto restrittiva, negherebbe la possibilità di trattamenti dentari obbligatoriamente a carico delle casse malati, ciò che impedirebbe l'emanazione di tariffe da parte del CdS.

Secondo il CdS, il DFI, il CCMS e la FTCS non potrebbe essere esclusa a priori l'esistenza di prestazioni che le casse malati sono tenute a pagare. Questa posizione sarebbe soprattutto basata sul fatto che decisioni più datate del TFA, che avevano sancito l'obbligatorietà delle prestazioni per taluni trattamenti dentari, non sarebbero state toccate dalle decisioni più recenti, le quali si riferirebbero unicamente ad interventi e misure ortopedici o chirurgici della mascella.

Nel messaggio del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65 segg.) il Consiglio federale ha segnalato la problematica dell'attuale esclusione di trattamenti dentari dall'obbligatorietà dell'assicurazione malattia e le relative conseguenze, proponendo una disposizione per colmare tale lacuna. Ciò è però avvenuto senza lo scopo di perseguire una valutazione definitiva della prassi del TFA in materia, segnatamente sulla questione dell'obbligatorietà di talune prestazioni delle casse malati.

In concreto, non può essere categoricamente rigettata la tesi del CdS, del DFI e degli altri interessati consultati; ciò significa che non si può escludere che possano effettivamente esserci casi di interventi odontoiatrici aventi carattere obbligatorio per le casse malati e per i quali gli assicurati devono godere della protezione di una tariffa limite.

Ciò ha giustamente indotto il CdS ad ammettere l'esistenza di un regime aconvenzionale in seguito alla disdetta della Convenzione 1978 e ad emanare una tariffa per la protezione degli assicurati. E' poi comunque il giudice, ed

in ultima istanza il TFA, a dovere stabilire nel caso concreto se il singolo trattamento costituisce una prestazione obbligatoria e ciò non viene pregiudicato dall'esistenza di una tariffa emanata secondo l'art. 22<sup>bis</sup> LAMI.

**6.1.** In occasione dell'approvazione della Convenzione 1978 tra la SSO e l'Unione il CdS ha omesso di emanare una tariffa ai sensi dell'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI, ovvero applicabile dopo la scadenza dell'accordo fra le parti.

A tale proposito può essere condivisa la tesi secondo cui il CdS ha rimediato ad una lacuna attraverso un decreto immediatamente applicabile.

La necessità di attendere un anno dalla scadenza di una convenzione secondo il cpv. 2 dell'art. 22<sup>bis</sup> LAMI non risulta applicabile nel caso concreto, poiché ciò non si concilierebbe con il senso e lo scopo della citata disposizione legale. In effetti, le disposizioni legali mirano avantutto a proteggere l'assicurato e per questo vi è l'esigenza di fissare tariffe limite da osservare dopo la scadenza di una convenzione già in occasione della conclusione della stessa. Lo scopo è pertanto quello di non permettere l'esistenza di un regime aconvenzionale senza l'imposizione di tariffe limite (cfr. anche Messaggio complementare del Consiglio federale all'Assemblea federale a sostegno del disegno di legge che modifica il titolo primo della legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, FF 1962 1679 segg.) ed il CdS si è tenuto a questo principio emanando il DE impugnato che di fatto ha prorogato quanto già in vigore in regime convenzionale (blocco delle tariffe per il 1993 al livello del 1992).

L'attesa di un anno dalla scadenza di una convenzione è chiaramente riferita alla possibilità per il Governo cantonale di creare una nuova tariffa ai sensi dell'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 2 LAMI, scostandosi dalla tariffa precedentemente in vigore. Dato che ciò non è avvenuto, non si è resa necessaria la consultazione delle parti interessate e non è stato violato il diritto di essere sentito.

**6.2.** Quanto detto sopra porta ad escludere che si possa parlare di reale retroattività del DE. La retroattività in senso stretto di una norma legale si verifica infatti se questa provoca effetti giuridici per una fattispecie verificatasi e conclusasi anteriormente alla sua entrata in vigore (cfr. *Fritz Gygi*, *Verwaltungsrecht*, Berna 1986, pag. 111 e *Pierre Moor*, *Droit administratif*, Vol. I, Berna 1988, pag. 148).

Come già sottolineato, nel presente caso ci si trova confrontati ad una proroga di quanto era già in vigore ed il CdS era legittimato ad emanare il DE dalla base legale costituita dalla LAMI, per evitare la mancanza di una tariffa in una situazione di regime aconvenzionale. Non occorre pertanto analizzare in modo approfondito le condizioni alle quali potrebbe essere tollerata un'eventuale retroattività (segnatamente l'esistenza di un preponderante interesse pubblico e di una base legale, la durata limitata del provvedimento e l'assenza di disparità di trattamento insostenibili, cfr. Moor, op. cit., pag. 149 seg. e giurisprudenza citata).

7. L'applicabilità del DFU non può essere messa in discussione, poiché esso vale per tutte le cure mediche e prestazioni obbligatorie delle casse malati e, quindi, per quanto detto sopra, è possibile che possa concernere anche

alcuni trattamenti dentari. Ciò significa al contempo che non è stato nemmeno violato l'art. 7 cpv. 1 DFU, dato che detti interventi potrebbero rientrare nel concetto di cure mediche previste nell'assicurazione base.

**8.** Per il resto il Consiglio federale condivide la presa di posizione del DFI per quanto attiene le tasse minime e massime, poiché l'introduzione del DFU per bloccare i costi del 1993 al livello del 30 giugno 1992 non impedisce l'emanazione di tasse minime e massime secondo l'art. 22<sup>bis</sup> cpv. 1 LAMI. In effetti, una tariffa limite con tasse minime e massime si impone per prestazioni che per la loro natura raggiungono gradi di difficoltà e proporzioni diverse.

**9.** Il ricorso è pertanto parzialmente accolto e l'incarto torna al CdS che deve precisare le posizioni della Convenzione 1978 tra la SSO e l'Unione, tenendo conto delle considerazioni fatte dal DFI nelle osservazioni del 22 febbraio 1994; le posizioni che, secondo la giurisprudenza del TFA, non hanno carattere obbligatorio, dovranno essere eliminate. Inoltre, il CdS dovrà analizzare se la tariffa emanata contiene posizioni che richiedono una differenziazione da un punto di vista della difficoltà e della misura dell'intervento ed eventualmente emanare una tariffa limite con tasse minime e massime.

---

## **JAAC 59.18B - Decisione del Consiglio federale del 9 novembre 1994**

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	1995
Année	
Anno	
Band	59
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 002 564

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.

Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.