

Ricorso Per Motivi Aggiunti

Rg.13598/22 – Sez. III Quater – UC. 17/01/2023

S.A.L.F. SpA Laboratorio Farmacologico, C.F. 00226250165, in persona del legale rappresentante elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. Claudio Marrapese in Roma, Via Balduina 114, con fax 06/35344797 e/o PEC: claudiomarrapese@ordineavvocatiroma.org, da cui è rapp.ta e difesa in virtù di procura in atti.

Contro

MINISTERO DELLA SALUTE

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

E NEI CONFRONTI

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le

Province autonome di Trento e di Bolzano

Province autonome di Trento e di Bolzano e di tutte le regioni d'Italia

PER L'ANNULLAMENTO, PREVIA SOSPENSIONE

- della determinazione della Regione Toscana direzione sanità welfare e coesione sociale n. 24681 del 14/12/2022 che ha approvato gli elenchi delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggette al ripiano per ciascuno degli anni 2015-2018 e l'elenco di riepilogo di tali anni da cui risultano gli importi dovuti per singola azienda fornitrice a tale titolo;
- delle deliberazioni adottate dai direttori generali delle aziende sanitarie e dell'Estar ivi richiamate, ma non allegate, con cui sono stati validati e certificati i fatturati per singola azienda fornitrice di dispositivi medici;
- della comunicazione di avvio del procedimento del 11/14 novembre 2022;
- del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6/7/22 pubblicato in G.U. il 15/9/22 recante la certificazione del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018;

- degli atti ivi richiamati, ma non allegati, e segnatamente: il Decreto del Ministero della Salute del 15/6/2012 recante nuovi modelli di rilevazione economica “conto economico” e “stato patrimoniale” dell’aziende del servizio sanitario nazionale;
- la circolare del Ministero della Salute del 29/7/2019 n.22413 che ha previsto una ricognizione da parte degli enti del SSN della ripartizione del fatturato relativo ai dispositivi medici tra i singoli fornitori debitamente riconciliato con i valori contabilizzati nel modello CE di ciascun anno 2015-2018;
- l’Accordo tra Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute che individua i criteri di definizione del tetto spesa regionale per l’acquisto dei dispositivi medici e le modalità procedurali di individuazione del superamento dei tetti di spesa regionale degli anni 2015-2018 fissando per ciascuno dei predetti anni il tetto sia nazionale che regionale al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard;
- del Decreto del Ministero della Salute del 6/10/22 pubblicato in G.U. il 26/10/22 recante l’adozione delle linee guida propedeutiche all’emanazione dei provvedimenti regionale e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015-2018;
- degli atti ivi richiamati, ma non allegati, e segnatamente: la circolare del Ministero dell’Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute del 19/2/2016 avente ad oggetto fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici ecc., ecc;
- la circolare del Ministero dell’Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute del 21/4/2016 avente ad oggetto fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici ecc., ecc;
- l’intesa della Conferenza delle regioni e delle province autonome del 14/9/2022;
- l’intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 28/9/22, nonché ogni altro atto presupposto e connesso allo stato non conosciuti.

Fatto

Si premette che si notifica il presente ricorso munito di tutti i requisiti di forma e di sostanza per valere quale ricorso principale per l’ipotesi in cui, per qualsiasi ragione, il ricorso introduttivo del presente giudizio dovesse essere considerato inammissibile, irricevibile o improcedibile.

Nel ricorso introduttivo si è dato conto che, con l'entrata in vigore dell'art. 18 del d.l. n.115/2022 dal titolo accelerazione delle procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici, è stato inserito, all'art. 9 ter del d.l. n.78/115, dopo il comma 9, l'art. 9 bis con cui è stato disposto:

i) limitatamente al ripiano dell'eventuale superamento del tetto di spesa regionale per gli anni 2015-2018, dichiarato con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, affinché le regioni e le province autonome possano definire con proprio provvedimento, da adottare entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del predetto decreto ministeriale, l'elenco dell'aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascuno anno, previa verifica della documentazione contabile anche per il tramite degli enti del servizio nazionale regionale;

ii) con decreto del Ministero della Salute da emanare d'intesa con la Conferenza delle regioni e delle Province autonome, entro 30 gg. dalla data di pubblicazione del predetto decreto ministeriale, sono adottate le linee guida propedeutiche alla emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali;

iii) le regioni e le province autonome effettuano le conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022 e in sede di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'art. 12 dell'intesa tra Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 ne producono la documentazione a supporto;

iv) le aziende fornitrici assolvono ai propri adempimenti in ordine ai versamenti in favore delle singole regioni e province autonome entro gg. 30 dalla pubblicazione dei provvedimenti regionali e provinciali;

v) nel caso in cui le aziende fornitrici dei dispositivi medici non adempiano all'obbligo di ripiano, i debiti per acquisti dei dispositivi medici delle singole regioni e province autonome, anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale, nei confronti delle predette aziende fornitrici inadempienti sono compensati fino alla concorrenza dell'intero ammontare.

Per dare attuazione agli atti generali come sopra previsti e calendarizzati, il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con decreto del 6/7/22 pubblicato il 15/9/22, ha certificato il superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici e che il relativo ripiano addebitato all'aziende è risultato pari a € 416.274.918,00 per il 2015; € 473.793.126,00 per il 2016; € 552.550.000,00 per il 2017 e € 634.322.535,00 per il 2018, per

un totale di € 2.085.940.579,00.

A seguire il Ministero della Salute, con decreto del 6/10/22 pubblicato il 26/10/22, ha disposto che

i) ciascuna regione e provincia autonoma pone il superamento del rispettivo tetto di spesa, come già certificato dal decreto ministeriale del 6 luglio 2022, a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40% per l'anno 2015; al 45% per il 2016; al 50% per il 2017 e al 50% per il 2018;

ii) ciascuna azienda fornitrice di dispositivi medici concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici a carico del relativo servizio sanitario regionale;

iii) ai fini della determinazione del fatturato di ciascuna azienda fornitrice, gli enti del servizio sanitario regionale procedono alla ricognizione delle fatture correlate ai costi iscritti alla voce "BA0210 – dispositivi medici del modello CE consuntivo dell'anno di riferimento del superamento del tetto di spesa regionale e provinciale per gli importi contabilizzati alla voce "BA0201";

iii) i medesimi enti del servizio sanitario regione e provinciale conseguentemente calcolano il fatturato annuo di ciascuna azienda fornitrice dei dispositivi medici al lordo dell'IVA come somma degli importi delle fatture riferite ai dispositivi medici contabilizzati nel modello CE alla voce BA0210.

I summenzionati atti amministrativi di carattere generale sono stati tempestivamente e comunque in via prudenziale gravati con il ricorso introduttivo in epigrafe, dovendosi ritenere che essi hanno il potere di incidere sugli interessi economici della ricorrente che commercializza dispositivi medici con contratti stipulati con le strutture del servizio sanitario regionale, nella misura in cui l'accertamento dello sfondamento dei tetti di spesa per gli anni 2015-2018 compiuto dal Ministero ha l'effetto giuridico di costituire una posizione a debito in capo all'azienda fornitrice di dispositivi per un importo pari ad oltre due miliardi di euro, ancorchè tale importo sia poi da ripartire pro quota tra le varie aziende fornitrici coinvolte, ed in questo senso va considerato innovativo, creativo di posizioni giuridiche precedentemente non esistenti e perciò immediatamente lesivo ai fini dell'interesse per la sua tempestiva impugnazione.

Nell'ambito di tale nuovo assetto provvedimentale le Regioni e le province autonome, ciascuna per la propria area territoriale, stanno definendo il segmento del procedimento di pay back sui

dispositivi medici per ripartire pro quota tra le varie aziende fornitrici coinvolte l'importo dello sfondamento dei tetti di spesa per gli anni 2015-2018.

In particolare la Regione Toscana ha adottato la determina n. 24681 del 14/12/2022 con cui, previa comunicazione per pec 11 e 14 novembre 2022 di avvio del procedimento, ha approvato gli elenchi delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggette al ripiano per ciascuno degli anni 2015-2018 e l'elenco di riepilogo di tali anni da cui risultano gli importi dovuti per singola azienda fornitrice a tale titolo.

