

JAAC 68.136

Decisione del Consiglio federale del 26 maggio 2004 nella causa santésuisse Ticino [santésuisse] contro il decreto esecutivo del 18 giugno 2003 [DE-2003] del Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino [CdS]

Assurance-maladie. Fixation d'un tarif aux services de transport en ambulance. Structure du tarif. Subventions. «Benchmarking». Caractère économiquement supportable.

- 1. Pour respecter notamment les principes de l'économicité et de l'équité, il convient d'établir deux tarifs séparés ou un tarif différencié selon qu'il s'agit de transports ou de sauvetages (consid. 5).*
- 2. Le choix du canton du Tessin de verser des subsides calculés rétrospectivement n'est contraire ni au droit fédéral, ni au droit cantonal. Ce type d'aide financière n'a aucune influence sur le calcul des tarifs qui est effectué sur la base des coûts effectifs (consid. 7).*
- 3. Une analyse de «benchmarking» requiert beaucoup de précaution et une grande précision. Seule une comparaison entre des organisations présentant des caractéristiques similaires peut conduire à un résultat de «benchmarking» fiable (consid. 10).*
- 4. Il n'est pas possible de se baser uniquement sur des statistiques et de déterminer ainsi quel canton est plus ou moins cher pour le service en question (consid. 10).*
- 5. Le total des coûts des prestations en question ne représentant qu'une petite partie des coûts totaux supportés par l'assurance-maladie, le critère du caractère économiquement supportable ne peut pas servir à invalider une augmentation tarifaire dans le secteur en question (consid. 11).*

Krankenversicherung. Tariffestsetzung für Ambulanztransporte. Tarifstruktur. Subventionen. Benchmarking. Wirtschaftliche Tragbarkeit.

- 1. Insbesondere die Gebote der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit verlangen zwei getrennte Tarife oder einen Tarif, der die Funktion von Transport- und Rettungsdienst unterscheidet (E. 5).**
- 2. Die Wahl des Kantons Tessin, auf der Endabrechnung basierende Beihilfen auszuschütten, widerspricht weder Bundes- noch kantonalem Recht. Diese Art der Finanzhilfe hat keinen Einfluss auf die Berechnung von Tarifen, welche sich auf die Effektivkosten abstützt (E. 7).**
- 3. Eine Benchmarking-Analyse verlangt viel Vorsicht und Genauigkeit. Einzig der Vergleich zwischen gleichartigen Organisationen kann ein zuverlässiges Resultat des Benchmarking ergeben (E. 10).**
- 4. Es ist nicht möglich, sich einzig auf Statistiken zu stützen und so zu bestimmen, welcher Kanton für die fragliche Dienstleistung mehr oder weniger teuer ist (E. 10).**
- 5. Weil das Total der betreffenden Kosten nur ein kleiner Teil der Gesamtkosten der Krankenversicherung ausmacht, führt der Grundsatz der wirtschaftlichen Tragbarkeit nicht zur Ungültigerklärung der Erhöhung des Tarifs im entsprechenden Bereich (E. 11).**

Assicurazione malattia. Fissazione di una tariffa per i servizi di trasporto in ambulanza. Struttura della tariffa. Contributi finanziari. «Benchmarking». Sopportabilità economica.

- 1. Per rispettare segnatamente i principi dell'economicità e dell'equità, devono essere elaborate due tariffe separate o una tariffa differenziata in funzione che si tratti di trasporto o di salvataggio (consid. 5).**
- 2. La scelta del Cantone Ticino di versare sussidi calcolati a consuntivo non si contrappone né al diritto federale, né cantonale. Questo tipo d'aiuto finanziario non ha alcun'influenza sul calcolo delle tariffe che è effettuato sulla base delle spese effettive (consid. 7).**
- 3. Un'analisi di «benchmarking» richiede molta cautela e precisione. Unicamente il paragone tra organizzazioni aventi caratteristiche simili può portare ad un risultato di «benchmarking» attendibile (consid. 10).**
- 4. Non è possibile prendere semplicemente delle statistiche e determinare così quale sia il cantone più o meno caro per il servizio in questione (consid. 10).**
- 5. Essendo il totale dei costi delle prestazioni in questione una piccola parte dei costi totali sopportati dall'assicurazione malattie, il criterio della sopportabilità economica non può servire a delegittimare un aumento tariffale nel settore in questione (consid. 11).**

I.

1.1. In data 18 giugno 2003, in seguito al mancato raggiungimento di un accordo tariffale tra santésuisse Ticino (santésuisse) e la F., il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino (CdS) ha emanato un Decreto esecutivo concernente le tariffe della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10) valide a partire dal 1° gennaio 2003, applicabili nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) per i servizi di trasporto in ambulanza da parte dei servizi autolettiga autorizzati affiliati alla F. (in seguito: DE-2003).

1.2. Con il DE-2003 il CdS ha risolto quanto segue:

«1.2.1 All'articolo 1 capoverso 1 DE-2003, in relazione con l'allegato, sono fissate le tariffe ed i costi unitari ai sensi degli articoli 26 e 27 dell'Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre, RS 832.112.31):

I. Per i trasporti primari (trasporti d'urgenza con ambulanza, con o senza sospetto di disturbo delle funzioni vitali) è stabilita una tassa di base per 1 ora di impiego di CHF 1'000.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo) a cui si aggiungono CHF 173.- per ogni ¼ d'ora iniziato di impiego supplementare.

II. Per i trasporti secondari (trasporti di malati con ambulanza di trasporto) è stabilita una tassa di base di CHF 465.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo) a cui si aggiungono CHF 4,43 per ogni chilometro.

III. Per quanto riguarda l'intervento del medico d'urgenza è prevista una remunerazione separata secondo le tariffe dell'Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT), invece per il trasporto del medico d'urgenza con automedica è stabilita una tassa di base di CHF 355.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo).

1.2.2 Il contributo degli assicuratori, conformemente agli articoli 26 e 27 OPre, corrisponde al 50% delle tariffe di cui sopra, per un massimo di CHF 500.- per anno civile e per assicurato per i trasporti indicati dal profilo medico, e di CHF 5'000.- per anno civile e per assicurato per le spese di salvataggio.

1.2.3 Il CdS ha decretato, una volta trascorso il termine di ricorso, l'entrata In reply to: vigore immediata del DE-2003, con effetto retroattivo al 1° gennaio 2003 (art. 4 cpv. 2 DE-2003).»

2.1. Contro il DE-2003 è insorta santésuisse con ricorso amministrativo del 20 agosto 2003 al Consiglio federale. Essa chiede l'annullamento del DE-2003 e, oltre alla protesta di eventuali spese e ripetibili, la fissazione delle seguenti tariffe applicabili a decorrere dal 1° gennaio 2003:

Ia. Per i trasporti primari a livello di urgenza 1 (trasporti d'urgenza con ambulanza, con sospetto di disturbo delle funzioni vitali), viene richiesta una tassa di base per 1 ora di impiego di CHF 625.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo) a cui si aggiungono CHF 130.- per ogni ¼ d'ora iniziato di impiego supplementare.

Ib. Per i trasporti primari a livello di urgenza 2 (trasporti d'urgenza con ambulanza, senza sospetto di disturbo delle funzioni vitali) viene richiesta una tassa di base per 1 ora di impiego di CHF 500.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo) a cui si aggiungono CHF 100.- per ogni ¼ d'ora iniziato di impiego supplementare.

