

BVGer C-2131/2016 vom 22. Mai 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2131_2016

FR: TAF C-2131/2016 du 22 mai 2019

IT: TAF C-2131/2016 del 22 maggio 2019

Regeste

Autorizzazione di case di cura

Erwägungen

E. 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.

E. 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).

E. 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. 3bis 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).

E. 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.

E. 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, allorché 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.

E. 8.2

Stante le succitate lacune della procedura di pianificazione cantonale, non è consentito a questo Tribunale di rendere una decisione in riforma.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.-, disborso 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.

E. 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)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.