



Sentenza del 22 maggio 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli e Viktoria Helfenstein,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

**Ricovero Malcantonese Fondazione Giovanni e
Giuseppina Rossi,**
rappresentato dall'avv. Bruno Cereghetti,
ricorrente,

contro

Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino,
rappresentato dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione malattie; elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (decreto legislativo del Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016).

Fatti:**A.**

Il Ricovero Malcantonese Fondazione Giovanni e Giuseppina Rossi (in seguito: Casa anziani Castelrotto, interessata o ricorrente) è una fondazione, iscritta al registro di commercio del Cantone Ticino il 12 ottobre 1943, avente quale scopo la creazione e la gestione di un ricovero per le persone anziane (estratto online del registro di commercio del Cantone Ticino; doc. B).

B.

Con decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria, il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino (in seguito, Gran Consiglio) ha a suo tempo assegnato alla Casa anziani Castelrotto 105 posti letto, di cui 15 ad alto contenuto sanitario (ACS), quale istituto per anziani (allegato 1).

C.

Dal 1° gennaio 2011, in seguito all'introduzione della nuova prestazione per "cure acute e transitorie" (CAT) a livello federale, la nuova denominazione STT (soggiorno temporaneo terapeutico) prevista dal Messaggio no. 6390, oltre a includere le prestazioni dei reparti ex-ACS erogate dalle strutture per anziani di Cevio, Castelrotto, Sonvico e Arzo, comprende pure la nuova prestazione CAT (cfr. Messaggio n. 6620 del Consiglio di Stato "Aggiornamento della pianificazione ospedaliera secondo l'art. 39 LAMal – parte pianificazione case di cura – del 21 marzo 2012 [allegato 9 pag. 4]). Le prestazioni offerte in questi reparti erano così definite: Cure acute transitorie per i pazienti provenienti da un ospedale e che alla fine di un soggiorno massimo di 14 giorni rientrano a domicilio (o in una casa per anziani); Soggiorni Temporanei Terapeutici dopo la prima fase di cura CAT per ulteriori 14 giorni al massimo; Soggiorni Temporanei Terapeutici per i pazienti che provengono direttamente dal domicilio e che possono rimanere ricoverati fino a 28 giorni (Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'art. 39 LAMal del gennaio 2014 [allegato 45 pag. 79]).

D.

Con decreto legislativo del 15 dicembre 2015 (pubblicato nel Foglio ufficiale del Cantone Ticino [FU] n. 101-102 del 22 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 e degli art. 63 e segg. LCAMal (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 [v. art. 1 e 2 del decreto legislativo]).

E.

Il 18 dicembre 2015, la Divisione della salute pubblica del Dipartimento della sanità e della socialità ha indirizzato uno scritto ai Consigli di Fondazione dell'Ospedale di Castelrotto nonché della Casa anziani Castelrotto (quest'ultima qui ricorrente). Nello stesso è espressa sorpresa per il fatto che siano stati chiesti chiarimenti in merito alla destinazione dei 15 letti CAT/STT attualmente in esercizio nella Casa anziani Castelrotto, non più attribuiti con il decreto legislativo del 15 dicembre 2015, dal momento che si riteneva che tale pianificazione fosse condivisa (seguono diverse spiegazioni in merito alla procedura di pianificazione).

F.

Con sentenza del 29 febbraio 2016, il Tribunale amministrativo federale, constatato che il decreto legislativo del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015 non era (ancora) stato pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi del Cantone Ticino (BU) e non produceva pertanto (ancora) effetti giuridici, non è entrato nel merito del ricorso presentato il 20 gennaio 2016 dalla Casa anziani Castelrotto contro il decreto legislativo concernente l'elenco ospedaliero (sentenza del TAF C-425/2016 del 29 febbraio 2016).

G.

L'8 marzo 2016, il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino (in seguito, Consiglio di Stato) ha ordinato la pubblicazione del decreto legislativo del 15 dicembre 2015 concernente l'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione contro le malattie nel Bollettino ufficiale e ne ha fissato l'entrata in vigore al 15 marzo 2016. 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 cure acute e transitorie ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal (BU n. 12 dell'11 marzo 2016; doc. C).

H.

Il 6 aprile 2016, la Casa anziani Castelrotto ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro il decreto legislativo del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016 concernente l'elenco degli

istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione contro le malattie 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 Fondazione ricorrente. Subordinatamente, ha postulato il rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per nuova decisione, nella misura in cui questo Tribunale ritenesse di non potere decidere in prima istanza circa il mantenimento di 15 posti letto CAT esistenti presso la struttura di proprietà della Fondazione ricorrente (doc. TAF 1).

