

---

**2019 V/7**

Estratto della decisione della Corte III  
nella causa Ricovero Malcantonese Fondazione Giovanni e Giuseppina  
Rossi contro Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino  
C-2131/2016 del 22 maggio 2019

**Assicurazione malattie. Pianificazione ospedaliera cantonale. Elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Case di cura.**

Art. 24, art. 25 cpv. 1 e cpv. 2 lett. a, b e d, art. 25a cpv. 1-4, art. 35 cpv. 1 e cpv. 2 lett. h e k, art. 39 cpv. 1, cpv. 2<sup>ter</sup> e cpv. 3LAMal. Art. 33 lett. b, h ed i, art. 49, art. 51, art. 58a-58e OAMal. Art. 7 cpv. 1-3, art. 7b cpv. 1, art. 8 cpv. 2, cpv. 3<sup>bis</sup>, cpv. 4 e cpv. 6 OPre. Art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal.

1. **Case di cura e cure acute e transitorie (CAT). Economicità e qualità dell'offerta di prestazioni (consid. 8).**
2. **Le CAT sono cure dispensate ambulatorialmente o in una casa di cura, dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico. Le CAT non sono una nuova categoria di fornitori di prestazioni, ma costituiscono esclusivamente delle prestazioni, che possono essere erogate ambulatorialmente o segnatamente in una casa di cura per due settimane al massimo (consid. 8.1.2 e 8.1.3).**
3. **I fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria sono enumerati esaustivamente all'art. 35 cpv. 2 LAMal. Non è pertanto consentito ad un Cantone di creare nuovi fornitori di prestazioni, quand'anche sussistesse una volontà comune in tale senso da parte dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori nonché della competente autorità cantonale (consid. 8.1.3).**

**Krankenversicherung. Kantonale Spitalplanung. Liste der zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugehörigen Einrichtungen. Pflegeheime.**

Art. 24, Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 Bst. a, b und d, Art. 25a Abs. 1-4, Art. 35 Abs. 1 und Abs. 2 Bst. h und k, Art. 39 Abs. 1, Abs. 2<sup>ter</sup> und Abs. 3KVG. Art. 33 Bst. b, h und i, Art. 49, Art. 51, Art. 58a-58e KVV. Art. 7 Abs. 1-3, Art. 7b Abs. 1, Art. 8 Abs. 2, Abs. 3<sup>bis</sup>, Abs. 4 und

---

**Abs. 6 KLV. Art. 63a Abs. 1 Bst. d Tessiner Einführungsgesetz zum KVG.**

- 1. Pflegeheime und Akut- und Übergangspflege (AÜP). Wirtschaftlichkeit und Qualität des Leistungsangebots (E. 8).**
- 2. Die AÜP wird nach einem Spitalaufenthalt auf ärztliche Anordnung ambulant oder im Pflegeheim erbracht. Dabei handelt es sich nicht um eine neue Kategorie von Leistungserbringern, sondern ausschliesslich um Leistungen, die während längstens zwei Wochen ambulant oder insbesondere im Pflegeheim erbracht werden (E. 8.1.2 und 8.1.3).**
- 3. Die Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind, sind in Art. 35 Abs. 2 KVG abschliessend aufgeführt. Die Kantone dürfen keine neuen Kategorien von Leistungserbringern schaffen, welche nicht in Art. 35 Abs. 2 KVG genannt werden, auch wenn diesbezüglich ein gemeinsamer Wille seitens der Leistungserbringer, der Versicherer und der zuständigen kantonalen Behörde besteht. Durch die Aufnahme von « Akutabteilungen für minderschwere Pflege » (« reparti acuti a minore intensità », auch: RAMI) in die kantonale Liste der Pflegeheime wurde die Bedarfsermittlung an Pflegeheim- und AÜP-Leistungen beeinflusst (E. 8.1.3).**

**Assurance-maladie. Planification hospitalière cantonale. Liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Etablissements médico-sociaux.**

**Art. 24, art. 25 al. 1 et al. 2 let. a, b et d, art. 25a al. 1–4, art. 35 al. 1 et al. 2 let. h et k, art. 39 al. 1, al. 2<sup>ter</sup> et al. 3 LAMal. Art. 33 let. b, h et i, art. 49, art. 51, art. 58a–58e OAMal. Art. 7 al. 1–3, art. 7b al. 1, art. 8 al. 2, art. 3<sup>bis</sup> al. 4 et al. 6 OPAS. Art. 63a al. 1 let. d de la loi tessinoise d'application de la LAMal.**

- 1. Etablissements médico-sociaux et soins aigus et de transition (SAT). Economicité et qualité de l'offre de prestations (consid. 8).**
- 2. Les SAT sont des soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, à la suite d'un séjour hospitalier et sur prescription médicale. Il s'agit là, non pas d'une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations, mais uniquement de prestations, qui peuvent être fournies sous forme ambulatoire ou, en**