II. Per i trasporti secondari a livello di urgenza 3 (trasporti di malati con ambulanza di trasporto) viene richiesta una tassa di base di CHF 300.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo) a cui si aggiungono CHF 3.50 per ogni chilometro.

III. Per quanto riguarda l'intervento del medico d'urgenza viene richiesta una remunerazione separata secondo la convenzione tariffale tra gli assicuratori e l'OMCT, invece per il trasporto del medico d'urgenza con automedica è stabilita una tassa di base di CHF 250.- (inclusi segnatamente materiale, pulizia e disinfezione, ammortamento e manutenzione del veicolo).

2.2. La ricorrente rileva che, rispetto alle tariffe applicate in regime di convenzione del 17 marzo 1998, approvata dal CdS tramite Decreto esecutivo del 19 maggio 1998 (in seguito: DE-1998), nonché nel 2002 in regime di proroga (cfr. Decreto esecutivo del CdS del 18 dicembre 2001 concernente la proroga della convenzione FTAM-F. del 17 marzo 1998, in seguito DE-2001), le tariffe stabilite dal DE-2003 comporterebbero un aumento del 60%, rispettivamente 66,6% per i trasporti a livello di urgenza 1, risp. 2. Ciò contraddirebbe i principi giurisprudenziali che imporrebbero di considerare gli effetti sui premi dei singoli assicurati di ogni adeguamento tariffale nell'ambito della LAMal. Inoltre, le tariffe in questione apparirebbero ancor più ingiustificate ove si proceda ad un confronto con le tariffe di altri Cantoni che, date le loro condizioni economiche, reggerebbero il paragone con il Cantone Ticino. Quest'ultimo, confrontato con i Cantoni di Vaud, Ginevra, Vallese e Zugo, si troverebbe infatti al primo posto, avendo il costo medio per assicurato più elevato.

La ricorrente sostiene inoltre che le tariffe in questione non potrebbero essere ammesse in un ordinamento assicurativo fondato sulla socialità e la mutualità. Ad analoga conclusione si giungerebbe seguendo il metodo del «benchmarking». Occorrerebbe nel caso specifico verificare se è stato rispettato il principio dell'economicità. A questo proposito, *santésuisse* ricorda che lo stesso CdS, in un documento del 22 maggio 1995 sul servizio pre-ospedaliero di soccorso e di trasporto sanitario, avrebbe avvertito l'esigenza di «un più incisivo coordinamento attraverso una razionalizzazione dell'organizzazione istituzionale e territoriale». La ricorrente asserisce pertanto che il Cantone Ticino avrebbe dovuto effettuare una verifica sulle possibilità di maggiore razionalizzazione dei servizi in questione.

3. Con decisione incidentale dell'8 ottobre 2003, una volta sentite le parti in causa, il Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP), nella sua funzione di autorità di istruzione del Consiglio federale (art. 75 cpv. 1 e 3 della Legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa [PA], RS 172.021), ha disposto che durante la procedura di ricorso vengano applicate le tariffe menzionate nell'allegato del Decreto esecutivo del Consiglio di Stato

del Cantone Ticino del 10 dicembre 2002 (in seguito: DE-2002), con riserva di eventuali rivendicazioni tariffali risultanti dall'esito della presente procedura, e che venga applicato il principio del terzo garante.

4. Il 29 settembre 2003 la F., in occasione della presentazione delle sue osservazioni, ha chiesto la reiezione del gravame nonché la messa a carico della ricorrente di spese ed indennità.

La F. osserva che le tariffe menzionate nella convenzione, da lei siglata il 17 marzo 1998 con l'allora Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia (oggi santésuisse Ticino), sarebbero state il frutto di un compromesso comportante una riduzione del 25% delle tariffe calcolate, a condizione che fosse stato applicato il principio del terzo pagante. Apparirebbe pertanto evidente che l'affermazione di santésuisse, secondo cui vi sarebbe un incremento dei costi del 60% rispettivamente 66%, non trovi nessun fondamento. Infatti, si dovrebbe tenere conto, da una parte dell'evoluzione dell'indice dei prezzi al consumo dal 1996 al 2002 che giustificherebbe un adeguamento al rincaro di quasi il 5% dei costi analizzati nel 1996, dall'altra del fatto che i costi alla base della tariffa proposta in realtà, fatta astrazione della riduzione del 25% di cui sopra, sarebbero aumentati di meno del 13%. Inoltre, dal 1996 al 2003 sarebbero state apportate delle ristrutturazioni e migliorie che avrebbero permesso di ottenere, nel corso del 2002, il titolo di servizio di salvataggio riconosciuto dell'Interassociazione di salvataggio (IAS).

Inoltre, per quanto concerne il paragone con la situazione in atto negli altri Cantoni, la F. osserva che mancherebbero le basi per potere effettuare un confronto serio e ponderato in materia dei costi e dei servizi di ambulanze. Non viene considerata rilevante nemmeno l'argomentazione di santésuisse concernente il maggiore uso del trasporto autolettiga da parte dell'utenza ticinese. Infatti, il modello di calcolo degli Ospedali Svizzeri, del Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri e del IAS (H+/CAMS/IAS) terrebbe in debito conto anche la differenziazione tra prontezza (tempo di attesa) ed intervento. I costi dei servizi ambulanza sarebbero pertanto essenzialmente costi legati alla struttura (garanzia di intervento).

Le statistiche prodotte da santésuisse non apparirebbero convincenti principalmente a causa di modelli organizzativi estremamente dissimili: nei Cantoni citati (peraltro quattro su ventisei) il servizio ambulanza sarebbe organizzato in buona parte come attività collaterale di un ospedale e non sarebbe infrequente l'inglobamento delle prestazioni alla voce «Hôpitaux ambulatoires», dove le uscite sarebbero nettamente superiori a quelle del Cantone Ticino.

5. Il 1° ottobre 2003, il CdS ha presentato le sue osservazioni in merito al ricorso di santésuisse. Egli ha proposto di respingere il gravame.

Per quanto concerne l'obiezione della ricorrente, secondo cui le tariffe del DE-2003 comporterebbero un aumento del 60% risp. 66%, il CdS fa notare che, per quanto attiene alla loro costruzione, le tariffe sarebbero state impostate a partire dai dati contabili 1996 e le stesse si sarebbero limitate, quale soluzione di compromesso tra le parti, a coprire il 75% dei costi effettivi dei trasporti, calcolati su base attuariale. Inoltre, nel quadro tariffale proposto, non si terrebbe conto dell'evoluzione già prevista dei conti per gli anni 2002 e seguenti (rapportabile essenzialmente alla rivalutazione salariale, generale nel Cantone Ticino, del personale qualificato).