Sebbene la ricorrente - come del resto nella stessa maniera hanno fatto la gran parte dell'aziende fornitrice coinvolte - abbia inviato le proprie osservazioni e controdeduzioni anche ai solo fini di un confronto diretto dei propri dati contabili rispetto a quelli rilevati dagli atti del procedimento, la Regione Toscana ha ritenuto di non accogliere nessuna delle osservazioni svolte, tranne quelle afferenti a forniture di prodotti non costituenti dispositivi medici.

Eppure la ricorrente ha riscontrato una significativa discordanza tra il proprio dato di spesa che per il 2015 ammonta a € 209.666; per il 2016 a € 220.351; per il 2017 a € 384.204, per il 2018 a € 498.555 mentre quello rilevato dalla Regione risulta essere per il 2015 pari a € 238.525; per il 2016 a € 277.709; per il 2017 a € 475.901; per il 2018 a € 605.795 senza che a tale differenza di dati riferiti direttamente alla posizione della ricorrente si sia svolto un confronto e/o dialogo partecipativo con l'amministrazione capace di far emergere gli errori riscontrati.

Ne deriva che il provvedimento di ripiano di cui alla citata Determinazione della Regione Toscana, ed i suoi allegati, nonché gli ulteriori atti, anche a carattere generale, che tale determinazione hanno preceduto, sono illegittimi e, come tali, meritevoli di annullamento per le seguenti ragioni di

Diritto

1. – Violazione dell'art. 7 e 10 bis della legge n. 241/1990 e del principio di partecipazione al procedimento dei soggetti interessati dai suoi potenziali effetti sfavorevoli.

La determinazione di ripiano impugnata risulta illegittima in quanto dalla comunicazione di avvio del procedimento non ha fatto seguito alcun contraddittorio satisfattivo in relazione agli interessi partecipativi fatti valere dalla ricorrente con l'invio delle proprie osservazioni; di qui la conseguente violazione dell'art. 7 e 10 bis della legge n. 241/1990 e dei diritti di effettiva partecipazione al procedimento dei soggetti interessati dai suoi potenziali effetti sfavorevoli.

Infatti sebbene la ricorrente lo abbia chiesto nelle proprie osservazioni, anche ai fini di un confronto dei propri dati contabili rispetto a quelli rilevati dagli atti del procedimento, la Regione Toscana ha attribuito gli oneri di riparto del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 a carico delle aziende fornitrici senza dare modo a queste di verificare come si sia arrivati agli importi indicati nella determinazione impugnata né di fornire, in sede procedimentale, alcun contributo utile ai fini dell'adozione di un provvedimento finale di contenuto diverso.

Un tale contributo sarebbe stato invece fondamentale anche alla luce di quanto constatato, da un lato, dalla stessa Regione che nella sua Nota esplicativa allegata alla determinazione impugnata parla di "ripiano parziale" della spesa eccedente il limite stabilito dalla norma sopra citata (pay back) dovuta dai singoli fornitori di dispositivi medici, senza con ciò spiegare e/o dare conto del perché ha ritenuto di operare per il 2015-2018 il ripiano della somma di € 394.705.841 anziché della somma certificata dal Ministero di € 397.155.005; e dall'altro con riferimento alla significativa discordanza tra il dato di spesa interno all'azienda ricorrente che per il 2015 ammonta a € 209.666; per il 2016 a € 220.351; per il 2017 a € 384.204, per il 2018 a € 498.555 rispetto a quello rilevato dalla Regione risulta essere per il 2015 pari a € 238.525; per il 2016 a € 277.709; per il 2017 a € 475.901; per il 2018 a € 605.795.

E' indubbio che laddove fossero stati messi a disposizione i dati contabili e di fatturato utilizzati dalla Regione nel corso dell'istruttoria e fosse stato possibile esercitare il diritto partecipativo che la legge riconosce loro, infatti, le aziende avrebbero potuto eventualmente spiegare e/o approfondire alla Regione le ragioni di tale discrasia o, comunque, fornire ulteriori elementi in grado di migliorare, rendendoli più affidabili, i calcoli che la normativa vigente richiede alle amministrazioni di effettuare.

La Regione Toscana, invece, ha concluso il procedimento indicando al buio gli importi di ripiano a carico di ciascun fornitore, senza illustrare i criteri sulla metodologia di calcolo a tal fine seguita né mettere a disposizione delle aziende documentazione di dettaglio utile a consentire loro di comprendere quali dati di spesa siano stati presi in considerazione. Quanto è avvenuto nel caso di specie, tuttavia, ripete ciò che era accaduto nel 2012 nel settore farmaceutico, nella prima occasione nella quale l'AIFA aveva adottato provvedimenti di ripiano dello sfondamento del tetto di spesa previsto per l'assistenza farmaceutica.

Anche in quel caso, infatti, l'Amministrazione non aveva reso partecipe le aziende al procedimento di ripiano con la conseguenza che codesto Ecc.mo TAR annullò in quell'occasione il provvedimento di ripiano con sentenza in forma semplificata (si cfr., tra le altre, TAR Lazio, Sez. III Quater, sent. n. 3521/2012), rilevando in proposito che:

(i) tale comunicazione *“avrebbe consentito alla società interessata di partecipare al procedimento stesso con argomentazioni che avrebbero potuto indurre l'AIFA a non adottare il provvedimento o ad adottarlo con un contenuto diverso, ad esempio quantificando in misura differente il quantum debeatur”*; e che:

(ii) *“la partecipazione al procedimento, di cui il previo avviso costituisce il necessario presupposto, svolge nella sostanza una funzione conoscitiva a vantaggio di ambedue le parti, pubblica e privata, atteso che consente all'interessato un'anticipata tutela delle proprie ragioni e permette all'amministrazione di ridurre i margini di errore, giacché le consente di conoscere, prima dell'adozione del provvedimento, i vizi in cui incorrerebbe adottandolo”*.

Anche se la normativa volta a disciplinare il procedimento di *pay back* non prevede espressamente la necessità di procedere a tale comunicazione, limitandosi l'art. 5 del d.l. n. 159/2007 a contemplare la comunicazione del provvedimento conclusivo, ossia della *“quota di ripiano”* a carico delle aziende. Tale circostanza – osservò il TAR – non assume tuttavia rilievo decisivo in quanto *“la comunicazione di avvio del procedimento è una disposizione di carattere generale sempre applicabile salvo che la stessa Amministrazione non ne dimostri l'inutilità ex art. 21 octies, l. n. 241/1990”*; e tale inutilità, anche ora come allora, non può certo predicarsi (neanche) nel caso di specie alla luce della natura del provvedimento di cui si discute, delle discrasie riscontrate dalla stessa amministrazione procedente e della necessità di consentire alle aziende di fornire il loro contributo nella corretta quantificazione degli oneri di ripiano posti a loro carico.

Già sotto questo primo profilo, pertanto, i provvedimenti impugnati appaiono meritevoli di sicuro annullamento e rifacimento da parte dell'amministrazione resistente.

2. – Violazione dei principi sulla trasparenza e conoscibilità dei dati sulla base dei quali si fonda l'azione amministrativa di cui alla legge n. 241/1990. Eccesso di potere per difetto di istruttoria e di motivazione.

Una seconda ragione di illegittimità che, al pari dei provvedimenti che l'hanno preceduta, caratterizza anche la determinazione di ripiano adottata dalla Regione Toscana, si fonda sulla totale inottemperanza ai principi posti nella legge n. 241/1990 al fine di

garantire la trasparenza dell'azione amministrativa e la conoscenza dei dati sulla base dei quali essa si fonda che ha contraddistinto l'operato della Regione stessa.

Occorre operare immediatamente una precisazione: questa volta la situazione di fronte alla quale ci troviamo non è in alcun modo paragonabile a quella che ha caratterizzato le vicende relative al *pay back* farmaceutico, sulla quale tanto codesta Ecc.ma Sezione quanto il Consiglio di Stato si sono recentemente pronunciati nel senso della legittimità dell'operato dell'AIFA.

In quel caso, infatti, l'AIFA aveva messo a disposizione delle aziende i dati di spesa relativi ai prodotti di loro titolarità, i dati di spesa totali (aggregati) presi in considerazione per ogni voce di costo, quelli riferiti a specifiche categorie di farmaci, nonché una nota sulla metodologia di calcolo seguita, sicché il tema che in quei giudizi si è posto era quello della dedotta necessità che si instaurasse *“un contraddittorio procedimentale generalizzato tra l'AIFA e tutte le aziende su tutti i dati forniti da tutte le imprese farmaceutiche”*. Ebbene, la giurisprudenza ha negato che una tale pretesa sia protetta dall'ordinamento vigente sul presupposto che, in tal modo, si verrebbe *“... a realizzare una vera e propria “cogestione” della spesa farmaceutica tra l'AIFA e le aziende di settore, non prevista dall'ordinamento settoriale e dalle leggi speciali applicabili – come del resto dalle norme generali in materia di partecipazione procedimentale dettate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, che restano quelle cui fare riferimento anche nella specie in assenza di diverse indicazioni normative – e contraria al principio di efficienza dell'azione amministrativa, appesantendone notevolmente e inutilmente l'iter istruttorio, ma anche e soprattutto in quanto non necessaria, per la corretta determinazione del pay back, e confliggente con le meritevoli esigenze di riservatezza delle altre aziende, per evidenti ragioni di tutela del segreto commerciale/industriale”* (in questo senso, tra le altre, Cons. Stato, Sez. III, 18 novembre 2022, n. 10175).

Nella fattispecie oggetto del presente giudizio, però, le cose stanno diversamente. In questa sede non si discute, infatti, della necessità di avviare un contraddittorio procedimentale generalizzato su tutti i dati di fatturato di tutte le imprese, bensì della mancanza anche di quel minimo di informazioni necessarie per consentire alle aziende di comprendere perché sia stato loro richiesto un determinato importo, verificare che tale importo sia corretto alla luce della normativa vigente e della spesa effettiva e fornire (anche in sede procedimentale) un apporto utile a correggere eventuali errori.

La differenza tra le due situazioni, pertanto, è evidente, avendo il Consiglio di Stato affermato anche, in quell'occasione, che « *la*

condivisione dei dati attuata dall'AIFA (individuali propri ed aggregati) è quella che meglio realizza il bilanciamento degli interessi coinvolti, [venendo] ciascuna azienda messa in grado di controllare l'esattezza dei propri dati, così garantendo una forma di controllo "diffuso" ».

Cosa che, però, non è accaduta nel caso in esame, giacché in questa occasione la Regione non ha condiviso con le aziende alcun dato, neppure quelli che direttamente le riguardano, impedendo così alle stesse di operare una qualsiasi verifica in merito al *quantum* delle quote di *pay back* loro attribuite, a quali tipologie di dispositivi medici sono state prese in considerazione, all'eventuale scorporo dal calcolo della spesa riferibile ai servizi connessi alle forniture, e a quant'altro potesse essere necessario verificare al fine di comprendere la fondatezza e le ragioni della richiesta di pagamento che hanno ricevuto.

La rappresentata esigenza di controllo, d'altro canto, appare particolarmente importante nella presente vicenda alla luce, da un lato, di quanto ha evidenziato la stessa Regione nella determinazione di ripiano impugnata con riferimento all'affermazione di ripiano parziale avuto riguardo all'esistenza di una discrasia (di entità non chiarita...) dell'importo complessivo da ripianare preso in considerazione dalla regione in misura pari a € 394.705.841 anziché quello nella misura certificata dal Ministero di € 397.155.005; dall'altro con riferimento alla significativa discordanza come sopra dettagliato tra il dato reale di spesa interno all'azienda ricorrente rispetto a quello rilevato dalla Regione agli atti del procedimento.

Ebbene, fermo restando che tale circostanza rileva di per sé, per le ragioni che saranno esposte al motivo seguente, ai fini della legittimità tanto della determinazione di ripiano quanto, a monte, del DM 6 luglio 2022 di "certificazione" dell'entità del superamento dei tetti di spesa nazionale e regionale, essa dimostra al contempo come i dati sulla cui base presentano gravi profili di coerenza e attendibilità. La spesa complessiva contabilizzata all'interno del modello CE consolidato regionale, infatti, dovrebbe corrispondere esattamente alla somma dei fatturati delle singole aziende fornitrici.

Se questo non è accaduto è perché da qualche parte ci sono degli errori, perché magari sono stati inclusi nel modello CE anche costi legati ai servizi svolti dalle aziende contestualmente alla fornitura, oppure perché sono stati presi in considerazione i costi di forniture di dispositivi medici che non avrebbero dovuto rientrare nel calcolo.

Ebbene solo mettendo a disposizione delle aziende i dati nel dettaglio sulla cui base si è giunti alla quantificazione del fatturato

complessivo e della spesa contabilizzata nel modello CE e specificando la metodologia di calcolo seguita sarebbe possibile individuare questi errori, correggerli e verificare come la Regione sia giunta a calcolare gli importi di ripiano attribuiti alle aziende, che ad oggi sono l'unico elemento noto di tutta questa vicenda.

In assenza di tali elementi, lo scenario dinanzi al quale si trovano le aziende è quello di dover prendere atto di un importo che non si sa da dove derivi, di dover pagare una somma di denaro semplicemente indicata, ma non verificabile né giustificata. Vale, allora, in questo caso quanto è stato affermato in passato dall'Ecc.ma Sezione con riferimento ai primi provvedimenti di ripiano adottati nel contiguo settore della spesa farmaceutica, ossia che, in assenza di questo minimo di informazioni, si finisce "con l'assegnare in definitiva una sorta di fede privilegiata ... sia al dato complessivo nazionale elaborato [...] sia a quello prodotto dalle singole Regioni, in palese contrasto con il principio di trasparenza dell'azione amministrativa e con il principio che spetta all'amministrazione provare la fondatezza e la veridicità dei fatti sulla cui base ha adottato uno specifico provvedimento" (TAR Lazio, Sez. III Quater, n. 4538/2015).

Anche sotto questo secondo profilo, pertanto, i provvedimenti impugnati devono essere annullati affinché la Regione resistente provveda nuovamente in materia rendendo noto alle aziende i dati sulla base dei quali essa ha calcolato le somme richieste alle aziende a titolo di pay back.

3. – Violazione e falsa applicazione del DM 6 ottobre 2022, recante "Adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto per i dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018". Violazione e falsa applicazione dell'art. 9-ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 78. Eccesso di potere per difetto di istruttoria e di motivazione, travisamento dei fatti, contraddittorietà.

Le sopra evidenziate discrasie che certamente affondano le radici tra il dato di spesa risultante dal fatturato complessivo comunicato dalle strutture sanitarie regionali e quello contabilizzato a livello regionale nel modello CE consolidato, rileva peraltro anche sotto un altro profilo.

Invero, il decreto del Ministero della Salute del 6 ottobre 2022 recante "Adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018" ha definito le modalità procedurali che le Regioni avrebbero dovuto seguire per l'adozione dei provvedimenti di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015,

2016, 2017, 2018, in applicazione dell'articolo 18, comma 1 del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115, convertito dalla legge 21 settembre 2022, n. 142.

In particolare, all'art. 3, riguardante le attività attribuite agli enti dei Servizi sanitari regionali e delle province autonome, si stabilisce quanto segue:

- « *In caso di superamento del tetto di spesa regionale o di una provincia autonoma, ai fini della determinazione del fatturato di ciascuna azienda fornitrice, gli enti del Servizio Sanitario regionale o provinciale procedono alla ricognizione delle fatture correlate ai costi iscritti alla voce "BA0210 – Dispositivi medici" del modello CE consuntivo dell'anno di riferimento del superamento del tetto di spesa regionale o provinciale per gli importi contabilizzati alla voce "BA0210" » (comma 1);*

- « *i medesimi enti di cui al comma 1, conseguentemente, calcolano il fatturato annuo di ciascuna azienda fornitrice di dispositivi medici al lordo dell'IVA, come somma degli importi delle fatture riferite ai dispositivi medici contabilizzati nel modello CE alla voce "BA0210 – Dispositivi medici" del modello CE consuntivo dell'anno di riferimento » (comma 2);*

- « *entro e non oltre sessanta giorni dalla data di pubblicazione del decreto ministeriale 6 luglio 2022, i direttori generali, i commissari straordinari aziendali ovvero i commissari liquidatori, ove operanti, degli enti di cui al comma 1, con propria deliberazione, qualora gli enti non vi abbiano ancora provveduto, effettuano la validazione e certificazione del fatturato relativo all'anno di riferimento per singola azienda fornitrice di dispositivi medici, calcolato secondo le disposizioni di cui ai commi 1 e 2; la deliberazione è quindi trasmessa contestualmente alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza » (comma 3);*

Il successivo art. 4, rubricato "Attività attribuite alle regioni ed alle province autonome", stabilisce poi, al comma 1, che « *a seguito di quanto previsto nell'articolo 3, le regioni e le province autonome interessate verificano la coerenza del fatturato complessivo indicato nelle deliberazioni aziendali di cui all'art. 3, comma 3, con quanto contabilizzato nella voce "BA0210 – Dispositivi medici" del modello CE consolidato regionale (999) dell'anno di riferimento » e, al comma 2, che « *al termine della verifica di cui al comma 1, entro e non oltre novanta giorni dalla data di pubblicazione del decreto ministeriale 6 luglio 2022, i direttori generali degli assessorati alla salute delle regioni e delle province autonome, o il commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario per le regioni commissariate, con proprio decreto individuano l'elenco delle aziende fornitrici di dispositivi medici ed i relativi importi di ripiano da queste dovuti, calcolati sulla base dell'incidenza percentuale di cui all'articolo 2, comma 2, fino a concorrenza della quota complessiva di ripiano individuata con il decreto**

6 luglio 2022 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 settembre 2022, serie generale n. 216 ».

Ebbene, dalla lettura delle riportate disposizioni normative appare chiaro come alle Regioni sia stato affidato il compito di condurre un'istruttoria complessa e puntuale, volta innanzitutto a "validare e certificare" il fatturato di ogni singola azienda fornitrice.

Effettuata questa operazione di "validazione e certificazione", che non può che essere strumentale a garantire la correttezza assoluta dell'importo quantificato, le Regioni stesse avrebbero quindi dovuto verificare la coerenza dell'importo complessivo risultante dalla somma di tali fatturati "certificati" con l'importo contabilizzato nella voce "BA0210 – Dispositivi medici" del modello CE consolidato regionale (999) dell'anno di riferimento prima dell'adozione del provvedimento di ripiano. È altrettanto evidente, del resto, che il presupposto per l'adozione del provvedimento di ripiano è che tale verifica preventiva dia esito positivo, nel senso che i due importi devono coincidere. In caso contrario, in effetti, la verifica di coerenza richiesta non avrebbe senso. D'altra parte, se i due importi non coincidono, significa che uno dei due (o anche tutti e due) è sbagliato.

Ma non solo. Che la verifica di coerenza richiesta dalle citate linee guida ministeriali (DM del 6 ottobre 2022) debba avere esito positivo è fondamentale anche in quanto, ai sensi dell'art. 4 del medesimo DM le imprese fornitrici sono chiamate al pagamento "fino a concorrenza della quota complessiva di ripiano individuata con il decreto 6 luglio 2022 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 settembre 2022, serie generale n. 216"; e il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 luglio 2022 ha a sua volta "certificato" il *quantum* del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 sulla base dei dati di spesa risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce "BA0210 – Dispositivi medici".

In altri termini, l'importo che le imprese fornitrici sono chiamate per legge a ripianare pro quota è quello risultante dal Decreto interministeriale del 6 luglio 2022 che, a sua volta, è stato "certificato" sulla base dei dati risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce "BA0210 – Dispositivi medici". Nel caso della Regione Toscana, però, questo importo non si è rivelato coerente con quello, che pure è stato "certificato", risultante dalla somma dei fatturati di ciascuna azienda fornitrice di dispositivi medici.

Tra i due importi esiste una discrasia, di entità non comunicata e la Regione non ne spiega legittimamente il motivo. Ciò inficia

dunque, inevitabilmente, la legittimità tanto del Decreto interministeriale del 6 luglio 2022 quanto della recente determinazione di ripiano.

Appare evidente, in effetti, come entrambi i suddetti atti, a causa di quanto accaduto, siano viziati per eccesso di potere nelle figure sintomatiche del difetto di istruttoria e di motivazione, oltre che per contraddittorietà reciproca. Allo stesso modo, sempre per quanto detto, la determinazione di ripiano è illegittima anche per violazione del citato D.M. 6 ottobre 2022, recante le *Linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018*, dal momento che tale decreto esso imponeva ed impone alle Regioni di adottare le determinazioni di ripiano solo *“al termine della verifica”* – che non può che intendersi come verifica ad esito positivo – *“della coerenza tra il fatturato complessivo delle aziende “certificato” dalle strutture sanitarie regionali e quello contabilizzato nel modello CE regionale”*. Cosa che nel caso di specie non è accaduta.

Anche tale motivo di illegittimità risulta essere, dunque, chiaramente fondato con conseguente necessità di annullamento degli atti impugnati e della restituzione dell'affare all'amministrazione affinché vengano adottati provvedimenti fondati su una compiuta e adeguatamente approfondita istruttoria.

4. – Violazione e falsa applicazione dell'art. 9-ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 7, oltre che degli stessi decreti ministeriali di attuazione. Eccesso di potere per difetto di istruttoria, travisamento dei fatti, violazione del principio dell'esatto accertamento dei fatti su cui occorre provvedere. Eccesso di potere per irragionevolezza.

I provvedimenti impugnati sono illegittimi anche in quanto si fondano su calcoli erronei, che hanno condotto le amministrazioni resistenti a quantificare in maniera non corretta gli importi di ripiano dovuti dalla ricorrente, oltre che (e prima ancora) lo stesso ammontare del superamento del tetto di spesa regionale. In quanto si fondano su tali errori, di metodo e materiali, essi sono illegittimi in quanto adottati in violazione e falsa applicazione dell'art. 9-ter del d.l. 19 giugno 2015, n. 7, oltre che degli stessi decreti ministeriali di attuazione, incorrendo altresì in eccesso di potere per difetto di istruttoria e travisamento dei fatti, nella violazione del principio dell'esatto accertamento dei fatti su cui occorre provvedere e in eccesso di potere per irragionevolezza.

Tanto la ricorrente afferma in giudizio nella convinzione che siano state prese in considerazione dalle amministrazioni resistenti fatture che non dovevano essere invece conteggiate né in sede di quantificazione dello sfondamento del tetto di spesa regionale né

in sede di quantificazione degli importi di ripiano addebitati alla ricorrente: e ciò in quanto riteniamo che siano state prese in considerazione fatture non riguardanti dispositivi medici da contabilizzare nel conto economico regionale CE, come richiesto dalla legge, ovvero non riguardanti dispositivi medici *tout court*, ovvero ancora fatture riguardanti servizi, che non dovevano essere conteggiati, oppure anche riguardanti servizi, il cui valore doveva essere scorporato dal totale riportato in fattura, come richiesto dalla legge, e riteniamo che non sia stato fatto.

Di tale affermazione giudiziale la ricorrente non può fornire piena prova, allo stato, riservandosi di poterlo fare in sede di accesso agli atti anche ai sensi dell'art. 116 c.p.a., per quanto sarebbe dovere dell'amministrazione depositare comunque nel presente giudizio tutta la documentazione che essa ha utilizzato al fine di quantificare gli importi di ripiano richiesti all'odierna ricorrente, in virtù di quanto disposto dall'art. 46, comma 2, del c.p.a., secondo cui *"l'amministrazione, nel termine di cui al comma 1 [e dunque nel termine di sessanta giorni dal perfezionamento della notificazione del ricorso] deve produrre l'eventuale provvedimento impugnato, nonché gli atti e i documenti in base ai quali l'atto è stato emanato, quelli in esso citati e quelli che l'amministrazione ritiene utili al giudizio"*.

Ad ogni buon conto si formula sin d'ora, istanza istruttoria ai sensi dall'art. 65, comma 3, del c.p.a., ai sensi del quale *"ove l'amministrazione non provveda al deposito del provvedimento impugnato e degli altri atti ai sensi dell'art. 46, il presidente o un magistrato da lui delegato ovvero il collegio ordina, anche su istanza di parte, l'esibizione degli atti e dei documenti nei termini e nei modi opportuni"*, e segnatamente: *(i)* i prospetti riepilogativi del fatturato annuo relativo agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, nonché le singole fatture computate nei suddetti prospetti; *(ii)* i modelli CE, per i singoli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 dei singoli enti regionali, dai quali sono state tratte le informazioni utilizzate ai fini del calcolo previsto dalla normativa; *(iii)* i dati di costo rilevati a consuntivo per ciascuno dei predetti anni e risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce BA0210 – Dispositivi medici del modello di rilevazione del conto economico; *(iv)* la documentazione dalla quale si evinca la tipologia di dispositivi medici inclusa nel calcolo della spesa; *(v)* la documentazione dalla quale si evinca lo scorporo del costo dei servizi connessi alla fornitura dei dispositivi medici inclusi nel procedimento; *(vi)* le note metodologiche contenenti i criteri seguiti nelle operazioni di calcolo previste dalla normativa.

Le fatture che l'amministrazione ha preso in considerazione ai fini della quantificazione del superamento del tetto di spesa regionale e quelle in base alle quali ha calcolato la quota di mercato

dell'azienda ricorrente e di conseguenza gli importi di ripiano da essa dovuti rientrano certamente, infatti, tra i *"documenti in base ai quali l'atto è stato emanato"*.

Né si obietti che le fatture in questione, essendo provenienti dalla stessa ricorrente, sono in possesso anche della medesima e non devono quindi essere esibite in giudizio. Una tale affermazione non è vera, infatti, per tre diversi ordini di ragioni.

Non è vero, prima di tutto, che le fatture *"in base alle quali l'atto è stato emanato"* sono tutte in possesso della ricorrente, perché ai fini della quantificazione corretta del superamento o meno tetto di spesa regionale, e del *quantum* di tale superamento, sono rilevanti tutte le fatture che ha a tal fine preso in considerazione l'amministrazione e non solo quelle di cui è in possesso la ricorrente, perché se il superamento del tetto di spesa è stato quantificato in maniera non corretta in eccesso, il danno lo subiscono tutte le aziende fornitrici di dispositivi medici non solo l'azienda nei confronti della cui fattura è stato commesso l'errore, poiché viene evidentemente quantificato in eccesso l'onere di ripiano al quale ciascuna di esse viene chiamata a concorrere *pro quota*.

Non è vero, inoltre, che il dovere dell'amministrazione di depositare in giudizio gli atti e i documenti sui quali il provvedimento impugnato si fonda venga meno qualora una parte di essi sia già in possesso della controparte. La legge (il c.p.a.) non afferma affatto questo. Il dovere viene esplicitato nell'art. 46, comma 2, in maniera chiara e non condizionata in alcun modo. L'amministrazione deve depositare in giudizio tutti questi documenti, senza se e senza ma. Punto.

Non è vero, infine, che quanto è già in possesso della ricorrente sia sufficiente per poter dimostrare la fondatezza della censura di illegittimità che stiamo in questa sede svolgendo. La ricorrente, infatti, è bensì in possesso delle fatture che essa stessa ha emesso ma non sa, fino a quando l'amministrazione non ce lo dice, quali di queste è stata presa in considerazione dalla medesima ai fini della quantificazione del pay back da essa dovuto (e, come detto, prima ancora del superamento del tetto di spesa regionale).

Il dovere di cui all'art. 46, comma 2, c.p.a. deve dunque essere necessariamente adempiuto.

5. – Illegittimità derivata dei provvedimenti impugnati per l'illegittimità costituzionale dell'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, dell'art. 1, comma 131, lettera b), della legge 24 dicembre 2012, n. 228, dell'art. 9-ter, commi 1, lett. b), 8, 9 e 9-bis, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, per violazione dei principi

costituzionali della capacità contributiva e dell'eguaglianza dei contribuenti di fronte alla legge di cui agli art. 3, 23 e 53 Cost.

I provvedimenti impugnati sono illegittimi in via derivata per l'illegittimità costituzionale delle norme indicate in rubrica per la violazione dei principi costituzionali della capacità contributiva e dell'eguaglianza dei contribuenti di fronte alla legge di cui agli art. 3, 23 e 53 Cost. che queste integrano.

Ritiene la ricorrente, infatti, che le richieste di *pay back* oggetto del presente giudizio costituiscano, da un punto di vista giuridico, una *prestazione patrimoniale imposta* a determinate aziende per legge, essendo questa funzionale solo contribuire a sostenere i costi necessari per l'acquisto dei beni utili per l'espletamento del servizio sanitario nazionale.

In quanto tale, essa assume carattere tributario e costituisce una vera e propria imposta, con conseguente operatività delle disposizioni costituzionali di cui agli artt. 23 e 53 Cost.

Com'è noto, in effetti, la funzione dell'imposta è proprio quella di concorrere a sostenere la spesa pubblica: finalità solidaristica che costituisce l'unico elemento giustificativo della stessa, nel senso che essa non è dovuta a fronte dello svolgimento di uno specifico servizio pubblico, altrimenti saremmo in presenza di una tassa, né rappresenta la controprestazione sinallagmatica resa a fronte di uno scambio con un altro soggetto, altrimenti saremmo in presenza di un corrispettivo di diritto privato.

Anche la formulazione letterale della norma, d'altra parte, induce a concludere che il ripiano previsto dall'art. 9-ter del D.L. 78/2015 non possa essere altrimenti qualificato che come una vera e propria imposta. Il già richiamato comma 9 dell'art. 9-ter del D.L. n. 78/2015 prevede, infatti, che "*l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale [...] è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici*" (enfasi aggiunta). Inoltre, il secondo periodo del medesimo comma 9 stabilisce che "*ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari [...]*". Una parte della spesa pubblica necessaria per l'acquisto di dispositivi medici da parte delle strutture SSN viene, dunque, posta "a carico" delle aziende fornitrici che debbono corrispondere una somma di denaro alle Regioni al solo fine di concorrere alle spese regionali stesse. Sussiste, pertanto, una stretta e ineludibile relazione tra l'obbligazione che sorge in capo alle aziende fornitrici al verificarsi di determinate condizioni (il superamento del tetto di spesa regionale) e lo scopo (il concorso alle spese regionali) di tale obbligazione: e questa è esattamente la struttura propria dell'"imposta".

Se questo è vero, il concorso al ripianamento della spesa pubblica

previsto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici dall'art. 9-ter, comma 9, del D.L. 78/2015, al pari di ogni altra imposta, è soggetto al principio posto in materia dall'art. 53 Cost. il quale, naturalmente, prevede che *"tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva"*. Principio che risulta violato – sicché, essendo la questione evidentemente rilevante ai fini della definizione del presente giudizio, si chiede all'Ecc.mo Tribunale Amministrativo regionale adito di voler rimettere in via pregiudiziale la questione alla Corte, ritenendola non manifestamente infondata – in quanto **la capacità contributiva delle aziende fornitrici di dispositivi medici non è stata determinata al netto dei costi sostenuti per produrre la ricchezza corrispondente**, come richiesto dall'unanime giurisprudenza costituzionale (si cfr. in questo senso già Corte Cost., 23 giugno 1965, n. 69; ma nello stesso senso si veda anche tutta la giurisprudenza successiva).

Il legislatore, infatti, ha in questa materia stabilito un'imposta a carico delle aziende fornitrici il cui importo viene calcolato in base all'incidenza del fatturato proprio delle medesime, e quindi dei loro ricavi, sul totale della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici da parte delle regioni, senza alcuna valutazione dei costi, evidentemente variabili da azienda ad azienda, che queste hanno sostenuto per generare tale fatturato e tali ricavi.

Ciò si pone in aperta contrapposizione con il principio della capacità contributiva costituzionalmente tutelato dall'art. 53 Cost. e con il principio della parità di trattamento di fronte alla legge ex art. 3 Cost. poiché il legislatore avrebbe dovuto riferirsi non al fatturato delle aziende, bensì agli utili (RICAVI MENO SPESE) realizzati attraverso tali contratti di compravendita, per commisurare correttamente l'imposta da addossare a carico di ciascuna di esse. Non averlo fatto determina, invece, una situazione nella quale, in maniera assolutamente incostituzionale, le aziende vengono chiamate a sostenere una parte delle spese pubbliche necessarie per l'acquisto di dispositivi medici a prescindere dagli utili che queste hanno realizzato per mezzo di tali acquisti e dalle spese che hanno a tal fine sostenuto, e dunque dalla loro effettiva capacità contributiva e in violazione del principio di eguaglianza di fronte alla legge.

6. – Illegittimità derivata dei provvedimenti impugnati per l'illegittimità costituzionale del dell'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, dell'art. 1, comma 131, lettera b), della legge 24 dicembre 2012, n. 228, dell'art. 9-ter, commi 1, lett. b), 8, 9 e 9-bis, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, per violazione degli art. 3 e 23 Cost. e del principio della riserva di legge e di legalità dell'azione

amministrativa ivi affermati, anche in combinato disposto con l'art. 113 Cost., che afferma il principio della sindacabilità degli atti amministrativi.

Quand'anche si volesse ritenere che le norme che impongono alle aziende fornitrici alle strutture pubbliche del SSN di concorrere alla spesa pubblica necessaria per gli acquisti di dispositivi medici non abbiano natura tributaria e non siano conseguentemente soggette alla disciplina di cui all'art. 53 Cost in tema di capacità contributiva, esse sarebbero comunque incostituzionali perché sarebbero comunque violati – sia l'art. 3 Cost., per le ragioni di disparità di trattamento di fronte alla legge (gli utili cambiano in relazione alle spese sostenute: non averne tenuto conto genera comunque una disparità di trattamento di fronte alla legge), sia lo stesso l'art. 23 Cost. nella parte in cui ha posto in materia una riserva di legge (ai sensi del quale, come noto, *“nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”*).

Dal primo punto di vista, infatti, pare davvero evidente che la situazione di un'azienda fornitrice che ha ottenuto, ad esempio, un utile pari a 100 non può essere paragonata alla situazione di chi ha conseguito un utile pari a 10 o addirittura una perdita. Tali situazioni, come prescritto dall'art. 3 Cost., devono allora essere trattate dalla legge in maniera differente in quanto espressione di una condizione personale differente e non assimilabile. O meglio, avrebbero dovuto essere trattate in maniera differenziata dalla legge, cosa che non è avvenuta. Anche l'art. 23 Cost., peraltro, viene ad essere comunque violato nella parte in cui ha posto in materia una riserva di legge (ai sensi del quale, come noto, *“nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”*), poiché – come ha da tempo chiarito la giurisprudenza costituzionale – affinché vengano soddisfatte le esigenze poste dalla presenza di una riserva di legge in una determinata materia non è sufficiente che una misura limitativa dei diritti soggettivi dei suoi destinatari abbia fondamento in una norma di legge ma occorre anche che il legislatore abbia dettato una disciplina sufficientemente dettagliata dei poteri che vengono in tal senso conferiti agli organi dell'amministrazione, tale da poter consentire quanto meno lo svolgimento di un completo sindacato sull'eccesso di potere discrezionale nel quale potrebbe essere incorso l'organo amministrativo chiamato alla sua applicazione (cfr. Corte cost. 3 aprile 1987, n. 100, e alla giurisprudenza costituzionale successivamente sviluppatasi sul punto, soprattutto in materia di ordinanze *extra ordinem* adottate in casi di necessità, nella quale opportunamente vengono richiamati al riguardo anche i contenuti dell'art. 113 Cost.).

Ciò non è avvenuto nel caso di specie, in quanto la normativa censurata non ha adeguatamente disciplinato la discrezionalità amministrativa che è stata attribuita agli organi chiamati alla sua applicazione né con riferimento: *(i)* all'oggetto dei poteri amministrativi (richiesta di pay back) attribuiti dalla legge; né con riguardo: *(ii)* ai criteri ai quali questi si sarebbero dovuti attenere nell'esercizio della discrezionalità loro rimessa dalla legge.

Quanto al primo profilo, in effetti, l'oggetto dei provvedimenti in questione è definito dalla norma in maniera totalmente imprecisa, facendo questa riferimento genericamente, alla "*spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici*". Un'integrazione si può trarre, forse, dalla parte in cui essa afferma "*tenendo conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE)*": ed è infatti al contenuto di tali modelli che si sono poi riferiti gli accordi intervenuti in sede di Conferenza Stato-Regioni chiamati a stabilire, retroattivamente, i tetti di spesa regionali. Ma anche in tal modo la discrezionalità che viene rimessa all'amministrazione è eccessiva essendo stato necessario dettare una disciplina ben più dettagliata in relazione, prima di tutto, a quali siano le tipologie di dispositivi medici che gli organi amministrativi chiamati all'esecuzione dovranno conteggiare per verificare se è stato superato effettivamente o meno il tetto di spesa (tant'è che il punto viene meglio chiarito attraverso una Circolare del MEF e del Ministero della Salute adottata in data 26 febbraio 2020, prot. n. 5496, la quale peraltro e si applica solo per gli anni dal 2019 e seguenti).

Quanto al secondo profilo, la normativa censurata non ha stabilito i criteri ai quali si sarebbero dovuti attenere gli organi dell'esecuzione nell'esercizio della discrezionalità loro rimessa dalla legge, essendo stata attribuita agli organi dell'esecuzione – e segnatamente alla Conferenza Stato-Regioni – una discrezionalità praticamente illimitata nell'individuare i tetti di spesa regionali, che infatti sono stati quantificati in maniera assolutamente arbitraria e penalizzante per le aziende fornitrici di dispositivi medici.

Con l'Accordo sottoscritto in data 7 novembre 2019, infatti, essa ha individuato i tetti di spesa regionali al 4,4 % del *fabbisogno sanitario standard* senza neanche distinguere tra regione e regione e senza operare alcun riferimento alla spesa storica effettiva propria di ciascuna regione. Il che è incostituzionale non solo per la sproporzione del valore deciso dalla Conferenza Stato – Regioni, e di questo diremo appresso, ma prima di tutto perché la legge formale che le ha attribuito tale potere di decisione avrebbe dovuto porre adeguati limiti e criteri in applicazione dei quali la decisione

in questione avrebbe dovuto essere presa.
Cosa che non è accaduta.

7. – Illegittimità derivata dei provvedimenti impugnati per l'illegittimità costituzionale del dell'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, dell'art. 1, comma 131, lettera b), della legge 24 dicembre 2012, n. 228, dell'art. 9-ter, commi 1, lett. b), 8, 9 e 9-bis, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, per violazione dell'art. 3 Cost. e del principio della ragionevolezza, proporzionalità e non arbitrarietà delle leggi ivi contenuto, oltre che del principio del legittimo affidamento e della certezza del diritto, che in esso trova parimenti fondamento.

In ogni caso la normativa di legge qui censurata è incostituzionale in quanto è proprio la previsione in sé di un tetto alla spesa nel settore dei dispositivi medici e di un onere di ripiano del relativo superamento a carico delle aziende fornitrici ad essere irragionevole, sproporzionata e arbitraria, così come lo è la sua quantificazione al 4,4% del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Più precisamente, si deve ritenere che l'art. 3 Cost. ed il principio della ragionevolezza, proporzionalità e non arbitrarietà delle leggi ivi contenuto, oltre che il principio del legittimo affidamento e della certezza del diritto, che in esso trova parimenti fondamento, siano stati violati dalla normativa di legge censurata per non aver tenuto conto delle specifiche caratteristiche del mercato dei dispositivi medici, che precludono la fissazione in esso di un tetto di spesa, e comunque per averlo quantificato senza tener conto del fabbisogno effettivo di dispositivi medici dimostrato dai costi storici generati da una domanda che è dipendente unicamente dalle strutture pubbliche che bandiscono gare in cui sono esse stesse, in maniera indipendente, a fissare i prezzi a base d'asta.

La realtà delle gare nel settore dei dispositivi medici, infatti, è completamente diversa da quella che caratterizza altri settori, come quello farmaceutico, nel quale pure opera un tetto prefissato per la spesa pubblica. Nel settore oggetto del presente giudizio, in effetti, operano per lo più sistemi di acquisto centralizzato, con le convenzioni CONSIP e/o con soggetti aggregatori a livello regionale, per cui viene innanzitutto stabilita discrezionalmente dalla stazione appaltante la base d'asta (ossia l'impegno massimo di spesa che gli enti hanno la possibilità di assumere) e, poi, individuato il prezzo di acquisto del bene all'esito di una vera e propria gara. La decisione è, pertanto, totalmente rimessa alla struttura pubblica e non è condizionata né dall'esistenza di protezioni brevettuali, che certamente esistono anche nel mondo

dei dispositivi medici ma non hanno quell'effetto condizionante e determinante, anche sul prezzo di acquisto, che assumono nel mercato farmaceutico, né dalla predeterminazione di un prezzo di cessione che viene contrattato tra l'azienda titolare del prodotto e l'autorità di regolazione del settore.

Nel contesto di mercato proprio del settore dei dispositivi medici, pertanto, l'affidamento sul fatto che l'acquisto pubblico fosse avvenuto effettivamente ad un costo accettato dalla struttura pubblica era totale per l'azienda produttrice ed aveva ragione di esserlo.

La richiesta di un pay back così importante, oltre tutto in maniera retroattiva, che si risolve, in definitiva, nel mancato pagamento autorizzato ex lege di alcune delle forniture richieste, lo viola in maniera palese: e il principio dell'affidamento nella certezza e stabilità dei rapporti giuridici, come si dirà ancora più avanti, è principio che la giurisprudenza della Corte costituzionale ha ormai da tempo considerato un principio chiave del sistema costituzionale, affermando che esso trova fondamento sul principio d'eguaglianza e di ragionevolezza delle leggi (art. 3) e può essere considerato recessivo solo in presenza di un intervento proporzionato rispetto ad esigenze pubbliche inderogabili da perseguire (da ultima in questo senso Corte cost. n. 188 del 2022). Il che non avviene nel caso di specie, come dimostrano prima di tutto i dati oggettivi del mercato dei dispositivi medici – generati, si torna a ripeterlo, da una domanda proveniente dalle strutture pubbliche non condizionata dalle imprese fornitrici – che avrebbero dovuto essere tenuti presenti dal legislatore tanto nel momento in cui si è determinato ad introdurre un tetto di spesa quanto nel momento in cui lo ha quantificato al 4,4% del c.d. fabbisogno nazionale standard.

L'impugnato decreto ministeriale del 6 luglio 2022 ha certificato, in effetti, i seguenti scostamenti dal tetto di spesa definito dal legislatore per gli anni che vanno dal 2015 al 2018: anno 2015 lo scostamento è di € 1.040.687.294; anno 2016 lo scostamento è di € 1.052.873.613; anno 2017 lo scostamento è di € 1.105.099.999; anno 2018 lo scostamento è di € 1.286.645.069

Tali scostamenti (progressivamente sempre maggiori) dimostrano dunque che la spesa SSN per l'acquisto dei dispositivi medici è stata, nel corso del quadriennio in esame, superiore di circa il 20 - 25% rispetto al tetto di spesa, in progressivo aumento.

A fronte di tali scostamenti, il ripiano che sarà addebitato alle aziende è risultato pari ad € 416.274.918,00 per il 2015 (40% dello scostamento), ad € 473.793.126,00 per il 2016 (45% dello scostamento), ad euro 552.550.000,00 per il 2017 (50% dello

scostamento) e ad € 643.322.535,00 per il 2018 (50% dello scostamento), per un totale pari ad € 2.085.940.579,00.

Riguardato alla luce di questi dati, il sistema normativo di cui si discute appare irragionevole e sproporzionato almeno in quanto il tetto stesso risulta totalmente inattendibile, non essendo ancorato alla realtà dei consumi e non prevedendo criteri di tipo prospettico in grado di tenere conto del relativo andamento.

Anche il fatto dell'essere tutto ciò avvenuto in via retroattiva pone, invero, l'interprete di fronte ad una rigida alternativa:

- o ciò non poteva per legge accadere, nel senso che la normativa di legge qui in esame lo aveva implicitamente escluso, potendo logicamente un pay back essere richiesto solo a fronte di una preventiva delimitazione di un tetto di spesa ovvero assegnazione di un budget di spesa, e laddove questa sia mancata esso non può più essere richiesto in via retroattiva [ed allora sono illegittimi i provvedimenti impugnati per illegittimità propria, non avendo compreso che la legge non consentiva loro di venire in essere con riferimento agli anni 2015-2018: si cfr. infatti in questo senso il nostro successivo motivo di ricorso n. ...];
- oppure, se la qui contestata normativa di legge consente invece tale definizione in via retroattiva, essa stessa è clamorosamente illegittima per la violazione dei principi costituzionali della ragionevolezza delle leggi e del principio del legittimo affidamento dei cittadini e delle imprese alla stabilità dei rapporti giuridici, che – rammentiamo – la giurisprudenza costituzionale considera uno dei cardini dello Stato di diritto e preclude, salvo ragionevoli eccezioni, che possano essere disposti effetti giuridici quali quelli previsti dai provvedimenti amministrativi impugnati nel presente giudizio.

8. – Illegittimità dei provvedimenti impugnati per il contrasto della normativa di legge nazionale sul pay back, e segnatamente dell'art. 9-ter del d.l. n. 78/2015, con il principio di neutralità vigente in ambito IVA nel diritto eurounitario. Incompatibilità della richiesta di pay back al lordo IVA con la Direttiva 2006/112/CE.

La disciplina in esame presenta un ulteriore profilo di incompatibilità con l'ordinamento unionale. In estrema sintesi, ai sensi dell'articolo 9-ter D.L. n. 78/2015, il superamento da parte delle Regioni del tetto massimo di spesa per i dispositivi medici viene determinato sulla base dei costi da queste ultime sostenuti per il relativo acquisto "al lordo dell'IVA". Considerato, infatti, che le Regioni acquistano i dispositivi medici in qualità di consumatori finali, il costo da esse sostenuto è comprensivo anche dell'IVA. Ne

deriva che, come il superamento del tetto massimo di spesa include anche l'IVA relativa ai dispositivi medici acquistati dalle Regioni, così la corrispondente quota di ripiano posta a carico delle aziende fornitrici includerà necessariamente una quota dell'IVA originariamente a carico delle Regioni stesse. Con la conseguenza che il soggetto effettivamente gravato dall'imposta non sarà più la Regione, consumatore finale, bensì l'azienda fornitrice, in palese violazione del principio di neutralità, che costituisce il cardine dell'intero sistema comune IVA, come disciplinato dalla Direttiva n. 2006/112/CE. Tale principio, si rammenta, assicura all'operatore economico di non rimanere inciso dall'imposta, destinata a gravare solo sul consumatore finale.

L'addebito a carico dell'azienda fornitrice, nell'ambito della quota di ripiano a suo carico, anche di una parte dell'IVA destinata a gravare sulle Regioni, si traduce dunque in una lesione del principio di neutralità, incompatibile con il sistema comune dell'IVA disciplinato dall'ordinamento unionale, con conseguente illegittimità derivata dei provvedimenti amministrativi impugnati che hanno assunto a proprio presupposto la normativa di legge in questione.

Per queste ragioni, in via subordinata rispetto alle precedenti censure si domanda a codesto Ill.mo Collegio di voler esperire rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia ex art. 267 del TFUE, affinché la stessa si pronunci sul seguente quesito: *“Dica codesta Ecc.ma Corte di Giustizia se il principio di neutralità dell'IVA di cui alla direttiva n. 2006/112/CE osti ad una normativa nazionale, come quella delineata dall'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, dall'art. 1, comma 131, lettera b), della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e dall'art. 9-ter, commi 1, lett. b), 8, 9 e 9-bis, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78, che il soggetto effettivamente gravato dall'imposta non sia più la Regione, consumatore finale, bensì l'azienda fornitrice, in quanto la quota di ripiano posta a carico di quest'ultima includerà necessariamente una quota dell'IVA originariamente a carico delle Regioni stesse.*

9. – Illegittimità propria dei provvedimenti impugnati per l'illegittimità dell'Accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019 con il quale sono stati stabiliti tetti di spesa regionali per gli anni 2015-2016-2017 e 2018 per violazione dell'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 nonché del comma 1, lett. b), dell'art. 9 ter del d.l. n. 78/2015. Violazione del principio del legittimo affidamento, della certezza del diritto, dei limiti alla fissazione retroattiva dei tetti di spesa, del principio di buona fede. Eccesso di potere per irragionevolezza e difetto dei necessari presupposti. Consumazione del potere.

Veniamo a questo punto ai motivi di illegittimità propria degli atti impugnati, che possono essere censurati in primo luogo in quanto hanno fissato in via retroattiva i tetti di spesa regionali, al cui superamento scatta l'obbligo di ripiano, senza neanche differenziarli tra Regione e Regione, come aveva implicitamente richiesto il legislatore prevedendo tale possibilità ed affidando la decisione sulla quantificazione alla Conferenza Stato-Regioni.

Quanto a quest'ultimo punto è da ritenere che l'art. 17, comma 1, lett. c), del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, nel prevedere che *"la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici [...] è fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione"*, ha richiesto alla Conferenza Stato-Regioni, competente alla definizione del secondo valore, di distinguere tra regione e regione nell'individuazione dei tetti di spesa più appropriati per ciascuna di esse.

Con l'Accordo sottoscritto in data 7 novembre 2019, invece, essa ha individuato i tetti di spesa regionali nel 4,4 % del *fabbisogno sanitario standard* (e quindi al medesimo livello già scelto dal legislatore per il tetti di spesa nazionale) senza distinguere tra regioni e regioni, dimostrando in tal modo di non aver compreso che la norma aveva previsto un duplice tetto di spesa proprio per dar modo agli organi dell'esecuzione di differenziare accuratamente tra le situazioni in relazione, probabilmente per "pesare" la diversità delle Regioni in relazione, soprattutto, all'offerta del privato accreditato. Non aver distinto alcunché si pone, dunque, in contrasto con la *ratio* della norma, che risulta essere stata conseguentemente violata.

Veniamo invece al tema dell'aver il medesimo Accordo definito i tetti di spesa in maniera retroattiva e in violazione del preciso termine, quello del 15 settembre 2015, entro il quale ciò sarebbe dovuto avvenire. Ancora una volta il fine per il quale la norma aveva stabilito la predetta data, ed un aggiornamento dei medesimi con cadenza almeno biennale, era chiarissimo: i tetti di spesa dovevano essere stabiliti prima che terminasse l'anno di riferimento, per operare poi anche negli anni successivi, in quanto essi dovevano svolgere quella funzione fondamentale alla quale alludevamo anche nel confronto con i company budget annuali assegnati alle aziende farmaceutiche dalle norme che disciplinano quel pay back, ossia fornire alle aziende operanti nel settore un quadro che consentisse loro di poter orientare la propria azione imprenditoriale in un contesto, se non di certezza giuridica, quanto meno di prevedibilità.

La fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici riferiti agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 avvenuta in via retroattiva

in data 7 novembre 2019, con oltre quattro anni di ritardo rispetto alla tempistica dettata dal legislatore, è dunque radicalmente illegittima. La norma attributiva del potere precludeva, infatti, che ciò potesse avvenire in via retroattiva poiché la sua ragion d'essere va a perdere, in questo modo, completamente senso. Un tetto di spesa individuato quando gli anni ai quali questo avrebbe dovuto applicarsi sono ormai passati non ha senso: infatti, nel farmaceutico, questo viene quanto meno individuato prima e stabilmente per legge.

Come se non bastasse, alla sottoscrizione del suddetto accordo è seguita un'ulteriore lunga fase di stallo, protrattasi per altri tre anni ed interrottasi solo di recente, allorquando con l'art. 18 del d.l. 9 agosto 2022, n. 115 (c.d. decreto aiuti *bis*), è stato dato concretamente avvio al procedimento volto ad ottenere il ripiano dello sfondamento del tetto di spesa previsto per gli acquisti di dispositivi medici per gli anni che vanno dal 2015 al 2018.

La tardiva e retroattiva individuazione dei tetti di spesa regionali così operata vizia, pertanto, in radice l'intero procedimento di ripiano cui sono stati assoggettati i dispositivi sotto numerosi profili. Non solo, infatti, si riscontra la palese violazione del disposto dell'art. 9 *ter* del d.l. n. 78/2015, nella lettera e nella ragion d'essere che ne imponeva la fissazione entro il termine del 15 settembre 2015 ma, soprattutto, vengono violati anche i più elementari principi di buona amministrazione, l'affidamento riposto dagli operatori sulla stabilità dei contratti sottoscritti sulla cui base sono avvenute le forniture e l'esigenza che questi possano programmare le proprie attività sulla base di un quadro normativo già conosciuto e definito fin dalla fase iniziale dell'esercizio di riferimento, la quale parimenti riposa sul fondamentale principio di certezza dei rapporti giuridici, considerato dalla Corte costituzionale addirittura come un valore fondante dello Stato di diritto.

ISTANZA CAUTELARE

Il *fumus boni iuris* necessario all'accoglimento della presente istanza cautelare discende dalle considerazioni che precedono.

Quanto al *periculum in mora*, grave e irreparabile è il pregiudizio che la ricorrente subirebbe in assenza di un pronunciamento che sospenda l'efficacia dei provvedimenti impugnati.

La Regione resistente, infatti, ha posto a carico dell'azienda un ripiano, per i quattro anni che vanno dal 2015 al 2018, pari complessivamente a euro 315.155 che, secondo quanto stabilisce la normativa attualmente vigente, dovrebbero essere corrisposti entro trenta giorni dalla data di adozione del provvedimento impugnato. Il tutto senza fornire al contempo alcun dato che consenta alla

ricorrente di comprendere come si sia giunti a tale quantificazione e se essa sia corretta.

Si consideri, inoltre, che gli oneri di ripiano posti a carico della ricorrente dalla Regione resistente si sommano a quelli che sono già stati richiesti ovvero saranno richiesti a breve all'azienda dalle altre Regioni e Province autonome. Quello impugnato con i presenti motivi aggiunti, infatti, è solo uno dei diciannove provvedimenti di ripiano previsti.

L'esborso previsto, considerate le dimensioni aziendali, è enorme.

La situazione, dunque, è estremamente grave per l'azienda la quale non è materialmente nelle condizioni di reperire all'interno del proprio bilancio le risorse da destinare al pagamento richiesto e si troverebbe seriamente esposta al rischio del fallimento. Essa non potrebbe, d'altro canto, continuare ad assicurare le forniture richieste dal SSN alle condizioni pattuite, risultando i relativi oneri – a quel punto – insostenibili dal punto di vista economico.

A tutto ciò deve aggiungersi che la ricorrente non poteva immaginare in alcun modo di essere chiamata ora, retroattivamente, a sostenere contestualmente e complessivamente gli oneri di ripiano riferiti a ben quattro annualità e non ha, pertanto, potuto adottare alcuna strategia imprenditoriale preventiva per farvi fronte, né accantonare in bilancio somme sufficienti. La richiesta di un *pay back* così importante, oltre tutto in maniera retroattiva, si risolve in definitiva in un'operazione di collasso economico disposto *ex lege* ai danni dell'azienda ricorrente e anzi dell'intero settore economico al quale la stessa appartiene, considerato che il comparto dei dispositivi medici genera un fatturato annuo complessivo pari a circa 7 miliardi di euro e il *pay back* atteso in questa occasione è pari a oltre 2 miliardi di euro.

È, dunque, assolutamente necessario che la richiesta di pagamento avanzata dalla Regione venga sospesa nelle more della definizione nel merito del presente giudizio.

PQM

si conclude per l'accoglimento del ricorso e dei presenti motivi aggiunti e, per l'effetto, per l'annullamento degli atti impugnati, previa sospensione cautelare dell'efficacia di essi ed eventualmente previa sospensione del giudizio e rimessione degli atti alla Corte costituzionale affinché questa dichiari l'illegittimità costituzionale delle disposizioni di cui all'art. 17, comma 1, lett. c) del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, all'art. 1, comma 131, lettera b), della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e all'art. 9-ter, commi 1, lett. b), 8, 9 e 9-bis, del d.l. 19 giugno 2015, n. 78 per violazione degli artt. 3, 23, 41, 42, 53 e 117 comma 1, Cost., in relazione all'art. 1, del Primo Protocollo

addizionale alla CEDU e agli artt. 16 e 52 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea; previa disapplicazione della normativa nazionale ovvero, in via subordinata, previa sospensione del giudizio e rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia ex art. 267 del TFUE, affinché la stessa si pronunci sui quesiti esposti nel ricorso.

Valore della controversia indeterminabile

Vittoria di spese.

Roma, 27 dicembre 2022

Avv. Claudio Marrapese