



Sentenza dell'8 giugno 2017

Composizione

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

Parti

Clinica Santa Chiara SA, via Franscini 4, 6601 Locarno,
rappresentata da A._____ e da B._____,
ricorrente,

contro

Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino,
Residenza Governativa, 6501 Bellinzona,
rappresentato dal Dipartimento della sanità e della socialità,
Divisione della salute pubblica,
Residenza governativa, 6501 Bellinzona,
autorità inferiore,

1. **Helsana Versicherungen AG**, casella postale,
8081 Zurigo,
2. **Progrès Versicherungen AG**, casella postale,
8081 Zurigo,
3. **Sansan Versicherungen AG**, casella postale,
8081 Zurigo,
4. **Avanex Versicherungen AG**, casella postale,
8081 Zurigo,
5. **Helsana-Gruppe maxi.ch Versicherungen AG**,
casella postale, 8081 Zurigo,
6. **indivo Versicherungen AG**, casella postale, 8081 Zurigo,

7. **Sanitas Grundversicherungen AG**, Jänergasse 3,
casella postale, 8021 Zurigo,
8. **Compact Grundversicherungen AG**, Jänergasse 3,
casella postale 2010, 8021 Zurigo,
9. **Wincare Versicherungen**, Konradstrasse 14,
casella postale 299, 8401 Winterthur,
10. **Kolping Krankenkasse AG**, Wallisellenstrasse 55,
8600 Dübendorf,
11. **CPT Assurance SA**, Tellstrasse 18,
casella postale 8624, 3001 Berna,
12. **Agilia Krankenkasse AG**, Mühlering 5,
casella postale 246, 6102 Malters,
13. **Publisana Krankenkasse AG**, Hauptstrasse 24,
casella postale, 5201 Brugg,
rappresentate da Helsana Assicurazioni SA, Viale Portone 2,
6501 Bellinzona,
opponenti,
14. **CSS Versicherung AG**, Tribschenstrasse 21,
casella postale 2568, 6002 Lucerna,
15. **Aquilana Versicherungen**, Bruggerstrasse 46,
5401 Baden,
16. **Moove Sympany AG**, Jupiterstrasse 15,
casella postale 234, 3000 Berna 15,
17. **Kranken- und Unfallkasse Bezirkskrankenkasse
Einsiedeln**, Hauptstrasse 61, casella postale 57,
8840 Einsiedeln,
18. **PROVITA Gesundheitsversicherung AG**, Brunngasse
4, casella postale, 8401 Winterthur,
19. **Sumiswalder Krankenkasse**, Spitalstrasse 47,
3454 Sumiswald,
20. **Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg**,
Unterdorfstrasse 37, casella postale, 3612 Steffisburg,
21. **CONCORDIA Schweizerische Kranken- und
Unfallversicherung AG**, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna,
22. **Atupri Krankenkasse**, Zieglerstrasse 29, 3000 Berna
65,
23. **Avenir Krankenversicherung AG**, Rue des Cèdres 5,
1920 Martigny,
24. **Krankenkasse Luzerner Hinterland**, Luzernstrasse 19,
6144 Zell,
25. **ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**,
Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart,
26. **Vivao Sympany AG**, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basilea,
27. **Krankenversicherung Flaachthal AG**,
Bahnhofstrasse 22, casella postale 454, 8180 Bülach,

28. **Easy Sana Krankenversicherung AG**,
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
29. **Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**,
Sernftalstrasse 33, casella postale, 8762 Schwanden,
30. **Cassa da malsauns LUMNEZIANA**, casella postale 41,
7144 Vella,
31. **KLuG Krankenversicherung**, Gubelstrasse 22,
6300 Zugo,
32. **EGK Grundversicherungen**, Brislachstrasse 2,
casella postale, 4242 Laufen,
33. **sanavals Gesundheitskasse**, Haus ISIS,
casella postale 18, 7132 Vals,
34. **Krankenkasse SLKK**, Hofwiesenstrasse 370,
casella postale, 8050 Zurigo,
35. **sodalis gesundheitsgruppe**, Balfrinstrasse 15,
3930 Visp,
36. **vita surselva**, Bahnhofstrasse 33, casella postale 217,
7130 Ilanz,
37. **Krankenkasse Zeneggen**, Neue Scheune,
3934 Zeneggen,
38. **Krankenkasse Visperterminen**, Wierastrasse,
3932 Visperterminen,
39. **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative**, Place centrale, casella postale 13,
1937 Orsières,
40. **Krankenkasse Institut Ingenbohl**, casella postale 57,
8840 Einsiedeln,
41. **Stiftung Krankenkasse Wädenswil**,
Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil,
42. **Krankenkasse Birchmeier**, Hauptstrasse 22,
5444 Künten,
43. **kmu-Krankenversicherung**, Bachtelstrasse 5,
8400 Winterthur,
44. **Krankenkasse Stoffel Mels**, Bahnhofstrasse 63,
8887 Mels,
45. **Krankenkasse Simplon**, Blatt 1, 3907 Simplon Dorf,
46. **SWICA Krankenversicherung AG**, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur,
47. **GALENOS Kranken- und Unfallversicherung**,
Militärstrasse 36, casella postale, 8021 Zurigo,
48. **rhenusana**, Heinrich-Wild-Strasse 210, casella postale,
9435 Heerbrugg,
49. **Mutuel Assurance Maladie SA**, Rue des Cèdres 5,
1920 Martigny,
50. **AMB Assurance-maladie et accidents**, Rue du Nord 5,
1920 Martigny,

51. **INTRAS Krankenversicherung AG**,
Tribtschenstrasse 21, casella postale 2568, 6002 Lucerna,
52. **Philos Kranken- und Unfallversicherung**,
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny,
53. **Visana AG**, Weltpoststrasse 19/21, casella postale 253,
3000 Berna 15,
54. **Agrisano Krankenkasse AG**, Laurstrasse 10,
5201 Brugg,
55. **sana24 AG**, Thunstrasse 162, 3074 Muri Berna,
56. **Arcosana AG**, Tribtschenstrasse 21,
casella postale 2568, 6002 Lucerna,
57. **vivacare AG**, Weltpoststrasse 19, 3015 Berna,
58. **Sanagate AG**, Tribtschenstrasse 21,
casella postale 2568, 6002 Lucerna,
59. **SUPRA Caisse maladie**, Chemin de Primerose 35,
casella postale 190, 1000 Losanna 3,
60. **ASSURA Kranken- und Unfallversicherung**,
Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, casella postale 533,
1009 Pully,

opponenti 15-50, 52-55, 57, 59 e 60 rappresentate da
Tarifsuisse SA, Römerstrasse 20, casella postale 1561,
4500 Soletta,
a sua volta rappresentata dall'avv. dott. Vincent Augustin,

opponenti 14, 51, 56 e 58 rappresentate da
CSS Assicurazione malattie SA, Tribtschenstrasse 21,
casella postale 2568, 6002 Lucerna,

Oggetto

Assicurazione malattie; valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dalla Clinica Santa Chiara dal 1° gennaio 2013 (decreto esecutivo del Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino del 22 maggio 2013).

Fatti:**A.**

A.a Il 30 settembre 2002, il Consiglio federale ha approvato la Convenzione quadro TARMED, con i relativi allegati, sottoscritta il 13 maggio 2002 tra santésuisse (assicuratori svizzeri) e H+ (ospedali svizzeri), che ha istituito, dal 1° gennaio 2004, una struttura tariffale uniforme valevole per tutta la Svizzera per il calcolo della remunerazione delle singole prestazioni ambulatoriali fornite dagli ospedali. I valori dei punti di tariffa sono concordati a livello cantonale (doc. TAF 1, allegato A pag. 12).

A.b Le cliniche private ticinesi, affiliate all'Associazione Cliniche Private Ticinesi (ACPT) – fra le altre, la Clinica Santa Chiara – hanno aderito alla Convenzione quadro TARMED; la ricorrente in data 29 settembre 2003 (doc. TAF 1, allegato A pag. 12).

A.c Con decreto esecutivo del 23 dicembre 2003, il Consiglio di Stato della Repubblica e Cantone Ticino (in seguito, Consiglio di Stato del Cantone Ticino), a causa della mancata conclusione di una convenzione tariffale tra santésuisse Ticino e le cliniche dell'ACPT, ha stabilito il valore iniziale del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dalle cliniche private ticinesi a fr. 1.- dal 1° gennaio 2004 (doc. TAF 1, allegato A pag. 2).

A.d Il Consiglio federale ha poi fissato, in una decisione su ricorso del 23 marzo 2005, un valore iniziale del punto di fr. 0.83 per le prestazioni ambulatoriali fornite dalle cliniche private facenti parte dell'ACPT, valore del punto corrispondente a quello in vigore per gli ospedali pubblici, con effetto dal mese che seguiva la pubblicazione della decisione nel Foglio ufficiale del Cantone Ticino (doc. TAF 1, allegato A pag. 18 e 22).

B.

B.a Il 27 giugno 2007, santésuisse Ticino e la Clinica Santa Chiara hanno sottoscritto una convenzione tariffale relativa al valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dalla Clinica. Le parti hanno concordato un valore del punto di fr. 0.80 dal 1° giugno 2007 (doc. 2, allegato A, incarto del Consiglio di Stato del Cantone Ticino [in seguito, incarto CS TI]). Questa Convenzione, come pure le convenzioni stipulate singolarmente dalle altre cliniche private ticinesi, sono state approvate dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino il 19 dicembre 2007 (v., sulla questione, segnatamente doc. TAF 28 ad punto I.2).

B.b Il 31 marzo 2012, la Clinica Santa Chiara ha disdetto, con effetto al 31 dicembre 2012, la Convenzione tariffale del 27 giugno 2007 (doc. 2, allegato B, incarto CS TI).

C.

C.a Con istanza del 27 dicembre 2012, la Clinica Santa Chiara, a seguito del fallimento delle trattative tariffali fra le parti, ha chiesto al Consiglio di Stato del Cantone Ticino la fissazione del valore del punto per le proprie prestazioni ambulatoriali a fr. 0.95 per l'anno 2013. La Clinica ha rilevato che in soli tre cantoni, oltre al Ticino, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali privati è inferiore a quello degli studi medici. A livello svizzero, il valore medio del punto applicato agli ospedali privati è pari a fr. 0.90. Ha segnalato che il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dagli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale di fr. 0.75 non può essere considerato quale valore di riferimento, ritenuto che l'ospedale pubblico viene finanziato dal cantone per le sue prestazioni di pronto soccorso. Ha poi precisato che dalla propria contabilità risulta un valore del punto tra fr. 1.39 e fr. 1.52. Infine, ha osservato che il valore del punto di fr. 0.80 per prestazioni ambulatoriali è rimasto invariato dal 2007 e che lo stesso non è mai stato adeguato al rincaro (doc. 2, incarto CS TI).

C.b Nell'ambito del procedimento dinanzi all'autorità inferiore, Supra e As-sura non hanno presentato osservazioni. Il 30 gennaio 2013, Tarifsuisse SA ha proposto la proroga della Convenzione tariffale del 27 giugno 2007 di un anno al fine di permettere alle parti di stipulare una convenzione (doc. 6, incarto CS TI). Il 26 febbraio 2013, la Cooperativa di acquisti HSK ha postulato il mantenimento del valore del punto a fr. 0.80 come per le altre cliniche private del cantone (doc. 8, incarto CS TI; v. anche doc. 1 e 14, incarto CS TI). Nella presa di posizione del 5 aprile 2013, la Sorveglianza dei prezzi ha raccomandato al Consiglio di Stato di fissare il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della Clinica Santa Chiara allo stesso valore del punto in vigore per le altre cliniche private del cantone, ovvero a fr. 0.80, dal 1° gennaio 2013. Detta autorità ha precisato che i valori del punto per singola prestazione sono calcolati in base all'evoluzione cantonale dei costi per assicurato delle prestazioni in questione e non in base ai costi del singolo fornitore di prestazioni. Ha osservato che, secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002 ai governi cantonali e ai partner tariffali per l'applicazione dei contratti quadro finalizzati all'introduzione della struttura tariffaria Tarmed (in seguito, raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002; doc. TAF 7, doc. 2), occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di

prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale (doc. 10, incarto CS TI). Con osservazioni del 2 maggio 2013, la Clinica Santa Chiara ha postulato il riconoscimento del valore del punto di fr. 0.93 in vigore per le prestazioni dei medici liberi professionisti nel cantone. In via subordinata, ha chiesto l'adeguamento del valore del punto al rincaro di fr. 0.07 intervenuto dal 2004 (valore del punto di fr. 0.87; doc. 13, incarto CS TI).

C.c Con decreto esecutivo del 22 maggio 2013 (pubblicato nel Foglio ufficiale del Cantone Ticino no. 42 del 24 maggio 2013), il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, ritenuto che le parti (Clinica e assicuratori malattie) non avevano raggiunto un accordo, ha fissato il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dalla Clinica Santa Chiara a fr. 0.80 dal 1° gennaio 2013. Ha indicato che non si giustificava la fissazione di una tariffa diversa rispetto a quella in vigore per gli altri fornitori di prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale privato (doc. 15, incarto CS TI).

D.

Il 21 giugno 2013, la Clinica Santa Chiara (in seguito, ricorrente o insorgente) ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro il decreto esecutivo del 22 maggio 2013 del Consiglio di Stato mediante il quale ha chiesto di accogliere il gravame e, in via principale, di fissare un valore del punto per prestazioni ambulatoriali di fr. 0.95 come al valore risultante dai dati contabili del 2011. In via subordinata, ha postulato il riconoscimento del valore del punto di fr. 0.93 in vigore per le prestazioni dei medici liberi professionisti nel cantone. In via ancora più subordinata, ha chiesto l'adeguamento del valore iniziale del punto di fr. 0.83, come allora deciso dal Consiglio federale il 23 marzo 2005, al rincaro di fr. 0.04 intervenuto dal 2004 al 2012 e di riflesso il riconoscimento di un valore di fr. 0.87. In particolare, la ricorrente ha segnalato che il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali è rimasto invariato dal 2004 e non è mai stato adeguato al rincaro. Ha rilevato che in soli tre cantoni, oltre al Ticino, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali privati è inferiore a quello degli studi medici. A livello svizzero, il valore medio del punto applicato agli ospedali privati è pari a fr. 0.90 ed il valore medio del punto applicato agli studi medici è pari a fr. 0.87. In Ticino, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti è (stato fissato) a fr. 0.93. Ha indicato che il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dagli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale di fr. 0.75 non può essere considerato quale valore di riferimento, ritenuto che l'ospedale pubblico viene finanziato dal cantone per le sue prestazioni di pronto soccorso e per i suoi investimenti. A livello svizzero, il valore medio del punto applicato agli ospedali pubblici è pari a fr. 0.88. L'insorgente si è poi

doluta del fatto che il Consiglio di Stato non ha esaminato i dati contabili prodotti, dati che avrebbero permesso di verificare l'economicità e la qualità delle prestazioni fornite (doc. TAF 1). Il 10 luglio 2013, la ricorrente ha versato un anticipo sulle presumibili spese processuali di fr. 5'000.- (doc. TAF 2 a 5).

E.

Nella risposta del 5 settembre 2013, il Consiglio di Stato del Cantone Ticino ha proposto la reiezione del ricorso. Ha rilevato di aver fissato il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente a fr. 0.80 come al valore in vigore per le altre cliniche private del cantone. Secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per specializzazione e di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. La creazione di una comunità tariffale propria è possibile qualora essa sia oggettivamente giustificata, in particolare allorquando gli istituti che ne faranno parte offrono un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio al fine di evitare una tariffazione per specializzazione. In Ticino, in ambito di cure ospedaliere ambulatoriali, esistono due comunità tariffali; l'una comprendente gli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale e l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale e l'altra costituita dalle cliniche private ticinesi. La quota delle prestazioni ambulatoriali fornite dall'insorgente ammonta al 4% delle prestazioni ambulatoriali totali fornite dagli ospedali in Ticino. Il ventaglio delle prestazioni della ricorrente è ridotto rispetto alle prestazioni ambulatoriali delle cliniche private ticinesi e degli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale. L'insorgente non può costituire una comunità tariffale propria e beneficiare di un valore del punto differente rispetto a quello delle altre cliniche private ticinesi. Il Consiglio di Stato ha poi segnalato che il metodo di calcolo dei valori del punto non prende in considerazione i dati contabili del singolo fornitore di prestazioni (doc. TAF 7).

F.

Con osservazioni del 18 febbraio 2014, la Cooperativa di acquisti HSK ha chiesto la reiezione del ricorso. Ha postulato il mantenimento del valore del punto a fr. 0.80 (come per le altre cliniche private ticinesi), indicando che la creazione di una (nuova) comunità tariffale costituita dalla ricorrente medesima non si giustifica poiché la stessa fornisce una quota minima di prestazioni ambulatoriali (rispetto alle prestazioni ambulatoriali totali fornite dagli ospedali in Ticino) ed inoltre il ventaglio delle sue prestazioni è ridotto rispetto alle prestazioni ambulatoriali delle altre cliniche private ticinesi (doc. TAF 13).

G.

Con osservazioni del 20 febbraio 2014, Tarifsuisse SA (in seguito, anche opponente) ha postulato la reiezione del ricorso nella misura in cui ammissibile. Preliminarmente, ha osservato che il gravame è insufficientemente motivato. La ricorrente non ha spiegato per quale motivo il decreto esecutivo impugnato è contestato, a maggior ragione ove si consideri che la stessa avrebbe potuto dolersi di una violazione dell'obbligo di motivare il decreto e di una violazione del diritto di essere sentita. Quanto al merito, ha osservato che, secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. Non si giustifica pertanto il riconoscimento per le prestazioni ambulatoriali dell'insorgente di un proprio valore del punto (rispetto a quello di fr. 0.80 applicato alle cliniche private ticinesi). La ricorrente avrebbe peraltro prodotto dei dati incompleti sui costi e sulle prestazioni, ciò che non permetterebbe di appurare se i presupposti per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni sono adempiti (doc. TAF 15).

H.

Nella presa di posizione del 21 febbraio 2014, la Sorveglianza dei prezzi ha confermato la propria raccomandazione di un valore del punto di fr. 0.80 per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente. Questa tariffa corrisponde al valore del punto in vigore per le altre cliniche private del cantone. Richiamate le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, ha rammentato che occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. Ha poi segnalato che il metodo di calcolo dei valori del punto non prende in considerazione i dati del singolo fornitore di prestazioni, motivo per cui non ha ritenuto necessario esprimersi sui dati contabili dell'insorgente (doc. TAF 16).

I.

Con osservazioni dell'11 dicembre 2014, la ricorrente ha preliminarmente rilevato di aver spiegato, nel proprio ricorso, per quale motivo un valore del punto di fr. 0.80 è da considerarsi inappropriato per le proprie prestazioni ambulatoriali. Quanto al merito, ritiene di non poter essere obbligata a far parte della comunità tariffale delle cliniche private ticinesi. In quanto clinica di medici accreditati, offre tutte le prestazioni ambulatoriali del tariffario Tar-med e fornisce lo stesso tipo di prestazioni di uno studio medico attrezzato di sala operatoria ed aperto 24 ore su 24 durante 365 giorni all'anno, motivo

per cui si giustifica di parificare la clinica ad uno studio medico e di riconoscere il valore del punto di fr. 0.93 in vigore per le prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti. Fa valere che questo Tribunale ha già stabilito una tariffa per un solo istituto. Sostiene altresì di avere prodotto i propri dati contabili in modo completo e trasparente su formulari ITAR_K, dati che avrebbero dovuto essere presi in considerazione all'atto di stabilire la tariffa (doc. TAF 25 e 26).

J.

Nella presa di posizione del 12 maggio 2015, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha postulato la reiezione del ricorso. Ha segnalato che occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per specializzazione e di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. La creazione di una comunità tariffale propria con fissazione di un proprio valore del punto è possibile qualora sia oggettivamente giustificata, in particolare allorquando gli istituti che ne faranno parte offrono un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio al fine di evitare una tariffazione per specializzazione. La ricorrente non adempie tuttavia queste condizioni. D'altra parte, quando un'autorità stabilisce la tariffa per uno o più fornitori di prestazioni è per ovviare ad una situazione di assenza di convenzione tariffale e non per creare una nuova comunità tariffale. Benché nelle raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002 sia postulato un ravvicinamento fra il valore del punto applicato alle prestazioni ambulatoriali degli ospedali e quello applicato alle prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti, ciò non significa che il valore del punto degli ospedali deve essere maggiorato o che i valori del punto di importo più basso devono essere adattati a quelli di importo più alto. Il cantone non è tenuto ad effettuare alcun confronto fra i valori del punto cantonali, fermo restando che le differenze dei valori del punto tra i cantoni si spiegano con il passaggio alla nuova struttura tariffale Tarmed, che ha perpetuato gli scarti preesistenti fra i cantoni al fine di rispettare il principio della neutralità dei costi. Quanto ad un confronto con i medici liberi professionisti, le condizioni alle quali i medici e gli ospedali ed altri istituti sono autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie come pure il ventaglio delle prestazioni che gli stessi forniscono differiscono tra loro. I valori del punto non sono calcolati sulla base della contabilità del singolo fornitore di prestazioni motivo per cui non appare necessario esaminare i dati contabili della ricorrente (doc. TAF 28).