Le osservazioni avanzate da santésuisse al riguardo del «benchmarking» tra Cantoni, sarebbero di poca consistenza. La debolezza del contesto, in un'operazione di «benchmarking», sarebbe data dall'enorme divario all'interno dei Cantoni stessi. Non emergerebbe, in sostanza, alcuna linea di azione che potrebbe essere intravista come denominatore comune tra le varie realtà cantonali, le quali avrebbero risolto la questione dei trasporti a partire da un'impostazione interna propria. Viene inoltre ricordato che il Ticino sarebbe l'unico Cantone svizzero in cui tutti i servizi di soccorso e di salvataggio soddisfano già oggi gli standard di qualità elaborati dall'IAS. Tali standard sarebbero persino inferiori a quanto chiesto dagli assicuratori malattie. Non avendo tutti i servizi degli altri Cantoni fino ad ora adempiuto a tali standard, un confronto intercantonale, ed in particolare con i Cantoni citati da santésuisse, sarebbe attualmente impossibile.

Inoltre, alla critica alle «norme pianificatorie e sull'adeguatezza dei servizi in relazione alle effettive necessità» il CdS risponde indicando alcuni punti della profonda ristrutturazione che sarebbe stata subita dal settore del trasporto pre-ospedaliero a partire dal 1995 e che avrebbe portato ad un coordinamento ben più incisivo di quello allora esistente.

6. Interpellata dall'Ufficio federale di giustizia (UFG), la Sorveglianza dei prezzi (SPR), con scritto del 15 ottobre 2003, ha comunicato di attenersi alla sua presa di posizione del 3 aprile 2003, ove indicava l'assenza di indizi di abuso ai sensi della Legge federale del 20 dicembre 1985 sulla sorveglianza dei prezzi (LSPr, RS 942.20).

7. Nelle sue osservazioni del 23 dicembre 2003, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha proposto di accogliere il ricorso.

Riferendosi ai valori statistici di santésuisse, l'UFAS considera che nei Cantoni, dove le prestazioni di trasporto e di salvataggio sono fornite esclusivamente dagli ospedali, non risulterebbero costi sotto la voce imprese di trasporto e di salvataggio. Sarebbe inoltre probabile che vi siano Cantoni in cui le prestazioni in questione sarebbero fornite sia da ospedali, che da imprese di trasporto e di salvataggio. Dalla documentazione a disposizione, l'UFAS ritiene impossibile determinare se ciò sia il caso anche nei cantoni presentati a confronto dalla ricorrente (VD, GE, VS, ZG, GR).

Il fatto che le tariffe in Ticino siano così elevate richiederebbe un'analisi che vada oltre il calcolo aritmetico, comprendente altri aspetti che permettano di valutarne l'economicità.

Negli ospedali, per esempio, il concetto d'economicità della tariffa si concreterebbe, tra l'altro, nella nozione del non finanziamento delle sovracapacità. Di fatto, la condizione per il finanziamento sarebbe data solo per l'offerta che corrisponde al fabbisogno. Questa relazione non esisterebbe invece nel caso del trasporto e del salvataggio, dove l'intervento occuperebbe soltanto una parte del tempo in cui veicolo e personale resterebbero a disposizione e l'economicità dell'offerta sarebbe quindi più difficilmente valutabile. L'organizzazione dei servizi da parte del cantone avrebbe dunque un'incidenza diretta sui costi che non concernerebbero direttamente gli interventi. Questi costi sarebbero infatti in relazione con il mandato del Cantone di garantire l'offerta delle prestazioni ed implicherebbero l'intervento finanziario dell'ente pubblico. Il sovvenzionamento dovrebbe dunque essere considerato anche per il calcolo della tariffa LAMal.

In conclusione, l'UFAS sostiene che l'aumento delle tariffe non sarebbe giustificato in assenza di elementi in grado di indicarne l'economicità e considerando che il sovvenzionamento da parte dell'ente pubblico in questo senso dovrebbe ripercuotersi anche sulla tariffa LAMal.

8. Esaminati gli scritti della F. del 29 settembre 2003 e del CdS del 1° ottobre 2003, santésuisse prende posizione il 5 febbraio 2004 riconfermando integralmente le conclusioni formulate nell'atto ricorsuale del 20 agosto 2003. La ricorrente rileva inoltre che, sostanzialmente, le due controparti contesterebbero qualsiasi paragone con i criteri di tariffazione adottati dagli altri Cantoni, in quanto in questo campo il Cantone Ticino costituirebbe un «Sonderfall» che giustificerebbe l'adozione di valori tariffali superiori a quelli di altri Cantoni. All'affermazione dell'autorità cantonale, secondo cui l'adozione delle tariffe nel settore dei servizi di autoambulanza non influirebbe sui costi a carico dell'assicurazione malattie, santésuisse risponde rilevando che gli assicuratori malattia, per il servizio in questione, avrebbero versato nel 2002 ben 3,5 milioni di franchi e che, con le nuove tariffe, dovrebbero sopportare un onere supplementare di oltre due milioni di franchi.

9. Nelle sue osservazioni conclusive del 10 febbraio 2004, il CdS comunica di condividere le argomentazioni esposte dalla F. nella sua presa di posizione del 29 settembre 2003. Il CdS inoltre, per quanto concerne le osservazioni dell'UFAS del 23 dicembre 2003, ritiene poco consistente l'argomentazione secondo cui il valore per assicurato del «Datenpool» sembrerebbe «non smentire una situazione di costi sempre più elevati fatturati all'assicurazione obbligatoria in Ticino». Infatti, il valore per assicurato del «Datenpool» si riferirebbe unicamente agli oneri a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, e non già al totale delle «spese unitarie». Quest'ultime per il Cantone Ticino sarebbero state calcolate scientificamente ed a partire da dati attendibili, ad un punto tale che né la ricorrente, né l'UFAS, metterebbero in discussione la fattispecie. Inoltre, per quanto concerne il calcolo tariffale, il CdS sottolinea che l'UFAS non avrebbe delle osservazioni particolari al riguardo e che prenderebbe in considerazione, tra l'altro, il fatto che neppure la ricorrente contesterebbe tale calcolo. Viene altresì ribadito che, in assenza di una base di partenza simile, non sarebbe possibile giungere a confronti scientificamente attendibili e pregnanti. Il solo confronto delle risultanze non potrebbe provare nulla senza delle basi di partenza della stessa natura e della medesima consistenza.

Per quanto concerne il sovvenzionamento, il CdS, rileva che non esisterebbe alcun testo normativo che preveda obbligatoriamente un intervento finanziario del Cantone nel contesto specifico. Sarebbe quindi del tutto fuori luogo giungere alla conclusione che l'ente pubblico sarebbe obbligato a procedere ad un'azione di sussidiamento. Tanto meno si potrebbe argomentare che i sussidi debbano essere tenuti in considerazione per il calcolo dei costi effettivi, su cui si fonderebbe il calcolo della tariffa. Il sussidio potrebbe senz'altro servire a diminuire l'onere a carico del paziente, senza che il Cantone possa essere obbligato a sussidiare gli assicuratori malattia, cosa che sarebbe del resto proibita dal diritto federale.

Per quanto attiene poi alla problematica delle ricadute delle tariffe LAMal sui premi assicurativi di base, *in casu*, la questione sarebbe mitigata dalle limitazioni (50%), come pure dai massimali a carico dell'assicurazione sociale malattie (CHF 500.- per trasporti e CHF 5000.- per salvataggi, per anno civile) ai sensi dell'art. 26 e dell'art. 27 OPre. Pertanto, anche se le «tariffe unitarie piene» fossero elevate, l'effetto sui premi LAMal sarebbe comunque ridotto.

10. Nelle sue osservazioni finali del 9 marzo 2004, la F. indica che gli elementi di costituzione tariffale divergerebbero da cantone a cantone. Inoltre, le componenti geografiche ed orografiche, come pure la densità di popolazione giocherebbero un ruolo fondamentale nella composizione strutturale dei servizi ambulanze e, di riflesso, nei costi globali del servizio. Secondo la F. apparirebbe evidente come delle regioni ad alta densità urbana, quali i Cantoni di Basilea Città o Ginevra, potrebbero offrire dei servizi ottemperanti ai criteri dell'IAS con una sola base operativa, mentre il Cantone Ticino dovrebbe dotarsi di più basi operative che avrebbero un tasso di occupazione (frequenza di interventi) inferiore.

Inoltre, per quanto riguarda la «Tavola degli interventi 2002» prodotta dall'UFAS, la F. asserisce che il calcolo della media di interventi sarebbe errato e fuorviante, in quanto la base operativa di Chiasso sarebbe attiva unicamente nei giorni feriali e durante le fasce orarie diurne.

Per quanto concerne invece la «Tavola riassuntiva UFAS», la F. precisa che i costi del servizio di Lugano sarebbero relativi alla gestione di due basi operative (Agnò e Lugano). La base di Agnò sarebbe inoltre da considerarsi periferica e presenterebbe dunque le peculiarità delle altre basi discoste del cantone (ratio tempo di intervento / prontezza sfavorevole). La F. segnala altresì che il servizio di Morat (FR), l'unico oltre a quello di Lugano, accreditato IAS, avrebbe costi sostanzialmente simili a quelli di Lugano. Da un'analisi più approfondita si rilevarebbe inoltre che i costi di Morat sarebbero relativi ad una sola ambulanza, mentre quelli di Lugano concernerebbero quattro ambulanze (tra Lugano ed Agnò). Degno di nota e significativo indizio della non pertinenza della «Tavola riassuntiva UFAS» e, in generale, la non applicabilità del metodo «benchmarking», sarebbe il fatto che in detta tabella figurasse un servizio ambulanza (Sciaffusa) che non avrebbe nessun costo.

La F. dichiara inoltre di non condividere l'affermazione dell'UFAS secondo cui nel Cantone Ticino non si opererebbe tenendo in considerazione i parametri di economicità. Infatti, la riorganizzazione di tale servizio, avvenuta in Ticino a partire dal 1992, avrebbe permesso di ridurre i servizi ambulanza operanti nel territorio da 13 agli attuali 6. Le argomentazioni prodotte dall'UFAS in questo ambito sarebbero pertanto superficiali se non addirittura gratuite e fuorvianti.

Apparirebbe inoltre evidente che il mandato del Cantone dovrebbe essere quello di creare i medesimi presupposti per tutta la popolazione, indipendentemente dall'ubicazione geografica dei residenti (principio di equità). Totalmente priva di fondamento sarebbe anche l'affermazione dell'UFAS secondo cui sarebbe impossibile verificare l'economicità dei costi

nel Cantone Ticino, dato che il calcolo dei costi sarebbe basato sulla dotazione minima necessaria (attualmente usata in Ticino) per ottemperare ai requisiti dell'IAS.

11. Con scritto del 10 marzo 2004, *santésuisse* osserva che, secondo l'UFAS, nel calcolo per le tariffe sarebbero stati dedotti unicamente i sussidi e le donazioni per l'acquisto dei veicoli e per l'investimento iniziale della centrale di soccorso, ma non gli altri sussidi cantonali e comunali. Altrimenti detto, le tariffe approvate dal CdS chiamerebbero gli assicurati a coprire integralmente tutti i costi d'esercizio del servizio ambulanze.

12. Il 22 marzo 2004, il CdS precisa che nel calcolo delle tariffe non è stato tenuto conto dei sussidi cantonali e comunali, poiché l'art. 26 e l'art. 27 OPre affermerebbero chiaramente che per stabilire la partecipazione degli assicuratori farebbero stato le «spese» e non le «spese meno i ricavi». Inoltre, i sussidi cantonali e comunali sarebbero versati in base ad una legge cantonale facoltativa nella forma di contributo alle spese residue (art. 29 della Legge cantonale del 26 giugno 2001 sul servizio pre-ospedaliero di soccorso e di trasporto sanitario [in seguito: Legge autoambulanze, RL 6.3.4.1], non applicandosi ancora i contratti di prestazione previsti all'art. 18). Non si tratterebbe pertanto di un importo specifico previsto e definito in via preliminare a titolo di contributo alla gestione corrente del servizio. Ciò corrisponderebbe in sostanza ad una scelta politica cantonale di ordine distributivo per facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione.

Inoltre, il CdS evidenzia che la determinazione delle tariffe a carico degli assicuratori in base alle spese (senza deduzione dei ricavi dei sussidi cantonale e comunale) sarebbe in perfetta analogia con le modalità previste nel campo delle tariffe per gli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. L'unica differenza sarebbe che nel campo delle spese di trasporto e di salvataggio l'ente pubblico non verrebbe obbligato dalla LAMal ad assumersi la parte di costi non pagati dall'assicurazione malattie.

Infine, il CdS segnala che anche le entrate dovute a donazioni andrebbero escluse dal calcolo delle spese ai sensi dell'art. 26 e dell'art. 27 OPre. La F. potrebbe pertanto pretendere che le spese vengano considerate integralmente, senza deduzione di queste entrate.

13. La F. conferma, nel suo scritto del 30 marzo 2004, come i contributi cantonali e comunali sarebbero versati nella forma di contributo alle spese residue. L'importo non sarebbe fissato a priori e varierebbe di anno in anno e di servizio in servizio.

Per quanto concerne il computo degli investimenti nella costruzione tariffale, la F. ribadisce la procedura secondo cui il calcolo degli ammortamenti che rientrano nei costi correnti sarebbero calcolati al netto di ogni eventuale sussidio e/o donazione, in ossequio a quanto sarebbe stato preconizzato dal gruppo di lavoro in materia tariffale di H+, CAMS e IAS.

14. In data 31 marzo 2004, *santésuisse* rileva l'osservazione dell'UFAS secondo cui la condizione per un finanziamento da parte degli assicuratori malattie sarebbe data solo per l'offerta di prestazioni corrispondente al fabbisogno. *Santésuisse* esprime inoltre stupore per l'argomentazione del CdS, secondo cui l'OPre affermerebbe che, per stabilire la partecipazione degli assicuratori alle spese di trasporto, farebbero stato le «spese» e non le «spese meno i

ricavi». Santésuisse sostiene che, secondo la Legge autoambulanze, per il finanziamento dei costi di esercizio degli enti regionali autoambulanze, varrebbe la seguente priorità: a) i sussidi comunali; b) i sussidi cantonali; c) le quote a carico degli enti assicurativi; d) (...; cfr. art. 16 Legge autoambulanze). Santésuisse rende infine attenti al contenuto dell'art. 29 di detta legge cantonale.

(...)

II.

1. Questioni formali

1.1. Secondo l'art. 53 cpv. 1 LAMal, in relazione con l'art. 129 lett. a e b della Legge federale del 16 dicembre 1943 sull'organizzazione giudiziaria (OG, RS 173.110), contro le decisioni dei governi cantonali ai sensi dell'art. 39, dell'art. 45, dell'art. 46 cpv. 4, dell'art. 47, dell'art. 48 cpv. 1-3, dell'art. 49 cpv. 7, dell'art. 51, dell'art. 54 e dell'art. 55 LAMal può essere interposto ricorso al Consiglio federale. Secondo la giurisprudenza, il ricorso di diritto amministrativo è infatti irricevibile contro decisioni concernenti l'edizione o l'approvazione di una tariffa oppure se vengono direttamente impugnate singole disposizioni tariffali in quanto tali. Il ricorso di diritto amministrativo è invece possibile contro decisioni che sono prese in applicazione di una tariffa in un caso concreto ([DTF 116 V 133](#) e [DTF 112 V 292](#)). Nella fattispecie, la ricorrente contesta le tariffe LAMal valide a partire dal 1° gennaio 2003 ed applicabili nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) per i servizi di trasporto in ambulanza da parte dei servizi autolettiga autorizzati affiliati alla F. Il ricorso di diritto amministrativo è dunque escluso ed il Consiglio federale è competente per statuire sul presente ricorso.

1.2. Secondo l'art. 48 lett. a PA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione impugnata e ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modificazione della stessa (cfr. [DTF 123 II 376](#)). Inoltre, secondo una giurisprudenza costante, un'associazione può interporre un ricorso amministrativo contro una decisione che non la tocca a condizione di avere come scopo statutario la difesa degli interessi degni di protezione dei propri membri, che questi interessi siano comuni alla maggioranza o almeno ad un gran numero di loro e, infine, che ognuno di questi abbia la qualità di prevalersene a titolo individuale ([GAAC 59.19](#), GAAC 48.46, GAAC 48.45, GAAC 45.64, GAAC 44.22, GAAC 43.36, GAAC 42.96, GAAC 41.28; *Fritz Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^a ed., Berna 1983, pag. 159 seg.; *Ulrich Häfelin/Georg Müller*, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2002, no 1787).

Nella fattispecie, i membri di santésuisse, così come gli altri assicuratori malattia rappresentati (vedi procure), sono toccati dalla decisione impugnata e hanno un interesse attuale e degno di protezione al suo annullamento o alla

sua modifica (art. 48 lett. a PA). Santésuisse è quindi legittimata a ricorrere per salvaguardare i diritti dei suoi membri e degli altri assicuratori malattia qui rappresentati.

1.3. Le disposizioni dell'art. 50 e dell'art. 52 PA concernenti il termine di ricorso, la forma ed il contenuto dello scritto ricorsuale sono rispettate.

Il ricorso è quindi formalmente ammissibile.

2. Sorveglianza dei prezzi

2.1. Secondo l'art. 14 LSPr prima di decidere o approvare un aumento di prezzo proposto dalle parti contraenti ad un accordo in materia di concorrenza o da un'impresa che domina il mercato, la competente autorità legislativa o esecutiva (vedi il testo in tedesco e in francese) della Confederazione, del Cantone o del Comune deve chiedere il parere del Sorvegliante dei prezzi. Questi può proporre la rinuncia, completa o parziale, all'aumento di prezzo oppure la riduzione di prezzi ritenuti abusivi. L'autorità menziona il parere del Sorvegliante nella sua decisione. Nell'esaminare se un prezzo è abusivo, il Sorvegliante dei prezzi tiene conto di eventuali interessi pubblici superiori ([GAAC 56.44](#) consid. 5a, [GAAC 56.45](#) consid. 3a). L'opinione del Sorvegliante dei prezzi è pertanto un elemento importante per la decisione dell'autorità chiamata a fissare una tariffa, tanto che l'art. 14 cpv. 2 LSPr dispone che tale autorità è tenuta a spiegare i motivi che la portano eventualmente a scostarsi dall'avviso del Sorvegliante dei prezzi (cfr. RAMI 1/1997 348 segg., consid. II.4.). Di per sé, la mancata consultazione di quest'ultimo è un punto formale che comporta il rinvio della decisione all'autorità che l'ha emanata.

2.2. Nella fattispecie, la SPR, con lettera del 15 ottobre 2003, ha comunicato di attenersi alla sua presa di posizione del 3 aprile 2003, ove indicava l'assenza di indizi di abuso ai sensi della LSPr.

3. Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

3.1. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è la parte principale dell'assicurazione sociale contro le malattie (art. 1 cpv. 1 LAMal; assicurazione di base). L'art. 24 LAMal prevede che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli art. 25-31 LAMal, secondo le condizioni di cui agli art. 32-34 LAMal.

Ai termini dell'art. 25 cpv. 1 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare oppure a curare una malattia ed i relativi postumi. Queste prestazioni comprendono, fra l'altro, un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio (art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal).

3.2. Secondo l'art. 26 cpv. 1 OPre, l'assicurazione assume il 50% delle spese per trasporti indicati dal profilo medico. Il contributo massimo è di CHF 500.- per anno civile. L'art. 27 OPre stabilisce inoltre che, per salvataggi in Svizzera, l'assicurazione assume il 50% delle relative spese. Il contributo massimo è di CHF 5'000.- per anno civile.

3.3. Infine, l'art. 56 dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal, RS 832.102) dispone che chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore un contratto d'esecuzione di trasporti o salvataggi, può esercitare a carico dell'assicuratore.

4. Assenza di convenzione tariffale

4.1. Sulla base dell'art. 43 cpv. 4 LAMal, 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 ed adeguatamente strutturate. Le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale (art. 43 cpv. 5 LAMal). Le parti alla convenzione e le autorità competenti devono inoltre vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal).

4.2. Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non riescono a stipulare una convenzione tariffale, oppure se la convenzione viene disdetta, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal). Il governo cantonale può prorogare di un anno la convenzione tariffale nel caso in cui le parti non si accordino sul rinnovo (art. 47 cpv. 3 LAMal). Inoltre, la disposizione secondo cui il governo cantonale, nei casi di approvazione di convenzioni tariffali, deve analizzarne la conformità alla legge ed ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal), vale anche per la fissazione di tariffe in regime aconvenzionale ai sensi dell'art. 47 LAMal.

4.3. Il regime convenzionale rappresenta pertanto la situazione normale nell'ambito dell'assicurazione malattie e la fissazione di tariffe e prezzi da parte delle autorità competenti avviene solo in casi eccezionali, dovuti a lacune nel sistema. Del resto, l'art. 47 LAMal statuisce chiaramente che la competenza del governo cantonale di fissare una tariffa è sussidiaria, nel senso che è data unicamente laddove i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non riescono a stipulare una convenzione tariffale oppure se disdicono una convenzione senza sostituirla.

4.4. Nella fattispecie, la convenzione tariffale, approvata dal CdS in data 19 maggio 1998, fu disdetta il 16 marzo 2001 da santésuisse per il 31 dicembre 2001. La sua validità fu inoltre prorogata, tramite DE-2001, a decorrere dal 1° gennaio 2002. Infine, in data 10 dicembre 2002, il CdS, preso atto che le

trattative dirette condotte dalle parti erano fallite, emanò il DE-2002 che fissava come applicabili, a titolo provvisorio per l'anno 2003, le tariffe contenute nel DE-2002. Successivamente, il CdS ha emanato il DE-2003, oggetto del presente ricorso.