**particulier, dans un établissement médico-social, durant deux semaines au plus (consid. 8.1.2 et 8.1.3).**

- 3. Les fournisseurs de prestations pouvant être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont énumérés de manière exhaustive à l'art. 35 al. 2 LAMal. Un canton ne peut donc créer de nouvelles catégories de fournisseurs de prestations, autres que celles mentionnées dans ledit article de la LAMal, et ce, même s'il existe une volonté commune en ce sens des fournisseurs de prestations, des assureurs et de l'autorité cantonale compétente. L'introduction de « divisions de soins aigus de faible intensité » (« reparti acuti a minore intensità »; RAMI) dans la liste cantonale des institutions prodiguant des soins a eu une influence sur la détermination des besoins en soins dispensés par les établissements médico-sociaux, ainsi que des besoins en SAT (consid. 8.1.3).**

Con decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (di seguito: decreto legislativo del 29 novembre 2005), il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino (di seguito: Gran Consiglio) ha a suo tempo assegnato al Ricovero Malcantone Fondazione Giovanni e Giuseppina Rossi (di seguito: Casa anziani Castelrotto) 105 posti letto, di cui 15 ad alto contenuto sanitario (ACS), quale istituto per anziani.

Con decreto legislativo del 15 dicembre 2015 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (RL 853.500; pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi del Cantone Ticino [BU] n. 12 dell'11 marzo 2016 [la cui entrata in vigore è stata fissata al 15 marzo 2016]; di seguito: decreto legislativo del 15 dicembre 2015), il Gran Consiglio ha adottato l'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal (RS 832.10) e degli art. 63 segg. della legge di applicazione della Repubblica e Cantone Ticino del 26 giugno 1997 della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal, RL 853.100; istituti somatico-acuti, istituti di riabilitazione, istituti di psichiatria) ed ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal (istituti per anziani, istituti per le cure palliative specialistiche in casa per anziani, cure acute e transitorie [CAT] in casa per anziani, strutture acute di minore intensità [RAMI], istituti per invalidi). Secondo questo elenco, alla Casa anziani Castelrotto

sono stati attribuiti 105 posti letto per prestazioni di casa per anziani. Nel decreto in esame, non è per contro stata prevista la possibilità per l'interessata, come da essa richiesto, di fornire CAT ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal.

Il 6 aprile 2016, la Casa anziani Castelrotto (di seguito anche: ricorrente) ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 mediante il quale ha chiesto l'accoglimento del gravame e, in via principale, il mantenimento dei 15 posti letto CAT esistenti presso la struttura di proprietà della ricorrente. Subordinatamente, ha postulato il rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per nuova decisione, nella misura in cui il Tribunale amministrativo federale ritenesse di non potere decidere in prima istanza circa il mantenimento di 15 posti letto CAT esistenti presso la struttura di proprietà della ricorrente.

Con sentenza del 22 maggio 2019, il Tribunale amministrativo federale ha accolto il ricorso, annullato il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 nella misura in cui concerne la Casa anziani Castelrotto e rinviato gli atti di causa all'autorità cantonale affinché proceda ad effettuare una pianificazione conforme al diritto federale. Con l'annullamento dell'elenco ospedaliero 2015/2016, la Casa anziani Castelrotto è autorizzata ad esercitare i mandati di prestazione secondo l'elenco nel decreto legislativo del 29 novembre 2005.

*Dai considerandi:*

**4.**

**4.1** Secondo l'art. 35 cpv. 1 LAMal, sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni, fra gli altri, le case di cura (art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal), che adempiono le condizioni giuste gli art. 36–40 LAMal. L'art. 35 cpv. 2 LAMal enumera esaustivamente la lista dei fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria (cfr., su questo punto, più in dettaglio, consid. 8.1.3).

**4.2**

**4.2.1** Giusta l'art. 39 cpv. 3 LAMal, le condizioni di cui al cpv. 1 (della medesima norma) si applicano per analogia alle case per partorienti, nonché agli stabilimenti ed agli istituti o ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti

(case di cura). L'art. 39 cpv. 1 LAMal disciplina le condizioni relative ai servizi e alle infrastrutture, che devono essere esaminate dalle autorità del Cantone in cui è ubicato l'ospedale, pone la condizione della copertura del fabbisogno di cure della popolazione e di coordinazione e concerne la condizione di pubblicità e di trasparenza dell'elenco ospedaliero. Il rispetto di queste condizioni permette di contribuire alla coordinazione dei fornitori di prestazioni, ad una migliore utilizzazione delle risorse ed al contenimento dei costi (DTAF 2010/15 consid. 4.1). Gli art. 58a–e OAMal (RS 832.102) sono pure applicabili per analogia agli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal (case di cura [cfr. pure sentenza del TAF C–1893/2012 del 3 marzo 2014 consid. 4.4]).

**4.2.2** Ai sensi dell'art. 39 cpv. 2<sup>ter</sup> LAMal, il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Fondandosi sull'art. 39 cpv. 2<sup>ter</sup> LAMal, il Consiglio federale ha disciplinato agli art. 58a–58e OAMal i criteri di pianificazione (DTF 138 II 398 consid. 3.3 e 3.4).

**4.3** In virtù dell'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi (art. 25 cpv. 1 LAMal), definite negli art. 25–31 LAMal, fra le altre, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico, da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o dal chiropratico (art. 25 cpv. 2 lett. b LAMal), i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (art. 25 cpv. 2 lett. d LAMal), e la degenza in ospedale nel reparto comune (art. 25 cpv. 2 lett. e LAMal), secondo i presupposti dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e l'entità dell'assunzione dei costi di cui agli art. 32–34 LAMal.

#### **4.4**

**4.4.1** Per l'art. 25a cpv. 1 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.

**4.4.2** Ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal, i costi delle CAT che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere).

**4.4.3** Secondo l'art. 25a cpv. 3 LAMal, il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno.

**4.4.4** Giusta l'art. 25a cpv. 4 LAMal, il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità.

**4.4.5** In virtù dell'art. 33 OAMal, sentita la commissione competente, il dipartimento designa, fra gli altri, le prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 e 25a cpv. 1 e 2 LAMal, non dispensate dai medici o dai chiropratici (lett. b), la procedura di valutazione dei bisogni di cure (lett. h) e il contributo alle cure previsto dall'art. 25a cpv. 1 e 4 LAMal, differenziato in funzione del bisogno di cure (lett. i).

**4.4.6** Le prestazioni sono descritte agli art. 7 e seguenti dell'Ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni (OPre, RS 832.112.31).

## 5.

**5.1** La ricorrente si è dolta del fatto di essere stata esclusa, dopo anni di apprezzata attività, in assenza peraltro di qualsivoglia motivazione intelligibile, dall'elenco dei fornitori di CAT. Fa altresì valere di essere stata estromessa dall'elenco degli istituti suscettibili di fornire le prestazioni CAT, non per esigenze di riduzione dell'offerta nel settore, bensì per conferire nuovi mandati di prestazione, per un totale di ben 45 posti letto, ad altri istituti, oltre tutto da costruire ed implementare sul territorio. L'insorgente solleva la censura di violazione del diritto federale (LAMal [segnatamente l'art. 39] e OAMal [segnatamente gli art. 58a segg.]), oltre ai diritti costituzionali quali il diritto all'uguaglianza (art. 8 Cost.), il principio della proporzionalità (art. 5 Cost.), il divieto dell'arbitrio (art. 9 Cost.) ed il diritto di essere sentito (art. 29 Cost.). In sostanza, la decisione impugnata sarebbe arbitraria (incorrerebbe in un eccesso di potere d'apprezzamento) e si fonderebbe su un accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridi-

camente rilevanti. L'insorgente ha altresì precisato che oggetto del contendere non è il numero di posti letto attribuiti alle due Fondazioni (l'insorgente, proprietaria della Casa anziani Malcantonese, e la Fondazione Giuseppe Rossi, proprietaria dell'Ospedale Malcantonese), di per sé persone giuridiche distinte in sede di pianificazione ospedaliera, bensì la continuazione da parte sua dell'esercizio di prestazioni CAT, fermo restando che essa non ha mai formalmente rinunciato ai propri posti letto CAT. Peraltro, le prestazioni fornite quale istituto per anziani e le prestazioni CAT costituiscono due tipologie diverse di presa a carico del paziente. Ha inoltre indicato che se spetta certo al Cantone di decidere la suddivisione regionale dei letti CAT, lo stesso è comunque tenuto a rispettare i diritti fondamentali dei fornitori di prestazione e a non confondere – anche nell'ambito della determinazione del fabbisogno rispettivamente dell'attribuzione dei mandati – le diverse tipologie di fornitori di prestazioni e di prestazioni (p. es. RAMI e CAT).

**5.2** L'autorità inferiore fa valere che nel decreto legislativo del 29 novembre 2005 erano stati attribuiti: all'Ospedale Malcantonese di Castelrotto (gestito dalla Fondazione Giuseppe Rossi) 30 letti al reparto di medicina di base e 26 letti al reparto di psichiatria nonché alla Casa anziani Castelrotto (gestita dalla Fondazione Giovanni e Giuseppina Rossi) 105 letti, di cui 15 ad alto contenuto sanitario. In totale Ospedale e Casa anziani disponevano di 161 letti. Nell'ambito della pianificazione in oggetto (il 13 luglio 2011), il Consiglio di fondazione Giuseppe Rossi (Ospedale) avrebbe comunicato la sua volontà di riorientare la sua offerta di cure sul territorio. Nel contesto della pianificazione che ha determinato il decreto impugnato concernente l'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, all'Ospedale Malcantonese sono stati attribuiti 28 posti letto in psichiatria e 30 posti letto in istituti RAMI e alla Casa anziani 105 posti letto per prestazioni di casa per anziani. In totale, la Casa anziani e l'Ospedale dispongono, sulla base del decreto impugnato, di 163 posti letto, due in più rispetto alla situazione previgente, basata sul decreto del 29 novembre 2005. Non sarebbe pertanto dato di vedere come tale decreto possa venire considerato arbitrario o costitutivo di un eccesso del potere d'apprezzamento. La ricorrente sarebbe altresì sempre stata informata e chiamata a partecipare attivamente a tutte le fasi di procedura e le sarebbe stata spiegata in modo dettagliato la metodologia ritenuta per la pianificazione e i meccanismi che hanno condotto alla decisione litigiosa. Peraltro, i criteri scelti dal Gran Consiglio sarebbero coe-

renti e adeguati ai bisogni, rispetterebbero il principio della proporzionalità e rientrerebbero nel margine d'autonomia che deve essere riconosciuto alle autorità cantonali in materia di pianificazione ospedaliera. Il Consiglio di Stato ha altresì precisato che nell'ambito della pianificazione in oggetto, il 13 luglio 2011, il Consiglio di Fondazione Giuseppe Rossi (Ospedale) ha comunicato la sua volontà di riorientare la propria offerta di cure sul territorio, in particolare rinunciando all'esercizio dei posti letto (30) del reparto di medicina di base. Nel contesto della pianificazione che ha determinato il decreto impugnato, il Messaggio del Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino n. 6620 del 21 marzo 2012 sulla pianificazione delle case di cura (di seguito: Messaggio n. 6620) prevedeva certo il raddoppio dei posti letto CAT (da 15 a 30) presso la Casa anziani, ma alla base vi era la rinuncia all'esercizio dei 30 posti letto di medicina di base presso l'Ospedale. La proposta (del Consiglio di Stato di cui al Messaggio n. 6945 del 26 maggio 2014 concernente la pianificazione degli ospedali e delle case di cura, di seguito: Messaggio n. 6945) di istituire i nuovi istituti di cura, riunendo le prestazioni CAT e le prestazioni degli istituti con il solo mandato di medicina di base, attribuiva poi a Castelrotto 30 posti letto in totale, ex posti letto CAT compresi. Nell'ambito della decisione (della Commissione di pianificazione ospedaliera di cui al rapporto del 22 ottobre 2015) di mantenere separate le due tipologie (prestazioni di medicina di base e prestazioni CAT) all'Ospedale sono infine stati attribuiti 30 posti letto ridefiniti acuti di minore intensità (ma con un'intensità di cure maggiore rispetto ai CAT), che già comprendevano i posti letto CAT. Secondo il Consiglio di Stato, la rinuncia all'esercizio dei 15 posti letto CAT esistenti presso la Casa anziani è avvenuta tenendo conto anche della riqualifica dei 30 posti letto del reparto di medicina di base dell'Ospedale, che anche se formalmente di proprietà di un'altra Fondazione, è contiguo alla casa per anziani ed è diretto dal medesimo direttore. Peraltro, la trasformazione del reparto di medicina di base (dell'Ospedale) in RAMI assicura una presa a carico di pazienti stabili dimessi dagli ospedali, ma non ancora pronti per un rientro a domicilio, qualitativamente appropriata. Nei RAMI, contrariamente al CAT, è inoltre possibile ammettere pazienti provenienti direttamente dal domicilio. Il Consiglio di Stato ha inoltre precisato che, secondo il decreto legislativo impugnato del 15 dicembre 2015, non vi è stata alcuna modifica del numero di letti previsto nel comparto sub-acuto per Castelrotto. Non vi è stata in particolare alcuna soppressione del reparto CAT, ma è stata mantenuta la sua riqualifica a reparto acuto di minore entità.

**5.3** L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha sottolineato che i pazienti che non necessitano più, secondo l'indicazione medica, di trattamenti e di cure o di misure di riabilitazione medica in ambito ospedaliero, devono poter continuare la cura presso fornitori di prestazioni appropriati, in base all'indicazione medica. A tal fine, deve sussistere un sufficiente numero di posti letto di cura in rapporto al fabbisogno della popolazione. I Cantoni sono tenuti a fissare perlomeno un numero indicativo di posti letto di cura – per istituto o complessivamente come numero indicativo a livello cantonale – che corrisponda al fabbisogno attuale e futuro della popolazione residente. In presenza di un numero indicativo di posti letto di cura a livello cantonale, gli istituti possono estendere la propria offerta solo se è dimostrato che sussiste un fabbisogno supplementare o se altri istituti di cura riducono la loro offerta. Senza la fissazione di un numero di posti letto per istituto, non è possibile delimitare le capacità – e per conseguenza il numero di giorni di cura fatturati – attraverso la pianificazione. Peraltro, detto Ufficio ha evidenziato che nell'ambito di un'equa distribuzione dell'offerta sul territorio, il Cantone è competente per decidere in che misura ed in base a quali criteri i posti letto CAT dovrebbero essere situati nelle vicinanze del domicilio del paziente.

**6.** Conto tenuto delle diverse modifiche « di indirizzo » intervenute nell'ambito della pianificazione ospedaliera all'origine della decisione impugnata, appare opportuno rammentare brevemente alcune fasi della procedura.

**6.1** Nel Messaggio n. 6620 sulla pianificazione delle case di cura ([...]), era indicato che la prestazione per « soggiorno temporaneo e terapeutico » (STT), oltre ad includere le prestazioni degli allora reparti ACS delle case per anziani di Cevio, Castelrotto, Sonvico ed Arzo, comprendeva pure la prestazione per CAT. Il Messaggio proponeva in particolare un raddoppio dei posti letto CAT/STT (da 15 a 30) presso la Casa anziani Castelrotto (v. il Messaggio n. 6620 ([...])). I posti attribuiti alla Casa anziani Castelrotto sarebbero stati quindi 120, di cui 90 in casa anziani e 30 per soggiorno temporaneo e terapeutico ([...]). Nell'ambito della trattazione del messaggio, il Consiglio di Stato ha invitato a voler scorporare la tematica dei posti letto CAT/STT in quanto l'analisi dell'offerta di questa prestazione sarebbe stata ripresa nell'ambito della pianificazione ospedaliera ([...]). Il Messaggio n. 6620 è stato approvato dal Gran Consiglio il 23 settembre 2013, fatto salvo il capitolo « cure acute e transitorie », in particolare senza i 30 posti letto CAT della Casa anziani Castelrotto (v. il

rapporto del gennaio 2014 del Dipartimento della sanità e della socialità e della Commissione della pianificazione sanitaria relativo alla pianificazione ospedaliera e delle case di cura [... , pag. 73 e 77]).

**6.2**      Nel Messaggio n. 6945 è stata proposta la creazione degli « istituti di cura », nei quali sarebbero confluiti i posti letto degli ospedali acuti con il solo mandato di medicina di base (fra gli altri, i 30 posti letto dell'Ospedale Malcantonese di Castelrotto) ed i posti letto CAT esistenti e nuovi destinati a pazienti bisognosi di cure a bassa intensità medica, diagnostica e terapeutica, provenienti da un soggiorno ospedaliero acuto o direttamente dal domicilio, con una specifica dotazione di cure mediche, infermieristiche e terapeutiche. Il Messaggio n. 6945 segnalava che i 15 posti CAT/STT esistenti presso la Casa anziani Castelrotto sarebbero ritornati alla Casa per anziani (quali nuovi posti letto di casa per anziani). La Casa anziani Castelrotto sarebbe stata autorizzata per 105 posti letto, ricuperando quindi i 15 posti letto destinati nel 2011 all'esperienza CAT (v. il Messaggio n. 6945 [... , pag. 8, Tabella 1, e pag. 49]).

**6.3**      Con pre-rapporto del 22 gennaio 2015, la Commissione di pianificazione ospedaliera ha proposto di respingere la proposta di creare gli istituti di cura ([...] pag. 34).

**6.4**      Con osservazioni del 15 aprile 2015 relative al menzionato pre-rapporto, il Consiglio di Stato ha sottoposto due varianti: la prima riproponeva la trasformazione di 150 posti letto degli attuali ospedali con il solo mandato di medicina di base in istituti di cura che unitamente a 45 posti letto degli attuali CAT/STT (delle case per anziani di Cevio, Sonvico e Arzo) e ai nuovi 75 posti previsti sarebbero stati autorizzati secondo l'art. 39 cpv. 3 LAMal; la seconda variante contemplava la trasformazione di 150 posti letto degli ospedali con il solo mandato di medicina di base (fra gli altri, i 30 posti letto dell'Ospedale Malcantonese) in istituti di cura ed il mantenimento di 120 posti letto (45 posti letto CAT/STT esistenti [ossia i posti letto CAT delle case anziani di Cevio, Sonvico ed Arzo] e 75 nuovi posti letto previsti) quali letti dedicati alle CAT ([...] pag. 18).

**6.5**      Nel rapporto del 22 ottobre 2015, la Commissione della pianificazione ospedaliera ha proposto, invece, la realizzazione, da un lato, di 180 posti letto in reparti acuti di minore intensità (AMI) in strutture ospedaliere esistenti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal (di cui 30 posti letto all'Ospedale Malcantonese) e, dall'altro lato, di 90 posti letto CAT ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal (45 esistenti [15 ciascuno per Cevio, Sonvico e

Arzo] + 45 nuovi [fra cui 15 nuovi a Sonvico]). Peraltro, i posti letto CAT sono inseriti nella lista degli istituti per anziani ([...] pag. 38 e 68).

**6.6** Infine, nel decreto impugnato è stata effettuata una nuova modifica « di indirizzo » nel senso che, per quanto qui di rilievo, tra gli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal sono state fra l'altro inserite le strutture acute di minore intensità (RAMI) con 195 posti letto e le CAT, indicate separatamente dalle case per anziani anche se ivi inserite, con 90 posti letto.

**7.** Giova preliminarmente rilevare che la censura sollevata dalla ricorrente di violazione del suo diritto di essere sentita da parte dall'autorità cantonale può essere lasciata indecisa nel suo insieme, ritenuto che per i motivi che saranno esposti al considerando che segue, il ricorso va comunque accolto e il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 annullato nella misura in cui concerne la ricorrente. Per sovrabbondanza, può essere tutt'al più osservato che il 25 ottobre 2013 vi è stato un incontro fra rappresentanti della Divisione della salute pubblica e rappresentanti delle direzioni degli istituti per anziani, fra gli altri, il direttore della ricorrente, in cui è stata illustrata la proposta relativa agli istituti di cura e sostegno funzionale ([...]) e che il direttore dell'insorgente (peraltro sottoscrivendo quale rappresentante dell'Ospedale Malcantonese), in un questionario del 4 novembre 2013, ha certo dichiarato di approvare la distribuzione geografica territoriale (degli istituti di cura e sostegno funzionale), ma ha poi pure indicato che non riteneva adeguato attribuire la gestione degli istituti di cura anche/prevalentemente agli enti che gestiscono istituti nel settore somatico-acuto ([...]); inoltre, e per quanto di rilievo nell'ambito della presente procedura, non può essere sottaciuto che nell'ambito della pianificazione in esame degli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal, sono da annoverare diversi cambiamenti di « indirizzo » anche dopo novembre 2013, con un'ultima modifica di rilievo intervenuta nella seduta del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015 nella quale è stato adottato l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria (in tale contesto i RAMI [strutture acute a minore intensità] sono stati infine ricompresi negli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal, contrariamente a quanto previsto dal Messaggio del Consiglio di Stato che gli era stato sottoposto [istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal; cfr. sentenza del TAF C-2229/2016 del 25 febbraio 2019, in particolare consid. 10.4]).

**8.** Nel merito, l'oggetto del contendere è quello di sapere se a ragione o a torto la ricorrente non è più stata autorizzata a fornire le CAT di cui all'art. 25a cpv. 2 LAMal. Per i motivi che saranno esposti di seguito, la censura della ricorrente – secondo la quale la decisione impugnata che la concerne viola il diritto federale – è fondata. In sostanza né la determinazione del fabbisogno degli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria né l'esclusione della ricorrente dalla lista di fornitori di prestazioni di CAT giusta l'art. 25a cpv. 2 LAMal possono essere confermate.

### **8.1**

**8.1.1** Il Tribunale amministrativo federale rileva che la LAMal, per quanto di interesse nel caso di specie, prevede, da un lato, gli ospedali per la cura delle malattie somatiche acute (e delle malattie psichiche) e per la riabilitazione, ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal, le cui prestazioni sono remunerate tramite importi forfettari per caso basati sulla struttura tariffale SwissDRG, giusta l'art. 49 cpv. 1 LAMal. Dall'altro lato, contempla poi anche le case di cura, ove sono dispensate cure, assistenza medica e misure di riabilitazione a pazienti lungodegenti, ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal, per le cui spese l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale (art. 50 in combinazione con l'art. 25a LAMal).

**8.1.2** Inoltre, giusta l'art. 25a cpv. 2 LAMal, i costi delle CAT che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica, sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari. In virtù dell'art. 33 OAMal, il dipartimento designa, fra gli altri, le prestazioni di cui agli art. 25a cpv. 2 LAMal, non dispensate dai medici o dai chiropratici (lett. b), la procedura di valutazione dei bisogni di cure (lett. h) e il contributo alle cure previsto dall'art. 25a cpv. 1 e 4 LAMal, differenziato in funzione del bisogno di cure (lett. i). Secondo l'art. 7 cpv. 3 OPre, sono considerate prestazioni delle CAT ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal le prestazioni previste al cpv. 2, effettuate da persone e istituti di cui al cpv. 1 lett. a–c secondo la valutazione dei bisogni di cui al cpv. 2 lett. a e all'art. 8

dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale. Per l'art. 7 cpv. 1 OPre, sono considerate prestazioni ai sensi dell'art. 33 lett. b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al cpv. 2 lett. a e all'art. 8, previa prescrizione o mandato medico, (lett. a) da infermieri (art. 49 OAMal), (lett. b) da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal), (lett. c) in case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal). In particolare, sono considerate prestazioni delle CAT, ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal, la valutazione dei bisogni del paziente, i consigli al paziente, il coordinamento dei provvedimenti, gli esami e le cure, le cure di base, previsti al cpv. 2, effettuati da infermieri, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, in case di cura, secondo la valutazione dei bisogni di cui al cpv. 2 lett. a e all'art. 8, dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale (art. 7 cpv. 3 OPre). Secondo l'art. 7b cpv. 1 OPre, il Cantone di domicilio e gli assicuratori assumono i costi per le prestazioni delle CAT in funzione della loro quotaparte rispettiva. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento (art. 7b cpv. 1 terza frase OPre). Per l'art. 8 cpv. 2 OPre, la valutazione dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui vive, delle cure e dell'assistenza necessarie. La valutazione dei bisogni per le CAT si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme (art. 8 cpv. 3<sup>bis</sup> OPre). La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure. Il bisogno di cure stabilito dal medico equivale a una prescrizione o a un mandato medico (art. 8 cpv. 4 OPre). La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare (lett. b) sei mesi, per pazienti lungodegenti, (lett. c) due settimane, per pazienti che necessitano di CAT (art. 8 cpv. 6 OPre).

**8.1.3** Conseguentemente, il Tribunale amministrativo federale rileva che in virtù di tali disposizioni del diritto federale, le CAT sono cure dispensate ambulatorialmente (vuoi da infermieri [art. 49 OAMal] vuoi da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio [art. 51 OAMal]) o in una casa di cura (art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal). Contrariamente a quanto sembra suggerire – perlomeno da un profilo meramente formale – l'elenco degli istituti adottato dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino il 15 dicembre 2015, i CAT non sono una « nuova » categoria di fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma costituiscono esclusivamente delle prestazioni, neppure nuove, che possono essere erogate ambulatorialmente o segnatamente in una casa di cura per due settimane al mas-

simo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (GEBHARD EUGSTER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, 2<sup>a</sup> ed. 2018, art. 25a n. 4 e 5 con rinvii), non senza dimenticare che la pianificazione cantonale concerne esclusivamente le CAT offerte in ambito stazionario. Giova altresì rammentare che i fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria sono enumerati esaustivamente all'art. 35 cpv. 2 LAMal (cfr., sulla questione, DTF 135 V 237 consid. 4.2; 133 V 613 consid. 6.2; 126 V 330 consid. 1c con rinvii [cfr. altresì DTF 142 I 16 consid. 6 con rinvii sul principio della preminenza del diritto federale]), di modo che non è consentito ad un Cantone di creare nuovi fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria al di là di quelli menzionati nel citato articolo della legge federale, quand'anche sussistesse una volontà comune in tale senso da parte dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori nonché della competente autorità cantonale. Il Tribunale amministrativo federale ha già avuto modo di sottolineare con riferimento all'elenco del Cantone Ticino degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie adottato dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015, che la legislazione cantonale d'applicazione non può prevedere una nuova categoria di fornitori di prestazioni ibrida – nel caso specifico i RAMI (art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal) – a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria non prevista dalla legge federale (cfr. le sentenze del TAF C–2229/2016, segnatamente consid. 10.4.4, e C–1754/2016 del 26 febbraio 2019, in particolare consid. 10.4.4). Peraltro, con l'inserimento di tale nuova forma ibrida – contraria al diritto federale – che è il RAMI nell'elenco degli istituti, in questo caso ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal (RAMI che forniscono cure mediche stazionarie somatico-acute [che possono essere somministrate solo in un ospedale ai sensi del diritto federale] più specificatamente di medicina di base [sulla nozione indeterminata di medicina di base, cfr. le sentenze C–2229/2016 consid. 10.4.4 nonché C–1754/2016 consid. 10.4.4]), è stata influenzata la determinazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere nonché di prestazioni in case di cura (che in Ticino – in assenza di una specifica legislazione cantonale sulle case di cura – sono attualmente fornite dalle case per anziani) e di prestazioni CAT. In effetti, e per quanto qui di rilievo, l'attribuzione di specifici posti letto per le prestazioni CAT è – a torto – stata condizionata anche dall'attribuzione di posti letto RAMI, segnatamente di quelli attribuiti all'Ospedale Malcantonese. In altri termini, essendo stati

attribuiti a tale ospedale – sito nei pressi della casa per anziani qui ricorrente – 30 posti letto RAMI, l'autorità cantonale ha poi ritenuto di potere prescindere dall'inserire la ricorrente nel novero degli istituti suscettibili di fornire le prestazioni CAT, in sostanza semplicemente poiché il numero di posti letto tra i due istituti (Ospedale [con i posti letto RAMI] e Casa anziani [con i posti letto di casa per anziani]) rimaneva invariato. Siffatta confusione rispettivamente commistione di generi non può essere ammessa dal profilo della determinazione del fabbisogno neppure in considerazione dell'ampio margine di apprezzamento di cui gode l'autorità cantonale. La determinazione del fabbisogno per quanto attiene alle prestazioni CAT viola pertanto il diritto federale, la stessa risultando fra l'altro molto poco trasparente, conto tenuto anche delle ripetute modifiche di orientamento strategico intervenute durante la procedura di pianificazione cantonale, modifiche che appaiono suscettibili di avere originato della confusione nei vari attori coinvolti nella pianificazione « ospedaliera » cantonale. Ciò premesso, l'autorità cantonale non può certo giustificare il suo agire con il richiamo ad un preteso consenso della ricorrente quanto ad una dotazione per il settore sub- e post-acuto di 30 posti letto, stante altresì la nozione molto indeterminata di settore sub- e post-acuto nonché della già citata confusione e commistione di generici (per quanto qui di rilievo fra ACS, CAT, STT, RAMI), senza dimenticare che dalla lettera del 13 luglio 2011 dell'insorgente (o da quella del 4 novembre 2013 del direttore dell'Ospedale Malcantonese [anche direttore della ricorrente]) non risulta comunque in alcun modo una specifica rinuncia alle prestazioni CAT.

**8.1.4** Per conseguenza, a giusta ragione la ricorrente si duole dell'assenza di criteri oggettivi intelligibili e consistenti – per esempio in merito alla qualità delle prestazioni erogate, del personale impiegato o della struttura stessa – legittimanti la decisione di non più attribuirle le prestazioni CAT finora fornite. Non soccorre in tale ambito l'autorità cantonale neppure la generica presa di posizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica del 18 gennaio 2017 dalla quale risulta che secondo detto Ufficio la decisione impugnata è ancora tutelabile per il fatto che l'Ospedale Malcantonese dista soli 23 km dalla casa per anziani di Sonvico e che incombe al Cantone di decidere in che misura e sulla base di quali criteri i letti CAT debbano o meno trovarsi nelle vicinanze del domicilio del paziente. Tale argomentazione, richiamata anche nella duplice dal Consiglio di Stato del 22 febbraio 2017 come motivazione propria – a prescindere peraltro dal fatto che per quanto emerge dalle carte processuali messe a disposizione del Tribunale amministrativo federale, non risulta essere stata oggetto di una dettagliata

valutazione durante la procedura di pianificazione e poi nell'ambito della seduta del Gran Consiglio durante la quale è stato adottato l'elenco impugnato – nella sua genericità non è chiaramente idonea, di per sé, a giustificare la scelta operata dall'autorità cantonale. Basti qui rilevare che il Tribunale amministrativo federale ha già avuto modo di precisare che – secondo la legislazione in vigore – nell'ambito della pianificazione ospedaliera non è esclusa la fissazione di un limite quantitativo (vuoi di una concentrazione dell'offerta), peraltro anche in relazione a singole prestazioni (DTF 138 II 398 consid. 3, in particolare 3.3.3.5 e 3.4.2); ciò presuppone tuttavia l'effettuazione di una pianificazione ospedaliera conforme al diritto federale, segnatamente dal profilo della determinazione del fabbisogno nonché dell'esame dell'economicità e della qualità, rispettivamente una scelta di concentrazione che non incorra in un eccesso o in un abuso del potere d'apprezzamento (cfr. sentenze C-1754/2016 consid. 13.5.4 in fine con rinvii e C-2229/2016 consid. 13.5.4 in fine con rinvii). Tali condizioni non sono manifestamente adempite nel caso di specie, fermo restando che non è dato sapere per quale concreto motivo sarebbe legittimo, proporzionato, economico e rispettoso del criterio della qualità concentrare le prestazioni CAT della regione nella casa per anziani di Sonvico anche per le persone che dovessero provenire dall'Ospedale Malcantonese, allorquando già sussiste da diversi anni un'offerta CAT da parte della ricorrente. In effetti, l'autorità cantonale non si è mai espressa nell'ambito della procedura di pianificazione in oggetto sull'economicità o la qualità di tale offerta di prestazioni CAT da parte della ricorrente che anzi, in una prima fase della pianificazione, voleva persino aumentare. Ciò premesso, può essere lasciata indecisa la questione di sapere se, volendola introdurre, una limitazione delle prestazioni vada fatta in posti letto o attraverso un contenimento quantitativo dei trattamenti.

**8.2** Stante le succitate lacune della procedura di pianificazione cantonale, non è consentito al Tribunale amministrativo federale di rendere una decisione in riforma.

**8.3** Da quanto esposto, discende che il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 incorre nell'annullamento nella misura in cui concerne la ricorrente e gli atti di causa sono rinviati all'autorità cantonale affinché proceda ad effettuare una pianificazione ospedaliera conforme al diritto federale ai sensi dei considerandi ed emani una nuova decisione.

**8.4** Ciò premesso, con l'annullamento dell'elenco ospedaliero 2015/2016, la ricorrente è autorizzata ad esercitare i mandati di prestazione

secondo l'elenco del decreto legislativo del 29 novembre 2005. Per ogni ulteriore incombenza in merito, la ricorrente dovrà rivolgersi all'autorità cantonale competente.

**9.**

**9.1** Di regola, secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono poste a carico della parte che soccombe, fermo restando che, secondo l'art. 63 cpv. 2 PA, nessuna spesa processuale è messa a carico dell'autorità inferiore. Visto l'esito della causa, l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 5 000.– versato dalla ricorrente il 22 aprile 2016, sarà restituito a quest'ultima, vincente in causa, mediante versamento sul conto che la stessa indicherà al Tribunale amministrativo federale.

**9.2** In virtù dell'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può, d'ufficio o a domanda, assegnare alla ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (v. anche art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Ritenuto che la ricorrente, integralmente vincente in causa (visto altresì che il rinvio della causa all'autorità cantonale per completamento istruttorio ai sensi dei considerandi equivalente a un pieno successo di causa [DTF 132 V 215 consid. 6.2]), è rappresentata in questa sede, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili. La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) complessivamente in fr. 10 000.–, disborsi ed imposta sul valore aggiunto compresi (v. art. 1 cpv. 2 lett. a in combinazione con l'art. 8 cpv. 1 e gli art. 18 cpv. 1 e 25 cpv. 1 della legge sull'IVA [LIVA, RS 641.20]), tenuto conto dell'ampiezza dell'incarto di causa, delle difficoltà della stessa e del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante dell'insorgente (cfr., sull'ammontare delle ripetibili, per analogia, le sentenze C-2229/2016 consid. 16.2.2 e C-1754/2016 consid. 17.2.2 con rinvio). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'autorità cantonale.

**10.** Il ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale contro le decisioni in materia di assicurazione malattie, pronunciate dal Tribunale amministrativo federale in virtù dell'art. 33 lett. i LTAF in combinazione con gli art. 53 cpv. 1 e 90a cpv. 2 LAMal, è inammissibile, giusta l'art. 83 lett. r LTF. Pertanto, il presente giudizio è definitivo.