

JAAC 68.34

Estratto di una decisione del Consiglio federale del 18 dicembre 2002 nella causa Fondazione Cardiocentro Ticino [FCCT] e Federazione ticinese degli assicuratori malattia [FTAM] contro il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, anche pubblicato nella Giurisprudenza e prassi in materia di assicurazione malattia e infortuni [RAMI] 4/2003, p. 159 segg.

Fixation du tarif applicable dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins pour les hospitalisations dans un hôpital privé (recours d'une fédération cantonale d'assureurs maladie).

- L'art. 47 al. 1 LAMal prévoit la compétence du gouvernement cantonal pour fixer le tarif si les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations ne parviennent pas à un accord. Cette situation est voulue par le législateur, si bien que la question de l'obligation de se récuser pour le Conseil d'Etat ou des conseillers d'Etat pris individuellement ne se pose en principe pas (consid. 2).

- Le versement à une institution de subventions pour les coûts d'exploitation sous la forme d'une contribution unique et extraordinaire n'implique pas la création d'une réalité juridique irrévocable et ne permet pas de considérer cette institution par la suite comme un hôpital privé subventionné par les pouvoirs publics (consid. 5.3.1).

- Si des contre-prestations sont prévues, aucune subvention ne peut être déduite de la concession d'un droit de superficie par les pouvoirs publics (consid. 5.3.2).

- Le fait qu'une institution privée ne puisse pas fonctionner sans la fourniture réciproque de prestations avec une institution publique ne signifie pas que celle-là soit subventionnée (consid. 5.3.3).

- Le transfert de capacités en lits d'une institution publique à une institution privée pour des raisons économiques et d'efficacité ne correspond pas automatiquement à une privatisation abusive pour des raisons uniquement d'ordre tarifaire (consid. 5.4).

- Pour la fixation du tarif doivent être pris en considération, en règle générale, les coûts ou les données comptables effectifs les plus récents disponibles (consid. 6.1).

- Les charges d'investissement qui tendent uniquement à reconstituer le capital de la donation ne peuvent pas être mises à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (consid. 6.5.3).

- La planification en vigueur doit être respectée. Il est donc approprié de réduire les coûts imputables en raison de l'utilisation d'un nombre de lits supérieur à celui qui est prévu dans la planification (consid. 6.7).

- Sur la base du droit fédéral, les gouvernements cantonaux ne sont pas tenus de fixer une échéance de validité des tarifs (consid. 6.8.2).

Festsetzung des anwendbaren Tarifs bei der obligatorischen Krankenversicherung für medizinisch-sanitäre Heilbehandlungen bei Krankenhausaufenthalten in einer privaten Heilanstalt (Beschwerde eines kantonalen Versichererverbands).

- Art. 47 Abs. 1 KVG sieht als Tariffestsetzungsbehörde die Kantonsregierung vor, wenn sich die Krankenversicherer und die Leistungserbringer nicht auf einen Tarif einigen. Diese Situation ist vom Gesetzgeber gewollt, womit sich die Frage der Ausstandspflicht des Staatsrates oder einzelner Staatsräte grundsätzlich nicht stellt (E. 2).

- Die Zahlung von Subventionen an die Betriebskosten einer Einrichtung als einmaliger und ausserordentlicher Beitrag bedeutet nicht die Schaffung einer endgültigen juristischen Realität und erlaubt nicht, die Einrichtung im Anschluss als öffentlich subventioniertes Privatspital zu berücksichtigen (E. 5.3.1).

- Wenn Gegenleistungen vorgesehen sind, darf von der Konzession eines Baurechtes durch die öffentliche Hand keine Subvention abgeleitet werden (E. 5.3.2).

- Die Tatsache, dass eine Privateinrichtung ohne die gegenseitige Leistungserbringung mit einer öffentlichen Einrichtung nicht betrieben werden kann, hat nicht zur Folge, dass erstere als subventioniert gilt (E. 5.3.3).

- Die Verlagerung von Bettenkapazitäten von einer öffentlichen zu einer privaten Einrichtung aus Effizienz- und Wirtschaftsgründen entspricht nicht automatisch einer unzulässigen Privatisierung aus reinen Tarifzwecken (E. 5.4).

- Für die Tariffestsetzung sind grundsätzlich die aktuellsten verfügbaren effektiven Kosten oder buchhalterischen Angaben zu berücksichtigen (E. 6.1).

- Investitionskosten, die ausschliesslich der Wiederherstellung des Schenkungskapitals dienen, dürfen der obligatorischen Krankenversicherung nicht in Rechnung gestellt werden (E. 6.5.3).

- Die geltende Spitalplanung ist zu beachten. Es ist daher angemessen, die anrechenbaren Kosten infolge der Beanspruchung einer höheren Anzahl von Betten als derjenigen, die in der Spitalplanung vorgesehen ist, zu reduzieren (E. 6.7).

- Das Bundesrecht verpflichtet die Kantonsregierungen nicht, eine Frist für die Gültigkeit der Tarife festzusetzen (E. 6.8.2).

Fissazione della tariffa applicabile nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per degenze presso un istituto di cura privato (ricorso di una federazione cantonale degli assicuratori malattia).

- L'art. 47 cpv. 1 LAMal prevede la competenza del Consiglio di Stato del Cantone Ticino per fissare le tariffe in caso di disaccordo tra assicuratori malattia e fornitori di prestazioni. Il legislatore ha voluto questa situazione, per cui il problema dell'obbligo di ricusarsi del Consiglio di Stato o di singoli Consiglieri di Stato per principio non si pone (consid. 2).

- La concessione ad un istituto di un sussidio ai costi di gestione quale contributo straordinario e una tantum non implica la creazione di una realtà giuridica irrevocabile e non permette di considerarlo in seguito come un ospedale privato sussidiato dall'ente pubblico (consid. 5.3.1).

- Essendo previste delle controprestazioni, non si può dedurre alcun sussidio dalla concessione di un diritto di superficie da parte di un ente pubblico (consid. 5.3.2).

- Il fatto che un istituto privato non può funzionare senza la reciproca fornitura di prestazioni con un istituto pubblico non significa che esso sia sussidiato (consid. 5.3.3).

- Il trasferimento di posti letto da un istituto pubblico ad uno privato per ragioni economiche e di efficienza non corrisponde automaticamente ad una privatizzazione abusiva per meri scopi tariffali (consid. 5.4).

- Per la determinazione della tariffa devono essere presi in considerazione, di regola, i costi o dati contabili effettivi più recenti disponibili (consid. 6.1)

- Gli oneri d'investimento tendenti unicamente a ricostituire il capitale di donazione non possono essere messi a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria (consid. 6.5.3).

- La pianificazione in vigore deve essere rispettata. È quindi ragionevole ridurre i costi computabili per l'utilizzo di un numero di letti superiore a quanto previsto nella pianificazione (consid. 6.7).

- In virtù del diritto federale, i governi cantonali non sono obbligati a fissare una scadenza di validità delle tariffe (consid. 6.8.2).

Riassunto dei fatti:

Il 19 giugno 2001 il Consiglio di Stato del Cantone Ticino (CdS), in seguito alla mancata conclusione di una convenzione tariffale tra la Federazione ticinese degli assicuratori malattia (in seguito: FTAM) e il Cardiocentro Ticino (in seguito: CCT), ha emanato un decreto esecutivo (DE) fissando le tariffe valevoli a partire dal 1° luglio 2000 presso il CCT. Quest'ultimo, in data 24 luglio 2001, ha interposto ricorso contro il DE, concludendo al suo annullamento e alla fissazione di tariffe più elevate. La ricorrente pretende che nei costi computabili vengano presi in considerazione tutti gli oneri d'investimento. Essa contesta inoltre la riduzione del 5% operata dal CdS a causa del sovrautilizzo di letti constatato presso la clinica. In data 6 agosto 2001 la FTAM ha pure interposto ricorso contro il DE, chiedendone l'annullamento. Essa chiede, innanzitutto, la ricusazione del CdS in quanto parte interessata nella vicenda. Inoltre, le tariffe dovrebbero essere ridotte della metà, ritenuto che il CCT dovrebbe essere trattato come un istituto di cure privato sussidiato dal Cantone. Le tariffe dovrebbero pure essere ridotte del 10% visto l'alto tasso d'occupazione dei letti. Il CCT non rispetterebbe quindi la pianificazione ospedaliera, la quale attribuirebbe alla medesima 20 letti.

Estratto dei considerandi:

(...)

2. Ricusazione del CdS

2.1. La FTAM ritiene che il CdS sia parte interessata e prevenuta nella vicenda. L'art. 10 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) stabilirebbe il dovere di ricusazione dell'organo decisionale prevenuto. Questa disposizione sarebbe inoltre da interpretare alla luce degli art. 8, 29 e 30 della Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999 (Cost., RS 101) e 6 § 1 della Conv. del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU, RS 0.101). Per costante giurisprudenza, a fondare il dubbio di parzialità basterebbero circostanze obiettivamente idonee a suscitare l'apparenza di una prevenzione e a far sorgere un rischio di parzialità. Il CdS avrebbe emanato una decisione in una causa propria, per cui non avrebbe la qualità di una giurisdizione indipendente e imparziale. (...) Il CdS afferma che l'obbligo d'astensione non si applicherebbe all'emanazione del DE in quanto frutto dell'attività legislativa del CdS. L'art. 47 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10) sarebbe comunque chiaro e inequivocabile. Si dovesse considerare l'emanazione del DE un atto amministrativo, allora il tutto dovrebbe essere regolato dall'art. 32 cpv. 4 della legge di procedura per le cause amministrative (LPamm, RL 3.3.1.1). Secondo la Fondazione Cardiocentro Ticino (FCCT), accettare la tesi della FTAM vorrebbe dire bloccare l'attività del CdS, in questo caso chiaramente regolata dall'art. 47 LAMal. Gli art. 30 Cost. e 6 § 1 CEDU non sarebbero applicabili in quanto il CdS, nella fattispecie, avrebbe agito

quale autorità amministrativa e non giudiziaria. L'art. 10 PA, inoltre, sarebbe applicabile unicamente agli amministratori pubblici personalmente e non agli organi amministrativi in sé.

2.2. Secondo l'art. 47 cpv. 1 LAMal, in assenza di una convenzione tariffale tra fornitori di prestazioni e assicuratori, il governo cantonale stabilisce la tariffa. Questa competenza attribuita al governo cantonale può essere effettivamente fonte di potenziali conflitti d'interessi, soprattutto se si pensa al doppio ruolo del governo: quello di autorità che fissa le tariffe e quello di finanziatore degli ospedali. Più precisamente, la mano pubblica deve intervenire a coprire almeno il 50% dei costi fatturabili relativi alle cure stazionarie fornite negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico (art. 49 cpv. 1 LAMal). Visto tale obbligo, i Cantoni, come d'altronde gli assicuratori malattia per la loro parte, hanno certamente interesse a che i costi per le cure siano, nella misura del possibile, il più contenuti possibile, in modo da contenere ugualmente i costi computabili. Ma quando si tratta di stabilire la ripartizione dei costi computabili tra Cantone e assicuratori, il governo cantonale può avere un interesse di parte nel fissare le tariffe e cercare di preservare le finanze pubbliche. Il governo cantonale, in mancanza di una convenzione tariffale, si ritrova dunque, per volontà della legge, con una doppia funzione: da un lato, esso deve fissare le tariffe e, d'altro lato, deve decidere della ripartizione dei costi tra il Cantone e gli assicuratori malattia. Ebbene, questo Consiglio federale non può che constatare quanto previsto dall'art. 47 LAMal. In virtù di questa disposizione, il problema dell'obbligo di ricusarsi del CdS o di singoli Consiglieri di Stato invocabile in relazione ad un possibile conflitto d'interessi per principio non si pone (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale del 6 novembre 2002 concernente il Cantone Basilea Città). Sulla base di quanto precede si deve pure concludere che un membro del governo cantonale non deve astenersi dall'esercitare la sua funzione pubblica unicamente perché, in qualità di direttore del dipartimento rappresentante gli ospedali pubblici, implicato direttamente o indirettamente nelle trattative tariffali con gli assicuratori malattia. (...)

(...)

5. Statuto giuridico del CCT

Secondo la FTAM il CCT dovrebbe essere considerato un istituto di cura privato sovvenzionato dall'ente pubblico, per cui, in virtù dell'art. 49 cpv. 1 LAMal, le tariffe dovrebbero coprire al massimo il 50% dei costi fatturabili, contrariamente a quanto stabilito dal CdS nel DE. La presente autorità analizzerà quindi la questione a sapere se il CCT, nei fatti, è un istituto di cure sovvenzionato dal Cantone oppure no.

5.1. Innanzitutto, è necessario ricordare brevemente la cronistoria legata alla creazione del CCT.

Nel settembre 1991, in occasione dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera ticinese, l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) propone al Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino (in seguito: GC) di creare un servizio cantonale di cardiocirurgia. Constatata l'eco positiva, il CdS, in data 7 giugno 1995, sottopone al GC un messaggio (in seguito: Messaggio 7 giugno 1995) con il quale viene proposta l'autorizzazione per procedere alla progettazione di un servizio di cardiocirurgia di circa 10 posti letto presso

l'ORL (otorinolaringo), il quale disponeva già di un servizio di cardiologia invasiva. Il 20 dicembre 1995 il CdS, su richiesta dell'EOC, decide di ritirare il Messaggio 7 giugno 1995 e questo a causa delle rivendicazioni dell'Ospedale regionale di Bellinzona, della modifica del quadro finanziario del Cantone e delle offerte private. Fra queste spicca in particolare quella della FCCT, la quale dispone di un capitale iniziale di fr. 30 milioni donato dal Dottor Eduard Zwick, un anziano medico germanico, residente in Svizzera dal 1981 e da tempo paziente del servizio cardiologico cantonale. Interessata a questa offerta l'EOC, in data 15 dicembre 1995, si dichiara disposto a concedere alla FCCT un diritto di superficie sul terreno situato accanto all'ORL per la costruzione del futuro CCT. In base al contratto del 27 settembre 1996, l'EOC concede alla FCCT un diritto di superficie della durata di 25 anni. Alla scadenza del contratto, l'EOC può chiedere la devoluzione gratuita della costruzione con le relative attrezzature oppure la retrocessione del terreno libero da costruzioni. In virtù del contratto, la FCCT limita la sua attività ai settori della cardiocirurgia e della cardiologia invasiva rinunciando all'istituzione di reparti o servizi concorrenti rispetto all'ORL. Essa deve avvalersi in particolare dei servizi logistici e tecnomedici dell'ORL secondo tariffe da concordare. Nel mese di settembre del 1997 inizia la costruzione del CCT. Il decreto esecutivo del 17 dicembre 1997 concernente la pianificazione ospedaliera ticinese riconosce al CCT 20 posti letto, 10 dei quali trasferiti dall'ORL. In data 19 gennaio 1998 la FTAM interpone ricorso contro il decreto summenzionato al Consiglio federale. L'apertura del CCT è previsto per il 1° luglio 1999. Il ricorso in questione non può essere evaso per tale data per cui il medesimo, e tenuto conto dell'art. 101 cpv. 2 LAMal, impedisce al CCT di iniziare ad esercitare a carico della LAMal. Dichiaratasi la FTAM pronta a coprire unicamente una parte dei costi del CCT, la FCCT domanda al Cantone una partecipazione finanziaria durante un periodo di tempo limitato, ossia fino alla definitiva entrata in vigore della pianificazione ospedaliera del dicembre 1997. Con decreto legislativo del 29 novembre 1999 il Gran Consiglio ticinese concede al CCT, quale contributo straordinario e una tantum, un sussidio ai costi di gestione il cui importo massimo ammonta a fr. 6 600 000.- limitato al primo anno di esercizio (1.7.1999-30.6.2000). Non essendovi stato un accordo tariffale tra le parti per il periodo a partire dal 1° luglio 2000, il CdS, il 19 giugno 2001, emana il DE qui contestato da entrambe le parti.

5.2. L'art. 49 cpv. 1 LAMal prevede che per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50% dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca. In una decisione di principio, il Consiglio federale ha affermato che la regola del 50% si applica unicamente agli istituti di cura pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico, e non alle cliniche private non sovvenzionate (RAMI 4/1997, pag. 220 segg.). Le tariffe forfettarie applicate in questi istituti possono, a determinate condizioni, coprire tutti i costi fatturabili. Queste disposizioni si applicano ugualmente allorché il governo cantonale è chiamato a fissare una tariffa in assenza di una convenzione (art. 47 cpv. 1 LAMal).

Un ospedale privato è da considerarsi sussidiato dall'ente pubblico allorché il Cantone di sede gli elargisce sussidi d'esercizio in virtù del diritto cantonale. Se i sussidi concernono unicamente le spese d'investimento, l'ospedale non è considerato sussidiato dall'ente pubblico ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 seconda frase LAMal (cfr. RAMI 4/1997, pag. 236, consid. 7.2; decisione non pubblicata del Consiglio federale dell'8 aprile 1998 concernente la clinica V., pag. 12, consid. 4.1). I sussidi d'esercizio possono essere previsti sia da una legge che da un contratto (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale del 5 luglio 2000 concernente la clinica L., pag. 16, consid. 5.1).

Il Consiglio federale ha ugualmente avuto modo di affermare che i Cantoni non hanno nessun obbligo di sussidiare gli ospedali (cfr. RAMI 4/1997, pag. 233, consid. 6.2; decisione non pubblicata del Consiglio federale del 5 luglio 2000 concernente la clinica L., pag. 19, consid. 5.3).

5.3.1. La FTAM ritiene che il sussidio elargito dal Cantone per il primo anno di attività avrebbe creato una realtà giuridica irrevocabile. Se non fosse scoppiato lo scandalo Zwick, il Cantone avrebbe continuato a sovvenzionare il CCT anche dopo il 30 giugno 2000.

La presente autorità ha avuto modo di visionare il Messaggio governativo, il rapporto della Commissione della gestione e delle finanze relativo al Messaggio governativo e il decreto legislativo del 29 novembre 1999 del Gran Consiglio ticinese concernente il sussidiamento straordinario del CCT (in seguito: DL). Orbene, da tali documenti risulta chiara e inequivocabile la volontà del Cantone di concedere all'istituto un sussidio ai costi di gestione quale contributo straordinario e una tantum al fine di permetterne la messa in esercizio tempestiva (cfr. in particolare gli art. 1 e 5 DL). Contrariamente a quanto affermato dalla FTAM, si è trattato dunque di una situazione temporanea di cui tutte le parti in causa erano o dovevano essere ben coscienti. Gli atti dell'incarto non permettono di giungere a conclusioni differenti. Da respingere fermamente l'argomentazione legata alla creazione di una realtà giuridica irrevocabile. Questo intervento straordinario del Cantone non permette in ogni caso di considerare il CCT, a partire dal 1° luglio 2000, come un ospedale privato sussidiato dall'ente pubblico.

5.3.2. La FTAM sostiene che il Cantone sussidierebbe il CCT in vari modi, facendo sostanzialmente riferimento al contratto di costituzione di diritto di superficie concluso tra l'EOC e la FCCT il 27 settembre 1996 (in seguito: contratto 27 settembre 1996).

Il contratto in questione prevede la concessione alla FCCT da parte dell'EOC di un diritto di superficie ai sensi degli art. 675 e 779 segg. del Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907 (CC, RS 210) sul mappale 727 RFD (Registro Fondiario Definitivo) di Lugano, terreno adiacente al fondo sul quale si trova l'ORL, per la costruzione del CCT (punto 1). Tale diritto ha una durata di 25 anni a partire dalla sua iscrizione a Registro fondiario (punto 2). Al punto 3 del contratto le parti prevedono in particolare che alla scadenza del diritto di superficie l'EOC potrà chiedere la devoluzione gratuita della costruzione con le relative attrezzature oppure la retrocessione del terreno libero da costruzioni. A titolo di controprestazione, la FCCT, in sostanza, si impegna a mettere a disposizione dell'ORL tutta una serie di suoi locali e a costruire il CCT di modo che lo stesso, in un futuro, possa essere sopraelevato. Il CCT dovrà inoltre inserirsi in maniera funzionale e armoniosa rispetto all'ORL.

Infine, al punto 6 del contratto è previsto che la FCCT «limita la sua attività ai settori della cardiocirurgia e della cardiologia, in particolare invasiva, rinunciando all'istituzione di reparti o servizi concorrenti rispetto all'Ospedale civico. Essa si avvarrà in particolare dei servizi logistici, tecnomedici e medici dell'Ospedale civico secondo tariffe da concordare. L'EOC, per quanto di sua pertinenza, si impegna a non istituire propri servizi di cardiocirurgia e di cardiologia invasiva per un periodo di 10 anni salvo che sia dimostrato un bisogno oggettivamente fondato [...]».

Il diritto di superficie è la servitù in virtù della quale una persona ha la facoltà di avere o fare delle costruzioni sopra o sotto la superficie del suolo (cfr. art. 779 segg. CC e [DTF 111 II 236](#)). Esso è generalmente accordato in cambio di una controprestazione, la quale può consistere in un versamento unico oppure, situazione più frequente, nel versamento di annualità o altri importi periodici (cfr. *Paul-Henri Steinauer*, *Les droits réels*, Tomo III, Berna 1992, n° 2545). Come previsto dall'art. 779c CC, all'estinzione del diritto di superficie, le costruzioni sono devolute al proprietario del fondo, di cui diventano parti costitutive. Tutto ciò non avviene comunque gratuitamente, ma il proprietario deve versare al superficiario una equa indennità (cfr. art. 779d CC; cfr. *Steinauer*, op. cit., no 2560). Nella fattispecie, la FTAM ritiene che il diritto di superficie sarebbe stato concesso alla FCCT gratuitamente. La presente autorità non può condividere questa affermazione in quanto il contratto in questione, come appurato precedentemente, prevede chiaramente delle controprestazioni da parte della FCCT. In particolare, la messa a disposizione di locali del CCT, l'utilizzo dei servizi logistici, tecnomedici e medici dell'ORL e la devoluzione della costruzione con le relative attrezzature dopo 25 anni costituiscono la controprestazione del diritto di superficie in questione. La FCCT quindi, invece di versare delle annualità, fornisce altre prestazioni all'EOC. In sostanza, senza voler comunque dimenticare gli altri punti del contratto, l'EOC non riceve le annualità normalmente legate a un diritto di superficie e la FCCT non riceverà l'equa indennità prevista dall'art. 779d CC alla scadenza del diritto. Al di là delle possibili differenti valutazioni relative al valore oggettivo delle varie prestazioni previste in un contratto, non è possibile affermare nella fattispecie che il diritto di superficie sia stato dunque concesso gratuitamente. Dal contratto 27 settembre 1996 non è quindi possibile dedurre alcunché sussidio in favore del CCT.

5.3.3. In seguito alle osservazioni finali fornite dalle parti, la presente autorità ha ritenuto necessario approfondire la questione relativa ai legami strutturali, funzionali e contrattuali esistenti tra il CCT e l'ORL. Specifiche domande sono dunque state poste alle parti al fine di delineare il grado d'interdipendenza dei due istituti e la regolamentazione tariffale alla base dei loro rapporti. Dalle risposte ottenute, questa autorità è venuta a conoscenza dell'esistenza della convenzione 12 maggio 2000 (cfr. consid. I.15) la quale disciplina la reciproca fornitura di prestazioni tra i due nosocomi. L'Ufficio federale di giustizia (UFG) ha quindi posto ulteriori domande relative al contenuto della suddetta convenzione in relazione alla contabilità presentata dalla FCCT. Lo stesso, oltre che controllare gli importi tariffali legati alle varie prestazioni, ha voluto di fatto verificarne la corretta applicazione. Pur non ottenendo tutte le informazioni richieste, l'UFG ha sottoposto quanto ricevuto alla Sorveglianza dei Prezzi (SP), la quale ha dichiarato in pratica non vedere anomalie nell'applicazione della convenzione in questione.

La medesima non ha formulato obiezioni o critiche per quanto riguarda gli importi tariffali convenuti dalle parti. Sulla base degli accertamenti di natura contabile eseguiti, la presente autorità è giunta alla conclusione che dai rapporti esistenti tra l'ORL e il CCT non è possibile determinare nessun tipo di sussidiamento da parte dell'ente pubblico a favore del CCT. La stretta collaborazione convenuta tra i due nosocomi si giustifica con l'intenzione degli stessi di sfruttare le diverse sinergie possibili. Insensato e contrario al principio del contenimento dei costi sarebbe stato prevedere l'acquisto di certe strutture e apparecchiature mediche da parte del CCT già presenti all'ORL. Questa collaborazione ha sicuramente permesso all'ORL di sfruttare meglio dette infrastrutture e apparecchiature mediche, ciò che ha probabilmente consentito alle parti di stabilire delle tariffe interessanti per il CCT. In questo ambito, affermare che il CCT non potrebbe funzionare senza l'ORL non vuol dunque dire che il CCT sia sussidiato. L'acquisto di prestazioni dall'ente pubblico non può permettere di arrivare a tale conclusione.

Per quanto concerne il punto 6 del contratto 27 settembre 1996, vi è da rilevare che quanto previsto dalle parti non costituisce una violazione della LAMal. Ribadiamo che tale privativa concessa dall'EOC fa parte di tutta una serie di prestazioni e controprestazioni che le parti si forniscono su base contrattuale, quindi nemmeno in questo caso si può parlare di sussidiamento del CCT. Si sottolinea comunque che in caso di bisogno oggettivamente fondato tale privativa verrebbe a cadere. Inoltre, tale disposizione del contratto, in teoria, non impedirebbe ad un altro istituto di cure privato di fornire le medesime prestazioni fornite dal CCT se bisogno ce ne fosse dal punto di vista pianificatorio.

Come rilevato giustamente dal CdS, l'esenzione della FCCT dall'imposta di donazione, di successione e dalle imposte ordinarie costituisce una realtà prevista dalla legislazione fiscale ticinese valevole per tutti gli organismi d'utilità pubblica e non solo per gli istituti sanitari. Non si può quindi parlare di sussidiamento ai sensi della LAMal.

In conclusione, il Consiglio federale, sulla base di tutto quanto precede, costata che il CCT non riceve sussidi né diretti né indiretti alle proprie spese di gestione, per cui non può essere considerato quale ospedale privato sussidiato dall'ente pubblico ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 LAMal.

5.4. La FTAM, basandosi sulla giurisprudenza del Consiglio federale (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale dell'8 aprile 1998 concernente la clinica V., consid. 4.1, pag. 13), afferma che il governo cantonale con il trasferimento di 10 letti di cardiologia invasiva dall'ORL al CCT e l'attribuzione a quest'ultimo di 10 letti di cardiocirurgia avrebbe privatizzato tali servizi per meri scopi tariffali, ciò che sarebbe contrario alla LAMal.

Vi è innanzitutto da rilevare che i 10 letti relativi alla cardiocirurgia non esistevano precedentemente, per cui non sarebbe in ogni caso possibile parlare di privatizzazione di un servizio pubblico. Per quanto concerne i 10 letti di cardiologia invasiva, il loro trasferimento al CCT risponde ad una logica economica e di efficienza. Il fatto che certi costi siano stati messi a carico degli assicuratori malattia non implica automaticamente una privatizzazione abusiva. Nemmeno l'ammontare da solo di questi costi può condurre ad una tale conclusione. In ogni caso, sulla base dei fatti qui appurati non è possibile concludere ad un abuso da parte del Cantone, in quanto

mancono indicazioni concrete e inequivocabili in questo senso. Il Consiglio federale condivide comunque l'affermazione della FTAM secondo la quale la situazione del CCT costituisce un caso unico in Svizzera. In particolare, le modalità legate alla creazione del CCT con il ritiro del Messaggio governativo e i rapporti instauratisi tra il CCT e l'EOC - si pensi qui soprattutto al contenuto del contratto 27 settembre 1996 - possono essere fonte di interrogativi legittimi, i quali però, ribadiamo, non permettono di parlare di privatizzazione di servizi per meri scopi tariffali.

(...)

6. Calcolo delle tariffe per cure ospedaliere stazionarie

Nella fattispecie, il CdS ha fissato le tariffe forfettarie ospedaliere riguardanti la divisione comune del CCT, istituto di cura privato non sovvenzionato, per cui, adempiute tutte le condizioni in materia, è la regola della copertura totale dei costi computabili che si applica.

6.1. Innanzitutto è necessario determinare quali dati contabili devono essere presi in considerazione per l'elaborazione delle tariffe valevoli a partire dal 1° luglio 2000. La FCCT è dell'opinione che il CdS avrebbe dovuto basarsi esclusivamente sulla contabilità 2000 visto che la medesima, al momento dell'emanazione del DE, era a disposizione dell'autorità cantonale. Per il CdS invece il fatto di prendere in considerazione la contabilità 1999 per fissare le tariffe relative al secondo semestre 2000 costituirebbe una soluzione di continuità visto che le tariffe relative al 1° semestre 2000 sarebbero state calcolate su quella base. La FTAM, dal canto suo, ritiene inutilizzabili i dati contabili 2000 in quanto incompleti.

Il Consiglio federale ha già avuto modo di affermare che per la determinazione della tariffa devono essere presi in considerazione, di regola, i costi o dati contabili effettivi più recenti disponibili (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale del 5 luglio 2000 concernente la Clinica L., pag. 20 seg., consid. 6). Nella fattispecie, oltre al fatto che il CdS, al momento del calcolo delle tariffe contestate, aveva effettivamente a disposizione i dati contabili 2000, bisogna rilevare che il CCT ha iniziato la sua attività soltanto il 1° luglio 1999. I costi legati a questa fase iniziale non sono rappresentativi dei costi che il CCT ha affrontato in seguito, quando ha cominciato a operare a pieno regime. La contabilità 2000 come base di calcolo delle tariffe applicabili dal 1° luglio 2000 riflette molto meglio i costi d'esercizio ordinari e normali del CCT. Quindi, contrariamente a quanto fatto nel DE, il CdS avrebbe dovuto calcolare le tariffe contestate sulla base della contabilità 2000, senza operare distinzioni temporali, giungendo quindi ad un unico tariffario valevole a partire dal 1° luglio 2000.

6.2. (...) Il Consiglio federale, nella fattispecie, ritiene che la trasparenza dei documenti contabili presentati dalla FCCT non permette certamente di raggiungere il grado di copertura dei costi del 100%. In questo ambito, il Consiglio federale, parallelamente all'analisi delle condizioni presenti nel Cantone Ticino, prende in considerazione anche le situazioni relative alla trasparenza e alla struttura dei costi in altri Cantoni. Il Consiglio federale confronta dunque la trasparenza relativa alle basi di calcolo concernente

il CCT con quella di altri ricorsi sui quali esso si è chinato. Sulla base dei confronti effettuati, la presente autorità condivide e conferma il grado di copertura dei costi dell'86% utilizzato dalla SP.

6.3. Dall'elenco dei costi presentato dalla FCCT non è possibile comprendere quali costi sono legati alla divisione comune e quali alle divisioni privata e semiprivata (...). In virtù di quanto precede e appurato che la documentazione contabile presentata dalla FCCT non soddisfa le esigenze di trasparenza dei costi fissate in questo ambito, il Consiglio federale, conformemente alla sua giurisprudenza, decide di applicare alla FCCT un tasso di riduzione del 2%.

6.5.2 (...) Siccome dai documenti contabili forniti dalla FCCT non è possibile evincere l'importo dei costi legati alla ricerca e formazione, il Consiglio federale decide, conformemente alla sua giurisprudenza riguardante gli ospedali con meno di 75 letti, di applicare un tasso normativo dell'1% dei costi del personale (...).

6.5.3. La FCCT ritiene che, per il calcolo delle tariffe contestate, il CdS avrebbe dovuto prendere in considerazione tutti gli oneri d'investimento. L'autorità cantonale, dal canto suo, dichiara che la donazione ricevuta dalla FCCT imporrebbe la soluzione contraria, almeno fino ad esaurimento del capitale ricevuto. Del medesimo parere è la FTAM, la quale afferma che la situazione del CCT sarebbe eccezionale ed unica in Svizzera.

La presente autorità ritiene che la situazione particolare del CCT e le modalità del suo trasferimento, in futuro, al Cantone non permettono di prendere in considerazione gli oneri d'investimento per la determinazione delle tariffe. La FCCT, infatti, ha beneficiato di una donazione per la costruzione del CCT, la quale ha permesso alla medesima di non ricorrere a prestiti bancari e di non dover sopportare quindi i costi ad essi legati. Gli oneri d'investimento

tendenti unicamente a ricostituire il capitale di donazione non devono e non possono essere messi a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria e quindi a carico degli assicurati attraverso i premi. Gli eventuali ammortamenti relativi alla manutenzione o alla sostituzione delle infrastrutture mobiliari ed immobiliari potranno però essere presi in considerazione per la determinazione delle tariffe a carico della LAMal allorquando il capitale di fondazione sarà esaurito. La richiesta della FCCT in questo ambito è dunque respinta.

6.6. Gli interessi sul capitale circolante fanno parte dei costi computabili (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale del 10 maggio 2000 concernente la tariffa della tomografia per risonanza magnetica nel Canton Sciaffusa, pag. 28, consid. 7.2.2; RAMI 6/1997, pag. 343 segg., consid. 8.6). Nella fattispecie, il Consiglio federale prende in considerazione un tasso d'interesse medio del 4,2% (media dei tassi d'interesse applicati alle obbligazioni emesse dalle collettività pubbliche per il 2000) e un termine di pagamento di 40 giorni, ottenendo un tasso d'interesse del 0,46% (...).

6.7. Nel calcolo delle tariffe il CdS ha operato una deduzione del 5% dei costi fatturabili a causa dell'elevato tasso d'occupazione dei letti. Per il periodo dal 1° luglio 1999 al 30 giugno 2000 questo raggiungerebbe infatti il 148,3% e per l'anno 2000 il 156,4%. La FCCT contesta questa deduzione asserendo in sostanza che i 20 letti assegnati al CCT sarebbero insufficienti. Inoltre, i primi risultati di un'indagine da lei esperita dimostrerebbero, con le dovute riserve

scientifiche, che gli interventi eseguiti al CCT rientrerebbero largamente nei parametri scientifici svizzeri sull'adeguatezza degli interventi di cardiologia invasiva e di cardiocirurgia. La FTAM, dal canto suo, menzionando in particolare la perizia Gutzwiller, afferma che l'insufficienza di letti del Cardiocentro non sarebbe correlata allo stato di salute della popolazione ticinese, ma a un'intensità di interventi che non troverebbe giustificazione. Essa chiede in definitiva una riduzione di almeno il 10% delle tariffe fissate a partire dal 1° luglio 2000 come inizialmente previsto dal CdS. La SP ha pure avuto modo di esprimersi a più riprese su questo aspetto affermando in sostanza che anche ammettendo un «turn over» elevato di pazienti nel reparto di cardiologia invasiva - in questo reparto infatti sarebbero frequenti le degenze inferiori alle 24 ore - il dato relativo al numero di letti sarebbe poco credibile.

Il Consiglio federale, come d'altronde hanno fatto tutte le parti a questa procedura, non può che constatare effettivamente l'alto tasso d'occupazione dei letti presso il CCT. La perizia Gutzwiller, atto non contestato dalle parti, giunge pure lei alla conclusione che, in base ai dati di confronto a disposizione, gli interventi di cardiologia invasiva e di cardiocirurgia praticati presso il CCT sono chiaramente superiori alla media svizzera o al numero d'interventi effettuati in altre regioni con infrastrutture simili. A questa conclusione giunge ugualmente il rapporto finale EOC. Per quanto riguarda lo studio presentato dalla FCCT sull'adeguatezza delle indagini invasive al CCT, gli stessi autori dichiarano che «a prescindere dal problema del panel [gruppo di medici che hanno giudicato gli interventi effettuati presso il CCT], non vi sono dubbi che il nostro studio presenta non pochi problemi strutturali [immissione delle informazioni limitata dal programma stesso e dall'interfaccia informatica] ed in parte anche procedurali [mancanza di una persona neutra incaricata dell'immissione dei dati informatizzati]; sono dei limiti di cui siamo fin dall'inizio coscienti e che ci impongono una valutazione molto prudente e critica dei risultati ottenuti [...]. A prescindere dai risultati dell'analisi e dalle loro implicazioni con questo studio preliminare siamo perlomeno riusciti a dimostrare la fattibilità teorica di un'analisi di questo genere per il tramite di un sistema informatico collegato ad una banca dati» (cfr. pag. 562). Inoltre, secondo il Dr. med. Julian Schilling, dell'Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Zurigo, dallo studio in questione non potrebbero essere tratte delle conclusioni concernente l'adeguatezza e la necessità degli interventi (cfr. lettera del 22 gennaio 2002 indirizzata alla FTAM).

I dati relativi al numero d'interventi presso il CCT sono chiari. Ciò che risulta meno chiaro, per contro, è la motivazione legata a questi dati. A questo punto è fondamentale ricordare il tenore dell'art. 39 LAMal, in particolare le lettere d e e del cpv. 1, secondo il quale gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute sono autorizzati ad esercitare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero e se figurano nel rispettivo elenco stilato dal Cantone classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati. Ebbene, sia il decreto esecutivo del 17 dicembre 1997 che quello del 20 giugno 2001 concernente la pianificazione ospedaliera ticinese hanno riconosciuto al CCT 20 letti. La FCCT non ha mai contestato questo dato, per cui mal si comprende l'attitudine assunta dalla FCCT in questo ambito. La pianificazione attualmente in vigore deve essere

rispettata ed un'eventuale richiesta di modifica del numero di letti assegnati deve essere presentata e presa in considerazione dalle autorità pianificatorie in occasione del prossimo aggiornamento della pianificazione ospedaliera ticinese. I dati di cui sopra dimostrano invece che la FCCT ha utilizzato più letti del previsto. A questa conclusione si giunge anche ammettendo l'esistenza di degenze inferiori alle 24 ore nel reparto di cardiologia invasiva. Il Consiglio federale ritiene la riduzione del 5% dei costi computabili operata dal CdS per sovrautilizzo di letti scelta ragionevole e giudiziosa. Nella fattispecie, essa deve pertanto essere confermata. Ciò non toglie, evidentemente, che il CCT dovrà in futuro attenersi alla pianificazione ospedaliera. Eventuali modifiche della stessa dovranno unicamente essere l'opera delle autorità preposte. Dovesse questa situazione ripresentarsi nuovamente in futuro, questa autorità si riserva la possibilità di considerare il sovrautilizzo di letti in maniera più severa. In questo ambito, il Consiglio federale precisa che se le tariffe, una volta ridotto il volume delle prestazioni al fine di rispettare la pianificazione, non dovessero più coprire i costi computabili futuri della clinica, la medesima avrà la possibilità di rinegoziare nuove tariffe con gli assicuratori malattia. In definitiva, in avvenire dovrà essere possibile sia eliminare i costi legati al troppo elevato tasso d'occupazione dei letti, sia tener conto dei possibili effetti della diminuzione degli interventi sui costi, e quindi sulle tariffe, del CCT.

(...)

6.8.2. Il CdS ha fissato un tariffario senza una scadenza precisa. La FCCT, inizialmente contraria, ha dichiarato di accettare questa decisione nelle sue osservazioni conclusive. Per contro, la FTAM ha affermato che le tariffe dovrebbero avere una validità limitata e scadere il 31 dicembre 2002 per permettere un miglior controllo. Il Consiglio federale non condivide questa opinione e, come ha già avuto modo di affermare in passato, ribadisce che, in virtù del diritto federale, i governi cantonali non sono obbligati a fissare una scadenza di validità delle tariffe (cfr. decisione non pubblicata del Consiglio federale del 27 giugno 2001 concernente la clinica M.). Come rilevato dal CdS, si ritiene opportuno lasciare la libertà alle parti di rivedere le tariffe quando queste lo riterranno necessario secondo il principio della libertà contrattuale. È quindi confermata la decisione del CdS a tal proposito.

(...)

6.9. La FTAM ritiene che l'art. 1 cpv. 2 DE dovrebbe essere modificato (cfr. consid. 2.2 della presente decisione). La formulazione della clausola da lei richiesta, la quale era già contenuta nella convenzione del 14 marzo 2000, avrebbe come scopo di evitare la prassi invalsa da parte del CCT di limitare il più possibile la degenza dei pazienti che vengono rimandati il più presto possibile agli ospedali di provenienza, con il risultato ineconomico di una doppia fatturazione di degenza: quella del CCT e quella degli altri ospedali. Secondo il CdS, la richiesta della ricorrente di prevedere clausole in caso di trasferimenti di pazienti in altri istituti, di principio, esulerebbe dal contesto dell'art. 47 LAMal, in quanto verrebbe implicato anche un fornitore di prestazioni terzo (l'istituto in cui viene trasferito il paziente). Dei problemi di interpretazione e di applicazione pratica della norma potrebbero sorgere. La disposizione del DE summenzionata sarebbe sufficiente a evitare i rischi evocati dalla FTAM. Anche la FCCT è contraria alla clausola invocata dagli assicuratori malattia, in quanto la medesima, in passato, sarebbe

stata applicata dagli stessi in maniera arbitraria, ossia nel senso che se un paziente era dimesso dal CCT e trasferito in un altro istituto tutti i costi di trasferimento, di degenza e di cura presso tale istituto venivano dedotti direttamente dall'importo forfettario dovuto alla FCCT sulla base delle semplici indicazioni fornite dall'istituto ospedaliero ricevente, senza possibilità di controllo per la FCCT. Tutto ciò, oltre che favorire i casi di cure o degenze in altri istituti ospedalieri discutibili dal profilo dell'appropriatezza, sarebbe contrario inoltre al principio della copertura dei costi sancito dalla LAMal. Infine, una simile clausola non sarebbe prevista in nessuna convenzione tariffale a livello svizzero.

Il Consiglio federale ritiene che il CdS, nel DE contestato, ha tenuto sufficientemente conto della problematica evocata dalla FTAM (cfr. art. 1 cpv. 2). Quanto previsto dall'autorità cantonale in questo ambito, infatti, deve servire ad impedire che i possibili abusi paventati dalla FTAM si verifichino. Di conseguenza, la richiesta di quest'ultima di riprendere testualmente la clausola prevista nella convenzione del 14 marzo 2000 valevole precedentemente (art. 1 cpv. 7 dell'Allegato 2) non si giustifica e deve pertanto essere respinta.

(...)

JAAC 68.34 - Estratto di una decisione del Consiglio federale del 18 dicembre 2002 nella causa Fondazione Cardiocentro Ticino [FCCT] e Federazione ticinese degli assicuratori malattia [FTAM] contro il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, anche pubb...

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	150 006 503

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.