K.

Con osservazioni del 1° giugno 2015, la Cooperativa di acquisti HSK ha

indicato che, in virtù del principio di economicità delle prestazioni mediche, alla ricorrente non può essere riconosciuto il valore del punto applicato alle prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti del cantone. Ha poi rammentato che i valori del punto non sono determinati in base ai costi del singolo fornitore di prestazioni (doc. TAF 34).

L.

Con osservazioni del 12 giugno 2015, la ricorrente ha precisato di non aver postulato la creazione di una comunità tariffale costituita solamente da lei stessa, ma di aver chiesto che sia inclusa nella comunità tariffale dei medici liberi professionisti ticinesi con conseguente riconoscimento del valore del punto applicato alle prestazioni ambulatoriali degli studi medici. Fa valere che questo Tribunale ha rilevato come in più cantoni vi sia stato un ravvicinamento fra il valore del punto applicato agli ospedali pubblici e quello applicato agli studi medici. In particolare, questo Tribunale ha stabilito che, allorquando una clinica privata dimostra di svolgere un'attività simile a quella degli studi medici, la sua tariffa deve essere parificata al valore del punto applicato agli studi medici. L'insorgente asserisce poi di non capire per quale motivo il Consiglio di Stato, la Sorveglianza dei prezzi e l'Ufficio federale della sanità pubblica non abbiano esaminato i dati contabili da lei prodotti. Anche nell'ambito della determinazione del valore del punto per prestazioni ambulatoriali, dovrebbero essere presi in considerazione i dati contabili del singolo fornitore di prestazioni. Un confronto fra i suoi dati contabili e quelli delle cliniche private ed ospedali pubblici del cantone avrebbe permesso di verificare l'economicità delle cure fornite (doc. TAF 35).

M.

Con scritto del 19 giugno 2015, il Consiglio di Stato del Cantone Ticino ha comunicato di rinunciare ad introdurre delle osservazioni (doc. TAF 36).

N.

Con osservazioni del 19 giugno 2015, Tarifsuisse SA ha ribadito che non si giustifica alcun incremento del valore del punto di fr. 0.80 per prestazioni ambulatoriali della ricorrente, fermo restando che la medesima fornisce prestazioni nell'ambito della medicina specializzata e beneficia in tal modo di una rifusione da parte dei medici specializzati di una parte del loro fatturato, detti medici percependo un reddito elevato quale remunerazione delle loro prestazioni (doc. TAF 37).

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 (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2

1.2.1 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. i LTAF e gli art. 53 cpv. 1 e 90a cpv. 2 LAMal (RS 832.10), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA e dell'art. 47 LAMal, del governo cantonale afferenti alla fissazione del valore del punto.

1.2.2 Nel caso in esame, il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, a seguito della mancata conclusione di una convenzione tariffale fra la ricorrente e gli assicuratori malattie, ha stabilito, con il decreto esecutivo del 22 maggio 2013, in virtù dell'art. 47 LAMal, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali fornite dall'insorgente a fr. 0.80 dal 1° gennaio 2013.

1.3 La procedura 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) di questa disposizione. In particolare, nuovi fatti e nuovi mezzi di prova possono essere addotti soltanto se ne dà adito la decisione impugnata; nuove conclusioni non sono ammissibili (art. 53 cpv. 2 lett. a LAMal). La nozione di nuovi fatti ai sensi di questa disposizione si apprezza per analogia come all'art. 99 LTF. Con riferimento alla decisione impugnata, l'oggetto litigioso può essere limitato dinanzi al Tribunale amministrativo federale, ma non può essere esteso o modificato. Determinanti sono a tal proposito i fatti e le conclusioni presentati nell'ambito del procedimento dinanzi all'autorità inferiore. Un fatto che non è già stato addotto dinanzi all'autorità inferiore costituisce un fatto nuovo inammissibile ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 lett. a LAMal (DTAF 2012/12 consid. 3.2.2; sentenza del TAF C-2422/2014 del 9 gennaio 2017 consid. 5.1). La ricorrente ha ribadito dinanzi a questo Tribunale gli argomenti sollevati nell'ambito del procedimento dinanzi al Consiglio di Stato, di modo che non si pone la questione dell'ammissibilità del ricorso con riferimento a tale norma. Le disposizioni della LPGa (RS 830.1) non sono altresì applicabili al caso concreto (fra gli altri, al settore delle tariffe; art. 1 cpv. 2 lett. b, 43-55 LAMal).

1.4 Giusta l'art. 33a cpv. 2 prima frase PA, applicabile per rimando dell'art. 37 LTAF, nei procedimenti su ricorso è determinante la lingua della decisione impugnata. Nel caso concreto, il decreto esecutivo impugnato è stato redatto in italiano. Benché il rappresentante di Tarifsuisse SA come pure l'Ufficio federale della sanità pubblica abbiano la facoltà di redigere le loro prese di posizione in lingua tedesca rispettivamente in lingua francese (lingue ufficiali; art. 6 cpv. 1 della legge federale del 5 ottobre 2007 sulle lingue nazionali e la comprensione tra le comunità linguistiche [LLing; RS 441.1]), l'italiano ha costituito la lingua della procedura ricorsuale, di modo che si giustifica di redigere la presente sentenza in italiano.

1.5 La ricorrente, che ha partecipato al procedimento dinanzi al Consiglio di Stato del Cantone Ticino, ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica del decreto esecutivo impugnato dal momento che, quale società che gestisce una clinica, è particolarmente toccata dal menzionato decreto di fissazione del valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della clinica medesima. Per conseguenza, la ricorrente è legittimata a ricorrere nel caso in esame (art. 48 PA).

1.6 Il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 50 PA). Quanto alla richiesta di Tarifsuisse SA tendente ad ottenere che questo Tribunale si pronunci sull'ammissibilità del gravame in relazione ai motivi del ricorso (cfr. scritto di osservazioni del 20 febbraio 2014; doc. TAF 15), va rilevato che la ricorrente ha spiegato, nel proprio gravame, anche se in modo conciso, perché il decreto esecutivo del 22 maggio 2013 è contestato. Essa si è segnatamente doluta del fatto che il Consiglio di Stato non ha effettuato alcun confronto fra i valori del punto cantonali e non ha esaminato i dati contabili prodotti. Il ricorso rispetta dunque i requisiti previsti dalla legge (art. 52 PA). L'anticipo spese è stato altresì corrisposto entro il termine accordato. Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

La Cooperativa di acquisti HSK e Tarifsuisse SA, che hanno partecipato al procedimento dinanzi al Consiglio di Stato del Cantone Ticino, ed il gruppo CSS Assicurazione malattie SA, che ha poi partecipato al procedimento dinanzi a questo Tribunale, i cui assicuratori erano però inizialmente rappresentati da Tarifsuisse SA, quali società che rappresentano i propri membri, assicuratori malattie, ai sensi dell'art. 46 cpv. 1 LAMal, nell'ambito della presente procedura di ricorso (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-2422/2014 consid. 1.3.2), e che sono toccate dal menzionato decreto di fissazione del valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente, sono oppositori nella procedura di ricorso in esame ed hanno qualità

di parte (art. 6 PA; sentenza del TAF C-4308/2007 del 13 gennaio 2010 consid. 1.3).

3.

Quanto all'indicazione di Tarifsuisse SA (opponente), secondo la quale la ricorrente avrebbe potuto dolersi di una violazione del diritto di essere sentito da parte dell'autorità inferiore, e in particolare di una violazione del diritto a una decisione motivata (scritto di osservazioni del 20 febbraio 2014; doc. TAF 15), giova rilevare che Tarifsuisse SA non ha interposto ricorso contro il decreto esecutivo del 22 maggio 2013 impugnato dalla ricorrente. Pertanto, non è legittimata a sollevare doglianze contro il menzionato decreto. Tuttavia, nella misura in cui la ricorrente pretende nella duplica di avere censurato una violazione del suo diritto di esser sentito – per non avere l'autorità inferiore tenuto conto rispettivamente analizzato e poi discusso i dati contabili da lei forniti (punto 22 del ricorso) – giova rilevare che il Consiglio di Stato ha indicato, nella motivazione del decreto esecutivo del 22 maggio 2013, che non si giustificava la fissazione di una tariffa diversa rispetto a quella in vigore per gli altri fornitori di prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale privato. Nel decreto impugnato, si rinvia pure alla raccomandazione del Sorvegliante dei Prezzi del 5 aprile 2013 (doc. 10, incarto CS TI), raccomandazione che in virtù degli atti di causa risulta essere stata trasmessa alle parti il 15 aprile 2013 dalla Divisione della salute pubblica del Cantone Ticino (doc. 11, incarto CS TI), ossia anteriormente all'emanazione del decreto impugnato, e costituisce pertanto parte integrante del decreto, dal momento che il Consiglio di Stato non vi si distanzia. Dalla menzionata raccomandazione si evince, fra l'altro, che la Sorveglianza dei prezzi è favorevole ad una migliore trasparenza dei dati. Tuttavia, essa fa riferimento al fatto che secondo giurisprudenza, e ciò fino alla prossima revisione di questo modello tariffario, i VPT sono calcolati sulla base dell'evoluzione cantonale dei costi per assicurato delle prestazioni in questione e non sulla base dei costi del singolo fornitore di prestazione. Sempre nella citata raccomandazione, la Sorveglianza dei prezzi ha pure indicato che il Consiglio federale si è espresso come segue riguardo alla fissazione del VPT per un singolo fornitore di prestazioni: “Vanno evitati valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali”. La ricorrente, ma anche tutte le altre parti in causa, era dunque perfettamente in grado di comprendere i motivi che hanno condotto il Consiglio di Stato a fissare il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali dell'insorgente a fr. 0.80 e, se del caso, di ricorrere con criteri adeguati. La sollevata censura della violazione del diritto di essere sentito va pertanto respinta. Altra questione è quella di sapere se tali considerazioni giustificano nel merito la fissazione del VPT

da parte del Consiglio di Stato a fr. 0.80 (v. sulla questione i considerandi che seguono).

4.

L'oggetto litigioso nella presente procedura ricorsuale è costituito dalla questione di sapere se il Consiglio di Stato del Cantone Ticino ha fissato, in conformità alla legge, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, con decreto esecutivo del 22 maggio 2013, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente a fr. 0.80 come per le altre cliniche private ticinesi, contrariamente alla richiesta della medesima di stabilire un valore del punto di fr. 0.95 sulla base dei dati contabili prodotti, subordinatamente di riconoscere il valore del punto di fr. 0.93 in vigore per le prestazioni dei medici liberi professionisti del cantone e subordinatamente ancora di fissare un valore del punto di fr. 0.87 conto tenuto del rincaro di fr. 0.07 intervenuto dal 2004.

5.

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 e 130 V 445 consid. 1.2). Per la determinazione del valore del punto per l'anno 2013, sono applicabili le norme in vigore al 1° gennaio 2013. L'art. 59a LAMal relativo ai dati dei fornitori di prestazioni, entrato in vigore il 1° gennaio 2016 (RU 2015 5137), e gli art. 30 segg. OAMal (RS 832.102) che integrano l'art. 59a LAMal, entrati in vigore il 1° agosto 2016 (RU 2016 2698 segg.), non sono altresì applicabili al caso concreto (sentenza del TAF C-2422/2014 consid. 3.2).

6.

6.1 Nell'ambito del ricorso in esame – interposto dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro una decisione di fissazione della tariffa, ai sensi dell'art. 47 cpv. 1 LAMal – possono essere invocati una violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, un accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti oppure un'inadeguatezza (art. 49 PA in relazione con l'art. 53 cpv. 2 LAMal).

6.2 Il Tribunale amministrativo federale esamina con piena cognizione le decisioni in materia di fissazione della tariffa (DTAF 2010/25 consid. 2.4). Secondo giurisprudenza, anche un'autorità di ricorso, che dispone di piena cognizione, è autorizzata a rispettare il potere d'apprezzamento dell'autorità inferiore. In tale ambito, deve correggere una decisione inadeguata, ma

non può sostituire il suo apprezzamento a quello dell'autorità inferiore e deve rispettarne il diritto di scegliere tra più soluzioni idonee quella ritenuta più opportuna (sentenza del TF 8C_802/2009 del 28 luglio 2010 consid. 4.1.1 con rinvii; DTF 133 II 35 consid. 3 e 126 V 75 consid. 6). In particolare, nell'applicazione di nozioni giuridiche indeterminate oppure se la questione da giudicare presuppone delle conoscenze tecniche, scientifiche od economiche specifiche, il Tribunale deve esaminare la decisione impugnata con un certo riserbo (DTF 135 II 296 consid. 4.4.3, 133 II 35 consid. 3 e 128 V 159 consid. 3b/cc). In siffatte circostanze, qualora si tratta di valutare delle questioni tecniche, scientifiche od economiche specifiche, il Tribunale non si distanzia senza particolare necessità dalle valutazioni dell'autorità inferiore che dispone delle necessarie conoscenze (DTF 135 II 296 consid. 4.4.3 e 133 II 35 consid. 3; DTAF 2010/25 consid. 2.4.1; sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 4.2 e C-6229/2011 del 5 maggio 2014 consid. 4.2).

6.3 Nell'ambito della determinazione di una tariffa, ai sensi dell'art. 47 cpv. 1 LAMal, il governo cantonale deve chiedere un parere al Sorvegliante dei prezzi. Quest'ultimo può proporre la rinuncia, completa o parziale, all'aumento di prezzo oppure la riduzione di prezzi mantenuti abusivi (art. 14 cpv. 1 LSPr [RS 942.20]). Il governo cantonale deve menzionare il parere del Sorvegliante nella sua decisione. Ove si scosti dal parere, ne deve dare motivazione (art. 14 cpv. 2 LSPr). Il parere del Sorvegliante dei prezzi è un elemento importante per la decisione poiché definisce delle norme tariffali uniformi a livello svizzero. Quando esamina una decisione di fissazione della tariffa, il Tribunale amministrativo federale si impone un certo riserbo se la decisione del governo cantonale coincide con le raccomandazioni del Sorvegliante dei prezzi (DTAF 2010/25 consid. 2.4.2). Se il governo cantonale si scosta dal parere del Sorvegliante dei prezzi, non prevale generalmente né il parere del Sorvegliante dei prezzi né il parere dell'autorità inferiore. In effetti, nonostante l'obbligo di consultazione e di motivazione di cui all'art. 14 LSPr, se non è stata stipulata alcuna convenzione tariffale fra le parti, il governo cantonale è competente per stabilire la tariffa. In tal caso, il Tribunale è tenuto ad esaminare se l'autorità inferiore ha spiegato in modo convincente per quale motivo si giustifica di scostarsi dal parere del Sorvegliante dei prezzi. Per il resto, le diverse prese di posizione, anche quelle delle parti in causa, sottostanno al libero apprezzamento del Tribunale amministrativo federale (DTAF 2010/25 consid. 2.4.3; sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 2.4 e C-6229/2011 consid. 4.2).

7.

7.1 In virtù dell'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, fra le altre, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, 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 cifre 1 a 3 LAMal), secondo i presupposti e l'entità dell'assunzione dei costi di cui agli articoli 32-34.

7.2 Ai sensi dell'art. 43 cpv. 1, 4 e 6 LAMal, i fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi, che sono stabiliti, di principio, per convenzione con gli assicuratori oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge. Le tariffe e i prezzi devono essere determinati secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturati e devono assicurare che si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti.

7.3 La tariffa è una base di calcolo della remunerazione; in particolare essa può attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto. Questa è la tariffa per singola prestazione (art. 43 cpv. 2 lett. b LAMal). In questa tariffa, a ogni prestazione è assegnato un determinato numero di punti, ciò che permette di determinare il valore astratto di ogni prestazione e la relazione tra i valori delle prestazioni (struttura tariffale). Il valore reale della prestazione, ossia il suo prezzo, è ottenuto moltiplicando il valore del punto con il numero dei punti attribuiti a questa prestazione (Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, FF 1992 I 143).

7.4 La struttura tariffale per prestazioni mediche ambulatoriali (TARMED), in vigore dal 1° gennaio 2004, è la struttura tariffale applicabile a tutte le prestazioni mediche ambulatoriali fornite in Svizzera. Con più di 4'500 posizioni, questa struttura per singola prestazione comprende praticamente tutte le prestazioni mediche fornite in uno studio medico e nel settore ospedaliero ambulatoriale. Un determinato numero di punti tariffari è attribuito ad ogni prestazione in funzione del tempo necessario, del grado di difficoltà e dell'infrastruttura necessaria. La struttura tariffale distingue tra la prestazione medica e la prestazione tecnica. Il prezzo della prestazione è ottenuto moltiplicando il valore del punto con il numero di punti attribuiti a questa prestazione. La struttura tariffale TARMED è stabilita per convenzione tra gli assicuratori ed i fornitori di prestazioni. Le parti alla convenzione tariffale stabiliscono i prezzi e le posizioni tariffarie che si basano su una

struttura tariffale uniforme. Il Consiglio federale approva la struttura. I Cantoni approvano il valore del punto di tariffa, previa consultazione della Sorveglianza dei prezzi (CONTROLLO FEDERALE DELLE FINANZE, Tarif des prestations médicales ambulatoires [TARMED], 2016, pag. 15).

7.5 Le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, dall'altro, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori (art. 46 cpv. 1 LAMal). La convenzione tariffale deve essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal).

7.6 Di principio, le tariffe sono stabilite per convenzione stipulata tra gli assicuratori ed i fornitori di prestazioni. Nei casi previsti dalla legge, ad esempio, allorquando non può essere stipulata alcuna convenzione, quando non esiste alcuna convenzione o qualora non si giunge al rinnovo della convenzione, la tariffa è stabilita dal governo cantonale, dopo aver sentito le parti interessate (art. 43 cpv. 4 e 47 cpv. 1 LAMal; Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattie del 6 novembre 1991, FF 1992 I 143).

7.7 Se nessuna convenzione tariffale può essere stipulata tra fornitori di prestazioni e assicuratori, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal). Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non s'accordano sul rinnovo d'una convenzione tariffale, il governo cantonale può prorogarla di un anno. Se nessuna convenzione è stata stipulata entro questo termine, il governo cantonale, consultate le parti interessate, stabilisce la tariffa (art. 47 cpv. 3 LAMal).

7.8 In virtù dell'art. 43 cpv. 4 seconda frase LAMal, il governo cantonale veglia affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Vigila altresì, giusta l'art. 43 cpv. 6 LAMal, affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. Inoltre, secondo l'art. 46 cpv. 4 LAMal, al momento dell'approvazione della convenzione, il governo cantonale verifica se la convenzione è conforme alla legge ed ai principi di equità e di economicità. Questa disposizione si applica per analogia allorquando, in assenza di una convenzione tariffale, il governo cantonale stabilisce la tariffa (sentenze del TAF C-4505/2013 e C-4480/2013 del 22 luglio 2016 consid. 3.1.3, C-2422/2014 consid. 6.8.3 e C-6229/2011 consid. 6; DTAF 2010/24 consid. 4.3).

7.9 Ai sensi dell'art. 59c OAMal (RS 832.102), il governo cantonale verifica che la convenzione tariffaria rispetti segnatamente i principi seguenti: la tariffa copre al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente (lett. a) e i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni (lett. b) e, se del caso, che un cambiamento del modello tariffale non comporta costi supplementari (lett. c; principio della neutralità dei costi). Secondo l'art. 59c cpv. 3 OAMal, questi principi sono applicabili per analogia allorquando il governo cantonale stabilisce la tariffa, giusta l'art. 47 LAMal. Il presupposto della neutralità, sancito dall'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal, entrato in vigore il 1° aprile 2007, discende dal principio di economicità di cui all'art. 43 cpv. 6 e 7 LAMal. Questo presupposto riveste carattere obbligatorio in caso di cambiamento del modello tariffario e si applica anche dopo la fase introduttiva della struttura tariffale TARMED in caso di cambiamento del modello tariffario (sentenza del TAF C-427/2008 del 30 giugno 2009 consid. 4.2.2). Ciò significa che un cambiamento del modello tariffario non deve comportare costi supplementari se la qualità e la quantità delle prestazioni fornite rimangono più o meno analoghe a quelle del modello precedente (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 6.7.2 e C-1627/2012 del 20 novembre 2014 consid. 6.3.2).

7.10 L'introduzione, al 1° gennaio 2004, della struttura tariffale TARMED era retta dal principio della neutralità dei costi, sancito dall'art. 59c cpv. 1 lett. c OAMal. La fase della neutralità dei costi si è estesa dall'aprile dell'anno d'introduzione fino all'aprile dell'anno seguente, ossia da aprile 2004 ad aprile 2005, ed aveva come obiettivo di evitare un aumento dei costi con il passaggio dal vecchio al nuovo tariffario. Una volta stabilito, al termine della fase introduttiva, un valore tariffario secondo la nuova struttura tariffale TARMED, il principio della neutralità dei costi non è più applicabile, il cambiamento del modello tariffale essendo stato realizzato (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 6.7.3, C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 5.1.2, C-2997/2012 del 7 ottobre 2015 consid. 5.1.2, C-1220/2012 del 22 settembre 2015 consid. 6.1.2, C-2380/2012 del 17 settembre 2015 consid. 5.1.2, C-1627/2012 consid. 8.1 e C-6229/2011 del 5 maggio 2014 consid. 11.2.3).

7.11 La struttura tariffale TARMED è basata su una contabilità dei costi completa. Nelle prestazioni tecniche sono inclusi completamente i costi del personale, i costi delle infrastrutture, gli interessi sul capitale proprio, gli ammortamenti e le perdite su crediti (sentenze del TAF C-2422/2012 consid. 6.7.4, C-4505/2013 e 4480/2013 consid. 5.1.3 e C-4308/2007 consid. 4.3.1 [considerando non pubblicato in DTAF 2010/14]).

7.12

7.12.1 Una tariffazione trasparente e comprensibile deve essere basata su documentazione attendibile; in questo modo, è possibile concretizzare l'obiettivo del contenimento dei costi previsto dalla LAMal. In virtù dell'art. 49 cpv. 7 LAMal, gli ospedali dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni tengono una contabilità analitica (segnatamente, tipi di costo, centri di costo, unità finali di imputazione e registrazione delle prestazioni) e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità, per effettuare comparazioni tra ospedali, per la tariffazione e per la pianificazione ospedaliera. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. L'art. 2 cpv. 1 lett. d dell'ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPRe, RS 832.104) prevede che il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni devono essere effettuati in modo che forniscano le basi per determinare le prestazioni e i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in relazione con la cura ambulatoriale in ospedale e in una casa per partorienti. Il capoverso 2 lett. a) a g) precisa poi che la distinzione e la determinazione dei costi e delle prestazioni summenzionati (al capoverso 1) devono permettere di elaborare indicatori, di comparare gli istituti a livello regionale, cantonale e intercantonale allo scopo di analizzare i costi e le prestazioni, di calcolare tariffe, di calcolare stanziamenti globali di bilancio, di approfondire le pianificazioni cantonali, di valutare l'economicità e l'equità della fornitura di prestazioni e di controllare l'evoluzione e il livello dei costi (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 6.3, C-2997/2012 consid. 4.3, C-1220/2012 consid. 5.3, C-2380/2012 consid. 3.3, C-1390/2008 del 9 marzo 2011 consid. 5.3 e C-4308/2007 consid. 6.6.1 [considerando non pubblicato in DTAF 2010/14]).

7.12.2 Se gli ospedali richiedono che i costi allegati siano conteggiati nella tariffa per le prestazioni ambulatoriali, sono tenuti a produrre i dati necessari sui costi. In caso contrario, sarà deciso a loro sfavore. Secondo il principio dell'onere della prova, è in effetti tenuta a sopportare le conseguenze della mancanza di prova, la parte che intendeva dedurre un diritto da una circostanza di fatto rimasta non provata. Inoltre, quand'anche siano prodotte delle cifre trasparenti sui costi, le stesse non possono essere riprese come tali; va ancora esaminato se i costi allegati sono basati su una fornitura efficiente delle prestazioni (art. 43 cpv. 6 e 7 nonché art. 46 cpv. 4 LAMal). Se non sono prodotti i dati necessari sui costi o se i costi allegati

non sono basati su una fornitura economica delle prestazioni, occorre ritenere che il valore del punto richiesto non è stato provato, a prescindere dal fatto se la tariffa sarà infine aumentata, ridotta o confermata al medesimo valore (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 6.4, C-2997/2012 consid. 4.3, C-1220/2012 consid. 5.3, C-2380/2012 consid. 3.3 e C-1390/2008 consid. 5.3).

7.13 Fatto salvo il presupposto per i fornitori di prestazioni di tenere una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni per poter adempiere i requisiti legali, fra i quali, il principio di economicità delle prestazioni (sentenza del TAF C-2422/2014 consid. 6.5), la legislazione non contiene indicazioni precise sui dati che devono essere presi in considerazione per il calcolo del valore del punto e neppure sul modo in cui questo calcolo deve essere effettuato. Non sussiste altresì alcun modello di calcolo basato sui costi per i costi del settore ambulatoriale. Secondo dottrina e giurisprudenza, in materia di tariffazione i costi effettivi e documentati, secondo criteri economici, possono essere presi in considerazione come elementi di calcolo per il valore del punto (sentenze del TAF C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 7.3, C-2380/2013 consid. 7.3 a 7.3.2 e C-6229/2011 consid. 11.1).

7.14 In virtù del principio inquisitorio, secondo cui l'autorità accerta d'ufficio i fatti determinanti della causa (art. 12 PA), il governo cantonale è tenuto ad acquisire e richiedere le informazioni ed i documenti rilevanti che permettono un esame adeguato della tariffa fissata. In particolare, deve invitare i partner tariffali, segnatamente i fornitori di prestazioni, a presentare dette informazioni e la relativa documentazione. Non può rimanere in attesa che questi ultimi forniscano i documenti e basarsi solo su tali documenti. Se una parte rifiuta di collaborare o di informare, deve ingiungerle di presentare, entro un termine adeguato, i dati richiesti. Se del caso, il governo cantonale si basa sussidiariamente su altre fonti (ad esempio, statistiche ed indagini della Confederazione) oppure prende in considerazione dei criteri pragmatici (sentenze del TAF C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 3.1.3 e 7.3 e C-2380/2012 consid. 7.4). Inoltre, quand'anche siano presentate delle cifre trasparenti sui costi, le stesse non possono essere riprese come tali; va ancora esaminato se le cure siano appropriate, efficaci e con costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 e 7 nonché art. 46 cpv. 4 LAMal; sentenza del TAF C-2422/2014 consid. 6.4).

8.

Nel caso in esame, occorre esaminare se il Consiglio di Stato del Cantone Ticino ha fissato il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della

ricorrente a fr. 0.80 in conformità alla legge ed ai principi di equità e di economicità. Per il resto, il Tribunale amministrativo federale non può esaminare alcuna eventuale censura delle parti relativa alla struttura tariffale TARMED. Per quanto questo Tribunale abbia già rilevato che la struttura tariffale TARMED presenta delle lacune, i difetti di una struttura tariffale devono essere corretti mediante una revisione della struttura medesima e non tramite la fissazione del valore del punto TARMED (DTAF 2014/36; sentenze del TAF C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 7.3, C-2997/2012 consid. 6.2 e C-2380/2012 consid. 7.3).

9.

Questo Tribunale rileva che competeva al Consiglio di Stato del Cantone Ticino stabilire, ai sensi dell'art. 47 cpv. 1 LAMal, il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente, la medesima e gli assicuratori malattie non avendo potuto concludere alcuna convenzione tariffale. Prima di determinare il valore del punto, il Consiglio di Stato ha sentito, in conformità alle disposizioni legali, le parti in causa ed ha chiesto un parere al Sorvegliante dei prezzi. Ha poi spiegato, nella motivazione dell'impugnato decreto, per quale motivo non si giustificava di scostarsi dal parere del Sorvegliante dei prezzi. Dal profilo formale, la fissazione da parte del Consiglio di Stato, tramite il decreto esecutivo del 22 maggio 2013, del valore del punto per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente adempie le condizioni legali.

10.

10.1 Il Consiglio di Stato ha fissato il valore del punto (VPT) a fr. 0.80 come al valore in vigore per le altre cliniche private del cantone. Ha rilevato nella risposta al ricorso del 5 settembre 2013, che in Ticino, in ambito di cure ospedaliere ambulatoriali, esistono due comunità tariffali; l'una costituita dagli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale e l'altra formata dalle cliniche private ticinesi. Secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale. La creazione di una comunità tariffale propria è possibile allorquando gli istituti che ne faranno parte offrono un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio al fine di evitare una tariffazione per specializzazione. La copertura da parte di un ospedale del 10% circa delle prestazioni ambulatoriali totali fornite nel Cantone, non costituisce un ventaglio sufficientemente ampio di offerte tale da poter giustificare una comunità tariffale propria (citata la sentenza del TAF C-2548/2008 del 18 novembre 2009). La quota delle prestazioni ambulatoriali della ricorrente

ammonta al 4% delle prestazioni ambulatoriali totali fornite dagli ospedali in Ticino. Alla luce di questi dati, discende che il ventaglio delle prestazioni fornite dalla ricorrente è molto ridotto rispetto alle prestazioni ambulatoriali delle altre cliniche private ticinesi e, ancor di più, rispetto a quelle fornite dagli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC). L'insorgente non può dunque costituire una comunità tariffale propria e beneficiare di VPT differente rispetto a quello delle altre cliniche private presenti sul territorio cantonale. Tenuto conto delle Raccomandazioni del Consiglio federale del 2002, delle motivazioni addotte dalla Sorveglianza dei prezzi e dalla giurisprudenza di codesto Tribunale (sentenze del TAF C-427/2008 del 30 giugno 2009 e C-2548/2008 del 18 novembre 2009), il Consiglio di Stato non ha ritenuto vi fossero dei motivi oggettivi che giustificassero di distanziarsi dalla raccomandazione della Sorveglianza dei prezzi del 5 aprile 2013. Peraltro neppure i motivi addotti nel ricorso giustificano una diversa soluzione. In particolare, il fatto che l'ospedale pubblico sia finanziato dal Cantone per la sua attività stazionaria – come peraltro avviene anche per le cliniche private dal 2012 – e per le sue prestazioni esclusive di pronto soccorso (pronto soccorso tipo A) non legittima di per sé la fissazione a favore della ricorrente di un VPT superiore a quello attuale (doc. TAF 7).

10.2 La ricorrente ha indicato che dai propri dati contabili, prodotti in modo completo e trasparente su formulari ITAR-K (doc. TAF 1, doc. L, Tabella 1 a Tabella 3), risulta un valore del punto tra fr. 1.62 e fr. 1.65 per l'anno 2010, tra fr. 1.39 e fr. 1.52 per l'anno 2011 e tra fr. 1.13 e 1.25 per l'anno 2012. Precisa che, come da decisione del Consiglio d'amministrazione, postula una copertura dei costi del 90%. Grazie ad economie di scala, riesce a contenere i costi di un ulteriore 5%, di modo che si giustifica il riconoscimento, in via principale, di un valore del punto di fr. 0.95 (85% di 1.13). Allega che questo Tribunale ha rilevato come in più cantoni vi è stato un ravvicinamento in ambito ambulatoriale fra il valore del punto degli ospedali pubblici e quello degli studi medici. In particolare, questo Tribunale avrebbe stabilito che allorquando una clinica privata svolge un'attività simile a quella degli studi medici, la sua tariffa deve essere parificata al valore del punto degli studi medici. Fa valere di essere una clinica di medici accreditati, che, oltre ad un pronto soccorso aperto 24/24 e 365 giorni l'anno, offre tutte le prestazioni ambulatoriali del tariffario TARMED – ad esclusione di 3/39 capitoli ed in particolare della chirurgia cardiovascolare, della neurochirurgia e della radiologia interventistica (che in Svizzera provocherebbero meno del 5% dei costi totali remunerati sulla base del tariffario TARMED) – e di fornire il 90% delle prestazioni offerte da tutti gli ospedali svizzeri in ambito ambulatoriale. L'insorgente fa inoltre valere di avere la stessa tipologia di prestazioni teoricamente fornibili da uno studio medico attrezzato di sala

operatoria ed aperto 24/24 e 365 giorni l'anno, motivo per cui si giustificerebbe di parificarla ad uno studio medico e di riconoscerle in via subordinata, perlomeno il valore del punto di fr. 0.93 dei medici liberi professionisti del cantone. Il valore del punto degli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale di fr. 0.75 non può venir considerato quale valore di riferimento, ritenuto che l'ospedale pubblico è finanziato dal cantone per le prestazioni di pronto soccorso e per gli investimenti. Rileva infine che il valore del punto è rimasto invariato dal 2004. In via ancora più subordinata, chiede perlomeno l'adeguamento del valore del punto al rincaro e di riflesso il riconoscimento di un valore del punto di fr. 0.87 (doc. TAF 1, 25, 26 e 36).

10.3 La Sorveglianza dei prezzi ha confermato la propria raccomandazione di un VPT di fr. 0.80 come al VPT in vigore per altre cliniche private ticinesi. Richiamate le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, rammenta che occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale. I valori del punto sono peraltro calcolati in base all'evoluzione cantonale dei costi per assicurato delle prestazioni in questione e non in base ai costi del singolo fornitore di prestazioni motivo per cui non è necessario esprimersi sui dati contabili della ricorrente (doc. TAF 16).

10.4 L'Ufficio federale della sanità pubblica ha indicato che occorrerebbe evitare la fissazione di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ospedaliero ambulatoriale. La creazione di una propria comunità tariffale è possibile allorquando gli istituti che ne faranno parte offrono un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio al fine di evitare una tariffazione per specializzazione. La ricorrente non adempie queste condizioni. Benché nelle raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002 sia postulato un ravvicinamento fra i valori del punto degli ospedali e quelli dei medici liberi professionisti, ciò non significa che il valore del punto degli ospedali deve essere incrementato o che i valori del punto di importo più basso devono essere adattati a quelli di importo più alto. Il Cantone non è tenuto ad effettuare alcun confronto fra i valori dei punti cantonali. I valori del punto non sono peraltro calcolati sulla base della contabilità del singolo fornitore di prestazioni motivo per cui non è necessario esaminare i dati contabili dell'insorgente (doc. TAF 28).

10.5 La Cooperativa di acquisti HSK ha chiesto il mantenimento del valore del punto a fr. 0.80 come per le cliniche private ticinesi. La creazione di una comunità tariffale costituita dalla ricorrente non si giustifica poiché la stessa

fornisce una quota minima di prestazioni ambulatoriali rispetto alle prestazioni totali fornite dagli ospedali in Ticino ed il ventaglio delle sue prestazioni è ridotto rispetto alle prestazioni delle cliniche private ticinesi. In virtù del principio di economicità delle prestazioni, all'insorgente non può essere riconosciuto il valore del punto dei medici liberi professionisti del cantone. Quanto ai dati contabili della ricorrente, non è possibile fare riferimento ai dati di un solo fornitore di prestazioni, senza effettuare alcun confronto con quelli di altri fornitori di prestazioni (doc. TAF 13 e 34).

10.6 Tarifsuisse SA ha segnalato che, secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, occorrerebbe evitare la fissazione di un valore del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. Non si giustifica dunque il riconoscimento per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente di un proprio valore del punto rispetto a quello di fr. 0.80 applicato alle cliniche private ticinesi. I dati contabili prodotti dall'insorgente sono peraltro incompleti; quest'ultima non ha integrato nella contabilità analitica tutti i costi e tutte le prestazioni del settore ospedaliero ambulatoriale, ciò che sarebbe stato necessario poiché solo attraverso un confronto fra i costi e le prestazioni del settore ospedaliero ambulatoriale e quelli del settore ospedaliero stazionario poteva essere appurato se i presupposti per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni erano adempiuti (doc. TAF 15).

11.

11.1 Quanto alla valutazione dell'economicità della tariffa e della fornitura efficiente delle prestazioni ai sensi dell'art. 59c cpv. 1 lett. a e b OAMal, nella sentenza C-6229/2011 del 5 maggio 2014, questo Tribunale ha rilevato che il metodo di calcolo del Sorvegliante dei prezzi, secondo cui i costi delle prestazioni mediche sono adattati in funzione del rincaro, è inadeguato in quanto non tiene conto di tutti gli elementi che influenzano l'evoluzione del volume delle prestazioni ambulatoriali. Il volume delle prestazioni dipende da fattori quali il progresso medico e tecnico, la domanda crescente correlata all'aumento della qualità della vita e all'invecchiamento della popolazione e da eventi straordinari, come una pandemia. Non compete ai medici ed agli ospedali finanziare tali fattori responsabili, almeno in parte, dell'aumento del volume delle prestazioni. Il metodo di calcolo del Sorvegliante dei prezzi potrebbe altresì ostacolare il principio di economicità delle prestazioni, secondo cui la tariffa deve coprire i costi effettivi della prestazione. Anche se appare opportuno applicare un metodo efficace per il controllo dell'evoluzione dei costi, questo metodo non dovrebbe sfavorire

un solo partner tariffale (sentenze del TAF C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 7.2, C-1627/2012 consid. 8.3 e C-6229/2011 consid. 11.3.2).

11.2 Secondo la giurisprudenza di questo Tribunale, la legislazione non contiene indicazioni sui dati che devono essere presi in considerazione per il calcolo del valore del punto e neppure sul modo in cui questo calcolo deve essere effettuato. Non sussiste altresì alcun modello di calcolo basato sui costi per i costi del settore ambulatoriale. I dati sui costi dei fornitori di prestazioni per il settore ambulatoriale secondo la contabilità analitica ITAR_K possono essere considerati quali elementi di calcolo per il valore del punto. Appare altresì opportuno applicare per analogia al calcolo del valore del punto i principi sviluppati per l'ambito stazionario. Quest'approccio tiene conto del fatto che i fornitori di prestazioni generano sia dei costi stazionari che dei costi ambulatoriali e considera l'ospedale nel suo complesso. Il modello ITAR_K è inoltre riconosciuto a livello svizzero e soddisfa gli standard REKOLE. Ciò premesso, va rilevato che i dati secondo la contabilità analitica ITAR_K rappresentano uno strumento di gestione e di analisi dei costi nell'ambito della copertura dei costi tramite le prestazioni. Gli stessi non forniscono alcuna indicazione sull'economicità delle prestazioni. L'esame dell'economicità richiede un confronto fra la contabilità analitica e le statistiche delle prestazioni ed un esame degli oneri di ogni ospedale e struttura ospedaliera cantonale. Pertanto, anche se un ospedale presenta dei dati dettagliati secondo la contabilità ITAR_K, gli stessi non possono essere ripresi come tali per determinare il valore del punto, ma solo se sono compatibili con gli altri criteri previsti dalla legge e dalla giurisprudenza affinché le prestazioni fornite possano essere considerate efficaci, appropriate ed economiche (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 9.4, C-4505/2013 e C-4480/2013 consid. 7.3, C-2380/2013 consid. 7.3 e 7.3.1 e C-6229/2011 consid. 11.1).

11.3

11.3.1 Nell'ambito del procedimento dinanzi all'autorità inferiore ed in sede ricorsuale, la ricorrente ha esibito dei formulari ITAR_K per gli anni dal 2010 al 2012 (doc. 2, allegato G, incarto CS TI e doc. TAF 1, doc. L, Tabella 1 a Tabella 3). Sulla base dei dati contenuti in questi formulari, fa valere un VPT di fr. 0.95. Tuttavia, quand'anche la medesima avesse prodotto tutti i dati necessari e trasparenti secondo la contabilità analitica ITAR_K (segnatamente, tipi di costo, centri di costo, unità finali d'imputazione e registrazione delle prestazioni; art. 9 cpv. 2 OCPre) nonché una statistica delle prestazioni (art. 49 cpv. 7 LAMal) e quand'anche avesse

dimostrato una fornitura efficiente delle prestazioni, non sarebbe comunque giustificata, per i motivi che saranno esposti ai considerandi che seguono, la fissazione di un proprio valore del punto per le prestazioni ambulatoriali offerte dalla sola ricorrente come da essa richiesto.

11.3.2 Va altresì rammentato che in Ticino, in ambito di cure ambulatoriali, esistono tre comunità tariffali; l'una comprendente gli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale, per la quale è stato stabilito per convenzione con gli assicuratori malattie un valore del punto di fr. 0.75, l'altra costituita dalle cliniche private ticinesi, per la quale è stato concordato per convenzione con gli assicuratori malattie un valore del punto di fr. 0.80, e l'altra ancora formata dai medici liberi professionisti, per la quale è stato fissato dal Consiglio di Stato un valore del punto di fr. 0.95 dal 1° gennaio 2012 e di fr. 0.93 dal 1° gennaio 2013 (risposta al ricorso e decreto esecutivo del Consiglio di Stato del 30 gennaio 2013 concernente il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti [decreto che è stato impugnato in questa sede da Tarifsuisse SA {causa C-1053/2013 di questo Tribunale})).

11.3.3 Nella sentenza C-2548/2008 del 18 novembre 2009, questo Tribunale ha rilevato che, secondo le raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002, occorre evitare la fissazione di valori del punto per specializzazione e di valori del punto per singoli fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali. La creazione di una comunità tariffale propria è possibile qualora sia oggettivamente giustificata, in particolare allorquando gli istituti che ne faranno parte offrono un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio al fine di evitare una tariffazione per specializzazione. In questa sentenza, il Tribunale ha ritenuto che il fatto che le cliniche private fornissero circa il 10% delle prestazioni ambulatoriali totali fornite dagli ospedali non costituiva un ventaglio di prestazioni sufficientemente ampio tale da giustificare la creazione di una comunità tariffale propria. Alla stessa conclusione si giungeva altresì anche per il fatto che il 51% delle prestazioni fornite da dette cliniche era concentrato su tre specializzazioni (sentenza del TAF C-2548/2008 del 18 novembre 2009 consid. 7.1 e 7.2). Questo Tribunale ha poi confermato la propria giurisprudenza nella sentenza C-1390/2008 del 9 marzo 2011 considerando 6, in cui è stato rammentato che occorre evitare la fissazione di valori del punto differenti per una singola specializzazione così come per singoli fornitori di prestazioni che offrono un ventaglio di prestazioni limitato rispettivamente una quota parte limitata di prestazioni sull'insieme di quelle fornite in un cantone (cfr., pure, sentenze del TAF C-1220/2012 consid. 6.1.1, C-2380/2012 consid. 5.1.1, C-1390/2008 consid. 6, C-2997/2012

consid. 5.5.1 e C-4308/2007 consid. 5.3.1 [considerando non pubblicato in DTAF 2010/14]).

11.3.4 La ricorrente è un istituto di cura privato, che secondo le sue indicazioni offre prestazioni in chirurgia, urologia, ortopedia e traumatologia, ginecologia, ostetricia e neonatologia, oftalmologia, otorinolaringoiatria, anestesia e terapia del dolore, medicina interna (cardiologia, gastroenterologia, epatologia, pneumologia, reumatologia, endocrinologia, dermatologia, neurologia e psichiatria) ed oncologia-ematologia (estratto online del sito della Clinica, consultato il 1° giugno 2017). Tuttavia, e come rettamente rilevato dalle opposenti, la ricorrente non ha dimostrato di fornire in ambito ambulatoriale un ventaglio di prestazioni legittimante la fissazione di un VPT per essa sola quale singolo fornitore di prestazioni. Difatti, da un confronto fra i costi della ricorrente per il settore ambulatoriale di 7,5 milioni di franchi nel 2011 (doc. TAF 1, doc. L., Tabella 2) ed i costi del settore ospedaliero ambulatoriale in Ticino di 180 milioni di franchi nel 2011 (doc. TAF 7, doc. 2) risulta che la quota delle prestazioni ambulatoriali fornite dall'insorgente ammonta al 4% delle prestazioni ambulatoriali totali fornite da tutti gli ospedali in Ticino. Inoltre, e come rettamente rilevato da Tarifsuisse SA, la ricorrente non ha fornito dati completi sulle prestazioni ambulatoriali, non avendo, fra l'altro e per ciò che qui maggiormente interessa, indicato in rapporto all'insieme delle prestazioni offerte, il ventaglio di quelle effettivamente fornite e le percentuali riferite alle singole discipline (v. al riguardo l'art. 49 cpv. 7 LAMal). La medesima non ha altresì dimostrato di fornire delle prestazioni ambulatoriali altamente specializzate o complesse rispetto alle prestazioni fornite dalle altre cliniche private ticinesi. In siffatte circostanze, non era dunque necessario che il Consiglio di Stato esaminasse i dati contabili prodotti dall'insorgente, non essendo comunque possibile nel caso concreto fissare un VPT per la sola insorgente, i criteri previsti dalla legge e dalla giurisprudenza a tal fine non essendo adempiti a prescindere da detti dati contabili. Per conseguenza, non è consentito di fissare a favore della ricorrente un VPT di fr. 0.95 sulla sola base dei dati contabili forniti dalla medesima.

11.4 Questo Tribunale ha altresì considerato, in assenza di dati completi rispondenti ai requisiti di legge e giurisprudenza, che la tariffa va stabilita secondo criteri pragmatici (sentenze del TAF C-2380/2012 consid. 7.4, C-6229/2011 consid. 11.6 e C-1390/2008 consid. 7.1 e 7.5).

11.5

11.5.1 Quanto ad un confronto fra i valori dei punti cantonali per le prestazioni ambulatoriali, nella sentenza C-6229/2011 del 5 maggio 2014, questo Tribunale ha rilevato, tramite grafici relativi ai dati per gli anni dal 2004 al 2010, che esistono significative disparità cantonali fra i valori del punto. In particolare, nella maggior parte dei cantoni sussiste una differenza, all'interno del singolo cantone, fra il valore del punto applicato agli studi medici e quello applicato agli ospedali pubblici. In alcuni cantoni il valore del punto per le prestazioni degli ospedali privati è altresì differente rispetto a quello per le prestazioni degli ospedali pubblici. Queste differenze non corrispondono alle disparità esistenti fra i costi, quali l'indice dei prezzi al consumo, i salari e gli affitti, ma si spiegano parzialmente con la densità dei medici, l'importo delle prestazioni per assicurato e la consegna di farmaci da parte dei medici. In assenza di criteri specifici che possano spiegare le disparità cantonali esistenti, non è possibile effettuare alcun confronto dei valori del punto fra i cantoni, fermo restando che non sussiste alcun motivo per scostarsi dal principio secondo cui i valori dei punti sono stabiliti a livello cantonale. In questo modo, è possibile tenere conto di molteplici fattori di costo dovuti alle differenze cantonali, senza violare i principi dell'economicità e dell'efficienza. Un valore del punto di un importo più alto non significa che questo valore distorce il principio dell'economicità poiché ogni cantone presenta una situazione specifica con dei costi legati alle proprie infrastrutture, costi che talvolta non possono essere imputati in modo ottimale su un numero adeguato di prestazioni. Un valore del punto di un importo più basso non significa altresì che le prestazioni sono fornite in modo più efficiente (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 7 e C-6229/2011 consid. 9).

11.5.2 Questo Tribunale non può pertanto condividere l'assunto della ricorrente secondo cui il Consiglio di Stato avrebbe dovuto effettuare un confronto fra i VPT cantonali ed adeguare il valore del punto delle sue prestazioni al valore medio svizzero del punto di fr. 0.90 degli ospedali privati. L'insorgente non ha altresì indicato quali cantoni presenterebbero una struttura ospedaliera paragonabile a quella del Cantone Ticino e per quale motivo il valore del punto degli ospedali privati di questi cantoni dovrebbe essere applicato alle sue prestazioni ambulatoriali.

11.5.3 Non è poi dato sapere per quale motivo un confronto con il valore del punto di fr. 0.75 per le prestazioni ambulatoriali degli ospedali pubblici ticinesi giustificerebbe il riconoscimento per la ricorrente di un valore del punto più elevato rispetto a quello di fr. 0.80 per le prestazioni ambulatoriali

delle cliniche private site sul territorio cantonale. Basti rilevare che l'insorgente non è stata paragonata agli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale ed il suo valore del punto non è stato fissato a fr. 0.75 come al VPT degli ospedali pubblici.

11.6

11.6.1 Nelle sentenze C-2997/2012 del 7 ottobre 2015, C-1220/2012 del 22 settembre 2015, C-2380/2012 del 17 settembre 2015 e C-6229/2011 del 5 maggio 2014, questo Tribunale ha ritenuto che si giustificava di effettuare un ravvicinamento fra il valore del punto applicato alle prestazioni ambulatoriali degli ospedali e quello applicato alle prestazioni ambulatoriali degli studi medici, come indicato nelle raccomandazioni del Consiglio federale del 30 settembre 2002. In tali casi, il Tribunale ha stabilito che alle prestazioni ambulatoriali degli ospedali doveva essere riconosciuto il valore del punto applicato ai medici liberi professionisti e che alle prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti doveva essere riconosciuto il valore del punto applicato agli ospedali. I valori del punto applicati erano stati concordati per convenzione fra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattie (sentenze del TAF C-2997/2012 consid. 7.4 a 7.8, C-1220/2012 consid. 7.8 a 7.9, C-2380/2012 consid. 7.4 e C-6229/2011 consid. 11.6).

11.6.2 Nella sentenza C-1390/2008 del 9 marzo 2011, come segnalato dalla ricorrente, questo Tribunale ha certo deciso che alle prestazioni ambulatoriali di una clinica privata sangallese doveva essere applicato il valore del punto dei medici liberi professionisti del cantone. Da un'attenta lettura della sentenza emerge che questo Tribunale ha dapprima rilevato che la clinica privata sangallese offriva un ventaglio di prestazioni ridotto rispetto alle prestazioni degli ospedali pubblici. Anche in presenza di dati contabili specifici, non poteva giustificarsi la fissazione di un proprio valore del punto per le prestazioni ambulatoriali di questa clinica privata. Il Tribunale ha poi accertato che il cantone sovvenzionava gli ospedali pubblici. Questa sovvenzione forfettaria, che costituiva un supplemento finanziario al valore del punto, senza alcun rapporto diretto con i costi, non permetteva di stabilire a quanto sarebbe dovuto ammontare il valore del punto per poter coprire i costi e comprovava che il valore del punto stabilito per convenzione per gli ospedali pubblici non copriva i costi. Il valore del punto della clinica privata sangallese non poteva dunque essere adeguato a quello degli ospedali pubblici del cantone. Questo Tribunale ha inoltre considerato che alla clinica privata in questione non poteva essere applicato il valore del punto in vigore per altre due cliniche private poiché il ventaglio delle

loro prestazioni era ridotto rispetto alle prestazioni della clinica privata sangallese. Il Tribunale ha infine ritenuto che il valore del punto per le prestazioni dei medici liberi professionisti, di fr. 0.82, poteva essere considerato quale valore di riferimento. Questi ultimi erano in grado di coprire i costi con il valore del punto concordato per convenzione poiché esercitavano senza percepire alcuna sovvenzione cantonale e la remunerazione delle prestazioni costituiva il loro unico reddito. Il loro valore del punto era inoltre stato concordato per molte specializzazioni. Per questi motivi, il Tribunale ha stabilito che alle prestazioni ambulatoriali della clinica privata sangallese doveva essere riconosciuto il valore del punto applicato ai medici liberi professionisti ed ha annullato la decisione dell'autorità cantonale competente che aveva fissato un VPT di fr. 0.96 per detta sola clinica privata sangallese (sentenza del TAF C-1390/2008 consid. 7.1, 7.3, 7.4 e 7.5; v. anche sentenze del TAF C-2380/2012 consid. 7.4, C-2997/2012 consid. 7.6 e 7.7 e C-1220/2012 consid. 7).

11.6.3 Giova tuttavia rilevare che le sentenze di questo Tribunale che – riprendendo una raccomandazione del Consiglio federale, auspicano/postulano un ravvicinamento tra i VPT in ambito ambulatoriale degli ospedali e i VPT dei medici liberi professionisti – non sono evidentemente da interpretare nel senso che a prescindere dalla situazione esistente nei singoli cantoni, segnatamente della struttura ospedaliera cantonale, della densità dei medici, dell'importo delle prestazioni per assicurato e della percentuale di consegna di farmaci da parte dei medici (v. sulla questione il consid. 11.5 del presente giudizio), va necessariamente effettuato un ravvicinamento rispettivamente un allineamento dei relativi VPT. Una siffatta interpretazione nella sua genericità sarebbe manifestamente incompatibile con i principi dell'efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni previsti dalla legge (v., fra gli altri, gli art. 32, 46 cpv. 4 LAMal), ritenuto che solo nel rispetto di detti principi, e della giurisprudenza, è consentito operare un ravvicinamento o eventualmente un allineamento dei VPT.

11.6.4 La ricorrente chiede, nel caso il VPT di fr. 0.95 quale singolo fornitore non fosse accolto, di essere parificata ad uno studio medico e di beneficiare del VPT di fr. 0.93 dei medici liberi professionisti operanti nel Cantone Ticino. Giova peraltro rammentare che l'Ordine dei Medici del Canton Ticino e gli assicuratori malattie non hanno raggiunto un accordo in merito al valore del punto per il 2012 ed il 2013. Con decreto esecutivo del 30 gennaio 2013, il Consiglio di Stato ha fissato il valore del punto per le prestazioni ambulatoriali dei medici liberi professionisti a fr. 0.95 dal 1° gennaio 2012 ed a fr. 0.93 dal 1° gennaio 2013 (decreto esecutivo del Consiglio di Stato del Cantone Ticino del 30 gennaio 2013; decreto impugnato dinanzi

a questo Tribunale [causa C-1053/2013 tuttora pendente]). La ricorrente ha motivato l'allineamento con il fatto di essere un clinica di medici accreditati e di avere quindi "ovviamente" la stessa tipologia di prestazioni teoricamente fornibili da uno studio medico attrezzato di sala operatoria ed aperto 24/24 e 365 giorni all'anno. Tuttavia, il VPT dei medici liberi professionisti non può nel caso di specie costituire un valore di riferimento plausibile per la ricorrente. In effetti, al di là di generiche affermazioni, l'insorgente non ha dimostrato che il ventaglio e la quantità delle prestazioni fornite dai medici liberi professionisti (v. consid. 11.5.1 del presente giudizio) sia simile a quella da lei fornita (cfr. su questo punto anche la presa di posizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica [UFSP] del 12 maggio 2015, pag. 4 punto 2.1), senza che nel caso del Canton Ticino via sia ragione di presumere, in assenza di dati precisi agli atti, la sussistenza di una tale similitudine. Va anzi constatato che da anni la comunità tariffale dei medici liberi professionisti beneficia di un VPT di un importo più elevato rispetto a quello degli ospedali pubblici e delle cliniche private. Non si può pertanto riconoscere alla ricorrente il valore del punto di fr. 0.93 applicato alle prestazioni dei medici liberi professionisti operanti sul territorio del Canton Ticino, neppure nell'eventualità che tale VPT dovesse essere confermato da questo Tribunale nel giudizio concernente il caso C-1053/2013.

11.7 Infine, in merito alla richiesta della ricorrente di adeguare il valore iniziale del punto di fr. 0.83, come allora deciso dal Consiglio federale il 23 marzo 2005 (le parti hanno poi stabilito per convenzione tariffale del giugno 2007 un valore del punto di fr. 0.80; riassunto dei fatti del presente giudizio lettere A.d e B.a) al rincaro di fr. 0.04 intervenuto dal 2004 al 2012 e di accordare un valore del punto di fr. 0.87, questo Tribunale non può riconoscere alcun adeguamento del valore del punto alla compensazione del rincaro poiché la legislazione sull'assicurazione malattie non garantisce un reddito minimo ai fornitori di prestazioni (sentenze del TAF C-427/2008 consid. 7.3.4 e C-1220/2012 consid. 7.4.1). Giova peraltro ancora rilevare che dal 1° giugno 2007 al 31 dicembre 2012, la ricorrente ha fornito le sue prestazioni ad un VPT di fr. 0.80 concordato con gli assicuratori malattia. Ora, secondo la statistica dell'Ufficio federale di statistica, l'indice dei prezzi al consumo è passato da 102.0 nel 2012 a 101.8 nel 2013, di modo che ad ogni buon conto non sussisterebbe comunque spazio per un adeguamento al rincaro verso l'alto.

11.8 Benché la ricorrente non l'abbia neppure richiesto, non può altresì esserle fissato un VPT a suo favore di fr. 0.83, come da decisione del Consiglio federale del 23 marzo 2005, lo stesso essendo stato determinato in

base alla situazione allora esistente con un allineamento al VPT allora in vigore per gli ospedali pubblici (valore che nel frattempo è di fr. 0.75).

11.9 Infine, bisogna convenire con le opposenti, che il VPT di fr. 0.80 deciso dal Consiglio di Stato nel decreto impugnato, tenuto pure conto del fatto che la ricorrente non ha fornito dati completi, costituisce una soluzione compatibile con i principi legali e giurisprudenziali rilevanti ai fini del presente giudizio e menzionati nella presente sentenza. A giusto titolo l'autorità inferiore ha considerato che il ventaglio e la quantità delle prestazioni ambulatoriali fornite dalla ricorrente è paragonabile a quella degli altri ospedali privati siti nel Cantone Ticino che formano una comunità tariffale propria. Quest'ultima fornisce le sue prestazioni ad un VPT di 0.80 concordato con gli assicuratori malattie. La ricorrente stessa ha fornito le sue prestazioni in ambito ambulatoriale a fr. 0.80 dal 1° giugno 2007 al 31 dicembre 2012 all'interno della citata comunità tariffale, prima di disdire la convenzione a decorrere dal 1° gennaio 2013. Non vi è alcuna ragione di ritenere, né la ricorrente ne ha fornito una plausibile in corso di procedura, che il VPT di fr. 0.80, accettato dall'insorgente medesima nel periodo in cui faceva parte della comunità tariffale degli ospedali privati siti sul territorio del Cantone Ticino, non rispondesse alle esigenze previste dalla legge e dalla giurisprudenza. Peraltro, e per i motivi precedentemente menzionati, la ricorrente non ha fornito dati legittimanti un VPT diverso da quello, di fr. 0.80, ritenuto dall'autorità inferiore. Ritenuto altresì, l'ampio margine di apprezzamento di cui dispone in tale ambito l'autorità inferiore, non sussiste alcun motivo per un intervento d'ufficio di questo Tribunale sul VPT di fr. 0.80.

12.

Da quanto esposto, discende che il ricorso presentato dalla ricorrente contro il decreto esecutivo del Consiglio di Stato del Cantone Ticino del 22 maggio 2013, mediante il quale il VPT per le prestazioni ambulatoriali della ricorrente è stato fissato a fr. 0.80 a decorrere dal 1° gennaio 2013, è respinto e il decreto impugnato è confermato.

13.

13.1

13.1.1 Di regola, secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono poste a carico della parte che soccombe. Sono stabilite in funzione dell'ampiezza e della difficoltà della causa, del modo di condotta processuale e della situazione finanziaria delle parti. Il loro importo oscilla da 100 a 5'000 franchi nelle controversie senza interesse pecuniario e da 100 a 50'000

franchi nelle altre controversie (art. 63 cpv. 4^{bis} lett. a e b PA). Gli art. 3 e 4 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) disciplinano la tassa di giustizia nelle cause senza interesse pecuniario e nelle cause con interesse pecuniario. Un procedimento in materia di fissazione del valore del punto TARMED è una controversia di natura pecuniaria, il cui valore litigioso non può tuttavia essere determinato. Le spese processuali sono dunque stabilite secondo le regole generali di cui all'art. 63 cpv. 4^{bis} PA (ampiezza e difficoltà della causa, modo di condotta processuale, situazione finanziaria delle parti). Conto tenuto della difficoltà della causa e del lavoro necessario di questo Tribunale, si giustifica di fissare le spese processuali a fr. 4'000.- (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 11.1, C-2997/2012 consid. 8.1.1 e 8.1.2, C-1220/2012 consid. 9.1.1 e 9.1.2 e C-2380/2012 consid. 8.1.1; DTAF 2010/14 consid. 8).

13.1.2 Le spese processuali di fr. 4'000.- sono poste a carico della ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese, di fr. 5'000.-, versato dalla ricorrente stessa il 10 luglio 2013. È pertanto restituito all'insorgente l'importo eccedente di fr. 1'000.-, mediante versamento sul conto che la stessa indicherà a questo Tribunale.

13.2

13.2.1 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 parte vincente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (v. anche art. 7 TS-TAF).

13.2.2 Nel caso concreto, Tarifsuisse SA, opponente, ha concluso al rigetto del ricorso, nella misura della sua ammissibilità. Tarifsuisse SA deve quindi considerarsi parte vincente nella causa (cfr. sulla questione anche la sentenza del TAF C-2422/2014 consid. 11.2).

13.2.2.1 La regolamentazione delle ripetibili che concerne il gruppo di assicuratori rappresentato da Tarifsuisse SA, comprende anche la CSS Assicurazione malattie SA e gli assicuratori Intrass Assicurazione malattie SA, Arcosana SA e Sanagate SA – ossia gli oppositori n. 14, 51, 56 e 58 – ritenuto che sono stati rappresentati da Tarifsuisse SA per l'essenziale della procedura ricorsuale (e che non hanno inoltrato allegati da quando hanno rinunciato ad essere rappresentati da Tarifsuisse SA; sentenza del TAF C-2922/2013 e C-2987/2013 del 27 aprile 2015 consid. 9).

13.2.2.2 Ritenuto che Tarifsuisse SA, integralmente vincente in causa, è rappresentata in questa sede da mandatario professionale, si giustifica l'attribuzione di un'indennità per ripetibili. La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) complessivamente in fr. 6'480.-, IVA compresa (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 e della difficoltà della causa e del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante di Tarifsuisse SA (sentenze del TAF C-2422/2014 consid. 11.2 e C-2922/2013 e C-2987/2013 consid. 9.4.2 per analogia). L'indennità per ripetibili è posta a carico della ricorrente.

13.2.3 Per contro, ritenuto che la Cooperativa di acquisti HSK non è rappresentata in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, di cui si sono peraltro occupate delle persone al beneficio di un contratto di lavoro, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 9 cpv. 2 TS-TAF).

13.2.4 Peraltro, il Consiglio di Stato del Cantone Ticino, quand'anche vincente, non ha diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF; DTAF 2010/14 consid. 8.2.1).

14.

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 respinto. Il decreto esecutivo del Consiglio di Stato del Cantone Ticino del 22 maggio 2013 è confermato.

2.

Le spese processuali, di fr. 4'000.-, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di fr. 5'000, versato dalla medesima il 10 luglio 2013, è computato con le spese processuali. L'importo eccedente di fr. 1'000.- è restituito alla ricorrente, mediante versamento sul conto che la stessa indicherà a questo Tribunale.

3.

La ricorrente rifonderà a Tarifsuisse SA, opponente, complessivi fr. 6'480.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentanti della Clinica Santa Chiara SA (Atto giudiziario; allegato: formulario "Indirizzo per il pagamento")
- Consiglio di Stato del Cantone Ticino (Atto giudiziario)
- rappresentante di Tarifsuisse SA (Atto giudiziario)
- CSS Assicurazione malattie SA (Atto giudiziario)
- rappresentante della Cooperativa di acquisti HSK (Atto giudiziario)
- Ufficio federale della sanità pubblica (Raccomandata)
- Sorveglianza dei prezzi (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Data di spedizione: