

TI_GERICHTE 36.2019.3 vom 10. September 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-09-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.3

FR: TI_GERICHTE 36.2019.3 du 10 septembre 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.3 del 10 settembre 2019

Erwägungen

E. 50

chiesto in caso di ricovero CAT (doc. XXXIV).

Per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294).

Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V164 consid.2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b).

In concreto il TCA può pronunciarsi esclusivamente sul tema oggetto della decisione su opposizione impugnata, ossia stabilire se il conteggio delle prestazioni per complessivi fr. 1'949.55 emesso in seguito alla degenza dal 3 al 18 aprile 2018 presso il RAMI dell'Ospedale _____ di _____ e quello relativo alle analisi di laboratorio (fr. 57.60) per il trattamento del 4 aprile 2018 dell'_____ (cfr. doc. 6) è conforme alla LAMal. Qualsiasi altra censura che esula dall'oggetto del contendere è irricevibile.

nel merito

Con Messaggio no. 6945 del 26 maggio 2014, il Consiglio di Stato ha sottoposto all'esame del Gran Consiglio il Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti ospedalieri (cfr. consid. 6.8 della sentenza C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 del TAF).

Con rapporto no. 6945R1-6945A R1 del 30 novembre 2015, la Commissione speciale pianificazione ospedaliera ha invitato il Gran Consiglio ad approvare il decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (consid. 6.11 sentenza C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 del TAF).

Il 15 dicembre 2015, il Gran Consiglio ha approvato il nuovo elenco ospedaliero (consid. 6.11 sentenza C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 del TAF).

Nella sentenza C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 il Tribunale amministrativo federale al consid. 10.3 ha rammentato che:

(.).

A prescindere da ciò, la determinazione del fabbisogno di cui al rapporto sul fabbisogno del mese di agosto 2012 non convince, non tanto perché esso si discosta dal modello di Zurigo ■ ciò che di principio non è censurabile in quanto tale, detto modello non essendo di per sé vincolante (sentenza del TAF C-5017/2015 consid. 7.4) ■ ma perché è incompatibile con l'art. 39 LAMal in combinazione segnatamente con gli art. 58b cpv. 1 e 58c OAMal.

In effetti, nel rapporto sul fabbisogno di agosto 2012, partendo dalla constatazione che nel 2010 sussistevano in Ticino dei tassi di ospedalizzazione con scostamenti di un certo rilievo rispetto alla media Svizzera e del Cantone Zurigo, è stata effettuata una verifica per quattro gruppi di prestazioni (cure di base, otorinolaringoiatria, cardiologia e cardiocirurgia nonché chirurgia ortopedica [non essendo possibile e non rientrando nelle finalità delle verifiche, secondo le risultanze del rapporto sul fabbisogno, compiere un'analisi sistematica di tutti i ricoveri registrati]), ed è poi stato concluso che i dati dei gruppi di prestazioni otorinolaringoiatria, cardiologia e cardiocirurgia nonché chirurgia ortopedica, nonostante gli importanti scostamenti con la media Svizzera e del Cantone Zurigo, non giustificavano di essere revisionati, ma che per contro, sui 5'285 casi analizzati nelle cure di base (o meglio nella medicina di base e nella chirurgia interna), 3'499 casi andavano scorporati dal settore somatico-acuto e nuovamente attribuiti ai settori della riabilitazione (480 casi), della psichiatria (68 casi) rispettivamente alla nuova tipologia CAT/STT (per cure acute transitorie/soggiorni terapeutici temporanei) (2'951 casi), quest'ultima tipologia, ossia CAT/STT, essendo poi stata successivamente inglobata, almeno in parte nei RAMI (reparti acuti a minore intensità [art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal]). Senonché, da un lato, non è dato di sapere con la necessaria precisione e trasparenza i dati e motivi che hanno indotto allo scorporo di 3'499 casi (480 + 68 + 2'951) dal settore delle cure somatico-acute. Al riguardo i dati e i motivi del rapporto sul fabbisogno dell'agosto 2012 sono sostanzialmente troppo generici e non consentono una qualsivoglia verifica seria dei risultati cui si è giunti nel rapporto medesimo (cfr. rapporto, pag. 25 a 31, segnatamente pag. 28). Non risulta dunque possibile di concludere che sotto questo profilo la determinazione del fabbisogno sia la risultanza di una procedura trasparente e che si basa su dati statistici fondati ai sensi dell'art. 58b cpv. 1 OAMal. Peraltro, in Ticino anche secondo il rapporto sul fabbisogno del settore somaticoacuto qui in esame il tasso di ospedalizzazione nel settore della medicina di base resta comunque superiore del 18% rispetto a quello del Cantone Zurigo (cfr. rapporto, pag. 28), anche dopo il summenzionato scorporo di 3'499 casi dal settore somatico-acuto, ciò che fa apparire la metodologia di questa analisi comunque come certamente incompleta. Dall'altro lato, la previsione sul fabbisogno di cure per i 2'951 casi dapprima classificati CAT/STT (di 185 posti letto) nonché di ulteriori casi che potrebbero in futuro usufruire di queste cure (di una cinquantina di posti letto) è stato fatto di principio nel rapporto sull'aggiornamento della pianificazione ospedaliera del gennaio 2014 per un totale di almeno 250 posti letto (allegato 52, pag. 78). Ora, a prescindere dalla relativa imprecisione dei dati e della determinazione del fabbisogno in posti letto di cui al citato rapporto d'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, già di per sé in contrasto con i dettami dell'art. 58b cpv. 1 OAMal, va rilevato che ancora in sede di seduta del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015 giorno in cui il Gran Consiglio medesimo ha poi adottato, fra l'altro, l'elenco degli istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal nonché dell'art. 39 cpv. 3 LAMal il fabbisogno in posti letto per i casi CAT/STT (STT poi divenuti RAMI) è stato nuovamente emendato e aumentato rispetto al Messaggio del Consiglio di Stato sottoposto al Gran Consiglio (cfr. estratto del verbale del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015, allegato 37, in particolare pag. 23, 58 e 88). Questo modo di procedere fondato altresì sulla presa in considerazione di motivi peraltro almeno in parte diversi da quelli che avevano fondato la determinazione del fabbisogno di cui al Messaggio governativo pure esso non rispetta il principio della determinazione del fabbisogno nell'ambito della pianificazione ospedaliera secondo una procedura trasparente e basata su confronti e dati fondati (art. 58b cpv. 1 OAMal), poiché

manca un'analisi approfondita dei relativi generici dati e della pertinenza degli stessi nel contesto di una pianificazione ospedaliera rispettosa del diritto federale.

2.13. Per quanto concerne più specificatamente l'iter legislativo che ha portato all'adozione dei RAMI ed al loro inserimento nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 3 LAMal, va rammentato che con Messaggio no. 6945 del 26 maggio 2014, relativo all'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e parte pianificazione case di cura, 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal) ■ Legge sugli istituti di cura ■ Modifica della Legge sull'_____ (_____) ■ Rapporto sull'iniziativa popolare generica Giù le mani dagli ospedali, il Consiglio di Stato ha sottoposto all'esame del Gran Consiglio il Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti ospedalieri, elaborando una nuova base legale ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal chiamata ■ Legge sugli istituti di cura■ (cfr. anche doc. XX, pag. 3). Lo scopo era quello di riunire sotto questo unico concetto e riferimento legislativo parte degli istituti di medicina di base e i reparti di cure acute e transitorie (CAT; cfr. doc. XX). Le cure erogate dagli istituti di cura avrebbero permesso il recupero dell'autonomia e il rientro a domicilio dopo un soggiorno stimato in media di tre settimane del paziente proveniente dall'ospedale somatico-acuto (continuazione delle cure) o direttamente dal domicilio.

L'Esecutivo intendeva trasformare una parte dell'offerta ospedaliera in istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, (cfr. pag. 36 e seguenti del Messaggio n. 6945):

Con rapporto no. 6945R1-6945A R1 del 30 novembre 2015, la Commissione speciale pianificazione ospedaliera, dopo un'articolata disamina della situazione (cfr. pag. da 23 a 34), ha invece proposto di non adottare il progetto di legge sugli istituti di cura e di mantenere nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 1 LAMal i letti di medicina di base, definendoli quali reparti acuti di minore intensità (RAMI), collocati in una struttura ospedaliera e di principio remunerati con forfait a giornata in sostituzione della tariffa DRG, inapplicabile vista la tipologia dei pazienti (pag. 37):

Il 30 novembre 2015 è stata inoltrata una proposta di emendamento al Rapporto di maggioranza della CPO del 30 novembre 2015 (pag. 16 delle osservazioni del 15 dicembre 2015 del Consiglio di Stato agli emendamenti proposti al rapporto di maggioranza sui Messaggi 6945 e 6945A del 26 maggio 2014; cfr. doc. H), tramite la quale i reparti RAMI sono stati inseriti nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 3 LAMal. L'emendamento è stato condiviso anche dal Consiglio di Stato, salvo laddove proponeva l'aumento dei letti in psichiatria (cfr. pag. 30 delle citate osservazioni: ■[] si condivide questo emendamento, che ripropone il contenuto della presa di posizione governativa del 18 novembre 2015 sul rapporto di maggioranza della Commissione della pianificazione ospedaliera. Si ribadiscono altresì le criticità già ripetutamente espresse in relazione all'inserimento dei reparti AMI in una specifica categoria di prestazioni nel settore somatico-acuto, con conseguente ipotesi di finanziamento secondo le modalità dell'art. 39 cpv. 1 LAMal).

Il 15 dicembre 2015, il Gran Consiglio, a maggioranza, ha approvato il nuovo elenco ospedaliero, inserendo i RAMI nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 3 LAMal (art. 2 punto 4 del Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, BU 12/2016 dell'11 marzo 2016, pag. 135 e seguenti in particolare pag. 142) ed ha ripristinato il contributo di fr. 30 al giorno a carico del paziente, lasciando il disavanzo, dopo deduzione degli introiti dagli assicuratori malattia, a carico del Cantone, senza partecipazione dei Comuni.

2.14. In seguito alle decisioni del Gran Consiglio, la LCAMal, per quanto concerne i RAMI, prevede quanto segue.

Secondo l'art. 63a cpv. 1 LCAMal per definire l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure la pianificazione ai sensi dell'art. 39 LAMal, considera i seguenti istituti:

Per l'art. 63b LCAMal la pianificazione è riferita alle prestazioni per quanto concerne gli ospedali somatici acuti e le case per partorienti, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale, alle capacità per le case di cura e i reparti acuti di minore intensità.

Il Titolo Vbis regola il finanziamento delle prestazioni di cura erogate negli ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e nei reparti acuti di minore intensità (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Secondo l'art. 66a cpv. 1 LCAMal, il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano nell'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal. Il cpv. 2 prevede che il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni erogate nei reparti acuti di minore intensità autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

Per l'art. 66b LCAMal sono considerati fornitori di prestazioni gli ospedali e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie somatiche acute, psichiatriche e di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal (lett. a), le case per partorienti (lett. b) e i reparti acuti di minore intensità (lett. c).

Ai sensi dell'art. 66c cpv. 1 LCAMal il finanziamento delle prestazioni erogate dai fornitori di prestazioni con sede nel Cantone indicati all'art. 66a è assunto dal Cantone tramite un contributo globale, dagli assicuratori LAMal e, per i reparti acuti di minore intensità, anche dai pazienti.

Per l'art. 66e bis LCAMal (capitolo II, punto C/II; prestazioni erogate dai reparti acuti di minore intensità) il contributo globale è stabilito tenendo conto (lett. a) dei costi delle prestazioni di cura; alberghieri; della formazione non universitaria; d'investimento, (lett. b) delle seguenti entrate: rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche, diagnostiche e terapeutiche sulla base di forfait stabiliti tramite convenzione (si vedano art. 67 e ss. LCAMal); contributi a carico dei pazienti, stabiliti in CHF 30 a giornata per un massimo di CHF 600.- annui; altre partecipazioni assicurative; altri ricavi d'esercizio.

Nelle disposizioni finali della LCAMal, l'art. 84a LCAMal (disposizione transitoria della modifica del 15 dicembre 2015), al cpv. 1 prevede che se non concordato diversamente tra le parti, per due anni dall'entrata in vigore della presente modifica di legge, i reparti acuti di minore intensità fatturano: a) le prestazioni di cura e assistenza in base ai criteri di cui agli art. 7 e segg. OPre, b) le prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche all'atto; c) i medicinali e i mezzi ausiliari per singola fornitura. Per l'art. 84a cpv. 2 LCAMal alla fine dei due anni i partner tariffali valuteranno i dati a disposizione per stabilire la remunerazione a forfait a contare dal terzo anno, sulla base della fatturazione analitica. La norma è in vigore dal 15 marzo 2016.

2.15. Circa i RAMI, il TAF (cfr. sentenza C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 e sentenza C-1754/2016 del 26 febbraio 2019), ha affermato:

10.4.2 Il Consiglio di Stato ha indicato che lo studio sul fabbisogno nel settore somatico acuto ha evidenziato un bisogno di letti dedicati alle cure post-acute o di minore intensità, per la presa a carico di pazienti dimessi dall'ospedale somatico-acuto, ma non ancora pronti per ritornare al domicilio, o di pazienti provenienti dal domicilio, ma che non necessariamente dovrebbero essere ricoverati in un ospedale somatico-acuto. L'autorità cantonale ha quindi deciso di raggruppare sotto la denominazione di strutture acute a minore intensità, considerate istituti di cura, ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, i letti provenienti da reparti acuti di medicina di base presso l' (sedi di , e) e presso le cliniche private (di , di e sede di della ricorrente), destinati a pazienti bisognosi di cure a bassa intensità medica, diagnostica e terapeutica, ubicati nelle vicinanze di un istituto somatico-acuto o di una casa per anziani, con ripartizione territoriale facilmente accessibile, pianificati secondo le capacità e finanziati da assicuratori, cantone, comuni e pazienti (solo le prestazioni di cura infermieristiche, mediche, terapeutiche e diagnostiche sono poste a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; v. la risposta al ricorso [doc. TAF 9 ad pto IV.6] e la duplica [doc. TAF 25 ad pto III.A.7]).

10.4.3 L'UFAS ha osservato che la legge sull'assicurazione malattie non contempla, fra gli istituti ospedalieri, le strutture acute a minore intensità. Per il resto, negli istituti di medicina di base vengono fornite cure ospedaliere per la cura di malattie somatiche acute e la loro pianificazione deve essere riferita alle prestazioni, come negli ospedali somatici acuti. I reparti acuti a minore intensità sarebbero situati anche all'interno di case per anziani. Sussiste quindi un'amalgama fra pianificazione degli ospedali e pianificazione delle case di cura (v. la presa di posizione dell'UFAS del 7 novembre 2016 [doc. TAF 18 ad pto 7.3]).

10.4.4 Questo Tribunale rileva che la legge sull'assicurazione malattie prevede 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. Ai sensi della LAMal, anche la continuazione delle cure al di fuori di un ospedale di pazienti dopo un ricovero ospedaliero rientra nel concetto di cure acute: si tratta delle cosiddette cure acute e transitorie (CAT) e non subacute o postacute che devono essere remunerate secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 25a cpv. 2 LAMal). La LAMal contempla poi anche le case di cura, ove vengono 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). I reparti acuti a minore intensità, ai sensi dell'art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal, sono istituti destinati secondo quanto previsto dal Cantone Ticino a pazienti che presentano affezioni o problematiche cliniche tali da necessitare una presa a carico diretta o la continuazione delle cure stazionarie acute, che non sono in grado di restare o rientrare al proprio domicilio e che non abbisognano nell'immediato di esami strumentali complessi (allegato 52 pag. 77), ove vengono fornite prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche (allegato 52 pag. 81). Quanto al personale medico, è prevista la presenza diurna di un medico e di due assistenti medici, mentre di notte è garantito un picchetto medico. Per quanto riguarda il personale

paramedico, è stabilito un effettivo in unità di personale curante (personale infermieristico), personale terapeutico (fisioterapisti, ergoterapisti), aiuto medico, dietista ed assistente sociale per posto letto (allegato 57 pag. 11). La remunerazione di queste cure prevede la partecipazione forfettaria degli assicuratori per le prestazioni infermieristiche, la remunerazione all'atto per le prestazioni mediche e terapeutiche, il finanziamento da parte dell'ente pubblico (come avviene per le case per anziani) e l'assunzione dal cantone e dai comuni della parte non coperta da assicuratori e pazienti (allegato 52 pag. 83). La legislazione cantonale prevede altresì che i reparti acuti a minore intensità sono fornitori di prestazioni e li colloca di regola all'interno degli ospedali somatici acuti, quali strutture destinate, appunto di regola, ad erogare prestazioni ospedaliere (art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal), e li definisce quale categoria distinta dalle case di cura (art. 63a cpv. 1 lett. c rispettivamente d LCAMal). La pianificazione dei reparti acuti a minore intensità è però riferita alle capacità in termini di numero di letti (art. 63b LCAMal) e la fatturazione può essere concordata vuoi a scelta tra le parti vuoi secondo i dettami dell'art. 84a LCAMal. A prescindere dal fatto che i reparti acuti a minore intensità non sono previsti quali ospedali e neppure quali case di cura dalla LAMal, questo Tribunale ritiene, come rilevato dall'UFAS (v. la presa di posizione [doc. TAF 18 ad pto 7.3]), che l'autorità cantonale incorre in un amalgama, per quanto attiene alla determinazione del fabbisogno dei reparti acuti a minore intensità (ma anche dal profilo della fatturazione), di elementi relativi agli istituti somatico-acuti con quelli della case di cura. Ora, e come rettamente rilevato anche durante il dibattito della seduta del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015, i reparti acuti a minore intensità di cui all'art. 63a cpv. 1 lett. d LCAMal costituiscono una nuova categoria di fornitori di prestazioni non previsto dalla legislazione federale né segnatamente né dalla LAMal né dall'OAMal che per come è presentata nella legge ticinese è una forma ibrida, di regola inserita negli ospedali somatico-acuti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal (in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal), ma la cui pianificazione è riferita alle sole capacità (art. 63b LCAMal), ciò che nella legge federale è consentito per le case di cura (art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal e con l'art. 58c lett. c OAMal) rispettivamente per la riabilitazione o la cura di malattie psichiatriche allorquando detta pianificazione non è riferita alle prestazioni (art. 58c lett. b OAMal). A prescindere dalla problematica della compatibilità alla legge federale del metodo di fatturazione dei reparti acuti a minore intensità previsto all'art. 84a LCAMal (questione che può essere lasciata indecisa in questa sede, la fattispecie in esame non riguardando tale problematica), è chiaro che la forma ibrida che costituiscono i reparti acuti di minore intensità come prevista dalla legislazione cantonale (63a cpv. 1 lett. d LCAMal) viola il diritto federale. Il fatto che poi tale nuova forma di fornitori di prestazioni possa essere ricompresa nell'ambito di una specifica pianificazione ospedaliera, come quella di specie su decisione del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015, nelle case di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal (in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal e l'art. 58c lett. c OAMal), nulla cambia alla sostanza della problematica di base. La legislazione cantonale d'applicazione non può in effetti prevedere che sia creata una nuova categoria di fornitori di prestazione non prevista dalla legge federale, la quale, peraltro, può essere sussunta dal profilo giuridico, con discrezionalità, di regola ad un ospedale somatico-acuto (39 cpv. 1 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal) o eccezionalmente ad una casa di cura (art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal). Una simile soluzione legislativa, come ben dimostra il caso concreto, crea pure un'incertezza di diritto, dovendosi di volta in volta ancora preliminarmente determinare a quale categoria, ai sensi

dell'art. 39 cpv. 1 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal o allora dell'art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal, siano da sussumere in Ticino i diversi reparti acuti a minore intensità dei diversi fornitori di prestazione, con il rischio peraltro che taluni RAMI siano ricompresi tra gli ospedali somatico-acuti (39 cpv. 1 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal) ed altri nelle case di cura (art. 39 cpv. 3 in combinazione con l'art. 35 cpv. 2 lett. k LAMal [la legge cantonale d'applicazione della LAMal, nella sua formulazione attuale, non escludendo una siffatta costellazione]), non senza dimenticare che in altri cantoni, e a giusto titolo allo stato attuale della legislazione federale, non è prevista una siffatta categoria ibrida di fornitori di prestazione con la conseguenza che la determinazione del fabbisogno, in relazione pure al flusso dei pazienti tra Cantoni (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-5017/2015 consid. 10), non può fondarsi su una procedura trasparente e soprattutto su dati statistici fondati. Peraltro, nella perizia del dott. oec. W. Oggier del 15 marzo 2015 dal titolo: **Der Spitalplanungsansatz im Kanton Tessin - Gutachten aus gesundheitsökonomischer Sicht**, perizia richiesta dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino, il perito ha espresso un parere negativo sulla creazione degli **istituti di cura** (poi denominati RAMI), ritenuto in particolare che il Cantone Ticino si muove in tale ambito su un campo inesplorato e nuovo che, oltre ad essere definito in modo relativamente diffuso, è accompagnato da rischi e diversi problemi (pag. 2 e 47 e segg. della perizia), tra cui in particolare quello del suo inserimento in una specifica categoria (ospedali somatico-acuti o case di cura) e quello della tariffa applicabile. Infine, la nozione di medicina di base, più volte richiamata dall'autorità di prima istanza, oltre ad essere generica ed imprecisa (v. la risposta al ricorso, pag. 61 e 62 [basti rilevare che non è dato di sapere perché questa medicina di base riguarderebbe solo, o comunque principalmente, le persone anziane e non anche altre categoria di età]) non può comunque potersi confondere con il **pacchetto di base** del modello di Zurigo, dal momento che la medicina di base come ritenuta dall'autorità cantonale non è riferita al settore somatico-acuto, ma è collocata nei RAMI (v. risposta al ricorso, pag. 62 [cfr. pure considerandi 10.3 {segnatamente il rapporto sul fabbisogno del mese di agosto 2012} e 11.5.5 del presente giudizio]).

10.5 Da quanto esposto, consegue che per quanto emerge dalle carte processuali al loro stato attuale, la determinazione del fabbisogno nell'ambito della pianificazione ospedaliera ticinese qui in esame non è conforme al diritto federale.

In una sentenza C-2131/2016 del 22 maggio 2019 relativa al ricorso del _____ contro il decreto legislativo del Gran Consiglio del 15 dicembre 2015/15 marzo 2016 il TAF al consid. 8.1.3 si è così espresso:

7.1.1 La notion de "mandat" ("Leistungsauftrag") est contenue à l'art. 39 al. 1 let. e LAMal et précisée par l'art. 58e OAMal. A teneur de cette disposition, les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39 al. 1 let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b al. 3 (al. 1). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations (al. 2), et les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un tel mandat, qui peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence (al. 3). Le mandat de prestations définit la palette de prestations qu'un hôpital doit (être en mesure de) proposer à ses patients afin de couvrir les besoins en soins de la population et, par voie de conséquence, d'être inscrit sur la liste cantonale (cf. ATF 138 II 191 consid. 4.3.1 et 4.3.2 p. 201; arrêt 9C_151/2016 du 27 janvier 2017 consid. 7.1). Partant, un mandat

de prestations ne peut-il, par définition, concerner que les établissements figurant sur la liste hospitalière du canton qui l'attribue.

7.1.2 En conséquence de ce qui précède, dès lors qu'elles concernent des établissements non inscrits sur la liste hospitalière neuchâteloise, mais sur la liste du canton de situation de l'hôpital, les limitations de quantités introduites par l'arrêté attaqué et sa directive d'application ne sont pas liées à des mandats de prestations. Il s'agit ainsi de mesures adoptées en dehors de la planification hospitalière telle qu'elle est définie exhaustivement à l'art. 39 al. 1 let. d LAMal, qui sont donc contraires au droit fédéral. A cet égard, on relèvera que dans l'arrêté du 17 avril 2018, le Conseil d'Etat ne fait d'ailleurs référence que de manière générale à la LAMal et à l'OAMal, sans mentionner l'art. 39 LAMal.

7.2 En conclusion, si l'autorité intimée entendait limiter valablement le volume de certaines prestations dispensées à des patients neuchâtelois par les cliniques recourantes, par des cliniques membres des associations recourantes ou, plus largement, par tout autre hôpital extra-cantonal qui ne figure pas sur la liste hospitalière neuchâteloise, il lui eût appartenu, au préalable, d'admettre lesdits établissements sur sa liste. Ce n'est que dans ce cadre qu'il lui serait loisible de fixer des limitations de quantités de cas d'hospitalisations par l'octroi de mandats de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal. En tant qu'ils introduisent des limites quantitatives aux prestations hospitalières fournies par des établissements hospitaliers relevant de la planification hospitalière d'un autre canton, l'arrêté du 17 avril 2018 et sa directive d'application sont contraires à l'art. 39 LAMal. Dès lors que la planification hospitalière est une matière que le législateur fédéral a réglementée de façon exhaustive, cette réglementation contrevient au principe de la primauté du droit fédéral (art. 49 al. 1 Cst.; ATF 141 V 455 consid. 6.1 p. 462; ATF 140 I 218 consid. 5.1 p. 221 et les références). Pour cette raison, la question de la compatibilité de ladite réglementation avec le principe du libre choix de l'établissement hospitalier (art. 41 al. 1 bis LAMal) peut demeurer ouverte. Aussi, malgré la retenue du Tribunal fédéral face à des dispositions cantonales (consid. 3 supra), l'arrêté du 17 avril 2018 et sa directive d'application appellent-ils une intervention du juge au stade du contrôle abstrait et il se justifie de les annuler, sans qu'il soit nécessaire d'examiner plus avant le grief des recourantes tiré d'une violation de la liberté économique. Le recours est bien fondé. ■

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). ■

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