8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit
Santé – Travail – Sécurité sociale
Sanità – Lavoro – Sicurezza sociale

3

Estratto della decisione della Corte III
nelle causa A. contro B. e C
e Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino
C-781/2010 del 22 febbraio 2011

Procedura. Assicurazione malattie. Diritto di ricorrere.

Art. 59 LPGA. Vecchio art. 55*a* LAMal.

Il rilascio di un'autorizzazione a esercitare ad un medico ha un effetto diretto sugli altri medici specialisti concorrenti. Sulla base di questo legame stretto, questi hanno il diritto di ricorrere contro un'autorizzazione rilasciata ad un terzo. L'interesse economico del ricorrente, il cui scopo è di ottenere un'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, è direttamente collegato alle finalità del vecchio art. 55*a* LAMal (consid. 3.3.2).

Verfahren. Krankenversicherung. Beschwerdeberechtigung.

Art. 59 ATSG. aArt. 55*a* KVG.

Die Zulassung zur Tätigkeit als Arzt hat unmittelbare Auswirkungen auf die konkurrierenden Spezialärzte. Gestützt darauf sind diese zur Beschwerde gegen die Zulassung eines Dritten berechtigt. Das wirtschaftliche Interesse des Beschwerdeführers, dessen Ziel es ist, eine Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erhalten, steht in direktem Zusammenhang mit dem Zweck von aArt. 55*a* KVG (E. 3.3.2).

Procédure. Assurance-maladie. Qualité pour recourir.

Art. 59 LPGA. Ancien art. 55*a* LAMal.

L'octroi d'une autorisation d'exercer en faveur d'un médecin a un effet direct sur les autres médecins spécialistes concurrents. Ce lien étroit leur confère la qualité pour recourir contre une autorisation octroyée à un tiers. L'intérêt économique du recourant, qui vise à obtenir une autorisation d'exercer à la charge de l'assurance maladie obligatoire, est directement lié au but de l'ancien art. 55*a* LAMal (consid. 3.3.2).

I Dott.ri A. (ricorrente), B. e C. (intimati) sono specialisti FMH in psichiatria e psicoterapia. I Dott.ri B. e C., nel dicembre 2008, hanno chiesto all'Ufficio di sanità del Cantone Ticino, Bellinzona (qui di seguito: Ufficio sanità), di essere ammessi ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Anche il Dott. A. ha presentato analoga richiesta nel febbraio 2009. L'Ufficio sanità, nel luglio 2009, ha informato 21 medici iscritti nella lista d'attesa per categoria (psichiatria) che la copertura sanitaria nella specialità di psichiatria e psicoterapia nella regione del bellinzonese risultava insufficiente e che pertanto solamente due nuove ammissioni potevano essere concesse. Dieci dei 21 membri di tale lista hanno confermato all'autorità amministrativa la loro domanda di autorizzazione (con documentazione) e fra i quali i Dott.ri A., B. e C. L'Ufficio sanità ha consultato la Società ticinese di Psichiatria e Psicoterapia (STPP), l'Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT) e santésuisse. È in sostanza emerso che il medico Dott. B., secondo la STPP, adempiva tutti i requisiti richiesti come pure il Dott. C. ed il Dott. D. (anch'egli candidato), ma il Dott. C. (rispetto al Dott. D.) vantava qualche elemento più favorevole. In generale poi, la STPP ha osservato che l'appartenenza ad un ordine dei medici sarebbe stato un elemento di vantaggio e che sarebbe stato auspicabile proporre un uomo ed una donna. Meno determinante, secondo la STPP, era la circostanza di un titolo di approfondimento in « psichiatria di liaison » fatto valere segnatamente dal Dott. A. ricorrente. Dal canto loro sia l'OMCT che santésuisse hanno condiviso la valutazione della STPP.

Con due decisioni separate del 16 dicembre 2009, il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino (CdS) ha autorizzato i Dott.ri B. e C. ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Gli altri

postulanti sono stati avvisati con lettera del 21 dicembre 2009 dell'Ufficio sanità che la loro candidatura non era stata ritenuta.

Con ricorso dell'8 febbraio 2010, il Dott. A. ha chiesto l'annullamento delle decisioni del 16 dicembre precedente e di essere ammesso all'esercizio della professione a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Egli reputa che la sua candidatura sarebbe oggettivamente migliore delle altre, considera che il fatto di detenere in più la sottospecialità « psichiatria di liaison » (in attesa di certificazione) non può essere sottovalutato. Il Dott. A. riconosce di essere stato membro dell'OMCT dal 1999 al 2005, ma non della FMH, né della STPP. Osserva che il parere della STPP non menziona alcuna graduatoria fra i canditati, come invece venne chiesto dall'Ufficio sanità. Il CdS, rimprovera il ricorrente, non avrebbe nemmeno esaminato l'offerta dei medici B. e C. che, assieme, avevano proposto di eventualmente esercitare l'attività in comune al 50 % ciascuno, ciò avrebbe liberato un posto di concordato in suo favore.

I Dott.ri B. e C. hanno chiesto ed ottenuto di partecipare alla procedura come intimati. Nella risposta di causa, il CdS ha osservato che il gravame del Dott. A. sarebbe tardivo e si è rimesso al giudizio di questo tribunale. L'autorità inferiore si è rimessa anche al giudizio di questo tribunale per quel che si riferisce alla capacità di agire dell'insorgente. Il problema è quello di sapere se tutte le persone che figurano sulla lista d'attesa, ma che non sono state scelte, detengano una legittimità ricorsuale in ambito della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10), laddove si assiste ad una certa pianificazione o contingentamento. Il CdS entra poi sul merito del problema sollevato dal ricorrente e chiede la reiezione del gravame.

Replicando nell'aprile 2010, l'insorgente ha contestato l'eventuale tardività del ricorso e ha fatto valere il suo interesse degno di protezione all'annullamento ed alla modifica delle decisioni impugnate. Egli poi si ripronuncia sul merito della questione.

Gli intimati si sono espressi nell'aprile 2010 contestando, principalmente, l'inammissibilità del ricorso per tardività, la legittimazione ricorsuale ed infine proponendo la reiezione del gravame sul merito.

Il Tribunale amministrativo federale è entrato nel merito del ricorso e l'ha respinto.

Dai considerandi:

3.

3.1 Secondo l'art. 59 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1) ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione e ha un interesse degno di protezione al suo annullamento od alla sua modificazione. L'autorità inferiore si rimette al giudizio del Tribunale amministrativo federale su questo punto, mentre gli intimati negano che il ricorrente, in quanto terzo, abbia tale diritto.

3.2

3.2.1 Il Tribunale amministrativo federale non ha ancora avuto modo di pronunciarsi sul diritto di ricorrere di un candidato che non è stato ritenuto contro una decisione che attribuisce a un altro medico l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. È vero che nella decisione incidentale C-2907/2008 del 20 ottobre 2008, menzionata dall'autorità inferiore, il Tribunale amministrativo federale ha riconosciuto a un ospedale terzo il diritto di partecipare a una procedura nell'ambito di un'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Tuttavia, non si tratta dello stesso fornitore di prestazioni (ospedali da una parte, medici dall'altra), e la ratio legis dell'art. 39 e del vecchio art. 55a LAMal, alla base del rilascio delle autorizzazioni, non è la stessa. Non è quindi possibile riprendere la soluzione della decisione incidentale del 20 ottobre 2008 e applicarla alla fattispecie.

3.2.2 Secondo la giurisprudenza, il ricorrente deve avere un interesse pratico e attuale all'annullamento della decisione impugnata e addurre i fatti che considera idonei a fondare la sua legittimazione, affinché il Tribunale amministrativo federale possa stabilire se e in che misura la decisione impugnata leda, in misura concreta, attuale e personale, i suoi interessi degni di protezione. Egli deve avere con l'oggetto litigioso un rapporto stretto, particolare e degno di protezione. Il ricorso volto al semplice rispetto delle normative vigenti o alla pura tutela di interessi di terzi è inammissibile, l'azione popolare è esclusa. Queste esigenze sono particolarmente degne di nota quando si è in presenza di un ricorso inoltrato da una terza persona (DTF 131 II 651 consid. 3.1, DTF 131 II 587 consid. 2.1 con rinvii).

In una vertenza dove si poneva il quesito del diritto di ricorrere dei concorrenti, il Tribunale federale ha stabilito che tale diritto deve essere ammesso con un certo riserbo, insufficiente essendo il semplice timore di una maggiore concorrenza. Un legame stretto e particolare con l'oggetto del litigio è per contro riconosciuto laddove i concorrenti siano sottoposti a una specifica legislazione economica, segnatamente quando siano contestate decisioni su contingenti, oppure quando l'accesso al mercato dipende dalla concessione di un'autorizzazione sottoposta alla clausola del bisogno (DTF 127 II 264 consid. 2c, DTF 125 I 7 consid. 3d e e, DTF 123 II 376 consid. 5b con rinvii).

3.3

3.3.1 L'oggetto del litigio è costituito dal rilascio di un'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria a favore degli intimati e non al ricorrente che pure l'aveva richiesta. Giusta il vecchio art. 55*a* LAMal, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2009 (RU 2009 5265), il Consiglio federale può, per un periodo limitato di 3 anni al massimo (poi prorogati), far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Il Parlamento federale ha deciso di emanare questa disposizione quale misura d'accompagnamento all'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP, RS 0.142.112.681). Prima dell'entrata in vigore di questa disposizione, la Svizzera era l'unico Paese europeo a permettere a tutti i medici di potere fornire le loro prestazioni a carico dell'assicurazione sociale. Con la limitazione introdotta in applicazione del vecchio art.55*a* LAMal (RU 2009 5265), i Cantoni devono determinare se i fornitori di prestazioni cui viene rilasciata l'autorizzazione a svolgere la propria professione possono anche esercitare a carico dell'assicurazione sociale (sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3875/2007 del 15 maggio 2008 consid. 3.1, sentenza del Tribunale amministrativo federale C-5146/2007 del 6 maggio 2008 consid. 3.1). Lo scopo del vecchio art. 55*a* LAMal è di limitare il numero di fornitori di prestazioni e di contenere l'aumento dei costi della salute che ne deriverebbe (DTF 133 V 613 consid. 4.2 e sentenza del Tribunale federale K 112/06 del 30 maggio 2007 consid. 6.2.1).

3.3.2 Nella fattispecie è pacifico che il ricorrente e i due medici intimati sono in una relazione di concorrenza tra di loro, in quanto desiderano offrire le stesse prestazioni nello stesso mercato. Come visto in

precedenza (cfr. consid. 3.2.2), uno svantaggio imputabile a una maggiore concorrenza non è sufficiente per legittimare un concorrente a ricorrere. Tuttavia è innegabile che l'autorizzazione (eccezionale) concessa agli intimati sia da mettere in relazione con un bisogno di copertura sanitaria che equivale all'esistenza di una clausola del bisogno (cfr. art. 3 dell'ordinanza del 3 luglio 2002 che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie [OLNF, RS 832.103]). La libertà economica di ogni fornitore di prestazioni è quindi limitata, nel senso che il rilascio di un'autorizzazione a un medico ha una conseguenza diretta sui concorrenti. In questo senso, il ricorrente e gli intimati si trovano in un legame molto stretto e particolare con l'oggetto del litigio.

L'interesse economico del ricorrente, il cui scopo è di ottenere un'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, è in particolare, direttamente collegato alle finalità del vecchio art. 55*a* LAMal, che intende contenere l'aumento dei costi della salute limitando il numero dei medici che esercitano a carico dell'assicurazione sociale (DTF 131 II 649 consid. 3.4 in fine; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. I, Les fondements généraux, Berna 1994, p. 486 seg.).

3.3.3 In queste circostanze si deve ritenere che A. è particolarmente toccato dalla decisione e ha un interesse degno di protezione al suo annullamento ed alla sua modificazione. Le condizioni dell'art. 59 LPGA essendo adempiute, il diritto di ricorrere deve essergli riconosciuto.