Di conseguenza, ai sensi dell'art. 47 cpv. 1 LAMal, non vi è nulla da obiettare al procedendo applicato dal CdS.

5. Struttura tariffale

5.1. Come già più sopra illustrato, le convenzioni tariffali devono essere stabilite secondo le regole dell'economia e strutturate adeguatamente (art. 43. cpv. 4 LAMal) nonché essere conformi ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). L'obiettivo che si deve raggiungere è quello di contenere i costi, di offrire cure appropriate e di alta qualità, ciò che risulta essere nell'interesse della comunità degli assicurati, siano essi malati o in buona salute. Per ottenere questo risultato, la LAMal non impone un sistema rigido, lasciando la libertà agli interessati di scegliere fra varie strutture tariffali, ovvero la tariffa temporale, la tariffa per singola prestazione e la tariffa forfettaria (art. 43 cpv. 2 lett. a-c LAMal). Ogni genere di tariffa comporta vantaggi e svantaggi ed una soluzione forfettaria unica può risultare più facilmente applicabile e meno dispendiosa dal punto di vista dei lavori amministrativi.

5.2. Tuttavia, i vantaggi presentati da una soluzione forfettaria unica non possono prescindere da un'attenta valutazione di tutti i fattori che caratterizzano un determinato ambito dell'assicurazione malattie. In altre parole, gli obiettivi di contenimento dei costi e di un'offerta di cure appropriate con una razionalizzazione del coordinamento delle prestazioni sono raggiungibili solo attraverso soluzioni mirate e ritagliate in particolare sulle esigenze degli assicurati, in modo da utilizzare in modo efficace e razionale le strutture a disposizione e da tenere conto dell'interesse a cure appropriate ed economicamente giustificate. Pertanto, il Consiglio federale ritiene che, in ossequio alla legge ed ai principi di equità ed economicità, per quanto concerne la struttura delle tariffe oggetto del presente ricorso, sia più indicata una soluzione che vada nella direzione di una differenziazione tariffale, fondata su più forfait, distinguendo i tipi di intervento. Inoltre, il legislatore, menzionando in modo esplicito il trasporto necessario dal profilo medico ed il salvataggio, ha voluto operare una chiara distinzione (art. 26 e 27 OPre). Infatti, nel caso del trasporto necessario dal profilo medico, l'assicurato non può fare capo ad un mezzo di trasporto normale per ricevere le cure da parte di un fornitore di prestazioni autorizzato. Tuttavia, in questo caso, non vi è carattere d'urgenza, per cui l'intervento può essere pianificato. Per quanto concerne il salvataggio invece, non è possibile programmare l'intervento, trattandosi di casi urgenti, in cui è necessario intervenire al fine di salvare la vita di un essere umano o impedire il peggioramento delle sue condizioni, oppure, indipendentemente dalla gravità del danno alla salute, per trasferire una persona bisognosa di cure che si trova in una situazione pericolosa ed il cui trattamento è impossibile nel luogo in cui detta persona si trova. È evidente che tali differenze nel genere di intervento comportano anche un diverso impiego di personale e strutture. Di regola, quello che può essere

definito salvataggio esige la presenza di più persone qualificate che svolgono un ruolo attivo e non di solo accompagnamento. Ciò ha una chiara incidenza sui costi, poiché è necessario impiegare personale medico o paramedico specializzato, dev'essere utilizzata un'infrastruttura più sofisticata (veicoli ed apparecchi speciali) ed è indispensabile garantire la prontezza d'intervento di veicoli di riserva e di personale supplementare che assicura il servizio di picchetto.

5.3. Pertanto, sulla base di quanto precede, in particolare per rispettare la legge ed i principi dell'economicità e dell'equità, si devono elaborare due tariffe separate o una tariffa differenziata in funzione che si tratti di trasporto o di salvataggio, al cui interno si tiene conto delle distanze percorse dai mezzi di trasporto e soccorso, del tipo di veicolo utilizzato, dei costi per persona impiegata e degli altri costi computabili secondo il genere dell'intervento, in modo da poter stabilire la relazione fra la tariffa ed i costi inerenti ogni tipo di intervento. Il Consiglio federale riconosce all'autorità cantonale competente un certo spazio di manovra, in quanto essa nelle sue valutazioni deve tenere conto anche del fatto che la tariffa deve essere economicamente sopportabile per gli assicurati e gli assicuratori. La tariffa deve inoltre riportare chiaramente che quanto fatturato corrisponde alla totalità delle spese fatturabili, senza limitazione alla sola partecipazione degli assicuratori. Questo per garantire la protezione tariffale prevista dall'art. 44 LAMal, nel senso che l'assicurato deve poter apprendere l'importo esatto delle spese che restano a suo carico. Solamente in questo modo l'assicurato ha una possibilità di verifica più completa per quanto attiene la sua partecipazione ai costi delle prestazioni ottenute (art. 64 cpv. 1 e 2 LAMal, in particolare il 10% di partecipazione alle spese) ed è informato su quanto il suo assicuratore è chiamato a pagare. (cfr. Decisione del Consiglio federale del 23 aprile 1997 in materia tariffale).

5.4. Nella fattispecie, il Decreto esecutivo oggetto del presente ricorso, contiene una struttura tariffale differenziata. Tale tariffa distingue tra i diversi tipi di intervento e di trasporto, realizzando così i criteri sopra illustrati.

6. Calcolo delle tariffe

6.1. Le tariffe in questione sono state calcolate sulla base di dati contabili e tenendo conto dei costi effettivi segnatamente per quanto riguarda il personale, i veicoli ed il materiale sanitario necessari per la prestazione di tale servizio.

6.2. Nell'ambito della procedura amministrativa, vige il principio dell'obbligo dell'accertamento d'ufficio dei fatti da parte dell'autorità (art. 12 PA). Tale principio è tuttavia relativizzato dall'obbligo di cooperazione delle parti (art. 13 PA). Infatti, esse devono denunciare le lacune ed argomentare le ragioni del proprio ricorso (cfr. Fritz Gygi, op. cit., p. 214 segg. e 270 segg.; GAAC 45.43 E. 5b).

Nella fattispecie, la ricorrente non ha espressamente contestato il metodo di calcolo utilizzato dal CdS. Tale metodo è di conseguenza considerato incontestato.

Inoltre, il Consiglio federale, esaminando in modo sommario il metodo di calcolo tariffale, non ha rilevato delle irregolarità. L'avviso del Consiglio federale trova riscontro nella presa di posizione della SPR.

6.3. La ricorrente asserisce tuttavia che il Cantone Ticino avrebbe dovuto verificare se la struttura organizzativa dei servizi in questione non avrebbe potuto essere maggiormente razionalizzata e procedere ad un'approfondita analisi delle cause che conducono ad un ricorso numericamente sproporzionato ai servizi di ambulanza.

Il Consiglio federale interpreta tale affermazione come un'invocazione da parte della ricorrente dell'art. 49 lett. b PA secondo cui viene fatto valere come motivo di ricorso l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti. In questo contesto, il Consiglio federale rileva che la ricorrente non ha argomentato la sua affermazione portando degli elementi concreti provanti l'inesattezza o l'incompletezza dei fatti. La ricorrente si è unicamente limitata a lanciare un'ipotesi relativa ad un metodo che il CdS avrebbe dovuto seguire per determinare le tariffe in questione. L'affermazione della ricorrente non è pertanto sufficiente per determinare un'eventuale violazione dell'art. 49 lett. b PA. Il Consiglio federale osserva invece che il CdS ha comunque tenuto conto dell'esistenza di una certa sovracapacità. Infatti, il CdS ha proceduto ad alcune deduzioni dovute alla mancanza di coordinamento (fino alla fine del 2002) tra i due servizi presenti nel Locarnese, così come al picchetto istituito 24 ore al giorno e 365 giorni l'anno presso la galleria del San Gottardo.

7. Sussidiamento

7.1. Dalla lettura dell'art. 26 e dell'art. 27 OPre si evince chiaramente che gli assicuratori devono prendere a proprio carico parte delle spese effettive dei servizi di trasporto e di salvataggio. Va inoltre rilevato che la LAMal non contiene alcuna disposizione che obblighi esplicitamente i cantoni a sovvenzionare i fornitori di prestazioni (cfr. Decisione nel Consiglio federale del 2 luglio 2003 in materia di fissazione di tariffe).

Un cantone ha pertanto la scelta di sovvenzionare una determinata prestazione oppure meno. Un eventuale finanziamento volontario da parte del cantone, inteso come contributo specifico e definito preliminarmente a titolo di contributo alla gestione corrente di un tale servizio, deve comunque, se esistente, essere preso in considerazione per la fissazione tariffale.

Un cantone può inoltre decidere, da un anno all'altro, di rinunciare a continuare a contribuire, in una forma o un'altra, al finanziamento di una determinata categoria di fornitori di prestazioni. Il fatto di avere accordato un sussidio in passato non obbliga infatti un cantone ad accordarlo anche in futuro. Un tale cambiamento della politica di aiuto, prevista da un cantone, comporta comunque una modifica delle basi prese come riferimento per la fissazione tariffale. Infatti, in un tale caso, si dovrà tenere conto della modifica della politica di finanziamento da parte del cantone e non più prendere in

considerazione il finanziamento, fornito in passato, nel calcolo della tariffa futura (cfr. Decisione nel Consiglio federale del 19 dicembre 2003 in materia di fissazione di tariffe).

7.2. Nella fattispecie, il Cantone Ticino ha previsto tramite la Legge autoambulanze un finanziamento cantonale e comunale. Infatti, all'art. 16 di tale legge sono indicati, tra gli altri, anche un sussidio cantonale e comunale. Tali sussidi non devono tuttavia essere considerati come un finanziamento prioritario per rapporto agli altri contributi elencati. Si tratta infatti di due categorie di finanziamento che concorrono, insieme alle altre, al finanziamento dei costi di esercizio degli enti regionali. Il tipo nonché l'importo dei contributi non sono stati regolamentati. L'art. 29 della Legge autoambulanze fissa comunque per il cantone un importo massimo pari al 25% del totale cantonale dei costi del personale riconosciuto, fino all'entrata in vigore dei contratti di prestazione.

Il CdS ha deciso che i suoi sussidi sono calcolati a consuntivo e versati nella forma di un contributo alle spese residue. Tale scelta non si contrappone né al diritto federale, né all'art. 16 e all'art. 29 della Legge autoambulanze.

Di conseguenza, considerato lo scopo di tale aiuto finanziario, Il Consiglio federale ritiene che i contributi in questione non debbano essere presi in considerazione per il calcolo delle nuove tariffe. Infatti, un eventuale contributo finanziario, nella forma intesa dal Cantone, non deve avere alcuna influenza sul calcolo delle tariffe, effettuato sulla base delle spese effettive. Inoltre, un tale contributo non potrebbe neppure essere calcolato in via preliminare, in quanto l'importo delle spese residue è noto unicamente a consuntivo.

8. Sistema del terzo pagante e del terzo garante

Il principio della fatturazione secondo il sistema del terzo garante (art. 42 cpv. 1 LAMal) può essere modificato unicamente con l'accordo delle parti.

L'applicazione del principio del terzo garante, a differenza del principio del terzo pagante, comporta dei rischi ed eventualmente delle perdite legate all'incasso dell'importo dovuto. In questo contesto, il Consiglio federale ha già avuto modo di pronunciarsi sulla possibilità o meno di prendere in considerazione le perdite legate all'incasso nella fissazione di tariffe, affermando che, anche nel sistema del terzo garante, situazione in cui il fornitore di prestazioni deve incassare direttamente presso gli assicurati gli importi dovuti, le perdite in questione non possono essere messe a carico dell'assicurazione malattie (RAMI 3/2002, p. 185 = [GAAC 66.71](#); RAMI 5/2001, p. 377 segg., consid. 7.2.2).

Inoltre, l'applicazione del principio del terzo garante comporta delle spese amministrative supplementari nonché delle eventuali perdite legate agli interessi passivi. Il Consiglio federale ritiene che questi costi debbano essere presi in considerazione nella definizione tariffale (RAMI 3/2002, p. 185 = [GAAC 66.71](#); RAMI 5/2001, p. 377 segg., consid. 7.2.2; RAMI 6/1997, pag. 343 segg., consid. 8.6).

Nella fattispecie, la F. ed il CdS sostengono che le tariffe applicate in regime di convenzione sarebbero state inferiori rispetto alle tariffe calcolate sulla base dei costi effettivi, in quanto frutto di un compromesso, al fine di ottenere, tramite convenzione, l'applicazione del principio del terzo pagante.

Dato che le tariffe, applicate dalle parti in causa, in regime di convenzione non sono l'oggetto del presente ricorso, il Consiglio federale rinuncia a calcolare l'importo che sarebbe risultato in regime aconvenzionale. Tuttavia, sulla base di quanto più sopra esposto, il Consiglio federale ritiene verosimile che le tariffe convenute in precedenza siano state il frutto di un compromesso e pertanto non corrispondenti ai costi effettivi. Di conseguenza, quest'ultime non possono essere prese come riferimento per rilevare, contrariamente a quanto sostenuto da *santésuisse*, un eventuale incremento ingiustificato delle tariffe.

9. Qualità ed economicità delle prestazioni

9.1. Secondo l'art. 58 LAMal in relazione con l'art. 77 dell'OAMal, i fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni devono elaborare dei concetti e programmi in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità. In questo contesto, viene inoltre tenuto conto dell'economicità delle prestazioni (art. 77 cpv. 1 OAMal).

9.2. L'IAS è un'associazione che ha come scopo statutario d'incoraggiare e coordinare l'attività di pronto soccorso in Svizzera, al fine di assicurare in maniera ottimale lo svolgimento del salvataggio a partire dal luogo dell'evento fino all'ospedale, così come tutti gli altri trasporti di pazienti. L'IAS incoraggia inoltre segnatamente la formazione, la formazione continua ed il perfezionamento del personale attivo nel campo del salvataggio, promuove la garanzia di qualità del sistema di salvataggio e promuove delle misure preventive al fine di evitare delle situazioni di urgenza.

Fondandosi sulle disposizioni legali sopra indicate, l'IAS ha elaborato delle regole per il riconoscimento dei servizi di salvataggio e delle norme di qualità nel campo delle centrali di chiamate sanitarie urgenti. Le regole sono concepite in modo che gli interessati possono richiedere presso l'IAS il riconoscimento della qualità dei loro servizi tramite la loro certificazione secondo i criteri dell'IAS. Secondo quest'ultimo, i servizi di salvataggio del Cantone Ticino, sono attualmente gli unici in Svizzera a realizzare pienamente i suoi criteri di qualità (cfr. lettera del 19 settembre 2003 da parte dell'IAS alla F.).

9.3. Appurata la qualità dei servizi facenti capo alla F., è opportuno chinarsi sull'economicità di tali servizi. Infatti, dato che i servizi di trasporto sanitario e salvataggio del Cantone Ticino sono gli unici a realizzare i criteri per la certificazione dell'IAS, è giudizioso chiedersi se un tale livello di qualità sia effettivamente necessario.

Già nel 1997, un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di *santésuisse*, dell'IAS e di H+, si è chinato sulla problematica dell'armonizzazione della nomenclatura tariffale, del modello di calcolo e della definizione dei criteri di qualità. In questo senso i tre partner hanno firmato il 1° luglio 1997 una

convenzione. Secondo l'IAS (cfr. lettera citata), i suoi criteri di accreditamento sono meno esigenti per rapporto a quanto auspicato da *santésuisse* nel 1997. Ciò è dovuto a delle ragioni legate ai costi.

Pertanto, nella fattispecie, il Consiglio federale ritiene che, nell'organizzazione dei servizi di trasporto sanitario e salvataggio facenti capo alla F., si è tenuto conto, in una certa misura, del principio dell'economicità. Infatti, i servizi di trasporto sanitario e salvataggio facenti capo alla F. si sono dotati di un servizio di alta qualità nell'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura, limitando tuttavia le esigenze ad un certo livello per una questione di costi e restando persino al di sotto di quanto *santésuisse* sarebbe stata disposta ad accettare dal punto di vista qualitativo e di conseguenza anche finanziario.

10. «Benchmarking»

Lo studio comparativo delle attività svolte e delle tariffe applicate da più fornitori di prestazioni attivi nel medesimo campo, nella fattispecie i servizi di trasporto sanitario e di salvataggio, costituisce un ulteriore strumento per la verifica del rispetto del principio di economicità. Un'analisi di «benchmarking» richiede tuttavia molta cautela e precisione. Infatti, non è sufficiente semplicemente effettuare il confronto tra più servizi con attività simili. Soltanto il paragone di organizzazioni o istituti aventi caratteristiche simili può portare ad un risultato di «benchmarking» attendibile (cfr. *mutatis mutandis* decisione del Consiglio federale del 5 novembre 2003 in materia di fissazione di tariffe).

Nella fattispecie, la ricorrente confronta i costi medi per assicurato nel Cantone Ticino con quelli di altri cantoni ed in particolare, Ginevra, Grigioni, Vallese, Vaud e Zugo. Un confronto con i cantoni sopracitati richiederebbe un'analisi accurata segnatamente delle differenze geografiche (per esempio rilevare la presenza di valli, di vie di comunicazione veloci, ecc.), di ripartizione della popolazione nelle diverse zone nonché del sistema di finanziamento dei servizi ambulanza. Di conseguenza, non è possibile prendere semplicemente delle statistiche e paragonare le cifre concernenti i diversi cantoni tra loro e determinare così quale sia il cantone più o meno caro per il servizio in questione. L'inattendibilità di un confronto sulla base di cifre raccolte in semplici tabelle è del resto, nel caso specifico, ben evidenziata nelle osservazioni della F.

Pertanto, sulla base di quanto precede, il Consiglio federale ritiene che, al momento, sia impossibile effettuare un'analisi di «benchmarking» intercantonale attendibile in questo settore.

11. Ricadute sui premi assicurativi

Il concetto di sopportabilità economica («wirtschaftliche Tragbarkeit») si riferisce all'impatto dell'aumento delle tariffe dei fornitori di prestazioni LAMal sui premi assicurativi. In certi casi, segnatamente nel settore ospedaliero, il Consiglio federale ha stabilito, a determinate condizioni, un

limite massimo al di là del quale l'impatto di un aumento tariffale sul premio assicurativo in un determinato cantone non può essere ammesso (RAMI 6/1997, p. 375).

Come illustrato più sopra (cfr. consid. 3), secondo l'art. 26 cpv. 1 OPre, l'assicurazione malattie assume il 50% delle spese per trasporti indicati dal profilo medico. Il contributo massimo è di CHF 500.- per anno civile. L'art. 27 OPre stabilisce inoltre che, per salvataggi in Svizzera, l'assicurazione assume il 50% delle relative spese. Il contributo massimo è di CHF 5'000.- per anno civile.

L'assicurazione malattie non si assume pertanto la totalità dei costi nella fattispecie. L'effetto dell'aumento delle tariffe sui costi a carico dell'assicurazione malattie è di conseguenza ridotto.

Inoltre, essendo il totale dei costi di tali prestazioni una piccolissima parte (<0,5%) dei costi totali sopportati dall'assicurazione malattie nel Cantone Ticino, l'incidenza dell'aumento delle tariffe delle attività svolte in questo settore ha una ricaduta minima sui premi assicurativi. Il criterio della sopportabilità economica non può pertanto servire a delegittimare (né eventualmente legittimare) un aumento tariffale nel settore in questione.

12. Conclusione

Visto quanto precede, il ricorso è respinto. Di conseguenza, il DE-2003 è confermato.

13. Entrata in vigore della decisione

Nell'ambito della fissazione di una nuova tariffa, spetta, in caso di ricorso, al Consiglio federale la competenza di determinare l'applicazione temporale di quest'ultima. Secondo la giurisprudenza, una decisione incidentale non deve procurare un vantaggio alla ricorrente, nel caso che soccomba, a scapito della controparte ([DTF 112 V 76](#)). Tale ragionamento è applicabile al caso specifico, per cui sarebbe inappropriato ammettere che, una tariffa, applicata a titolo provvisorio, svantaggi la controparte, la quale è la parte vincente, a favore della ricorrente. La presente decisione entra di conseguenza in vigore con effetto al 1° gennaio 2003. Gli aventi diritto possono far valere le loro domande di rimborso con effetto retroattivo a tale data (cfr. RAMI 5/2001, pag. 456, consid. 10.1).

14. Spese processuali e ripetibili

Visto l'esito della procedura, la ricorrente è, in quanto parte soccombente, è tenuta a pagare le spese processuali di CHF 1'500.- (art. 63 cpv. 1 PA). Esse sono compensate dall'anticipo delle spese già versato.

Non vengono attribuite indennità per spese ripetibili, poiché la F. non è rappresentata da un legale.

15. Pubblicazione

La presente decisione verrà pubblicata, in quanto comporta una modifica tariffale rispetto alla decisione incidentale dell'8 ottobre 2003.

JAAC 68.136 - Decisione del Consiglio federale del 26 maggio 2004 nella causa santésuisse Ticino [santésuisse] contro il decreto esecutivo del 18 giugno 2003 [DE-2003] del Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino [CdS]

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	2004
Année	
Anno	
Band	68
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 006 308

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.