I.

I.a Con decisione incidentale del 18 aprile 2016 (doc. TAF 2), questo Tribunale ha constatato che il ricorso ha effetto sospensivo per quanto concerne la ricorrente, nel senso che, durante la procedura ricorsuale, la stessa è autorizzata ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i mandati di prestazione conferiti dal decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria. Con indicazione sul sito internet del Dipartimento della sanità e della socialità e mediante pubblicazione nel Bollettino ufficiale delle leggi (BU n. 22 del 13 maggio 2016), il Consiglio di Stato ha dato pubblica notorietà della decisione incidentale del Tribunale amministrativo federale del 18 aprile 2016.

I.b Il 22 aprile 2016, la ricorrente ha versato un anticipo sulle presumibili spese processuali di fr. 5'000.- (doc. TAF 2 a 5).

J.

Nella risposta al ricorso del 13 giugno 2016, il Consiglio di Stato, a nome e per conto del Gran Consiglio, ha proposto la reiezione del gravame (doc. TAF 8).

K.

Con replica del 6 settembre 2016, la ricorrente si è riconfermata integralmente nelle censure e nel petitum di cui all'atto ricorsuale del 6 aprile 2016 (doc. TAF 13).

L.

Nella presa di posizione del 18 gennaio 2017, l'Ufficio federale della sanità pubblica (in seguito, UFSP) ha proposto di respingere il ricorso presentato dalla ricorrente (doc. TAF 17).

M.

Nella duplice del 22 febbraio 2017, il Consiglio di Stato propone nuovamente il respingimento del ricorso. Ha fra l'altro rinviato alle due conclusioni cui è giunto l'UFSP (la distanza tra Castelrotto e Sonvico non deve essere assunta a parametro per giudicare la prossimità; spetta al Cantone decidere sulla base di quali criteri determinare la vicinanza dei CAT al domicilio dei pazienti [doc. TAF 19]).

N.

Con osservazioni del 28 marzo 2017, la ricorrente si è confermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 6 aprile 2016 e si è doluta in particolare del contenuto carente e superficiale della presa di posizione dell'UFSP (doc. TAF 22).

O.

Dette osservazioni sono poi state trasmesse all'autorità inferiore per conoscenza con provvedimento del 3 aprile 2017 (doc. TAF 23).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF) rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

1.2

1.2.1 La procedura di ricorso è disciplinata dalla LTAF e dalla PA, per rinvio dell'art. 53 cpv. 2 LAMal, fatte salve le eccezioni enunciate alle lettere a) ad e) del menzionato capoverso.

1.2.2 L'art. 90a cpv. 2 LAMal (RS 832.10) prevede che il Tribunale amministrativo federale giudica i ricorsi contro le decisioni del governo cantonale secondo l'art. 53 LAMal. In virtù dell'art. 53 cpv. 1 LAMal, contro le decisioni del governo cantonale concernenti, fra l'altro, l'elenco degli ospedali e delle case di cura autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ai sensi dell'art. 39 LAMal, può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale (DTAF 2012/9 consid. 1.2).

1.2.3 La pianificazione ospedaliera è compito del Cantone (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal; DTAF 2012/9 consid. 1.2.1). Questo Tribunale ha stabilito che

l'art. 39 LAMal non prescrive ai Cantoni quale autorità è competente per effettuare la pianificazione ospedaliera e per adottare l'elenco degli ospedali (DTAF 2012/9 consid. 1.2.3.2). Qualora il diritto cantonale designa quale autorità competente non il governo cantonale, ma un'altra autorità cantonale od intercantonale, queste decisioni rientrano nel campo d'applicazione dell'art. 53 LAMal, anche se quest'ultimo articolo menziona soltanto le decisioni del governo cantonale (DTF 141 V 361 nonché relativi riferimenti; DTAF 2012/9 consid. 1.2.3.3 e 1.2.3.4; sentenza del TAF C- 4168/2014 del 23 ottobre 2014 consid. 1.3).

1.2.4

1.2.4.1 In virtù segnatamente dell'art. 63c cpv. 1 e 2 della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal; RL/TI 853.100), il Cantone riporta nell'elenco degli ospedali e delle case di cura, ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e) e cpv. 3 LAMal, gli istituti cantonali ed extracantonali necessari ad assicurare l'offerta intesa a coprire il fabbisogno di cure ed attribuisce un mandato di prestazioni agli istituti che figurano sull'elenco. Secondo gli art. 64 e 65 LCAMal, il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione, e trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio. Il Gran Consiglio, sulla base di un rapporto commissionale, approva o respinge o modifica la pianificazione ospedaliera, sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze (art. 65 LCAMal).

1.2.4.2 Secondo l'art. 66 cpv. 1 LCAMal, la revisione della pianificazione avviene secondo la periodicità prevista dalla legislazione federale. Il Consiglio di Stato verifica se è necessario un aggiornamento della pianificazione e se del caso applica la medesima procedura prevista per l'adozione (art. 66 cpv. 2 LCAMal). Revisioni di minore entità sono di competenza del Consiglio di Stato (art. 66 cpv. 3 LCAMal).

1.2.4.3 Questo Tribunale ha altresì stabilito che, mediante l'elenco degli ospedali, è attribuito un mandato di prestazioni individuale ad ogni ospedale che figura sull'elenco (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal nonché art. 58e cpv. 2 e 3 OAMal [RS 832.102]).

1.2.5 Il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 concernente l'elenco degli ospedali è stato adottato dal Gran Consiglio del Cantone Ticino in applicazione dell'art. 39 cpv. 1 e cpv. 3 LAMal in relazione con gli art. 63 e segg. LCAMal. Questo Tribunale è pertanto competente ad esaminare il presente ricorso contro il menzionato decreto legislativo del Gran Consiglio concernente l'elenco ospedaliero (art. 53 cpv. 1 LAMal in combinazione con l'art. 90a cpv. 2 LAMal).

1.3 La ricorrente ha partecipato alla procedura di pianificazione ospedaliera dinanzi all'autorità inferiore, quale destinataria è particolarmente toccata dal menzionato decreto legislativo del Gran Consiglio ed in questo ambito ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica del menzionato decreto. Per conseguenza, l'insorgente è legittimata a ricorrere nel caso in esame (art. 48 PA). Il ricorso è stato interposto tempestivamente e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 50 e 52 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine accordato (art. 63 cpv. 4 PA). Pertanto, il ricorso è ammissibile (sentenza del TAF C-5603/2017 del 14 settembre 2018 consid. 2).

1.4

1.4.1 L'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati (DTF 125 V 413 consid. 2a). L'oggetto litigioso configura, per contro, il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato quale tema processuale dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza; DTF 125 V 143 consid. 2a). Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati nella decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso. È tuttavia possibile estendere il potere di esame all'oggetto impugnato quando vi è un legame intrinseco tra i punti non contestati e l'oggetto della lite (DTF 122 V 36 consid. 2a). Un'eventuale estensione dell'oggetto litigioso ad una questione non contemplata nella decisione impugnata può avvenire solo eccezionalmente e a determinate condizioni (v., sulla questione, DTF 122 V 34 consid. 2a; cfr. pure sentenza del TAF C-5603/2017 consid. 3.1 con rinvii).

1.4.2 Secondo giurisprudenza, l'elenco ospedaliero è un istituto sui generis che consiste in una serie di decisioni individuali (DTAF 2013/45 consid. 1.1.1; 2012/9 consid. 3.2.6; v. pure sentenza del TAF C-5603/2017 consid. 3.2).

1.4.3 Sempre secondo giurisprudenza, oggetto del ricorso interposto da un ospedale non può essere l'elenco ospedaliero in quanto tale (DTAF 2014/4 consid. 3.1), ma solo la decisione che disciplina il rapporto giuridico concernente l'ospedale medesimo. Le altre decisioni di un elenco ospedaliero che non sono state impugnate dai rispettivi fornitori di prestazione direttamente toccati crescono in giudicato (DTAF 2012/9 consid. 3.3). Per conseguenza, un ospedale non ha alcun interesse degno di protezione a rivendicare l'esclusione di un'altra clinica dall'elenco ospedaliero o ad ottenere la riduzione del mandato di prestazioni di quest'ultima. Non ha inoltre alcun diritto di ricorrere contro una decisione positiva riguardante un altro fornitore di prestazioni (DTAF 2012/9 consid. 4.3.2). L'oggetto litigioso nella presente procedura è la conformità al diritto federale del decreto legislativo del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016 riferito alla ricorrente, fermo restando che l'oggetto litigioso è esteso a tutti quegli aspetti della decisione impugnata che, quand'anche non esplicitamente contestati, sono in un legame intrinseco con l'oggetto impugnato. Infine, può ancora essere rilevato che un istituto non ha altresì un diritto assoluto/incondizionato di figurare nell'elenco ospedaliero (sentenza del TAF C-4232/2014 del 26 aprile 2016 consid. 5.4.2).

2.

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2). Per l'adozione dell'elenco degli ospedali e delle case di cura, ai sensi dell'art. 39 LAMal, con effetto al 15 marzo 2016, sono applicabili la LAMal e la relativa ordinanza d'esecuzione, l'OAMal, nella versione in vigore nel marzo 2016. Per conseguenza, l'art. 39 cpv. 1 lett. f LAMal relativo ad una delle condizioni che devono adempiere, per analogia, le case di cura per poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, entrato in vigore il 15 aprile 2017 (RU 2017 2201), non è applicabile al caso concreto.

3.

3.1 Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dalla ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTAF 2013/46 consid. 3.2; sentenza del TAF C-4232/2014 consid. 1.6).

3.2 Nell'ambito del ricorso in esame – interposto dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro una decisione concernente l'elenco degli ospedali e delle case di cura, ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 e cpv. 3 LAMal – possono essere invocati una violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, oppure un accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti (art. 49 PA in relazione con l'art. 53 cpv. 2 lett. e LAMal). Per contro, e in tale ambito, il Tribunale amministrativo federale non può effettuare alcun controllo dell'adeguatezza della decisione impugnata.

3.3 Quando esamina una decisione concernente l'elenco ospedaliero, il Tribunale amministrativo federale deve pertanto limitarsi a esaminare se la decisione impugnata è conforme al diritto federale, compreso se l'autorità inferiore ha ecceduto il proprio potere di apprezzamento o ne ha abusato. Questo Tribunale deve altresì stabilire se i fatti rilevanti sono stati accertati in modo esatto e completo (sentenza del TAF C-401/2012 del 28 gennaio 2014 consid. 3.1).

3.4 Nell'elaborazione della pianificazione ospedaliera e dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, il cantone dispone di un ampio potere di apprezzamento. Nell'ambito del proprio potere di apprezzamento, l'autorità può prendere, o meno, una decisione, può scegliere tra più soluzioni idonee quella ritenuta più opportuna oppure può scegliere tra diversi provvedimenti. Pur rimanendo nell'ambito del proprio potere di apprezzamento, e dunque rispettando il diritto, è altresì possibile che l'autorità abbia adottato una decisione che non risulta essere la migliore. La decisione appare allora inappropriata alle circostanze poiché un'altra decisione sarebbe stata più idonea, in altri termini più opportuna. Tuttavia, il Tribunale amministrativo federale non può effettuare alcun controllo dell'adeguatezza della decisione impugnata nella misura in cui rispetti il diritto. Per contro, quando un'autorità eccede o abusa del proprio potere di apprezzamento, si considera che la stessa abbia agito in violazione del diritto. Un abuso del potere di apprezzamento si verifica se l'autorità, pur rispettando i limiti di tale suo potere si lascia guidare da considerazioni non pertinenti, estranee allo scopo della normativa applicabile oppure viola i principi generali del diritto, quali in particolare il divieto di arbitrio e della parità di trattamento nonché le regole della buona fede e della proporzionalità. Commette un eccesso positivo del proprio potere di apprezzamento, l'autorità che esercita il suo apprezzamento quando invece la legge lo esclude o che, anziché scegliere fra due soluzioni sostenibili, ne adotti una terza. Vi è ugualmente un eccesso del potere di apprezzamento nel caso in cui esso è negativo, ossia se l'autorità si

reputa vincolata quando invece la legge l'autorizza a statuire secondo il proprio apprezzamento oppure se rinuncia in tutto o in parte a esercitare il suo potere di apprezzamento (DTF 137 V 71 consid. 5.1; sentenze del TAF C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 consid. 3.4 [destinata alla pubblicazione] e C-401/2012 consid. 3.2).

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 giusta gli articoli 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 del presente giudizio).

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 2010/5 consid. 4.1). Gli art. 58a-e OAMal 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^{ter} LAMal, il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Fondandosi sull'art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal, il Consiglio federale ha disciplinato agli art. 58a a 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

articoli 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 articoli 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 ambulatoriamente 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 cure acute e transitorie 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 DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre; RS 832.112.31).

5.

5.1 La ricorrente si è doluta del fatto di essere stata esclusa, dopo anni di apprezzata attività, in assenza peraltro di qualsivoglia motivazione intelligibile, dall'elenco dei fornitori di cure acute e transitorie (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 e 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 giuridicamente 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 (per esempio RAMI e CAT).

5.2 L'autorità inferiore fa valere che nel decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria 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 Malcantone 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 coerenti 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 no. 6620 del marzo 2012 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 no. 6945 del maggio 2014) 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 reparto acuto di minore intensità (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'UFAS 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 del Consiglio di Stato no. 6620 del 21 marzo 2012 sulla pianificazione delle case di cura (allegato 9), era indicato che la prestazione per “soggiorno temporaneo e terapeutico” (STT), oltre ad includere le prestazioni degli allora reparti ad alto contenuto sanitario (ACS) delle case per anziani di Cevio, Castelrotto, Sonvico ed Arzo, comprendeva pure

la prestazione per cure acute e transitorie (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 no. 6620 [allegato 9 pag. 4]). I posti attribuiti alla Casa anziani Castelrotto sarebbero stati quindi 120, di cui 90 in casa anziani e 30 per soggiorno temporaneo e terapeutico (v. allegato 7, Tabella 1). 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 (allegato 18). Il Messaggio no. 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 della Commissione della pianificazione sanitaria e del Dipartimento della sanità e della socialità relativo alla pianificazione ospedaliera e delle case di cura [allegato 45, pag. 73 e 77]).

6.2 Nel Messaggio del Consiglio di Stato n. 6945 del 26 maggio 2014 concernente la pianificazione degli ospedali e delle case di cura, 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 no. 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 no. 6945 [allegato 47, 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 (allegato 57, 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 cure acute e transitorie (allegato 65 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 (allegato 70 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 cure acute e transitorie 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 2015/15 marzo 2016 del Gran Consiglio 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 (allegati 33, 35 e 36) 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 (allegato 37); 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, sentenza consultabile sul sito internet del TAF}]).

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 cure acute e transitorie 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 cure acute e transitorie giusta l'art. 25a cpv. 2 LAMal possono essere confermate.

8.1

8.1.1 Questo Tribunale 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 LAMal in combinazione con l'art. 25a LAMal).

8.1.2 Inoltre, giusta l'art. 25a cpv. 2 LAMal, i costi delle cure acute e transitorie 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 cure acute e transitorie 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 cure acute e transitorie, 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 cure acute e transitorie 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 cure acute e transitorie si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme (art. 8 cpv. 3^{bis} 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 cure acute e transitorie (art. 8 cpv. 6 OPre).

8.1.3 Conseguentemente, questo Tribunale rileva che in virtù di tali disposizioni del diritto federale, le cure acute e transitorie 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 del 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 un casa di cura per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2018, art. 25a n. 4 e 5 con rinvii), non senza dimenticare che la pianificazione cantonale concerne esclusivamente le cure acute e transitorie 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 e 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 prestazione 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. Questo Tribunale 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 2015/15 marzo 2016, 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 C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 [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

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 di questo Tribunale, 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 questo Tribunale 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 del TAF C-1754/2016 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 a questo Tribunale di rendere una decisione in riforma.

8.3 Da quanto esposto, discende che il decreto legislativo del Gran Consiglio del Cantone Ticino del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016 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 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 a questo Tribunale.

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 equivale 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 correlazione con l'art. 8 cpv. 1 e gli art. 18 cpv. 1 e 25 cpv. 1 della legge federale del 12 giugno 2009 concernente l'imposta sul valore aggiunto [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 del TAF 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.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che il decreto legislativo del Gran Consiglio del Cantone Ticino del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016 è annullato nella misura in cui concerne la ricorrente. In tale misura, gli atti di causa sono rinviati all'autorità cantonale affinché proceda ad effettuare una pianificazione ospedaliera conforme al diritto federale e si pronunci nuovamente ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese di fr. 5'000.-, corrisposto il 22 aprile 2016, sarà restituito alla ricorrente.

3.

L'autorità inferiore rifonderà alla ricorrente fr. 10'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Atto giudiziario; allegato: formulario "indirizzo per il pagamento")
- autorità inferiore (n. di rif. BU 12/2016 135; Atto giudiziario)
- Ufficio federale della sanità pubblica (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Data di spedizione: