



Ill.mo

**TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE
PER IL LAZIO – ROMA
SEZ. III Q
MOTIVI AGGIUNTI**

a valere, ove occorra, anche come ricorso autonomo

Per la **Medica S.r.l.** (C.F. e P IVA 00735880494), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, Massimo Rambaldi, con sede legale in Livorno (LI) alla Via dei Materassai n. 1/B, rappresentata e difesa dagli Avv.ti Antonietta Favale (C.F. FVLNNT80M49G786Q), Gabriele Tricamo (C.F. TRCGRL77R31F205P), Marco Orlando (C.F. RLNMRC66D24H501Q) e Matteo Valente (C.F. VLNMTT81C30H501F) ed elettivamente domiciliata presso lo studio AOR Avvocati in Roma (RM) alla Via Sistina n.48, giusta procura allegata al ricorso e al presente atto per motivi aggiunti. I recapiti per la ricezione delle comunicazioni sono:

06.39738792 (fax),

antoniettafavale@ordineavvocatiroma.org

gabriele.tricamo@milano.pecavvocati.it

marcoorlando@ordineavvocatiroma.org

matteovalente@ordineavvocatiroma.org pec.

- *ricorrente* -

nel giudizio rg. 14623/2022, promosso contro

- il **Ministero della Salute** (80242250589), in persona del Ministro *pro tempore*;
- il **Ministero dell'Economia e delle Finanze** (80415740580), in persona del Ministro *pro tempore*;
- la **Presidenza del Consiglio dei Ministri** (80188230587), in persona del Presidente *pro tempore*;

- la **Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano** (80188230587), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

tutti rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato di Roma presso i cui uffici sono per legge domiciliati, in Roma alla Via dei Portoghesi n. 12, 00186;

- **Conferenza delle Regioni e delle Province autonome**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

- *resistenti* -

e nei confronti, dandone notizia a tutti gli effetti di legge

- della **Regione Piemonte** (80087670016); della **Regione Autonoma della Valle d'Aosta** (80002270074); della **Regione Lombardia** (80050050154); della **Provincia autonoma di Bolzano** (00390090215); della **Provincia autonoma di Trento** (00337460224); della **Regione del Veneto** (80007580279); della **Regione Autonoma del Friuli Venezia e Giulia** (80014930327); della **Regione Liguria** (00849050109); della **Regione Emilia-Romagna** (80062590379); della **Regione Toscana** (01386030488); della **Regione Umbria** (80000130544); della **Regione Marche** (80008630420); della **Regione Lazio** (80143490581); della **Regione Campania** (80011990639); della **Regione Abruzzo** (80003170661); della **Regione Molise** (00169440708); della **Regione Puglia** (80017210727); della **Regione Basilicata** (80002950766); della **Regione Calabria** (02205340793); della **Regione Siciliana** (80012000826); della **Regione Siciliana – Assessorato alla Salute** (80012000826); della **Regione Autonoma della Sardegna** (80002870923); tutti in persona dei rispettivi legali rappresentanti

nonché, con il presente atto, contro

- la **Regione del Veneto** (80007580279), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

e nei confronti

- dell'**Azienda ULSS 1 Dolomiti** (CF 00300650256), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

- dell'**Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana** (CF 03084880263), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 3 Serenissima** (CF 02798850273), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 4 Veneto Orientale** (CF 02799490277), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 5 Polesana** (CF 01013470297), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 6 Euganea** (CF 00349050286), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 7 Pedemontana** (CF 00913430245), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 8 Berica** (CF 02441500242), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda ULSS 9 Scaligera** (CF 02573090236), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda Ospedaliera di Padova** (CF 00349040287), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona** (CF 03901420236), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Istituto Oncologico Veneto - IRCCS** (CF 04074560287), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- dell'**Azienda Zero** (0501872028), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;
- della **Cook Italia S.r.l.** (C.F. 07123400157), in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

per l'annullamento, previa concessione di idonee misure cautelari ex art. 55 c.p.a.,

quanto agli atti ed ai provvedimenti gravati con il ricorso:

- del Decreto del Ministero della Salute del 6 luglio 2022, in G.U. del 15 settembre 2022, serie generale n. 216, avente ad oggetto la certificazione del superamento del

tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (doc. 1 – DM 6 luglio 2022);

- del Decreto del Ministero della Salute del 6 ottobre 2022, in G.U. del 26 ottobre 2022, serie generale n. 251, recante la “*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 e 2018*” (doc. 2 – DM 6 ottobre 2022, linee guida); nonché, ove occorrer possa ed in *parte qua*:
- della Circolare MEF – MDS, prot. n. 1341 del 19 febbraio 2016 – fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici – indicazioni operative per l’applicazione delle disposizioni previste dall’art. 9-ter, co. 6, del decreto-legge 19 giugno 2015 n.78 (doc. 3 – circolare prot. n.1341);
- della Circolare MEF – MDS, prot. n. 3251 del 21 aprile 2016 – fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici – indicazioni operative per l’applicazione delle disposizioni previste dall’art. 9-ter, co. 6, del decreto-legge 19 giugno 2015 n.78 – integrazione della nota del 19 febbraio 2016 (doc. 4 – circolare prot. n. 3251);
- della Circolare MEF – MDS, prot. n. 21179 dell’8 febbraio 2019 - fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici – indicazioni operative per l’applicazione delle disposizioni previste dall’art. 9-ter, co. 8, del decreto-legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall’art. 1, co. 557 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 (doc. 5 – circolare prot. n. 21179);
- della Circolare MEF – MDS, prot. n. 22413 del 29 luglio 2019 - fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici – indicazioni operative per l’applicazione delle disposizioni previste dall’art. 9-ter, commi 8 e 9, del decreto-legge 19 giugno 2015 n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125, per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (doc. 6 – circolare prot. n.22413);
- della Circolare MEF – MDS, prot. n. 7435 del 17 marzo 2020 – fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici – individuazione delle fatture di interesse per l’applicazione delle disposizioni previste dall’art. 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n.78, come modificato dalla L. 30 dicembre 2018, n.145, art.1, co. 557 (doc. 7 – circolare prot. n. 7435);

- dell'Accordo Stato-Regioni del 7 novembre 2019, Atto. Rep. N. 181 – criteri di definizione del tetto di spesa regionale per l'acquisto dei dispositivi medici e modalità di ripiano per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (doc. 8 – Accordo Atto rep. N. 181);
- dell'Accordo Stato-Regioni del 7 novembre 2019, Atto Rep. N. 182 – criteri di definizione del tetto di spesa regionale per l'acquisto dei dispositivi medici e modalità di ripiano per l'anno 2019 (doc. 9 – Accordo Atto rep. N. 182);
- del provvedimento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, n. prot. 22/179/CR6/7 del 14 settembre 2022 – Schema di Decreto Ministeriale per l'adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in applicazione dell'articolo 18, co. 1, del decreto-legge 9 agosto 2022, n.115 (doc.10 – intesa Conferenza prot. 22/179/CR6/7);
- dell'Intesa della Conferenza delle Regioni e le Province autonome n. prot. 6546/C7SAN del 27 settembre 2022 – tetti dispositivi medici 2015-2018 – trasmissione schema di decreto ministeriale per l'adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in applicazione dell'articolo 18, co. 1, del decreto-legge 9 agosto 2022, n.115 (doc. 11 – intesa sullo schema del dm adozione linee guida);
- dell'Intesa della Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, Rep. atti n. 213/CSR del 28 settembre 2022 – intesa sullo schema di decreto ministeriale per l'adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in applicazione dell'articolo 18, co. 1, del decreto-legge 9 agosto 2022 n.115, tetti dispositivi medici 2015-2018 (doc. 12 – intesa CSR sullo schema del dm adozione linee guida);
- del Decreto del Ministero della Salute del 15 giugno 2012, in G.U. del 10 giugno 2012, serie generale n. 159 del 10 luglio 2012, recante nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale (doc. 13 – DM 15 giugno 2012 – modelli CE);
- del Decreto del Ministero della Salute del 24 maggio 2019, in G.U. del 25 giugno 2019, serie generale n. 147, recante nuovi modelli di rilevazione economica “Conto Economico” (CE), “Stato Patrimoniale” (SP), (doc. 14 – DM 25 giugno 2019, modelli CE);

- di ogni altro atto presupposto, conseguente o comunque connesso ai precedenti ancorché non noto.

quanto agli atti ed ai provvedimenti gravati con il primo ricorso per motivi aggiunti:

- del Decreto n. 172 del 13 dicembre 2022 del Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto (doc. 15 - decreto n. 172 del 13.12.2022) unitamente al relativo Allegato A (doc. 16 - All. A al decreto 172/2022);

- dei modelli CE, dati di bilancio, note esplicative per l'effettuazione dei conteggi, comunicazioni, note, documenti istruttori e comunicazioni relative all'oggetto del presente ricorso, il tutto ancorché non conosciuto;

nonché, ove occorrer possa:

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 1 n. 17835 del 13.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 1 n. 1398 del 13.12.2022;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 2 n. 1775 del 09.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 2 n. 2330 del 07.12.2022;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 3 n. 1378 del 06.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 3 n. 2076 del 12.12.2022;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 4 n. 851 del 13.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 4 n. 1138 del 09.12.2022;

- della Delibera dell'ULSS 5 n. 686 del 04.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 5 n. 1488 del 07.12.2022;

- della Delibera del Direttore Generale dell'ULSS 6 n. 752 del 10.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 6 n. 826 del 12.12.2022;

- della Deliberazione del Commissario dell'ULSS 7 n. 1267 del 04.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 7 n. 2322 del 09.12.2022;

- della Delibera del Direttore Generale dell'ULSS 8 n. 1363 del 04.09.2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 8 n. 2001 del 07.12.2022;

- della Delibera del Direttore Generale dell'ULSS 9 n. 557 del 2019;

- della Deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 9 n. 1240 del 13.12.2022;

- della Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova n. 1059 del 10.09.2019;

- della Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova n. 2560 del 09.12.2022;
- della Delibera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona n. 912 del 10.09.2019;
- della Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona n. 1176 del 12.12.2019;
- della Delibera del Direttore Generale dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS n. 570 del 06.09.2019;
- della Deliberazione del Direttore Generale dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS n. 1077 del 07.12.2022;
- della nota di Azienda Zero prot. n. 17835 del 13.09.2019;
- della nota prot. regionale n. 544830 del 42.11.2022 dell'Area Sanità e Sociale;
- della nota di Azienda Zero prot. n. 34255 del 07.12.2022;
- dei modelli CE, dati di bilancio, note esplicative per l'effettuazione dei conteggi, comunicazioni, note, documenti istruttori, delibere delle Aziende del Servizio sanitario regionale che hanno proceduto ad effettuare la ricognizione della spesa per dispositivi medici sostenuta negli anni 2015-2018, comunicazioni relative all'oggetto del presente ricorso, il tutto ancorché non conosciuto;
- di ogni altro atto presupposto, conseguente o comunque connesso ai precedenti ancorché non noto.

quanto agli atti ed ai provvedimenti gravati con il presente ricorso:

- Decreto n. 101 del 20 luglio 2023 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale (**doc. 35 - Decreto n. 101/2023**), unitamente all'Allegato (**doc. 36 - Allegato al Decreto n. 101/2023**);
- della nota di Azienda Zero prot. n. 367888 del 07.07.2023;
- dei modelli CE, dati di bilancio, note esplicative per l'effettuazione dei conteggi, comunicazioni, note, documenti istruttori, delibere delle Aziende del Servizio sanitario regionale che hanno proceduto ad effettuare la ricognizione della spesa per dispositivi medici sostenuta negli anni 2015-2018, comunicazioni relative all'oggetto del presente ricorso, il tutto ancorché non conosciuto;

- di ogni altro atto presupposto, conseguente o comunque connesso ai precedenti ancorché non noto.

**nonché, valutate le relative istanze, per la remissione ed il rinvio alla
Corte Costituzionale e/o alla Corte di Giustizia Europea**

*** **

Premessa

Con il ricorso introduttivo del presente giudizio la ricorrente ha mosso contestazioni avverso tutti gli atti e i provvedimenti a carattere generale sino ad allora emessi e conosciuti relativi al meccanismo del c.d. *payback* sui dispositivi medici.

Con il primo atto di motivi aggiunti è stata, invece, censurata la legittimità dei provvedimenti attuativi con i quali le regioni e le province autonome hanno, senza un previo effettivo coinvolgimento dei destinatari, proceduto a quantificare il ripiano dovuto e posto a carico dei singoli fornitori.

Per quel che qui rileva, è stata oggetto di gravame il Decreto n. 172 del 13 dicembre 2022, con il quale il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha quantificato le quote di ripiano a carico dei fornitori, richiedendo all'odierna ricorrente una quota complessiva per le annualità 2015-2018 di oltre 18 mila euro.

La legittimità del suddetto provvedimento è stata contestata sotto diversi profili, raggruppabili in due macro-parti: con la parte I, invero, sono stati censurati profili propri del procedimento che ha condotto all'adozione da parte della regione Veneto dell'atto di riparto nonché alla quantificazione della relativa quota attribuita alla ricorrente; con la parte II, invece, si è dimostrata l'illegittimità del provvedimento di ripiano, in quanto affetto dai medesimi vizi, in via derivata, già proposti avverso gli atti generali e presupposti.

La regione Veneto, con Decreto n. 101/2023 del 20 luglio 2023 del Direttore Generale, ha proceduto a ricalcolare solo per alcune aziende fornitrici le quote di ripiano richieste per le annualità 2015-2018.

Le nuove quantificazioni adottate dall'Amministrazione onerano, quantomeno in via cautelativa, la ricorrente a procedere all'impugnazione in questa sede, ancorché la propria quota di ripiano non ha subito variazioni, riproponendo le censure già

avanzate con il ricorso e successivi motivi aggiunti, le quali si riportano integralmente di seguito e che devono intendersi riferite al nuovo provvedimento oggetto della presente impugnazione.

*** **

Prima di riportare il testo integrale dei motivi in fatto e in diritto dei precedenti atti impugnatori, preme a questa difesa operare una breve riflessione sul nuovo provvedimento, odiernamente impugnato, emesso dalla regione Veneto, che conferma pienamente la fondatezza delle censure proposte dall'esponente e, in particolare, tutte le doglianze atte ad evidenziare la carenza di istruttoria e il mancato coinvolgimento delle imprese nel procedimento di quantificazione del ripiano di cui si tratta.

Difatti, con il Decreto in questione, l'Amministrazione ha ricalcolato la quota di ripiano dovuta da parte di talune aziende fornitrici, a seguito di alcuni **errori di calcolo** che sarebbero emersi successivamente alla pubblicazione del provvedimento n. 172 del 13 dicembre 2022, senza tuttavia affatto considerare gli effetti che ciò avrebbe dovuto avere a cascata anche sugli importi richiesti alle altre aziende non interessate dai predetti "errori di calcolo".

Come, in effetti, rappresentato più volte nei precedenti atti difensivi, l'applicazione del *payback* crea un sistema di interdipendenza tra spesa e fatturati delle aziende del settore, con la conseguenza che l'errore o la modifica anche di un solo dato di una singola azienda modifica il dato complessivo del conteggio e, dunque, anche delle singole quote di ripiano.

Incongruenze che già da sole offrono piena prova della fondatezza delle censure proposte e che costituiscono ulteriore riprova di come l'operato dell'amministrazione - anche con la pubblicazione del provvedimento impugnato in questa sede - configuri senza dubbio la frontale violazione di tutte le norme in materia di i) procedimento amministrativo e ii) efficienza e trasparenza dell'azione amministrativa di cui agli artt. 3 e 97 Cost. e agli artt. 1 e 10 della L. 241/1990.

*** **

Illegittimità degli atti generali e regionali presupposti

Come anticipato in premessa, di seguito si ripropone integralmente il contenuto del ricorso e dei successivi motivi aggiunti, ed in particolare le parti in fatto ed in diritto ed altresì le relative istanze di remissione alle Superiori Corti, nazionali ed europee, che militano a ritenere gli atti generali e presupposti (e, per l'effetto, anche i successivi provvedimenti regionali) del tutto illegittimi e contrari all'ordinamento costituzionale ed eurounitario.

“FATTO

Ricostruzione normativa del payback sui dispositivi medici.

Nella parte in fatto del ricorso avverso gli atti generali e presupposti si è ampiamente delineato e ripercorso il lungo iter che ha portato all'introduzione del sistema del Payback sulla spesa per dispositivi medici.

Basterà, qui richiamare, sinteticamente i passaggi più rilevanti.

1. L'art. 17 del D.L. 98/2011 ha introdotto per la prima volta un tetto alla spesa per i dispositivi medici sostenuta dal SSN, con l'onere dell'eventuale ripiano posto a carico delle regioni che avessero concorso allo sfondamento. Tetto, quello fissato a livello nazionale, che ha subito un progressivo abbassamento negli anni, fino a raggiungere la quota del 4,4% del Fondo Nazionale dal 2014 in poi.

2. Con l'articolo 9-ter del D.L. 78/2015, convertito in L. 125/2015, è stato stabilito che una parte dell'eventuale sfioramento del tetto per l'acquisto dei dispositivi medici venisse posto a carico delle aziende fornitrici dei predetti dispositivi, previa fissazione di un tetto di spesa regionale entro il 15 settembre 2015, da aggiornare con cadenza biennale.

*Tali disposizioni **non hanno trovato** fino all'adozione degli atti oggetto di ricorso alcuna effettiva attuazione, dovendosi attendere il **2019** affinché alcuni degli attori coinvolti muovessero parte dei passi delineati dalla legge, privando, per l'effetto, gli operatori economici della possibilità di prevedere l'operatività del meccanismo del Payback.*

Nelle more, nonostante il sistema delineato dall'art. 9-ter del D.L. 78/2015 fosse rimasto del tutto inattuato, lo stesso ha subito delle modifiche ad opera della Legge di Bilancio 2019 (L. 30/12/2018, n.145), che ha delineato una “nuova” procedura per il rilevamento dello sfioramento del tetto (mediante riscrittura del comma 8 dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015), comunque fino ad allora - si ribadisce - mai applicata, basata sui dati derivanti dalla fatturazione elettronica.

3. Sempre nel 2019, lo Stato e le Regioni hanno raggiunto due Accordi in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (doc. 8 e 9), definendo i criteri di individuazione dei tetti di spesa nazionale e regionali e le modalità di stima degli eventuali sforamenti.

Più in particolare, la spesa effettiva in dispositivi medici è stata calcolata sulla base dei costi relativi a consuntivo dal conto economico (modello CE) consolidato regionale nella voce BA0210, per quel che riguarda gli anni 2015-2018; mentre, per il 2019, la spesa effettiva in dispositivi medici è stata calcolata sulla base dei dati risultanti dalle voci di spesa inserita all'interno della fatturazione elettronica.

4. Si è proceduto sempre nel 2019 a meglio precisare la spesa da iscriversi nei Modelli CE all'interno della voce deputata ad accogliere **tutti i costi sostenuti proprio per l'acquisto dei dispositivi medici**.

Sono state adottate apposite circolari del MEF e del Ministero della Salute (cfr. da doc. 3 a doc. 6), le quali hanno fissato le indicazioni operative per la compilazione delle fatture elettroniche, anche alla luce del sopravvenuto obbligo di separazione del costo del bene e quello del servizio.

Infine, solo con la Circolare n.7435 del 17/3/2020 (cfr. doc. 7) sono stati forniti ulteriori criteri per l'allocazione della spesa per i dispositivi medici che rientrano nell'ambito di applicazione del Payback.

*

5. Con l'art. 18 del D.L. n. 115 del 9/8/2022 (c.d. decreto Aiuti bis, poi convertito in L. n.142/22), sono state introdotte **disposizioni volte all'accelerazione delle procedure per il recupero delle somme per le annualità 2015, 2016, 2017 e 2018.**

In particolare, limitatamente al ripiano dell'eventuale superamento del tetto di spesa regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, è stato previsto che con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, da adottarsi entro il 30 settembre 2022 (alla luce di quanto previsto dall'art. 9-ter, comma 8 del D.L. 78/2015), doveva essere accertato l'eventuale superamento del tetto di spesa previsto per gli acquisti di dispositivi medici per gli anni 2015/2018.

6. Con il D.M del 6/7/2022 (pubblicato in GU il 15/9/2022) è stato, quindi, certificato il superamento del tetto di spesa a livello nazionale ed al livello regionale per gli anni 2015-2018 (doc.1), andando a definire qual è il debito che le imprese fornitrici del SSN dovranno ripianare, che

ammonta ad **oltre 2 miliardi di euro**, di cui oltre **231 milioni di euro** è quello riferito alla sola Regione Veneto.

Il 6/10/2022, come previsto dall'art. 18 del D.L. n. 115 del 9/8/2022, **il Ministero della Salute ha adottato le linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali** (pubblicate in G.U. il 26/10/2022 (cfr. doc. 2).

7. Entro il 14 dicembre 2022 le Regioni e le Province autonome erano, quindi, chiamate ad adottare i provvedimenti con i quali chiedere alle aziende fornitrici di dispositivi medici di operare il ripiano «previa verifica della documentazione contabile, anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale», procedendo dopo l'adozione dei citati provvedimenti, ad effettuare le conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022 ed altresì procedendo ad operare, nel caso in cui le aziende fornitrici non adempiano all'obbligo di pagamento, la compensazione con «i debiti per acquisti di 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, ...» (art. 9 ter, co. 9 bis, D.L. n. 115 del 9/8/2022).

*

8. La Regione Veneto, con Decreto n. 172 del 13 dicembre 2022 del Direttore dell'Area Sanità e Sociale (cfr. doc. 15), **senza previo coinvolgimento dei destinatari**, ha proceduto a quantificare il ripiano dovuto e posto a carico dei singoli fornitori, quantificando per la ricorrente una quota di ripiano complessiva per le annualità 2015-2018 di oltre 18 mila euro, per un importo totale in tutte le regioni pari a € 695.962,46.

Sulla base del sopraesposto quadro normativo e fattuale richiamato risulta di tutta evidenza l'illegittimità degli atti impugnati, per le seguenti ragioni di

DIRITTO

Parte I – Illegittimità del provvedimento regionale

Parte I.1. - Illegittimità derivata

Il provvedimento regionale qui contestato soffre, in via derivata, dei medesimi vizi lamentati con i motivi di cui alla **Parte II** del presente ricorso, per le stesse ragioni in fatto ed in diritto sollevate avverso gli atti generali e presupposti da intendersi qui integralmente richiamati e riproposti (come in

effetti integralmente riproposti nella Parte II del presente atto), nonché dei vizi di cui ai seguenti motivi di diritto:

Parte I.2 – Vizi autonomi

1. Violazione degli artt. 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10 e 21 octies della L. 241/90 - Violazione dell'art. 41 carta di Nizza (avente lo stesso valore dei trattati ai sensi dell'art. 6 TUE) - Violazione del principio di trasparenza dell'azione della Pubblica Amministrazione - Eccesso di potere per carenza di motivazione e di istruttoria - Errata valutazione dei presupposti in fatto e in diritto - Violazione del principio di leale collaborazione e buona fede. Violazione dell'art. 97 della Costituzione e, in particolare, dei principi di buon andamento ed efficienza dell'azione amministrativa in relazione ai diritti partecipativi del privato - Violazione del principio del contraddittorio e del diritto di difesa e degli artt. 3, 24 e 111 della Costituzione.

Come si è anticipato, la Regione Veneto ha pubblicato direttamente il provvedimento di ripiano degli importi asseritamente attribuibili alle singole imprese e in tale provvedimento la Regione ha in particolare:

- *determinato gli oneri di ripiano della spesa per dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 e gli importi dovuti da ciascuna impresa fornitrice, da versare entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione*
- *disposto, nel caso in cui le aziende non adempiano all'obbligo di ripiano, di dar seguito alle disposizioni di cui al penultimo periodo del comma 9 bis dell'art. 9 ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 e s.m.i., vale a dire di procedere con la compensazione fino a concorrenza dell'intero ammontare da parte delle Aziende Sanitarie ciascuna per quanto di competenza.*

Ebbene, il suddetto provvedimento si mostra anzitutto illegittimo per non essere stato preceduto da alcun avviso di avvio del procedimento amministrativo, risultando per l'effetto totalmente frustrati i diritti partecipativi del privato ai sensi della legge 241/1990.

In particolare, l'art. 7 della L. 241/90 impone di comunicare l'avvio del procedimento "ai soggetti nei confronti dei quali il provvedimento finale è destinato a produrre effetti" e la ratio di tale disposizione normativa risiede nell'esigenza di consentire un dialogo tra l'amministrazione e il privato; dialogo che va considerato non solo nell'interesse del privato, ma anche della stessa amministrazione. E ciò è oltretutto imposto dal comma 2 bis dell'art. 1 L. 241/90 ove dispone che "i rapporti tra il cittadino e la pubblica amministrazione sono improntati ai principi della collaborazione e della buona fede".

Nella specie, peraltro, la partecipazione delle imprese del settore era da ritenersi tanto più necessaria al fine di evitare i macroscopici errori di calcolo e di valutazione operati dalle amministrazioni procedenti.

Invero, le imprese avrebbero potuto dare un concreto contributo per la corretta verifica e predisposizione:

- 1) dei dati numerici esposti dalla Regione;*
- 2) delle voci delle fatture da considerare nell'indicazione di ripiano e della necessaria separazione dell'oggetto della fornitura rispetto ai servizi correlati (service, formazione, etc);*
- 3) dei beni forniti dalle imprese e aventi durata pluriennale etc;*
- 4) delle forniture derivanti da contratti di noleggio, comodato, leasing, etc.*

La mancata partecipazione delle imprese ha comportato nel caso della Regione Veneto una esposizione del tutto inverosimile dei dati, prontamente smentita dalla contabilità delle singole imprese, le quali riportano, infatti, conteggi non convergenti.

*Al riguardo è utile richiamare uno fra i tanti precedenti di questa Ill.ma Sezione - in tema di *payback* relativo al settore farmaceutico, ma perfettamente applicabile al caso di specie - ove è stato rilevato che la comunicazione di avvio del procedimento “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 in adesione ad alcuni rilievi mossi sulle voci che devono essere individuate per determinare la somma da restituire ...” (**TAR Lazio – Roma, Sez. IIIQ, 28/3/2012, n. 3001**).*

*Del resto la giurisprudenza ha chiarito “in modo costante e pacifico che la comunicazione di avvio del provvedimento ex art. 7 della L. 241/1990 ... ha una valenza sostanziale” (**T.A.R. Lazio - Roma, sez. I, 04/02/2020, n.1461**), e in tale ottica la comunicazione medesima deve essere in grado di permettere al privato un'adeguata e precisa conoscenza degli interessi oggetto dell'attività amministrativa (**in termini e nello specifico settore del *payback* nel settore farmaceutico cfr. TAR Lazio, Sez. III Q, n 4538/2015**).*

Nulla di tutto ciò è avvenuto nella specie, non essendo neppure stati resi noti i dati acquisiti e utilizzati nell'ambito dell'istruttoria asseritamente effettuata; sul punto si tornerà a breve.

*

Neppure potrebbe risultare persuasiva l'affermazione secondo cui il procedimento de quo debba configurarsi come vincolato.

Tale assunto, infatti, non potrebbe certamente limitare il perimetro applicativo dei diritti partecipativi dei privati e i correlati obblighi di trasparenza delle amministrazioni resistenti.

Difatti, la possibilità per il privato di formulare osservazioni consente di introdurre all'interno del procedimento e della valutazione conclusiva dell'Amministrazione elementi istruttori o altre informazioni tali limitare il rischio di errori e, dunque, di profili di illegittimità del provvedimento medesimo.

Tanto più che considerato che il provvedimento ha ad oggetto la rilevazione di dati e la corretta imputazione di diverse voci delle fatture contabili delle imprese, la partecipazione avrebbe sicuramente garantito la possibilità di emendare tutti i possibili errori.

In merito, la giurisprudenza ha da tempo chiarito che “tenuto conto della complessità della situazione e della gravità degli effetti derivanti dal provvedimento ..., dovevano essere assicurate le garanzie partecipative al procedimento, prima tra tutte la comunicazione dell'avvio del procedimento ai sensi dell'art. 7 della L. 241/90 ...”. Ciò in quanto “La natura vincolata degli atti impugnati non costituisce valido motivo per omettere il rispetto delle garanzie partecipative in situazioni peculiari e giuridicamente complesse come quella in questione; la giurisprudenza più avveduta afferma la sussistenza dell'obbligo di avviso dell'avvio anche nella ipotesi di provvedimenti a contenuto totalmente vincolato, sulla scorta della condivisibile considerazione che la pretesa partecipativa del privato riguarda anche l'accertamento e la valutazione dei presupposti sui quali si deve comunque fondare la determinazione amministrativa (cfr. C.d.S. sez. VI 20.4.2000 n. 2443; C.d.S. 2953/2004; 2307/2004 e 396/2004)” (Consiglio di Stato, sez. III, 14/9/2021, n. 6288).

In ogni caso, si rammenta la chiara previsione del secondo comma dell'art. 21 octies, a mente del quale la denunciata violazione delle norme partecipative da parte del ricorrente debba nel caso essere vinta esclusivamente tramite la rigorosa prova, fornita dall'amministrazione, della asserita inutilità dell'apporto del privato (in questo senso Corte di giust, Sez. II, 7 novembre 2013, causa C- 72/12).

È evidente come nella specie tale prova si rivelerà del tutto impossibile, atteso che gli evidenti e conclamati errori commessi dall'amministrazione offrono di per loro piena prova della chiara necessità e utilità che il coinvolgimento delle imprese del settore avrebbe apportato al provvedimento conclusivo di questa (comunque illegittima) normativa in materia di payback.

In conclusione, la violazione procedimentale censurata, lungi dall'aver risolti meramente formalistici, ha comportato gravissime lacune nell'istruttoria condotta dalla Regione, tali da inficiare irrimediabilmente il provvedimento oggetto della presente impugnazione.

2. Tutti i vizi del motivo precedente e ancora Violazione degli artt. 3 e 4 delle Linee-guida di cui al DM 6/10/2022, pubblicate in G.U. del 26/10/2022. Violazione degli artt. 3 e 41 Cost. Eccesso di potere per Carenza di istruttoria, erroneità dei presupposti in fatto e in diritto. Violazione del legittimo affidamento. Perplessità. Sviamento

Il provvedimento regionale oggetto della presente impugnazione risulta altresì in frontale violazione delle previsioni di cui agli artt. 3 e 4 delle linee guida nel punto in cui stabiliscono che “in caso di superamento del tetto di spesa regionale” le Regioni, con il tramite delle aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, avrebbero dovuto procedere alla ricognizione delle fatture correlate ai costi iscritti alla voce dispositivi medici, al fine di calcolare il fatturato annuo di ciascuna azienda fornitrice di dispositivi medici. In altre parole, le Regioni con le AA.SS avrebbero dovuto verificare per ciascuna impresa gli importi effettivi da conteggiare nel calcolo del payback, escludendo nello specifico quelli relativi a beni e/o a servizi esclusi dalla voce di conto BA0210.

Di tale attività di verifica non c'è traccia.

Basti rilevare che la Regione Veneto con il provvedimento gravato ha decretato l'attestazione del minor ammontare della quota di ripiano, in conseguenza della presenza all'interno del totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici “di fatture per acquisti da soggetti pubblici e/o fattispecie non riconducibili a fatturazione”. Senonché della dimostrazione di tale risultanza -da ritenersi necessaria soprattutto in considerazione della generalità delle voci ivi richiamate dalla Regione- non vi è testimonianza.

Invero, anche in relazione ai diritti partecipativi – i quali devono essere effettivi e con valenza sostanziale- l'amministrazione avrebbe dovuto specificare il metodo di calcolo adottato nonché mettere a disposizione delle singole imprese la documentazione (contratti, cig, etc), anche di carattere contabile, quale l'elenco dei relativi documenti fiscali (fatture, etc), le informazioni e tutti i dati che sono stati presi in considerazione, con indicazione dell'importo, del bene fornito, del numero del documento, del destinatario della fornitura (A.O., ASL, etc.); in mancanza della suddetta documentazione, si formula sin d'ora richiesta istruttoria ai sensi dell'art. 65 c.p.a. a valere se del caso quale istanza ai sensi dell'art. 116, co.2, c.p.a.

La carenza di tale documentazione comporta l'impossibilità di verificare con esattezza il dato fornito dall'amministrazione, con la conseguenza che le esigenze di tutela delle singole aziende sanitarie, destinatarie del provvedimento di ripiano, non possono in alcun modo essere salvaguardate. Di fatto, non sono state rese note le fonti che permetterebbero ai destinatari del provvedimento di verificare i dati forniti e compararli con i dati in possesso dell'azienda stessa. Al contrario, le informazioni trasmesse contengono dati "aggregati", relativi unicamente al totale del fatturato della singola impresa, senza alcuna possibilità di ricavarne gli importi relativi ai singoli contratti o più nello specifico ai singoli beni e/o servizi forniti, per poterne verificare la corrispondenza alla voce di bilancio corretta.

Il provvedimento impugnato non sfugge dunque alle censure tutte di cui alla rubrica del presente motivo di ricorso, in cui risulta vieppiù conclamato il vizio di carenza di istruttoria dell'azione amministrativa.

3. Violazione dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015. Eccesso di potere per difetto di istruttoria, di motivazione, irragionevolezza, illogicità. Violazione del principio di proporzionalità. Violazione del principio di trasparenza. Eccesso di potere per carenza dei presupposti di fatto. Violazione dell'art. 97 della Costituzione.

Come si è detto, il complessivo operato sia dell'amministrazioni centrali, sia di quelle regionali, sia infine degli enti e delle strutture del SSN risulta viziata da un generale problema di mancanza di trasparenza e verificabilità da parte delle aziende interessate dei dati e dei conteggi utilizzati per giungere alla quantificazione di quota di ripiano a carico della singola impresa nel provvedimento impugnato.

In termini più precisi non è in alcun modo possibile verificare la correttezza dei calcoli e neppure dei ragionamenti logico-giuridici che hanno condotto l'amministrazione regionale alla quantificazione operata con il provvedimento oggetto di impugnazione; e ciò, in violazione anche dei più basilari principi di trasparenza e buona fede.

Considerato -tra l'altro- che regioni hanno applicato modalità di calcolo della spesa sostenuta per l'acquisto di dispositivi medici non uniformi (ad es. la Regione Toscana, che ha applicato un coefficiente percentuale al fatturato delle aziende senza verificare l'incidenza del fatturato di ogni singolo fornitore sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici, generando così la definitiva impossibilità per le imprese di ricostruire la correttezza dei dati esposti.

E i conteggi esposti, va da sé, risultano erronei.

Anzitutto occorre rilevare che il meccanismo del payback crea un sistema di interdipendenza tra spesa e fatturati delle aziende del settore; con la conseguenza che l'errore o la modifica anche di un solo dato di una singola azienda modifica il dato complessivo del conteggio e, dunque, anche nelle singole quote di ripiano. Il che già conduce all'evidente illegittimità per indeterminatezza del provvedimento regionale.

Inoltre, i dati esposti dalla Regione Veneto risultano nello specifico erronei sotto più profili atteso che è stato accertato un importo a titolo di ripiano a carico della ricorrente pari a ben € 18.640,05 per il quadriennio 2015-2018, per un importo totale in tutte le regioni pari a € 695.962,46.

Ed invero, ferma l'illegittimità dell'intero meccanismo payback che qui si contesta, va ancora rilevato che gli importi richiesti a titolo di ripiano sono stati comparati dalla ricorrente, ovviamente per dati macro e aggregati, per cercare di verificare la corrispondenza tra l'importo del fatturato, comprensivo di IVA, rilevato per gli anni 2015/2018 dalla regione e quello risultante dalla contabilità interna della società.

Ebbene, gli importi in nessun caso coincidono, essendo emerse divergenze nel fatturato, non comprendendosi pertanto come la Regione sia giunta ai conteggi esposti nel provvedimento impugnato.

Le discrasie riscontrate potrebbero essere spiegate sulla base del fatto che nei fatturati da sottoporre a ripiano per singola impresa sono state verosimilmente computate delle voci di spesa che, sulla base della normativa di riferimento, non avrebbero dovuto esserlo.

E davvero non vi possono essere dubbi sulla circostanza che spetti all'amministrazione di provare che i conteggi e i dati del ripiano richiesto alle singole imprese siano rispettosi dei criteri normativamente previsti.

La ricorrente, infatti, per le annualità di riferimento ha svolto per la Regione numerose commesse, le quali avevano ad oggetto non solo la fornitura di dispositivi medici sottoponibili all'applicazione del meccanismo del payback, ma includevano bene esclusi da tale meccanismo. Ciò senza contare i servizi connessi alle forniture che pure hanno una rilevanza enorme sul fatturato relativo alle forniture dei dispositivi in questione.

È pertanto evidente che la Regione avrebbe dovuto rendere noti i criteri impiegati ai fini della contabilizzazione delle fatture nel modello CE e ogni altro strumento utile all'impresa per ricostruire l'iter logico-giuridico utilizzato per la determinazione dei conteggi di cui si tratta. Documenti e dati imprescindibili al fine di poter verificare la misura del ripiano richiesto alla singola impresa e, così, la correttezza degli importi pretesi dall'Amministrazione regionale.

In mancanza, non può che assumere sul punto rilevanza il principio di diritto già espresso da questa Ill.ma Sezione in materia di payback “farmaceutico”, secondo cui, così operando, si finisce “con l’assegnare in definitiva una sorta di fede privilegiata ... sia al dato complessivo nazionale elaborato dall’AIFA 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).

Ebbene, come pure è noto, prima del 2019 la fatturazione nell’ambito dei contratti pubblici non prevedeva lo scorporo della voce di costo del dispositivo da quella del servizio accessorio offerto, con la conseguenza che lo sforamento del tetto di spesa è stato certificato per le annualità dal 2015 al 2018 dal Ministero della Salute sulla base di dati sicuramente non corretti e, quindi, non attendibili, in quanto frutto di un’attività istruttoria superficiale e lacunosa e priva del necessario confronto con le imprese.

Senza considerare che anche dopo il 2019 è frequente che tali profili (dispositivi medici e servizi) non siano nettamente distinti, rendendo così necessario un’attenta verifica di ogni singola annualità di riferimento della quota di spesa da scorporare.

In altri termini, la quantificazione operata non tiene conto (o quantomeno non dà conto) della diversità dei prodotti forniti, così come non sono tenuti in considerazione i beni a durata pluriennale, i servizi associati alla fornitura dei dispositivi medici che includono la formazione del personale, la manutenzione, l’assistenza tecnica, nonché infine il noleggio di attrezzature e la fornitura di attrezzature con formule ad es. pay per use, etc.

Senonché, in mancanza di tutte le informazioni istruttorie necessarie, è impossibile per le imprese rilevare tutti i possibili errori e incongruenze riportate nel provvedimento regionale di cui si tratta. Ci si riserva pertanto ogni ulteriore sviluppo delle argomentazioni su esposte nei successivi atti di causa anche in ragione dell’accoglimento delle istanze istruttorie formulate e dunque della conoscenza di tutta la documentazione relativa all’istruttoria condotta dalle amministrazioni coinvolte.

Non essendo ciò allo stato avvenuto, si ribadisce una volta di più l’illegittimità del provvedimento per violazione del principio di trasparenza dell’azione amministrativa.

In altri termini, nella documentazione allo stato conosciuta non si fa altro che riportare numeri e importi associati vuoi al nome dell’impresa, vuoi alla partita iva identificativa, senza mai dare

evidenza della fonte di questi numeri e del razionale logico/numerico utilizzato, non permettendo alcuna ulteriore verifica alle aziende.

In conclusione, tutti i sopra citati aspetti denunciano altrettanti profili di mancanza di trasparenza delle amministrazioni.

Parte II – Illegittimità degli atti generali presupposti

Come anticipato in premessa di seguito si ripropone integralmente il contenuto del ricorso, ed in particolare le parti in fatto ed in diritto ed altresì le relative istanze di remissione alle Superiori Corti, nazionali ed europee, che militano a ritenere gli atti generali e presupposti (e, per l'effetto, anche il provvedimento regionale) del tutto illegittimi e contrari all'ordinamento costituzionale ed euromunitario.

“FATTO

1) Ricostruzione normativa del payback sui dispositivi medici.

1.1 Introduzione del sistema payback.

Il percorso che ha portato all'introduzione del sistema del Payback sulla spesa per dispositivi medici ha inizio nel 2011, in concomitanza con la politica della c.d. spending review.

Il D.L. 98/2011, ed in particolare l'articolo 17, stabiliva che la spesa per i dispositivi medici, sostenuta dal SSN, dovesse essere fissata entro tetti da definirsi con successivi decreti interministeriali, riferiti al fabbisogno sanitario nazionale standard e che **eventuali ripiani avrebbero dovuto essere a carico delle regioni che avessero concorso allo sfondamento.** Tutto ciò al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati.

Successivamente al 2011, il tetto di spesa nazionale (in origine fissato al 5,2%) per l'acquisto dei dispositivi medici è stato progressivamente abbassato, dapprima con la legge n. 95 del 2012 (al 4,9%), poi rivisto ulteriormente al ribasso nel 2013 (4,8%) e infine fissato al **4,4% dal 2014 in poi.**

È con l'articolo 9-ter del D.L. 78/2015, convertito in L. 125/2015, che viene previsto per la prima volta che una parte dell'eventuale sfioramento del tetto per l'acquisto dei dispositivi medici, venisse posto a carico delle aziende fornitrici dei predetti dispositivi, previa fissazione di un tetto di spesa regionale (cfr. co. 1, lett. b) da individuarsi “coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano” entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza

biennale; ciò “al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l’acquisto dei dispositivi medici fissato”.

*È opportuno sin d’ora rilevare che **l’individuazione del suddetto tetto a livello regionale non è stato mai effettuato nel rispetto delle tempistiche impresse dalla legge**, venendo meno, dunque, la possibilità per le singole regioni di riuscire a rispettare un limite prestabilito di spesa per l’acquisto di dispositivi medici - che, tuttavia, come appresso si dirà, è stato rilevato **solo nel 2019** -, privando, per l’effetto, gli operatori economici della possibilità di prevedere l’operatività del meccanismo del payback.*

*Proseguendo nell’esame della norma, **l’art.9-ter, al co. 8**, prevedeva che “con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, da adottare **entro il 30 settembre di ogni anno, è certificato in via provvisoria l’eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale** di cui al comma 1, lettera b), per l’acquisto di dispositivi medici, sulla base dei dati di consuntivo relativi all’anno precedente, **rilevati dalle specifiche voci di costo riportate nei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE, di cui al decreto del Ministro della salute 15 giugno 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 10 luglio 2012, salvo conguaglio da certificare con il decreto da adottare entro il 30 settembre dell’anno successivo, sulla base dei dati di consuntivo dell’anno di riferimento.** (nella formulazione in vigore fino al 31.12.2018).*

*Ed ancora, **al comma 9**, stabiliva che “**l’eventuale superamento del tetto di spesa regionale di cui al comma 8, come certificato dal decreto ministeriale ivi previsto, è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell’anno 2015, al 45 per cento nell’anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dall’anno 2017**”. Riferendo altresì che “**ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all’incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l’acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale**”, e che “**Le modalità procedurali del ripiano sono definite, su proposta del Ministero della salute, con apposito accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano**”.*

Tali previsioni normative – come anticipato poc'anzi - non hanno mai avuto concreto seguito nei tempi e nei modi individuati dalle norme surrichiamate.

*

È solo con la Legge di Bilancio 2019 (L. 30/12/2018, n.145) che è stata, infatti, modificata la procedura per il rilevamento dello sfioramento del tetto (mediante riscrittura del comma 8 dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015), comunque fino ad allora - si ribadisce - mai applicata.

In particolare, l'articolo 1, co. 557 della suddetta Legge, ha stabilito che il Ministero della Salute, di concerto con il MEF, entro il 30 settembre di ogni anno adotti un decreto in cui certifica il superamento del tetto di spesa che viene rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA, in ragione dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica. Tale certificazione del superamento del tetto di spesa per l'anno 2019 avrebbe dovuto essere effettuata entro il 31 luglio 2020 e, per gli anni successivi, entro il 30 aprile dell'anno seguente a quello di riferimento.

Di nuovo, ciò non è mai avvenuto.

Inoltre, il medesimo articolo 1, co. 557 ha espressamente previsto che “nell'esecuzione dei contratti, anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica in modo separato il costo del bene e il costo del servizio”.

1.2 Gli Accordi Stato-Regioni sulla spesa sanitaria 2015/2019.

Sempre nel 2019, lo Stato e le Regioni hanno raggiunto due Accordi relativi rispettivamente alla spesa per gli anni 2015/2018 con l'Atto Rep. N.181/CSR (doc. 8) e a quella per il 2019 con l'Atto Rep. N. 182 (doc. 9), entrambi del 7 novembre 2019.

Con tali accordi, sono stati definiti i criteri di individuazione dei tetti di spesa nazionale e regionali e le modalità di stima degli eventuali sfioramenti.

Più in particolare, la spesa effettiva in dispositivi medici è stata calcolata sulla base dei costi relativi a consuntivo dal conto economico (modello CE) consolidato regionale nella voce BA0210, per quel che riguarda gli anni 2015-2018; mentre, per il 2019, la spesa effettiva in dispositivi medici è stata calcolata sulla base dei dati risultanti dalle voci di spesa inserita all'interno della fatturazione elettronica.

Non solo. Anche per le modalità di compilazione dei modelli CE ai fini dell'applicazione del payback, il Ministero della Salute è intervenuto per fornire indicazioni più precise e dettagliate (ancora oggi, peraltro, non esaustive) soltanto nel 2019.

Ed infatti, nel D.M. 15 giugno 2012 (recante il Modello CE - doc. 13), era genericamente indicato che all'interno della voce "BA0210 - B.1.A.3.) Dispositivi medici" dovessero rientrare **tutti i costi sostenuti proprio per l'acquisto dei dispositivi medici così come genericamente definiti dai D.Lgs 46/1997.**

Solo con il D.M. 24 maggio 2019 (recante il Modello CE), il Ministero ha specificato che la suddetta voce di costo "**non accoglie i dispositivi medici ad utilità pluriennale che sono iscritti nello Stato Patrimoniale tra le immobilizzazioni materiali** e che rientrano nel processo contabile dell'ammortamento (sia ammortamento integrale sia ammortamento pluriennale)" (doc. 14).

Ebbene, tale precisazione non è certamente di poca rilevanza ai fini dell'applicazione del payback sui dispositivi medici, ed essendo stata precisata soltanto nel 2019, si deve ritenere che, per le annualità precedenti, all'interno della voce di costo "BA0210 - B.1.A.3.) Dispositivi medici" siano stati fatti rientrare anche i dispositivi medici ad utilità pluriennale, con ogni conseguenza in ordine ai calcoli sulla spesa complessiva. È ciò è verosimilmente accaduto nonostante la questione fosse già nota (o tale avrebbe dovuto essere) agli Enti del SS in ragione dei principi di contabilità (quelli civilistici) a cui gli stessi sono chiamati ad attenersi sin dalla riforma dal **D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118**

La spesa regionale rilevante ai fini del payback è ulteriormente mutata (solo all'apparenza) allorché, a partire dal 2019, la stessa è stata computata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, che ha imposto la separazione del costo del bene da quello del servizio.

A tale scopo sono state adottate apposite circolari del MEF e del Ministero della Salute (cfr. da doc. 3 a doc. 6), le quali hanno fissato le indicazioni operative per la compilazione delle fatture elettroniche, anche alla luce del sopravvenuto obbligo di separazione del costo del bene e quello del servizio.

Inoltre, solo con la Circolare n.7435 del 17/3/2020 (cfr. doc. 7) sono stati forniti ulteriori criteri per l'allocazione della spesa per i dispositivi medici che rientrano nell'ambito di applicazione del payback.

1.3 Il D.L. 115/2022 e i decreti attuativi.

Successivamente, e del tutto inaspettatamente, il Governo, con una norma inserita all'interno del D.L. n. 115 del 9/8/2022 (c.d. decreto Aiuti bis, poi convertito in L. n.142/22), ha introdotto **disposizioni volte all'accelerazione delle procedure per il recupero delle somme per le annualità 2015, 2016, 2017 e 2018.**

*In particolare, **l'art.18** prevede che all'art. 9-ter del D.L. 78/2015, come convertito in L. 125/2015, è aggiunto il comma 9-bis.*

***Al comma 9-bis**, dunque, limitatamente al ripiano dell'eventuale superamento del tetto di spesa regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, è stato previsto che con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, da adottarsi entro il 30 settembre 2022 (alla luce di quanto previsto dall'art. 9-ter, comma 8 del D.L. 78/2015), doveva essere accertato l'eventuale superamento del tetto di spesa previsto per gli acquisti di dispositivi medici per gli anni 2015/2018.*

*Il predetto comma 9-bis ha previsto, poi, che **entro 30 giorni** decorrenti dalla data di pubblicazione in GU del predetto decreto ministeriale (DM 6/7/2022 pubblicato in GU il 15/9/2022), con ulteriore decreto del Ministero della Salute da adottarsi d'intesa con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si sarebbe dovuto adottare un **provvedimento recante le Linee guida**, al fine di fornire istruzioni per la formazione dei provvedimenti contenenti le richieste di ripiano alle aziende produttrici di dispositivi medici.*

Ancora, in pretesa deroga a quanto previsto dall'ultimo periodo del comma 9 dell'art. 9-ter del D.L. 78/2015, è previsto che entro 90 giorni decorrenti sempre dalla data di pubblicazione in GU del predetto decreto ministeriale (dunque entro il 15/12/2022) le Regioni e le Province autonome dovranno adottare i provvedimenti con i quali richiederanno alle aziende produttrici di operare il ripiano «previa verifica della documentazione contabile, anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale».

Dopo l'adozione dei citati provvedimenti, le Regioni e le Province autonome sono chiamate ad effettuare le conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022 ed, inoltre, nel caso in cui le aziende fornitrici non adempiano all'obbligo di pagamento «i debiti per acquisti di 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 a concorrenza dell'intero ammontare» (art. 9 ter, co. 9 bis, D.L. n. 115 del 9/8/2022).

*In ultimo, ma non per importanza, è stato previsto che **le aziende dovranno procedere ad effettuare i pagamenti richiesti entro un termine massimo di 30 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione dei suddetti provvedimenti regionali.***

Dunque, ad oggi, con il D.M del 6/7/2022 (pubblicato in GU il 15/9/2022) è stato certificato il superamento del tetto di spesa a livello nazionale ed al livello regionale per gli anni 2015-2018

(doc.1), andando a definire qual è il debito che le imprese fornitrici del SSN dovranno ripianare, che ammonta ad **oltre 2 miliardi di euro**.

Dagli allegati al D.M. in parola (doc. 1) è possibile evincere che:

- il Lazio e la Campania, nel quadriennio 2015/2018, non hanno mai superato il tetto;
- per gli anni 2015, 2016 e 2017 anche la Lombardia, la Calabria e solo per l'anno 2016 anche la Basilicata non hanno superato il tetto;
- le restanti Regioni, invece, riportano **sistematici e importanti sforamenti annui**.

Quelle con il maggiore scostamento dal tetto massimo di spesa per tutti gli anni di riferimento (2015/2018) sono:

- la Toscana, con la maggiore spesa in assoluto rispetto a tutte le altre Regioni (nel 2018 € 235.521.431);
- la Puglia (nel 2018 € 143.509.741);
- il Veneto (nel 2018 € 135.412.699).

Osservando tali dati, emerge che, ad esempio, Toscana ed Emilia Romagna – Regioni tra le più attive nella centralizzazione degli acquisiti, tra le migliori ad assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ai propri cittadini, tra quelle a maggior presenza di erogatori pubblici rispetto ai privati accreditati – insieme abbiano accumulato quasi il 27% dell'intero sforamento nazionale nel quadriennio preso in esame; ciò che non può assolutamente essere letto come indice di una minore efficienza nella spesa in dispositivi medici, ma che certamente pesa come un macigno sulla tenuta delle imprese che incolpevolmente sono chiamate al ripiano.

*

Il 6/10/2022, **il Ministero della Salute ha adottato le previste linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali, che sono state pubblicate in G.U. il 26/10/2022 (cfr. doc. 2).**

2) La differenza tra il payback sui dispositivi medici e il payback farmaceutico.

Ripercorso il quadro normativo relativo al payback dei dispositivi medici, si ritiene utile esporre brevemente le macroscopiche differenze che intercorrono con la similare misura che si applica ormai da anni nel settore farmaceutico, già nota in tale ambito a Codesto Ecc.mo TAR.

*

*Anzitutto, valga rilevare che nel settore farmaceutico il **payback** ha avuto una pressoché immediata (seppur progressiva) attuazione; mentre nel settore dei dispositivi medici è rimasto inattuato per ben 8 anni.*

*Ed invero, la disciplina del **payback** nel settore farmaceutico è stata inizialmente introdotta con D.L. n. 159/2007 per la spesa farmaceutica territoriale. Con l'art. 15 del D.L. n. 95/2012 (conv. in L. del 7/8/2012, n. 135), il **payback** è stato esteso a tutta la spesa farmaceutica, sia territoriale (ricomprensente la spesa c.d. convenzionata), sia ospedaliera, la quale ingloba sia la spesa per l'acquisto dei farmaci di classe A, che quella per i medicinali di classe H, venduti direttamente alle strutture ospedaliere. Ai suddetti canali di spesa corrispondono diversi tetti di spesa nell'ambito del fondo sanitario.*

*Dunque, il citato art. 15, co. 7, ha imposto per la prima volta nell'ambito della spesa sanitaria ospedaliera l'obbligo per le aziende farmaceutiche di ripianare nella misura del 50% il superamento del tetto della spesa nazionale, stabilendo l'operatività di detto sistema con decorrenza dall'anno 2013. **Così come, in effetti, è stato.***

*

Ulteriore elemento di differenziazione tra i due settori (farmaceutico e dispositivi medici) è rappresentato dalla differente conformazione del mercato.

Le aziende farmaceutiche operanti nell'ambito degli acquisti ospedalieri sono circa 450, con una netta concentrazione degli acquisiti a favore di aziende di grandi dimensioni. Il mercato dei dispositivi medici è, invece, composto da una forte prevalenza di PMI, le quali rappresentano, infatti, circa il 94% del totale delle imprese operanti nel settore (circa 4.546).

La concorrenza nel settore dei dispositivi medici è, pertanto, sicuramente più "aggressiva" rispetto a quella nel mercato farmaceutico. La forte competizione, specialmente nell'ambito delle gare pubbliche, porta ad offrire ribassi più alti rispetto alle basi d'asta messe a gara già comunque parametricate sui valori del mercato ed in alcuni casi anche inferiori rispetto a questo. Da ciò consegue che l'utile prodotto delle imprese rispetto al fatturato dichiarato è notevolmente inferiore, se rapportato agli utili dalle aziende del settore farmaceutico.

*

Il prezzo, dunque, mentre nel settore farmaceutico (quello rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale) sconta una componente oggetto di contrattazione diretta tra l'AIFA e l'azienda titolare

dell'AIC, nel settore dei dispositivi medici il “prezzo” è determinato interamente dal confronto tra le imprese produttrici/distributrici all'interno delle procedure ad evidenza pubblica.

*

Ulteriori differenze si rinvencono con riguardo alla categoria dei beni su cui insiste il sistema del *payback*: mentre la categoria dei farmaci è connotata da una certa omogeneità, la categoria dei DM è del tutto disomogenea.

Il d.lgs. n. 219/2006 definisce il medicinale come “ogni sostanza o associazione di sostanze in grado di esercitare un'azione farmacologica, immunologica o metabolica”. Al di là, quindi, di tutte le suddivisioni per categoria e tipologia che possono aversi all'interno della macroarea relativa al “farmaco”, resta comunque una caratteristica unitaria di fondo, ossia che il farmaco è un **bene consumabile**, si tratta quindi di un prodotto concettualmente unitario.

Nel mentre, a quanto consta esistono sul mercato oltre 500.000 tipologie diverse di devices da utilizzare in ambito sanitario (che vengono qualificati come DM, in quanto a vario titolo rientranti nell'amplissima definizione di cui al D.Lgs. 46/07), che rispondono alle più disparate esigenze e che presentano caratteristiche completamente diverse gli uni dagli altri (si va da prodotti semplici e di uso quotidiano come occhiali, protesi dentarie, cerotti, bende, aerosol, a prodotti ben più sofisticati, come i devices per il contenimento degli organi da trapianto, gli apparecchi per sterilizzare le attrezzature negli ospedali, stent, cateteri, macchinari per perfusione, materassi da decubito, siringhe sterili e non, defibrillatori, pacemaker, impianti per articolazioni, etc..).

Si consideri, inoltre, che nelle gare pubbliche l'acquisto di taluni dispositivi medici è sovente accompagnata dall'acquisto di un correlato servizio: quale la formazione del personale sanitario, l'assistenza tecnica per guasti o malfunzionamenti della strumentazione, etc.

*

Ulteriori differenze si rinvencono nella concreta attuazione del sistema del *payback* nei due settori.

Il Legislatore, invero, nel settore farmaceutico ha previsto una serie di misure più aderenti a quelle che sono le caratteristiche tipiche del relativo mercato. E, infatti, con la L. n. 145/2018, è stata prevista una “franchigia” di 3 milioni di euro ai fini del calcolo delle quote di mercato di ciascuna impresa su cui applicare il *payback*. La ratio di tale franchigia è chiaramente quella di tutelare le imprese di più piccole dimensioni, di modo che non risultino gravemente (e irrimediabilmente) incise dal ripiano dello sfondamento dei tetti di spesa, prevedendosi così una certa gradualità e proporzionalità del sistema.

Del pari è stata prevista un'esenzione dall'applicazione del payback sui farmaci cc.dd. "orfani", i quali sono esclusi dal computo della spesa ai fini del superamento del tetto o, ancora, in relazione ai farmaci cc.dd. "innovativi e innovativi oncologici", che godono di un separato tetto di spesa.

Nel mentre, alcun tipo di differenziazione, gradualità o esenzione è stata prevista nell'applicazione del payback all'interno della tanto diversificata e disomogenea categoria dei dispositivi medici e degli operatori del relativo mercato, che subiscono la misura in maniera del tutto irragionevole e con effetti altamente discriminatori.

* * *

Sulla base del sopraesposto quadro normativo e fattuale risulta di tutta evidenza l'illegittimità degli atti impugnati, sia per illegittimità derivata della normativa sulla cui base sono stati emanati, sia per vizi propri, per le seguenti ragioni di

DIRITTO

I. Vizi di illegittimità costituzionale ed eurounitaria del sistema del payback.

1. Illegittimità dell'art. 9-ter D.L. 78/2015 per contrasto con la Direttiva 2014/24/UE, con la Carta dei diritti fondamentali dell'UE e della CEDU e con il TUE e TFUE. Violazione degli artt. 3, 9, 41, 53, 97 e 117 della Costituzione. Violazione del principio della certezza del diritto e del legittimo affidamento. Violazione della L. 241/1990. Violazione del D.Lgs. 50/2016. Eccesso di potere per violazione del principio di proporzionalità ed ingiustizia manifesta, difetto di istruttoria e travisamento dei fatti, disparità di trattamento.

Come evidenziato in fatto, il meccanismo del payback, pur essendo stato formalmente introdotto a carico delle imprese nel 2015 (con l'art. 9 ter del DL 78/15, commi 1, 8 e 9), avrebbe dovuto operare annualmente, a partire dal 2016. Tuttavia, ciò non è avvenuto.

In concreto, tale meccanismo non è mai stato attivato per la carenza sia della fissazione del tetto di spesa regionale (avvenuta solo a distanza di molti anni, precisamente nel 2019), sia per la mancanza della verifica annuale del relativo sfioramento, quest'ultima intervenuta addirittura solo con il DM 6/7/2022, oggetto della presente impugnazione.

Solo con il DL 115/2022 (c.d. "aiuti bis") si è prevista una brusca accelerata del sistema del payback "limitatamente al ripiano dell'eventuale superamento del tetto di spesa regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018", pretendendo di addossare in via retroattiva alle imprese del settore tutti i ritardi che hanno interessato l'iter di avvio del sistema del payback.

Si tratta - com'è evidente - di normativa introdotta all'improvviso - tra l'altro paradossalmente in sede di decreto legge (c.d. "aiuti bis") con cui si prevedevano interventi a tutela delle imprese gravemente colpite dapprima con la pandemia per il Covid 19 e, successivamente, per la crisi determinata dal conflitto Russia-Ucraina - che va a incidere su una situazione di diritti soggettivi ormai intangibili e ampiamente consolidati, vuoi perché frutto dell'esito di una procedura di evidenza pubblica e dunque già contrattualizzati, vuoi perché addirittura derivanti da contratti la cui esecuzione è da tempo terminata; con ogni conseguenza sia sui bilanci delle società, sia sulle imposizioni fiscali già versate.

*L'art. 18 del DL 115/2022 confligge in modo frontale con (almeno) **tre** principi basilari del sistema normativo eurounitario e costituzionale: **i)** il legittimo affidamento, **ii)** la certezza del diritto e, infine, **iii)** l'irretroattività di norme c.d. in malam partem.*

*Quanto al primo, è sufficiente osservare che **"l'affidamento è un principio generale dell'azione amministrativa"** che opera in presenza di una attività della pubblica amministrazione che fa sorgere nel destinatario l'aspettativa al mantenimento nel tempo del rapporto giuridico sorto a seguito di tale attività" (Cons. Stato, A.P., 29/11/2021, n. 21 e Cons. Stato, VI, 13 agosto 2020, n. 5011). Si tratta di **"principio connaturato allo Stato di diritto"** (ex multis, Corte Cost., sentenze n. 241 del 2019, n. 73 del 2017, n. 170 e n. 160 del 2013), che trova copertura costituzionale nell'art. 3 Cost.*

Va da sé, principio generale anche nell'ordinamento dell'Unione Europea, soprattutto in materia di tutela della certezza e della stabilità degli investimenti degli operatori economici (cfr. Corte Giustizia UE, 10/9/09, C-201/08).

Quanto al secondo, è netto il contrasto delle disposizioni in esame con i principi generali dell'ordinamento dell'Unione Europea e della Costituzione (art. 41 Cost., su tutti), in ragione della modifica unilaterale delle condizioni sulle quali le imprese (tra cui l'impresa ricorrente) avevano impostato la propria attività economica; con gravissime implicazioni sul noto tema degli investimenti "esteri", pregiudicati da tale incertezza.

La giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea afferma costantemente che il principio della certezza del diritto esige che una normativa che possa comportare conseguenze svantaggiose per i privati sia chiara e precisa e che la sua applicazione sia prevedibile per gli amministrati (Corte giustizia UE, sez. III, 12 dicembre 2013, n. 362 e Sentenza della Corte (grande sezione) del 7 giugno 2005 in C-17/03).

Quanto, infine, al terzo, è principio consolidato quello della **generale irretroattività degli atti amministrativi** (anche in ragione dell'art. 11 delle preleggi) (cfr. Cons. Stato, Sez. V, 30 giugno 2011, n. 3920).

Ad ogni modo, proprio con riferimento ai “tetti di spesa” è stato chiarito che “la fissazione di tetti retroagenti impone l'osservanza di un percorso istruttorio, ispirato al principio della partecipazione, che assicuri l'equilibrato contemperamento degli interessi in rilievo, nonché esige una motivazione tanto più approfondita quanto maggiore è il distacco dalla prevista percentuale di tagli, tenendo altresì in dovuta considerazione “l'interesse dell'operatore sanitario a non patire oltre misura la lesione della propria sfera economica anche con riguardo alle prestazioni già erogate” (Cons. Stato, A.P., nn. 3 e 4/2012).

Nelle parole della Corte Cost. è necessario “che la retroattività trovi adeguata giustificazione sul piano della ragionevolezza e non trasmodi in un regolamento irrazionalmente lesivo del legittimo affidamento dei cittadini (ex plurimis, sentenze n. 241 del 2019, n. 16 del 2017, n. 203 del 2016 e n. 236 del 2009)” (**Corte Cost., 25/7/2022, n. 188**), atteso che la potestà legislativa, in questi casi, deve svolgersi nell'osservanza dei principi di ragionevolezza ed eguaglianza (sent. n. 282/2005), di legittimo affidamento dei cittadini sulla stabilità della situazione normativa preesistente (sent. n. 525/2000), di certezza delle situazioni giuridiche ormai consolidate (sentt. n. 24/2009, n. 74/2008 e n. 156/2007), nonché di coerenza dell'ordinamento (sent. n. 209/2010).

Si confermano pertanto le censure tutte di cui alla rubrica del presente motivo di ricorso, che conducono alla necessaria disapplicazione delle norme contestate ovvero alla rimessione per la valutazione di compatibilità.

*

Di seguito, le ricadute più evidenti che un meccanismo di tal fatta produce sulla libertà di impresa e sulla determinabilità delle scelte aziendali che gli operatori economici del settore hanno assunto, assunto e assumeranno.

1. Come è noto, la disciplina dei contratti pubblici è animata da un evidente favor pro-concorrenziale, che fa sì che la normativa di settore miri ad incentivare la libertà di impresa e la concorrenza. Le Direttive Europee lo testimoniano in molteplici punti.

Si pensi ad esempio ai consideranda 90 e 92 della Direttiva 2014/24/UE, che proclamano il dovere delle Amministrazioni di garantire una **effettiva concorrenza**; si pensi inoltre agli artt.

18 e 67 della Direttiva medesima, che impongono il divieto di porre limiti alla **concorrenza** nelle procedure ad evidenza pubblica.

*La disciplina relativa ai criteri di aggiudicazione “**costituisce attuazione del principio di libera concorrenza, rilevando, in particolare, che la norma mira a garantire lo sviluppo di una concorrenza effettiva nel settore degli appalti ...**” (Corte di Giustizia UE, II, 7/10/04, in C-247/02).*

I medesimi principi sono applicabili anche alla disciplina qui contestata, dato che l'alterazione a posteriori del corrispettivo dell'appalto (mediante l'obbligo di una sua parziale restituzione), introduce un criterio avulso dal (e contrario al) diritto comunitario, che mira viceversa ad evitare che l'amministrazione adotti criteri di aggiudicazione non previsti e -soprattutto- non conoscibili e prevedibili.

Il rilevato contrasto tra le contestate disposizioni e le richiamate norme e principi eurounitari comporta la doverosa disapplicazione della norma nazionale da parte di Codesto Ecc.mo TAR, senza dover provocare al riguardo una pronunzia della Corte costituzionale (CGUE 22-6-88, C 103/88 nonché sent. 9/2018 dell'Ad. Plen. del CdS).

I principi richiamati sono trasfusi nel D.Lgs. n. 50/2016 (che della Direttiva europea costituisce il recepimento nell'ordinamento interno); a mero titolo esemplificativo si citano gli artt. 30 e 95 che richiamano il rispetto del principio di libera concorrenza negli affidamenti dei contratti pubblici.

In tale ottica, è necessario che gli operatori economici che prendono parte alla gara siano messi in condizione di poter effettuare una valutazione consapevole, ponderata e plausibile in merito agli scenari tecnico-organizzativi che si presenteranno in caso di aggiudicazione dell'appalto. In altre parole, la libertà di impresa e la concorrenza effettiva si estrinsecano solo allorquando -a fronte di condizioni chiare e intellegibili sin dall'inizio- i concorrenti possano calibrare le rispettive offerte in modo tale da poter prevedere gli eventuali scenari che si presenteranno in corso di esecuzione (e a maggior ragione a esecuzione conclusa).

È di tutta evidenza come l'attuale meccanismo del payback si ponga in frontale contrasto con detti principi. La retroattività di un intervento normativo che pone a carico di un'impresa un onere economico assai rilevante, in alcuna misura preventivabile al momento della presentazione dell'offerta, finisce per scardinare ogni principio di certezza del diritto, di libertà imprenditoriale e di concorrenza.

Basti considerare le gravi conseguenze che deriverebbero dal necessario (e illegittimo) riconoscimento all'Amministrazione delle somme oggetto di payback (di importo assai rilevante), che potrebbe, con ogni probabilità, condurre alla non sostenibilità economica dell'offerta a suo tempo formulata.

*Un simile evento è idoneo a falsare totalmente la libertà di impresa poiché di fatto rende l'offerta presentata a suo tempo totalmente **inconsapevole**. Quest'ultima, infatti, è stata resa in un momento in cui l'operatore economico non conosceva, né poteva conoscere, che un rilevante importo economico avrebbe dovuto essere "restituito" (di imperio) all'amministrazione pubblica.*

2. Quanto rilevato nel punto che precede assume una proporzione macroscopica in relazione all'intervento che retroattivamente sarà applicato alle annualità 2015-2018 (ove si procederà a quantificare l'importo dovuto da ciascuna singola azienda fornitrice a distanza di oltre 7 anni) e risulterà ugualmente illegittimo anche allorquando il meccanismo andrà "a regime". Invero, anche se il sistema del Payback dovesse iniziare ad essere applicato continuativamente, ciò non lenirà affatto l'effetto distorsivo che gli è proprio. Le imprese, al momento della partecipazione alle future procedure di gara, non saranno in ogni caso in grado di stimare se ed in che misura saranno chiamate a ristorare quota parte dello sforamento del budget regionale.

3. Peraltro, tale assoluta incertezza rende -e renderà- impossibile, oltre che una formulazione consapevole della singola offerta, anche una valutazione strategica su quali procedure di gara siano di interesse per l'impresa. Ci si spiega meglio: gli operatori economici del settore selezionano con cura quelle procedure di gara che possono essere di loro interesse e lo fanno impostando un "programma" che stima le possibili chances di aggiudicazione, il possibile margine di utile, i costi derivanti da ciascuna di esse e tutte le relative voci che compongono il piano economico. Orbene, considerato che non è e non sarà preventivabile l'ammontare che ciascuna impresa sarà chiamata a restituire alle singole Regioni, risulterà evidentemente impossibile per gli operatori economici poter valutare consapevolmente a quali procedure di gara prender parte; con inevitabile ed evidente compressione della libertà di impresa e della libera determinazione delle scelte imprenditoriali che ogni operatore economico ha il diritto di poter attuare in uno stato di diritto.

2. Tutti i vizi emarginati nella rubrica del I motivo di ricorso si riverberano, sotto diverso profilo, sui seguenti aspetti. Inoltre: violazione artt. 1241 cc e ss.

Nel motivo che precede si sono posti in evidenza i rilevanti effetti distorsivi che il sistema del payback produce sulla libertà, per le imprese, di poter valutare consapevolmente la scelta di partecipare

alle procedure ad evidenza pubblica e, conseguentemente, di poter formulare un'offerta attendibile, consapevole e determinata.

Ma vi è di più.

In primo luogo, appare rilevante notare come la retroattività di un simile meccanismo vada ad inficiare in toto la legittimità dei provvedimenti adottati dalle varie stazioni appaltanti in relazione alle singole procedure di gara espletate. Si pensi ad esempio all'evidente incongruità per difetto della base d'asta o, ancora, alla fase di verifica della congruità delle offerte che è volta, ai sensi dell'art. 97 del d.lgs. n. 50/2016, a verificare che l'offerta sia congrua e capiente; vale a dire che la stessa riesca a far fronte all'espletamento di tutte le prestazioni contrattuali, garantendo altresì all'impresa un margine di utile. È principio noto che laddove l'offerta risultasse "in perdita" la stessa dovrebbe essere estromessa dalla procedura di gara.

Alla luce di quanto sopra, il meccanismo -oltretutto retroattivo- del payback, ha l'effetto di i) scardinare l'intera fase di congruità dell'offerta; ii) violare apertamente il principio per cui le offerte debbano essere congrue e capienti e debbano consentire la gestione della fornitura "in utile".

Tale gravissimo effetto inficia sia i provvedimenti adottati dalle Amministrazioni (poiché offerte giudicate congrue si dimostrerebbero con anni di ritardo assolutamente in perdita), sia la tenuta economica degli appalti, i quali sarebbero modificati drasticamente ex post e senza alcun preavviso per le imprese.

In secondo luogo, altra grave illegittimità è quella che concerne la modifica dei contratti sottoscritti con violazione del ben noto divieto di rinegoziazione del contenuto del contratto, che preclude la modifica degli elementi essenziali del contratto medesimo e dell'offerta aggiudicataria in esito a procedura di evidenza pubblica.

La giurisprudenza, sia nazionale che eurounitaria, ha da tempo chiarito che, in base al diritto europeo, è preclusa ogni possibilità di rinegoziare il contenuto delle offerte, sia prima sia dopo l'aggiudicazione: con la conseguenza che è pacifico **il divieto di imporre ex lege una restituzione del corrispettivo dell'appalto, in guisa da dar luogo ad una modifica del prezzo offerto dal concorrente aggiudicatario in sede di gara** (ex multis cfr. Cons. Stato, Ad. Comm. Spec. del 12 ottobre 2001; cfr. Cons. Stato, Sez. V, 3/11/02 n. 6281; Tar Lazio, Sez. I, n. 1467/2005).

Ancor più rigidamente sul tema dell'immodificabilità delle condizioni negoziate, si è schierata la Corte di Giustizia, ove ha affermato che **"Al fine di assicurare la trasparenza delle**

procedure e la parità di trattamento degli offerenti, modifiche apportate alle disposizioni di un appalto pubblico in corso di validità costituiscono una nuova aggiudicazione di appalto ... quando presentino caratteristiche sostanzialmente diverse rispetto a quelle dell'appalto iniziale e siano, di conseguenza, atte a dimostrare la volontà delle parti di rinegoziare i termini essenziali di tale appalto” (cfr. CGUE C-454/06 cit. e cfr. anche CGUE grande sezione, 13 04 10, n. 91).

Tali principi sono poi stati recepiti espressamente nella Direttiva 2014/24/UE che ha compiutamente disciplinato la fattispecie della “modifica di contratti durante il periodo di validità” (art. 72), fissandone le relative, stringenti e rigorose condizioni del tutto incompatibili con la disciplina nazionale qui contestata.

Risultano violate, in particolare, le seguenti norme della suddetta direttiva:

i) artt. 29, 30, 31, 32, che elencano i casi tassativi in cui è consentito il ricorso a procedure di affidamento c.d. “negoziate”, dal momento che la rinegoziazione successiva (tramite *payback*) all’aggiudicazione realizza proprio un’ipotesi (non consentita) di trattativa privata al di fuori dai casi previsti;

ii) artt. 49 e ss., che impongono la previa pubblicazione di tutte le informazioni occorrenti per la ponderata ed efficace formulazione dell’offerta da parte degli operatori economici;

iii) art. 67, ove sono previsti i criteri di aggiudicazione dell’appalto, considerato che la rinegoziazione postuma vanifica la ratio sottintesa a tali disposizioni, ossia di individuare l’offerta **migliore**, sotto il profilo tecnico ed economico, nell’ambito di un confronto concorrenziale trasparente e non discriminatorio;

iv) art. 69, in materia di offerte anormalmente basse, dal momento che, come è ampiamente noto, la ratio di dette disposizioni è proprio quella di garantire che, nell’ambito del confronto in contraddittorio tra l’Amministrazione e il concorrente aggiudicatario, **venga effettivamente verificata la serietà della proposta contrattuale e cioè la sua effettiva sostenibilità e realizzabilità, nonché la sua piena affidabilità**. Senza considerare l’ulteriore è importante finalità di tale disciplina, vale a dire quella della verifica del rispetto dei livelli minimi retributivi e delle condizioni di sicurezza dei lavoratori.

Per l’effetto risultano violate tutte le disposizioni del Codice dei contratti pubblici, quali ad esempio gli artt. 95 e 97 D.Lgs. 50/2016.

Sotto altro profilo, poi, la Direttiva Europea ed il Codice dei contratti pubblici sono assai puntuali nel prevedere che la variazione dei contratti in corso di esecuzione possa avvenire esclusivamente in presenza di particolari condizioni e senza che possa condurre ad una modifica sostanziale del contratto di appalto.

Orbene, una modifica così rilevante dell'importo oggetto dell'affidamento (che nel caso in esame può serenamente dirsi ridotto alla luce del dovere di restituire importanti somme alle stazioni appaltanti) è posta al di fuori di qualsivoglia canone previsto dalla norma e, per l'effetto, costituisce un grave vulnus per l'intero sistema.

*Peraltro, il Codice dei contratti pubblici attribuisce all'appaltatore la facoltà di liberarsi dal vincolo contrattuale laddove la modifica appaia rilevante e in grado di sovvertire la sostenibilità economica dello stesso; viceversa, nel sistema del payback la modifica **si impone** all'operatore economico che non può esercitare alcun diritto, venendo limitata dunque la propria libertà di impresa nonché la possibilità di tutelarsi giudizialmente. Anche questo aspetto testimonia la profonda irragionevolezza degli effetti prodotti dal meccanismo di payback (e, così, la violazione dell'art. 3 Cost.).*

Senza neppure considerare l'evidente illegittimità del meccanismo compensativo previsto dalle norme contestate, il quale oltre a essere irragionevole per i motivi già formulati, risulta in frontale contrasto con la normativa in materia di compensazione, di cui agli artt. 1241 e ss, difettando in radice i presupposti ivi previsti.

Valutazione compatibilità con il diritto Europeo

Alla luce di quanto esposto nei primi due motivi di ricorso, si impone, dunque, a Codesto Ecc.mo Tar di valutare la compatibilità del sistema normativo del payback sui dispositivi medici con le norme ed i principi eurounitari come sopra richiamati e, accertatone il contrasto, disapplicarla.

*Overo, voler proporre ai sensi dell'art. **267 TFUE rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia Europea**, per la verifica di compatibilità del meccanismo del payback, risultando violati: A) gli artt. 18, 29, 30, 31, 32, 49, 67, 69 e 72 della Direttiva 2014/24/UE; B) gli artt. 1, co. 2; 3; 4 e 6 del Trattato sull'Unione Europea; C) l'art. 3, l'art. 15, l'art. 24; l'art. 26 e 57, gli artt. da 101 a 109 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea; D) gli artt. 16, 17, 21, l'art. 35 e l'art. 52 della Carta Europea dei diritti fondamentali; E) l'art. 1. e l'art. 1 del Protocollo Addizionale della CEDU.*

Valutazione compatibilità con la Costituzione.

Violazione degli artt. 3, 32 41, 97 e 117 Cost.

In base a quanto esposto nei due motivi di ricorsi di cui sopra, gli atti e le norme impugnate nella presente sede comprimono ingiustificatamente **la libertà di iniziativa economica privata:**

Contrasto con l'art. 117 primo comma Cost.

Gli atti e i provvedimenti impugnati nonché le norme alla base degli stessi sono contrari ai principi ed alle norme della Direttiva 2014/24/UE nonché alle Carte recanti i diritti fondamentali dell'Unione (CED) e dell'Uomo (CEDU), connotando pertanto il contrasto con l'art. 117 co. 1 Cost.;

Contrasto con gli artt. 3 e 97 della Cost.

Gli atti e i provvedimenti impugnati nonché le norme alla base degli stessi violano i principi di cui all'art. 3 Cost. sotto il duplice profilo: a) della disparità di trattamento; b) del difetto di ragionevolezza.

Inoltre, si pongono in aperta violazione dell'art. 97 Cost. e del principio di imparzialità dell'azione amministrativa.

3. Illegittimità dell'art. 9-ter D.L. 78/2015 per violazione della Direttiva 2014/24/UE. Contrasto con la Carta dei diritti fondamentali dell'UE e della CEDU. Contrasto con il TUE e TFUE. Violazione degli artt. 3, 9, 32, 41, 53, 97 e 117 della Costituzione. Violazione del principio del c.d. "estoppel". Violazione del principio della certezza del diritto e del legittimo affidamento. Violazione della L. 241/1990. Violazione del D.Lgs. 50/2016. Eccesso di potere per violazione del principio di proporzionalità ed ingiustizia manifesta, difetto di istruttoria e travisamento dei fatti, disparità di trattamento, sviamento e perplessità.

Richiamando, per dovere di sinteticità, la normativa esposta nella trattazione in fatto e le premesse di cui ai motivi 1 e 2 del presente ricorso, va ancora evidenziato che nella specie risulta illegittima la stessa fissazione di un tetto di spesa.

Difatti, pur dando atto del necessario temperamento del diritto alla salute (art. 32 Cost) con l'esigenza del contenimento della spesa pubblica del comparto sanitario, è di tutta evidenza che la fissazione di un limite economico a livello nazionale alla spesa pubblica avrebbe dovuto essere allineata alle reali esigenze di fabbisogno dei prodotti di cui si tratta.

Ora se è vero che i tetti di spesa, soprattutto nel comparto della sanità, possono essere ritenuti in via di principio necessari, è vero parimenti che, nella specie, l'avvenuta fissazione di un livello massimo

di spesa particolarmente basso (a cui poi acriticamente si è adeguato anche il tetto a livello regionale), non garantisce di per sé quello che è da tempo stato identificato quale “il nucleo irriducibile del diritto alla salute” (in corretta applicazione del citato art. 32 Cost.).

Del resto, l'art. 17 del D.L. 98/2011, primigenia norma in tema di fissazione di tetti di spesa, stabiliva che tali tetti dovessero essere “riferiti al fabbisogno sanitario nazionale standard”.

Anche da tale normativa si evince pertanto la necessità che la fissazione di un tetto di spesa fosse ancorato alle reali esigenze (“fabbisogno ...standard”) del comparto sanitario dei dispositivi medici. Ma così non è stato, com'è pacificamente dimostrato dai ripetuti e pressoché regolari sforamenti dei tetti prefissati (sia a livello nazionale, sia regionale).

La fissazione del tetto di spesa è altresì illegittima nella specie se solo si considera la notevole eterogeneità di beni che sono contenuti all'interno della definizione di “dispositivo medico” contenuta nel d.lgs. n. 46/1997, beni che sono di converso sottoposti ad un unico limite di spesa sanitaria complessivo. L'ampiezza e la diversità dei beni compresi nell'unica definizione di dispositivo medico avrebbero dovuto condurre ad una differenziazione dei tetti di spesa, tale da consentire una omogeneità nella restrizione della spesa. La fissazione del tetto unico della spesa per i dispositivi medici si rivela dunque sproporzionato ed irragionevole, con conseguente violazione dell'art. 3 Cost.

Di più. Non si comprende infatti come sia possibile “incasellare” in un'unica macrocategoria situazioni affatto differenti. Difatti, il superamento del tetto potrà essere provocato in prevalenza dalla commercializzazione di dispositivi medici di maggiore utilizzo e nondimeno il ripiano sarà indiscriminatamente posto a carico di tutte le aziende che producono/distribuiscono tali prodotti, a prescindere dal settore in cui operino e dalle peculiarità e dimensioni delle proprie forniture, che potrebbero addirittura non aver inciso sul suddetto sforamento, ma che saranno chiamate a “ripianare” per il sol fatto di aver fornito un qualunque dispositivo al sistema sanitario nazionale.

Senza considerare infine che il fabbisogno di dispositivi medici non è certo determinato dalle imprese fornitrici, essendo lo stesso oggetto di pianificazione e programmazione degli enti del SSN (da qui anche la violazione degli artt. 21 e ss del D.lgs. 50/2016 in tema di programmazione degli acquisti); con la conseguenza che attraverso l'istituto del payback le imprese vengono chiamate a ripianare il suddetto sforamento senza aver alcuna responsabilità al riguardo e non potendosi certo rifiutare - a contratto in corso - di continuare a fornire i dispositivi di cui si tratta.

*

Fermo quanto precede, che si ripercuote - come si dirà a breve - anche sulla inadeguatezza del tetto di spesa delle regioni, preme altresì rilevare sotto diverso profilo la totale irragionevolezza di una misura retroattiva, ingiusta e del tutto imprevedibile dagli operatori di settore, come ampiamente descritto in premessa dei primi due motivi del presente ricorso, ai quali integralmente si rinvia per ragioni di sinteticità.

Basti qui rammentare che l'iter con cui si è oggi giunti all'emanazione dei provvedimenti impugnati ha subito un gravissimo ritardo che confligge (anche) con le stesse previsioni normative poste alla base di tali provvedimenti, avendo queste previsto che il tetto di spesa dovesse essere fissato entro determinate tempistiche, così come entro tempi certi avrebbe dovuto essere attestato il relativo sforamento; tempistiche totalmente obliterate nella specie.

In altri termini il DL 115/22 ha improvvisamente imposto l'attuazione, immediata e retroattiva, della disciplina - sino ad allora rimasta "dormiente" - del payback con riferimento alle annualità 2015-2018, imponendo così agli operatori economici, quali la ricorrente, di pagare in un'unica soluzione per il disavanzo maturato nel comparto dei DM in un periodo pluriennale assai risalente (dal 2015 al 2018, appunto).

Il tutto, con l'aggravante che solamente nel 2019 sono stati fissati i "tetti regionali di spesa" per detto periodo (docc. 8 e 9) e che solo nel 2022 è stata svolta la verifica in ordine al superamento (per il passato) dei predetti tetti di spesa (doc. 1).

Gli operatori del comparto, dunque, si sono trovati improvvisamente esposti ad una richiesta finanziaria del tutto inattesa e inattendibile, che mette in discussione situazioni contrattuali e introiti ormai largamente acquisiti e consolidati nel proprio patrimonio.

Senonché, per evitare un illegittimo "effetto a sorpresa", tali parametri avrebbero dovuto essere conosciuti preventivamente sia dalle regioni, sia -a maggior ragione- dalle imprese del settore, che avrebbero in tal modo potuto orientare correttamente le proprie condotte e le proprie scelte; il tutto anche in un'ottica di contenimento della spesa sanitaria.

Le amministrazioni resistenti, dunque, hanno arbitrariamente condizionato l'emanazione dei provvedimenti oggi impugnati, facendo rimanere inattuata e sotto traccia la normativa di riferimento in materia di payback, pretendendo oggi di addossare - in un sol colpo - diverse annualità di sforamento (2015-2018) in via retroattiva e imprevedibile; per di più in un momento di grave crisi economica (sia per la pandemia, sia per il conflitto bellico Russo-Ucraino), ponendosi altresì in stridente contrasto con i provvedimenti legislativi di segno opposto (da qui un'ulteriore irragionevolezza della normativa

contestata, con violazione dell'art. 3 Cost), con cui il Governo ha tentato di riportare i contratti in corso di esecuzione in una condizione di equilibrio (art. 1 septies DL 73/21, art. 26 del cd decreto aiuti, DL 50/2022, art. 29 del DL 27/1/22 n. 4, art. 7 c. 2ter, DL 30/4/2022 n. 36), ma soprattutto violativa dei basilari principi di certezza del diritto e tutela dell'affidamento, di cui s'è detto.

La giurisprudenza europea ha da tempo chiarito, da un lato, che **“la possibilità di far valere il principio della tutela del legittimo affidamento è prevista per ogni operatore economico nel quale un'autorità nazionale abbia fatto sorgere fondate aspettative”** (CGUE, 10/9/2009 C-201/08); dall'altro, che il **principio della certezza del diritto osta tendenzialmente a leggi retroattive, la cui adozione non sia prevedibile da parte degli interessati e, dunque, non consenta loro di comprenderne con sufficiente anticipo le conseguenze ed eventualmente tutelarsi, orientando diversamente la propria condotta, così violando, per l'appunto, il loro affidamento** (cfr. ad. es. CGUE 26/4/2005 C-376/02, punto 45).

Tali principi sono vincolanti anche per il **“legislatore nazionale quando adotta una normativa appartenente al diritto comunitario”** (cfr. punto 34 della citata sentenza testè citata), qual è ovviamente il mercato degli appalti di dispositivi medici, che certamente sono soggetti all'applicazione della Direttiva 2014/24/UE e ai principi del Trattato UE di trasparenza, concorrenza, non discriminazione, proporzionalità, etc.

Si conferma, dunque, anche sotto tali aspetti, la contrarietà della disciplina in esame rispetto al diritto europeo, che risulta violato anche sotto altro angolo prospettico.

*

I ritardi e le inefficienze - a nostro parere - non possono che essere addebitati all'illegittimo incedere degli enti coinvolti, conclamando in quest'ottica (anche) la palese violazione del principio, di derivazione comunitaria, del c.d. “estoppel” (cfr. Cons. Stato, Sez. VI, sent. 5940/2013), che consiste nell'impossibilità di opporre da parte dell'Amministrazione le conseguenze di un proprio inadempimento.

Ed è appena il caso di ricordare che i principi comunitari sono anche canoni vincolanti per l'attività amministrativa, com'è ormai pacificamente riconosciuto dall'art. 1, co 1, della L. 241/90; ma il principio dell'estoppel, in ogni caso, è oggi recepito e positivizzato anche nella legislazione italiana attraverso l'art. 10-bis della Legge 241/90, come pure riconosciuto da questo Ill.mo Tribunale (TAR

Lazio - Roma, sez. II, 6/8/2020, n. 9044, secondo cui “Nei confronti del soggetto pubblico, viene in rilievo non solo il principio di correttezza ... ma altresì il principio del divieto di venire contra factum proprium nemo potest o, più in generale, dell’exceptio doli generalis o del c.d. estoppel, di origine anglosassone”).

*

Sotto diverso profilo non si può non rilevare anche la palese irragionevolezza, si può parlare di arbitrarietà, con cui è stato successivamente individuato il tetto di spesa per le singole regioni, venendo così in rilievo -a tacer d’altro- anche i vizi di carenza di istruttoria, sviamento, irragionevolezza e perplessità.

Anzitutto si osserva che ai sensi dell’art. 9ter, c. 1 lett. b) del DL 78/15 il tetto di spesa regionale avrebbe dovuto essere fissato “coerentemente con la composizione pubblico-privata dell’offerta”.

Senonché la piena dimostrazione che tale parametro non sia stato minimamente considerato in sede di Accordo Stato-Regioni di fissazione dei tetti di spesa regionali (doc. 8) si ricava sotto due profili: il primo, tale documento non riporta in alcun passaggio la ricognizione della composizione dell’offerta pubblico/privata; il secondo, per tutte le Regioni e Province autonome è stato individuato lo stesso identico tetto (4,4%, analogo tra l’altro a quello nazionale), pur essendo noto che ognuna di esse presenta una “composizione pubblico-privata dell’offerta” del tutto differente.

È noto, ad esempio, che le Regioni più attive nella centralizzazione degli acquisti ed efficienti nell’assicurare i LEA ai propri cittadini (Toscana e Emilia Romagna), siano anche quelle a maggior presenza di erogatori pubblici rispetto ai privati accreditati: il che ha ovviamente inciso sulla maggior spesa pubblica, rispetto ad altre Regioni con caratteristiche diverse (non a caso il DM 6/7/22 indica tali Regioni tra quelle con un maggior sfioramento del tetto di spesa).

Ma si tratta non certo di una inefficienza delle regioni di cui si è detto, bensì di una diversa organizzazione del servizio sanitario attraverso una differente “composizione pubblico-privata dell’offerta”, che avrebbe dovuto essere considerata e verificata regione per regione. Ma così non è avvenuto.

4. Illegittimità costituzionale dell’art. 9-ter per violazione degli artt. 3, 9, 23, 32, 53 e 117 della Costituzione. Violazione dell’art. 1 del Protocollo Addizionale CEDU e dell’art. TUE. Irragionevolezza e irrazionalità del payback. Violazione del principio della capacità contributiva, della progressività del tributo e dell’irretroattività dello stesso.

Si è già ampiamente dedotto come il sistema del payback costituisca un meccanismo per effetto del quale le aziende operanti nel settore dei dispositivi medici diventano partecipi (pro quota) della spesa effettuata dagli Enti del SSN.

Senonché, il meccanismo, così come introdotto dal legislatore, parrebbe potersi ricomprendere pienamente nella nozione di “prestazione tributaria” che si è andata consolidando nella giurisprudenza costituzionale, in particolar modo nel periodo 2013-2015, allorquando la Corte è stata chiamata a vagliare le misure di finanza pubblica adottate dal legislatore per fronteggiare la grave crisi economica di quegli anni.

Sono molteplici, infatti, le pronunce ove sono stati chiariti quali sono i due presupposti in presenza dei quali deve ritenersi che una misura abbia carattere “tributario” (ex multis, nn. 178/15 e 310/13): il primo, la decurtazione patrimoniale del soggetto passivo e, il secondo, la finalità di contribuzione alla spesa pubblica dall’altro.

Entrambi i presupposti caratterizzano, a ben vedere, il meccanismo del payback qui contestato.

Il payback comporta che le aziende del settore siano chiamate a versare a favore delle Regioni e delle Province autonome un importo per ripianare lo sforamento del tetto di spesa (primo presupposto), contribuendo, in tal modo, alle finanze pubbliche (secondo presupposto).

Né si dica che il payback possa costituire un “risparmio di spesa”, circostanza questa che, sulla base della giurisprudenza costituzionale, ne escluderebbe il carattere tributario (cfr. Corte Cost. n. 178/2015); tale meccanismo provoca esattamente l’effetto opposto, per così dire quasi incentivante per le Regioni allo sforamento del tetto, poiché consente loro di incrementare la spesa per dispositivi medici, nella consapevolezza che la stessa verrà in ogni caso parzialmente addebitata alle aziende.

Pochi dubbi, pertanto, vi possono essere sulla natura “tributaria” del meccanismo qui contestato; ne deriva che la legittimità e la “tenuta” costituzionale del payback debba essere vagliata anche alla luce dei principi vigenti in materia.

Viene in primo luogo in rilievo l’art. 53 Cost. che impone che la concorrenza alle spese pubbliche avvenga da parte di tutti e, per quanto qui rileva, “in ragione della loro capacità contributiva”.

Senonché, ciò non avviene nel payback, dove il presupposto applicativo del meccanismo (vale a dire la fissazione di un tetto di spesa e il connesso sforamento) è formato da quattro elementi del tutto avulsi alle aziende stesse: a) il fondo sanitario nazionale, che è determinato dalle Amministrazioni centrali, b) il tetto di spesa regionale, che è fissato con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, c) l’effettiva spesa che viene decisa e sostenuta dalle strutture sanitarie (determinata dalla stessa

previsione dei fabbisogni) e, da ultimo, d) la quota di superamento del tetto a carico delle aziende, che è fissata dal legislatore.

È solo a valle di tale complesso meccanismo che si innestano le aziende, ma senza che mai la loro capacità contributiva - intesa come "ricchezza" delle stesse - assuma qualsivoglia rilevanza; così come nessuna rilevanza assume la condotta delle imprese stesse. Infatti, il comma 9 dell'art. 9-ter cit. prevede che il tributo sia calcolato sulla base della "incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici".

Nel meccanismo delineato dal legislatore il fatturato delle aziende nei confronti del SSN costituisce un parametro, rilevante ai fini della determinazione proporzionale del ripiano attribuibile in quota a ciascuna di esse, per così dire la base imponibile del *payback*. Ma se così è, tale voce, di per sé, non sarebbe comunque idonea ad esprimere la "ricchezza" aziendale e, quindi, la reale capacità contributiva delle stesse, atteso che una simile interpretazione non tiene conto che il fatturato delle imprese del settore è in gran parte assorbito dai molteplici costi sostenuti dalle stesse; e tale ricostruzione risulterebbe comunque illegittima e incostituzionale sotto altro e concorrente profilo: infatti il *payback* riduce la stessa capacità delle imprese di settore di "produrre" ricerca e sviluppo tecnologico, risultando per l'effetto violato anche l'art. 9 Cost., a mente del quale "La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica" nonché l'art. 3 del Trattato UE, ove è previsto che l'Unione promuova "il progresso scientifico e tecnologico".

D'altronde, il meccanismo del *payback* non è nemmeno ispirato a criteri di progressività, come impone espressamente il comma 2 dell'art. 53 Cost, in base al quale l'aliquota di imposizione deve crescere in misura più che proporzionale rispetto alla base imponibile. Al contrario, il *payback* trova applicazione - senza alcuna differenziazione - in misura esattamente proporzionale in danno a tutte le aziende.

La violazione dell'art. 53 rileva anche per essere stato "il tributo" applicato retroattivamente.

*

Anche a non voler riconoscere la natura "tributaria" del meccanismo contestato, la normativa di cui si tratta risulterebbe comunque in violazione dell'art. 3 Cost. per l'evidente irragionevolezza della stessa.

Si ribadisce che il *payback* non costituisce certamente la prima misura straordinaria adottata dal legislatore per fare fronte a gravi disavanzi di bilancio pubblico.

Sul punto si richiamano numerose pronunce della Corte costituzionale (cfr. sent. nn. 178/2015, 219/14, 154/2014, 310/2013, 304/2013, 223/2012, 99/95) che hanno, infatti, individuato i criteri in base ai quali poter ritenere simili misure conformi ai principi costituzionali.

In particolar modo, prendendo le mosse dagli artt. 81 e 119 Cost., la Corte pone “l’accento sul rispetto dell’equilibrio dei bilanci da parte delle pubbliche amministrazioni” (sent. n. 310/13), che possono implicare “gravosi sacrifici” che trovano giustificazione nella contingente situazione di crisi economica e, dunque, nella temporaneità eccezionale della misura stessa.

Più nel dettaglio, la Corte ha chiarito che “norme di tale natura possono ritenersi non lesive del principio di cui all’art. 3 della Costituzione, a condizione che i suddetti sacrifici siano eccezionali, transeunti, non arbitrari e consentanei allo scopo prefisso” (sent. n. 223/12 e ordinanza n. 299/99).

Trattasi di caratteristiche che, tuttavia, non si rinvencono nel meccanismo del payback delineato dal legislatore, che -anche a voler ritenere necessaria la misura per esigenze di bilancio- si rivela essere priva di qualsivoglia limitazione temporale, atteso che quello delineato dall’art. 9-ter D.L. 78/2015 è un sistema “a regime”.

Non si tratta affatto di una misura eccezionale, quanto piuttosto di un (illegittimo) trasferimento definitivo di parte della spesa pubblica sanitaria in capo alle aziende del settore dei dispositivi medici.

Anche per tali ragioni non risulta sicuramente positivamente superato il vaglio costituzionale ed eurounitario della normativa qui contestata, ragion per cui, ove ritenuto da parte di Codesto Ecc.mo TAR di non poter dare allo stato una lettura delle norme coerente con tali ordinamenti, si avanza formale istanza di rinvio alla Corte Costituzionale e/o di Giustizia affinché ne indaghino la compatibilità.

5. Sotto altro profilo: illegittimità costituzionale dell’art. dell’art. 9-ter D.L. 78/2015 per violazione dell’art. 23 Cost.

Ora, anche a non voler considerare lo strumento del ripiano come un’imposizione tributaria, seppur come evidenziato in precedenza ne ricorrano - a parere di chi scrive - tutti i presupposti, non può sottacersi come la misura stessa si risolva in ogni caso in una prestazione patrimoniale imposta.

Pertanto, laddove non dovesse ritenersi applicabile l’art. 53 Cost. sulla capacità contributiva, con la conseguente illegittimità costituzionale, la normativa di cui trattasi risulterebbe comunque in contrasto con i canoni dettati dall’art. 23 Cost., nel punto in cui stabilisce che “nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge”.

Ora, se è vero che quella delineata dalla norma è una riserva di legge relativa e che la Costituzione riserva alla legge la disciplina dei soli principi della materia, ben potendo le fonti di rango secondario disporre l'attuazione e l'integrazione, è altrettanto vero che la legge primaria deve avere comunque un contenuto prescrittivo minimo, al di sotto del quale la riserva non può considerarsi rispettata.

Ebbene, nel caso di specie tali contenuti minimi che avrebbero dovuto essere presenti nella normativa statale sono totalmente assenti, mancando una definizione sufficientemente dettagliata sia in ordine all'oggetto su cui ricade la misura impositiva, sia in ordine ai criteri in grado di delimitare la discrezionalità amministrativa in fase attuativa.

Per quanto attiene l'oggetto dell'imposizione, infatti, questo non può dirsi compiutamente definito dal momento che né l'art. 9-ter D.L. 78/2015, introduttivo del sistema payback, né l'art. 18 del D.L. n. 115/2022 hanno in alcun modo circoscritto i confini della nozione di dispositivo sul quale sarebbe ricaduto il ripiano dello sfondamento dei tetti di spesa.

Le uniche specificazioni che negli anni vengono fornite in merito all'oggetto dell'imposizione sono collegate ad atti di natura amministrativa, ossia in prima battuta al DM 24 maggio 2019 (doc. 14) e, successivamente, a varie circolari, tra cui da ultima quella emanata dal Ministero della Salute e del MEF del 17 marzo 2020 (cfr. doc. 7).

Solo in via amministrativa è stata, dunque, specificata la nozione di dispositivo medico rilevante ai fini del calcolo del payback, detraendo dalla voce di costo per l'acquisto dei dispositivi medici quelli ad utilità pluriennale e scorporando dalla fattura il servizio pagato dagli enti SSN rispetto al dispositivo-bene.

La normativa statale introduttiva del sistema Payback non è nemmeno sufficientemente dettagliata in merito ai criteri in grado di delimitare la discrezionalità amministrativa, rendendo così estremamente difficile per gli interessati vagliare la legittimità dei provvedimenti amministrativi per il tramite della figura sintomatica dell'eccesso di potere.

E, infatti:

- *tutte le modalità procedurali di applicazione del payback vengono demandate a un Decreto Ministeriale;*
- *l'individuazione dei soggetti passivi su cui sarebbe ricaduta l'imposizione (ossia le aziende fornitrici) viene rinviata ad un provvedimento delle Regioni e delle Province autonome;*

➤ *gli stessi tetti di spesa regionali sulla base dei quali sarebbe poi stato calcolato lo sfondamento sono stati devoluti alla Conferenza Stato-Regioni.*

A fronte di ciò, è evidente come la normativa statale non contenga la cornice di principi necessaria a superare il vaglio di costituzionalità di cui all'art. 23.

6. Sotto altro profilo. Violazione del principio di ragionevolezza. Violazione e falsa applicazione degli artt. 1, 2, 7-bis 17-ter, 19, 19-ter e 26 del D.P.R. 633/1972.

L'applicazione tardiva - dopo ben sette anni - del meccanismo del payback reca ulteriori criticità e ripercussioni in tema di IVA.

Destano, infatti, grave preoccupazione le logiche di determinazione in termini assoluti del quantum finale che sarà posto a carico di ciascuna impresa, comportando in tal senso anche la violazione del c.d. principio di "neutralità" dell'IVA. Come noto, l'IVA è una imposta sul consumo che si applica a tutte le attività commerciali che concernono la produzione e la distribuzione di beni e la erogazione di servizi. Essa grava non sugli operatori economici coinvolti nel ciclo produttivo o di erogazione del servizio, bensì sul consumatore finale. Questo meccanismo si attua attraverso due strumenti: la riscossione indiretta e il meccanismo della deduzione (o del rimborso). La giurisprudenza eurounitaria (cfr. C-317/94), ha precisato, infatti, che "l'unico requisito imposto agli operatori economici, quando prendono parte al processo di produzione e di distribuzione prima dello stadio della tassazione finale, consiste nel raccogliere l'imposta ad ogni stadio del processo economico per conto delle autorità fiscali, rendendone conto ad esse, ma essi non sono i soggetti economici che sopportano il carico dell'imposta"; del pari l'OCSE ha precisato che "il principio fondamentale per cui il carico fiscale non deve gravare sugli operatori economici richiede un meccanismo in base al quale questi ultimi non vengano tassati quando acquistano beni o servizi o beni immateriali". Tale meccanismo è costituito dalla deduzione o dal rimborso dell'imposta, al fine di assicurare la completa neutralità fiscale di tutte le operazioni commerciali.

È, dunque, essenziale escludere (ciò che allo stato non è consentito fare sulla base del quadro normativo primario e secondario sinora delineato e delle peculiarità di cui si dirà qui di seguito) che l'entità in termini assoluti da payback, oggetto di rivendicazione delle regioni sulle singole aziende fornitrici, contenga importi riconducibili all'IVA quale ulteriore aggravio di costo.

Ad oggi, non sembra si sia tenuto conto, infatti, delle seguenti peculiarità del sistema:

- le fatture emesse nei confronti della P.A., dunque anche nei confronti degli Enti del SSN, a decorrere dal 01.01.2015 sono soggette al meccanismo dello Split-Payment (articolo 17-ter del DPR n. 633/1972);
- i dispositivi medici possono essere assoggettati a diverse aliquote IVA, ovvero 4%, 5%, 10% o 22% (da qui un'ulteriore violazione dell'art. 3 Cost);
- la nota di variazione in diminuzione emessa, nel rispetto dei presupposti e della tempistica previsti dall'art. 26 del DPR 633/72, ha – per definizione – lo stesso trattamento IVA della fattura oggetto di rettifica.

*

II. Vizi autonomi relativi alle modalità di fissazione del tetto di spesa, di accertamento e ripartizione del relativo sforamento.

7. Violazione dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015. Violazione del divieto di retroattività. Violazione degli artt. 3, 32, 41, e 97 Cost. Violazione e falsa applicazione dei principi di collaborazione e buona fede. Violazione degli artt. 1, 3, 6 e 7 L. 241/1990 e del principio di partecipazione al procedimento dei soggetti interessati dai potenziali effetti sfavorevoli del procedimento. Violazione dell'art. 6 TUE, dell'art. 41 della Carta dei Diritti fondamentali UE. Eccesso di potere per difetto di istruttoria, di motivazione, irragionevolezza, illogicità. Violazione del principio di proporzionalità. Violazione del principio di trasparenza.

Come descritto in punto di fatto il sistema del payback sui dispositivi medici si regge sulle disposizioni di cui all'art. 9 ter del D.L. 78/2015, le quali, a propria volta, hanno subito diverse modifiche nel corso degli ultimi 7 anni, tra cui l'ultima con l'avvento del comma 9 bis, introdotto ad opera del D.L. 115/2022. La stratificazione progressiva delle disposizioni normative ha fatto sì che, solo in seguito all'introduzione di tale ultimo comma, le Amministrazioni deputate in prima battuta all'attuazione del sistema pubblicassero i decreti ministeriali oggetto dell'odierna impugnazione, i quali soffrono di specifici vizi.

Ma procediamo con ordine.

Il primo dei provvedimenti attuativi, il DM 6/7/2022 (cfr. doc. 1), nelle premesse richiama espressamente la formulazione del comma 8 dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015 vigente al 31.12.2018, ponendolo a base del successivo articolato. E difatti, il DM in parola decreta la certificazione del superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, calcolandolo "con riferimento ai dati di costo, rilevati a consuntivo per ciascuno dei predetti anni come risultanti dal modello CE consolidato regionale nella voce «**BA0210 - Dispositivi medici**» del

modello di rilevazione del conto economico” di cui al decreto del Ministro della salute 15/6/2012, pubblicato in G.U. n. 159 del 10/7/2012 (come meglio specificato tra i considerata dello stesso decreto – cfr. doc. 1). Analogo richiamo (artt. 3 e 4 in combinato disposto con il primo dei considerata), si riscontra nel Decreto del Ministero della Salute 6/10/2022, pubblicato il 26/10/2022 (cfr. doc. 2), con il quale sono state definite 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, 2018.

Come già evidenziato, il rinvio al Modello CE del 10.7.2012 (doc. 13), anziché a quello del 2019 pubblicato in G.U. nel giugno di quell'anno (doc. 14), non è questione di poco conto. Ed infatti, mentre nel Modello CE del 2012 la voce “**BA0210 - Dispositivi medici**” reca la mera elencazione di cos'è in generale un dispositivo medico (nella sua accezione più ampia, già più volte richiamata), senza null'altro aggiungere rispetto a ciò che più precisamente è da intendersi incluso o escluso da tale voce; il Modello CE nella versione di cui al DM del 24.9.2019 contiene una importante precisazione, in calce alla descrizione di cos'è un dispositivo medico la cui spesa deve essere inserita all'interno della voce **BA0210**, ossia: **“La voce non accoglie i dispositivi medici ad utilità pluriennale che sono iscritti nello Stato Patrimoniale tra le immobilizzazioni materiali e che rientrano nel processo contabile dell'ammortamento (sia ammortamento integrale sia ammortamento pluriennale)”**.

Ebbene tale precisazione - intervenuta solo nei Modelli CE in vigore dal 2019 in poi e, quindi, non presente nei Modelli CE sulla cui base poggia la ricognizione della spesa effettuata dalle Regioni per la voce **BA0210** nelle annualità rilevanti in questa sede (2015-2018) - costituisce una grave, quanto mai irrisolvibile, violazione alle norme ed ai principi tutti richiamati in rubrica.

Neppure può sottacersi che è solo a partire dal 2019 che sono stati precisati alcuni criteri (ancorché non dettagliati ed esaustivi ed in ogni caso illegittimi), ai fini della rilevazione da parte degli Enti del SSN e delle Regioni della spesa da iscriversi all'interno della voce **BA0210 dei relativi Modelli CE**. Ed infatti, è solo con le Circolari dell'8 febbraio e 29 luglio 2019 (cfr. docc. 5 e 6), ma soprattutto con la circolare **MEF del 26.2.2020** (cfr. doc. 7) che si sono date indicazioni agli Enti regionali in relazione **a cosa** computare all'interno della già menzionata Voce (BA0210) del modello CE. Dettagli quelli riportati all'interno delle circolari sopramenzionate che benché non esaustivi o condivisibili, certamente non erano presenti per la rilevazione della spesa effettuata

attraverso i Modelli CE risalenti al 2012 ed utilizzati per le rilevazioni nelle annualità 2015-2018.

Appare utile richiamare di seguito quanto contenuto nella circolare del 2020 e che rende lampante la gravità dell'assenza di una simile prescrizione a valere sulla ricognizione della spesa per le annualità 2015-2018: **“in relazione alla classificazione CND non è possibile individuare delle categorie totalmente riconducibili ai dispositivi medici ad utilità pluriennale.** Tuttavia, si può affermare che i dispositivi a utilità pluriennale possono essere riconducibili prevalentemente alle seguenti Categorie o Gruppi CND ... [in cui vi rientrano a titolo esemplificativo: lo strumentario chirurgico, i letti per pazienti non ortopedici; gli ausili per disabili, strumentazione per immagini, ecc] ... **All'interno di queste categorie, pertanto, esistono dispositivi medici che possono essere definiti come beni di consumo da rilevare nelle voci CE o beni strumentali da rilevare nelle voci SP per cui è necessario effettuare una valutazione puntuale al momento dell'acquisto, anche in funzione della regolamentazione regionale e aziendale sulla gestione dell'inventariazione delle immobilizzazioni materiali e immateriali**” (cfr. doc. 7).

In sostanza, la circolare esclude dal computo della spesa per dispositivi medici soggetti al payback innumerevoli, quanto mai consistenti (ove si consideri la loro incidenza economica complessiva), tipologie di Dispositivi Medici. Ciò comporta, da una parte, una diversa (e minore) registrazione della spesa complessiva in Dispositivi Medici (sulla quale è da calcolarsi, ai sensi del co. 9 dell'art. 9 ter del DL 78/2015, il ripiano a cui concorre l'impresa fornitrice con il proprio fatturato), dall'altra, l'esclusione dal ripiano proprio il fatturato di quelle imprese che o in parte o in via esclusiva si riferisce a detti dispositivi, con inevitabili ricadute sia in senso soggettivo che oggettivo, venendo rimescolati completamente tutti i criteri di rilevazione e, quindi, di riparto.

Ma v'è di più.

Si è già detto in punto di fatto le importanti (seppur apparenti) novità introdotte al comma 8 dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015 dalla legge di bilancio 2019 (cfr. art. 1, co. 557 della L. 145/2018), laddove si è introdotto un (solo apparente) nuovo metodo di rilevazione della spesa sanitaria, basato sui dati risultanti dalla fatturazione relativi all'anno solare di riferimento. In tale ottica è stato introdotto altresì, anche per i contratti in corso, l'obbligo di indicare in fattura in modo separato il costo del bene dal servizio. Ciò che ha trovato conferma e maggior dettaglio nelle circolari del MEF n. 21179 del 08.02.2019 (cfr. doc. 5) e n. 7435 del 2020 (cfr. doc. 7).

*Ebbene, anche in questo caso l'incidenza del quadro appena delineato non è di poco momento. La precisazione secondo cui il *payback* si applica al solo bene e non anche al servizio (ciò che peraltro era chiaro sin dall'introduzione della norma, che si è sempre riferita alla spesa per l'acquisto del dispositivo medico, dunque certamente sempre e solo al bene e non anche ai servizi connessi), consente di espungere dalla spesa complessiva registrata nel Modello CE per le annualità (2015-2018) in esame e in generale anche per le successive annualità una consistente componente economica.*

Ed invero, voglia considerare l'Ecc.mo TAR adito che la fornitura del dispositivo medico si accompagna sovente ad una componente di servizi costituita dalle manutenzioni, dalla formazione del personale clinico e/o infermieristico, dalla distribuzione, dal noleggio, dalla consulenza, dall'assistenza, le quali sono chiamate nel quadro appena delineato a non "inquinare" il costo reale del dispositivo, trovando allocazione in specifiche voci del Modello C.E. a partire dalla Voce B.2.A) Acquisti servizi sanitari nelle variegate estensioni di livello; B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata); alla voce B.4) relativa al godimento di beni di terzi. Con tutte le relative conseguenze di cui si è detto prima, venendo rimescolati completamente tutti i criteri di rilevazione e, quindi, di riparto

Né può dirsi che il quadro normativo e di prassi, valido dal 2019 in poi, non potesse trovare applicazione per le annualità oggetto di rilievo e di riparto per le annualità 2015-2018 delineate con i due decreti ministeriali (cfr. docc. 1 e 2) qui impugnati, che hanno scelto di fare acritica applicazione (senza alcuna verifica, controllo e/o valutazione) dei criteri di cui alla sola normativa primaria, nel testo ante 2019. Da qui discendono tutti i vizi di cui in rubrica, di cui sono affetti i due Decreti ministeriali (docc. 1 e 2) impugnati.

Ed infatti, come noto, con il D.Lgs. n. 118/2011 si è assistito ad una riforma epocale in materia di contabilità degli Enti del SSN, richiamando per gli stessi l'applicazione delle norme e dei principi di contabilità del codice civile.

Ma non solo.

Con D.M. 17 settembre 2012, il Ministero della Salute, di concerto con il MEF, al fine di garantire uniformità di trattamento contabile degli eventi aziendali, ha integrato le disposizioni del Titolo II del D.Lgs. n. 118/2011 con una "Casistica applicativa" (cfr. DM 17/9/2012). Tale documento, definisce, tra l'altro, la casistica applicativa con particolare riferimento ai criteri per la valutazione iniziale (nei casi di beni acquisiti in leasing, in project financing, ecc...), all'ambito di applicazione delle disposizioni concernenti l'ammortamento delle immobilizzazioni acquisite con

contributi in conto esercizio, a particolari accadimenti possibili nel corso della vita utile del bene (manutenzioni incrementative, rivalutazioni, ecc.), alle alienazioni o dismissioni ed, infine, a particolari tipologie di cespiti, fra i quali, le immobilizzazioni in corso e acconti e i dispositivi protesici.

Dunque, sulla base della casistica di cui sopra e delle norme e dei principi di contabilità ormai vigenti dal 2011 (sulla base del noto d.lgs. 118/2011), era non solo possibile **ma altresì doveroso** per gli Enti del SSN e per le Regioni tener separati, già prima delle precisazioni normative e di prassi intervenute nel 2019, dalla voce “**BA0210 - Dispositivi medici**” i servizi correlati o meno al bene (manutenzioni, formazione, distribuzione, noleggio, consulenza, assistenza, etc.), trovando allocazione in specifiche altre voci del Modello CE a partire dalla B.2.A) Acquisti servizi sanitari nelle varieghe estensioni di livello; B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata); alla voce B.4) Godimento di beni di terzi; ciò che di fatto non è evidentemente accaduto stante gli esorbitanti numeri che si leggono nel primo dei due DM (doc. 1) oggetto di impugnazione e le scarse, quanto mai, inutili direttive impartite agli Enti del SSN ed alle regioni per la ripartizione dello sfondamento in capo ai fornitori.

Nei DM impugnati (docc. 1 e 2), non v'è traccia alcuna delle regole e dei criteri seguiti e/o da seguirsi per la rilevazione della spesa e/o per la ripartizione, che tengano conto del quadro sopra delineato e già disponibile agli Enti preposti, con la conseguenza che essi sono affetti da tutti i vizi in rubrica emarginati.

*

Sotto altro profilo, si denuncia la palese violazione dell'art. 9 ter del D.L. 78/2015 da parte degli atti presupposti ai due Decreti Ministeriali (tutti impugnati in parte qua) che ne viziano, in via derivata, irrimediabilmente la legittimità.

Ed infatti, ai sensi dell'art. 9 ter, co. 1 lett. b) del D.L. 78/15, il tetto di spesa regionale avrebbe dovuto essere fissato “coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta”. Come più ampiamente dedotto al motivo n. 3 del presente ricorso, tale criterio non è stato mai attuato, anzi del tutto ignorato. L'accordo (cfr. doc. 8) non solo non contiene alcun riferimento al predetto criterio (mai citato in nessun punto), ma giunge a fissare lo stesso identico tetto (4,4%) per tutte le Regioni e Province autonome, pur essendo noto che ognuna di esse presenta una “composizione pubblico-privata dell'offerta” assai diversa, come pure già diffusamente dedotto supra.

Entrambi i DD.MM (doc. 1 e 2) oggetto della presente impugnazione sono, quindi, in via derivata affetti del vizio che ab origine affligge il primo dei parametri su cui si fonda la certificazione

dello sfondamento del tetto (doc. 1) e, conseguentemente, le Linee Guida per la ripartizione dello stesso in capo ai fornitori (doc. 2).

*

Ancora va rilevato che entrambi i DD.MM. impugnati (docc. 1 e 2), e con essi gli Accordi Stato-Regione nn. 181 e 182/2019 (doc. 8 e 9), confliggono con le tempistiche previste all'art. 9 ter, co. 1 lett. b) del D.L. 78/15, il quale, come noto, imponeva che la fissazione del tetto in prima applicazione avvenisse entro il 15 settembre 2015, con obbligo di aggiornarlo ogni due anni.

Ciò, nel disegno del Legislatore, rispondeva all'esigenza di garantire che il sistema del payback non spiegasse i suoi effetti a posteriori (come invece è accaduto), ma in modo tale da permettere alle Regioni interessate e, di riflesso, anche alle imprese operanti nel settore delle forniture mediche, di adeguare le proprie condotte e contenere il più possibile la spesa sanitaria.

Per contro la conferenza permanente ha provveduto solamente nel 2019 e, quindi, in estremo ritardo, a fissare (ora per allora) i tetti regionali per gli anni dal 2015 al 2018 (cfr. docc. 8 e 9).

La violazione non è solo formale, ma anche sostanziale, dato che in tal modo i tetti di spesa (rectius: il tetto di spesa) sono stati fissati retroattivamente.

La fissazione dei tetti avvenuta solo a posteriori, come più volte ricordato nei primi motivi del presente ricorso, ha minato la certezza dei rapporti giuridici e il legittimo affidamento degli operatori economici e ciò con l'aggravante che tutto è accaduto senza il loro minimo coinvolgimento e partecipazione, né la benché minima motivazione. Elementi, quelli che difettano nella fattispecie, tutti presi in esame e stigmatizzati nella nota sentenza dell'Adunanza Plenaria n. 2/2013 e che qui si richiamano.

*

E ancora: l'art. 9 ter, co. 9 bis del D.L. 78/15, rinvia l'attuazione del sistema del payback per le annualità 2015-2018 al decreto del Ministero della Salute di cui al comma 8.

Il comma 8, nella versione originaria e in quella tutt'ora vigente, impone espressamente che la rilevazione dell'eventuale sfioramento **debba essere annuale** (entro il 30 settembre di ogni anno).

Ebbene, con l'introduzione del comma 9 bis, ad opera del Decreto aiuti bis, non si è inteso derogare all'anno in cui si sarebbe dovuto rilevare il superamento del tetto regionale (che avrebbe dovuto essere coincidente con l'anno di competenza); certamente non può ritenersi assolto il rilevamento (che la norma impone che avvenga con cadenza annuale) con quello svolto per l'intero quadriennio 2015-2018 avvenuto con il primo dei due Decreti qui impugnato solo nel 2022 (doc. 1).

Tale violazione porta con sé anche la violazione ulteriore del divieto di fissazione postuma di criteri sia per la determinazione del superamento (doc. 1) che per il riparto dello stesso in capo ai fornitori (doc. 2).

*

Infine, non può che contestarsi il sistema delineato da entrambi i decreti ministeriali qui impugnati (docc. 1 e 2) che non consentono:

1) da un alto, di verificare la correttezza dei calcoli e dei ragionamenti logico-giuridici che hanno condotto a certificare lo sfioramento dei tetti di spesa per il quadriennio 2015-2018. (doc. 1): è infatti evidente che il DM ha prospettato un dato “macro” ed altresì “aggregato”, in alcun modo verificabile, così dando luogo ad un palese difetto di istruttoria e di motivazione, oltre che alla violazione dei principi di trasparenza e buona fede;

2) dall'altro, la partecipazione dei destinatari finali (i.e.: le imprese fornitrici del SSN) dei provvedimenti regionali: invero, l'art. 3 delle linee guida, prevede la mera ricognizione dei “costi iscritti alla voce «BA0210” ... calcolando “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” (doc. 2). Tale criterio è illegittimo sotto almeno un duplice aspetto: i) comporta una imputazione di costi alle aziende fornitrici quanto mai grossolana e inattendibile (se sol si considera che solo nel 2019 è stato detto agli Enti del SSN di imporre ai fornitori lo scomputo in fattura del costo del bene dal servizio); ii) non consente alle imprese fornitrici di “partecipare” alla formazione del riparto, dovendo subire passivamente e senza possibilità di verifica, il conto presentato dalle Regioni.

*

L'assenza di ogni partecipazione consentita al fornitore e destinatario finale del provvedimento rende il sistema del payback un sistema “chiuso”, in aperta violazione dell'art. 6 del TUE e dell'art. 41 della Carta dei Diritti fondamentali UE e comunque del principio del contraddittorio (che, è corollario del più generale principio di buon andamento e amministrazione) nonché di tutte le norme emarginate in rubrica.

Istanza istruttoria ai sensi dell'art. 65 c.p.a.

Come meglio delineato nel corso del presente ricorso, nell'imposizione del ripiano a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, quest'ultime non sono state messe nella condizione di avere

contezza dei dati, dei conteggi e delle modalità effettive con cui è stata calcolata la spesa regionale per gli acquisti di dispositivi medici ed il relativo sfondamento del tetto certificato dal DM 6/7/2022 (doc. 1); conteggio che incide direttamente e in maniera negativa sulla sfera giuridica-patrimoniale della ricorrente.

Appare, quindi necessaria la produzione in giudizio di tutta la documentazione istruttoria in possesso delle Amministrazioni resistenti sulla base della quale ciascuna Regione ha comunicato al Ministero della Salute i dati dei modelli ministeriali di rilevazione economica consolidati regionali CE per le voci di costo oggetto del c.d. *payback*, ivi compresi i dati inseriti nei relativi Modelli CE delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Gli unici dati di spesa in possesso della ricorrente sono, in effetti, quelli aggregati a livello regionale e nazionali risultanti dal DM 6/7/2022 (doc. 1), da soli insufficienti a verificare la legittimità dell'operato delle Amministrazioni resistenti.

Tutto ciò premesso e considerato, la ricorrente, come sopra rappresentata e difesa, con l'espressa riserva di ulteriormente dedurre e proporre motivi aggiunti, rassegna le seguenti

Conclusioni

Voglia l'Ecc.mo Tar adito, *contrariis reiectis*, così disporre:

in via istruttoria: accogliere l'istanza presentata con il presente ricorso, ordinando alle Amministrazioni competenti l'esibizione della documentazione ivi richiamata;

nel merito: previa occorrendo rimessione alla Corte Costituzionale o alla Corte di Giustizia UE delle questioni dedotte in atti, accogliere il presente ricorso e, per l'effetto, annullare tutti gli atti impugnati, con ogni conseguente statuizione.

Con vittoria di spese, diritti e onorari.

Si dichiara che la presente controversia è soggetto al contributo unificato dell'importo pari a 650 euro.

Si deposita la documentazione come da separato elenco.

Roma, 14 novembre 2022”.

*

Istanza istruttoria ai sensi dell'art. 65 c.p.a., a valere anche quale istanza ex art. 116, co. 2 c.p.a

Come meglio delineato nel corso del presente ricorso, nell'imposizione del ripiano a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, quest'ultime non sono state messe nella condizione di avere

contezza dei dati, dei conteggi e delle modalità effettive con cui è stata calcolata la spesa regionale per gli acquisti di dispositivi medici ed il relativo sfondamento del tetto certificato dal DM 6/7/2022 (doc. 1); conteggio che incide direttamente e in maniera negativa sulla sfera giuridica-patrimoniale della ricorrente.

Appare, quindi necessaria la produzione in giudizio di tutta la documentazione istruttoria in possesso delle Amministrazioni resistenti sulla base della quale ciascuna Regione ha comunicato al Ministero della Salute i dati dei modelli ministeriali di rilevazione economica consolidati regionali CE per le voci di costo oggetto del c.d. *payback*, ivi compresi i dati (quali l'elenco delle fatture) inseriti nei relativi Modelli CE delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Gli unici dati di spesa in possesso della ricorrente sono, in effetti, quelli **aggregati** a livello regionale e nazionali risultanti dal DM 6/7/2022 e dal provvedimento regionale (che tra l'altro in alcuni casi neppure coincidono), da soli insufficienti a verificare la legittimità dell'operato delle Amministrazioni resistenti, in particolare per quel che riguarda il necessario scorporo di tutte le voci di spesa non oggetto di ripiano.

Tutto ciò premesso e considerato, la ricorrente, come sopra rappresentata e difesa, con l'espressa riserva di ulteriormente dedurre e proporre motivi aggiunti, rassegna le seguenti

Conclusioni

Si voglia, *contrariis reiectis*, così disporre:

in via istruttoria: accogliere l'istanza presentata con il presente ricorso, ordinando alle Amministrazioni competenti l'esibizione della documentazione ivi richiamata;

nel merito: previa occorrendo rimessione alla Corte Costituzionale o alla Corte di Giustizia UE delle questioni dedotte in atti, accogliere il presente ricorso e, per l'effetto, annullare tutti gli atti impugnati, con ogni conseguente statuizione.

Con riserva di proporre motivi aggiunti, produrre ulteriore documentazione e memorie difensive ed agire per il risarcimento del danno.

Con vittoria di spese, diritti e onorari.

Si dichiara che la presente controversia è soggetta al contributo unificato dell'importo pari a 650 euro.

Si dichiara altresì l'accoglimento dell'istanza di autorizzazione al superamento dei limiti dimensionali (di cui al n. atto 2023008822 del 18.1.2023) ai sensi dell'art. 6, comma 3 del Decreto del Presidente del Consiglio di Stato n. 167/2016.

Si deposita la documentazione come da separato elenco.

Roma, 3 febbraio 2023

Avv. Antonietta Favale

Avv. Gabriele Tricamo

Avv. Marco Orlando

Avv. Matteo Valentè

Istanza istruttoria ai sensi dell'art. 65 c.p.a.

Al pari di quanto rilevato con l'impugnazione del precedente provvedimento dell'Assessorato della regione Sicilia, anche in questo caso nell'imposizione del ripiano a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, quest'ultime non sono state messe nella condizione di avere contezza dei dati, dei conteggi e delle modalità effettive con cui è stata calcolata la spesa regionale per gli acquisti di dispositivi medici ed il relativo sfondamento del tetto certificato dal DM 6/7/2022 (doc. 1); conteggio che incide direttamente e in maniera negativa sulla sfera giuridica-patrimoniale della ricorrente.

Appare, quindi necessaria la produzione in giudizio di tutta la documentazione istruttoria in possesso delle Amministrazioni resistenti sulla base della quale ciascuna Regione ha comunicato al Ministero della Salute i dati dei modelli ministeriali di rilevazione economica consolidati regionali CE per le voci di costo oggetto del c.d. *payback*, ivi compresi i dati (quali l'elenco delle fatture) inseriti nei relativi Modelli CE delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Gli unici dati di spesa in possesso della ricorrente sono, in effetti, quelli **aggregati** a livello regionale e nazionali risultanti dal DM 6/7/2022 e dal provvedimento regionale (che tra l'altro in alcuni casi neppure coincidono), da soli insufficienti a verificare la legittimità dell'operato delle Amministrazioni resistenti, in particolare per quel che riguarda il necessario scorporo di tutte le voci di spesa non oggetto di ripiano.

Istanza di misure cautelari ai sensi dell'art. 55 c.p.a.

Con precedente ordinanza del 17 luglio u.s., questo Ill.mo TAR ha già rilevato la fondatezza dell'esigenza cautelare dell'impresa ricorrente in relazione al

provvedimento n. 1247 del 13 dicembre 2022 impugnato con i precedenti motivi aggiunti.

In via cautelativa, trattandosi di nuovo provvedimento, si rende necessario richiedere la adozione di misure cautelari volte a bloccare ogni possibile azione degli enti per il recupero delle somme oggetto di ripiano.

Le medesime esigenze cautelari sussistono pertanto anche con riferimento al nuovo provvedimento oggetto della presente impugnazione anche in base alle tempistiche ormai delineate con la conversione in del D.L. 98/2023, avvenuta ad opera della Legge 18 settembre 2023, n. 127.

Difatti l'approssimarsi della scadenza per il pagamento prevista per il prossimo 30/10/2023 (come da ultimo fissata dal D.L. 98/2023, convertito con L. 127/2023) rende concreto, per la ricorrente, il rischio effettivo che le amministrazioni regionali operino direttamente la compensazione prevista dall'art. 9 ter, comma 9 bis, del D.L. n. 78/2015.

I danni gravissimi sarebbero difficilmente ristorabili anche se sol si considera che gli importi di payback devono essere pagati a favore direttamente delle Regioni che hanno superato il tetto di spesa; ciò significa che nello sperato accoglimento del ricorso, la ricorrente dovrebbe ripetere le somme versate nei confronti di ogni singola Regione, con un ulteriore notevole aggravio della propria posizione e con il rischio concreto di non vedere interamente soddisfatte le proprie legittime aspettative di rimborso.

*

Infine, anche sotto il profilo del bilanciamento dei contrapposti interessi, si osserva che la sospensione in via cautelare dei provvedimenti di cui si tratta non solo non risulta pregiudizievole per gli enti territoriali che hanno formulato richiesta di pagamento alle singole imprese, ma rappresenta l'unica possibile soluzione di tenuta dell'intero sistema sanitario nazionale, che si troverà d'un tratto partecipato da imprese in gravissima crisi e non in grado di attendere gli impegni contrattuali assunti.

In conclusione, non si può fondatamente sostenere che si tratti solo di un pregiudizio economico, attese le evidenti ripercussioni che una simile misura avrà sul sistema sanitario nazionale, con il concreto rischio di una paralisi derivante dalla crisi

finanziaria ed economica delle aziende del settore e con verosimile compromissione sia dei diritti delle imprese (art. 41 Cost.), sia - e soprattutto - del diritto alla salute costituzionalmente garantito (art. 32 Cost.) e dei connessi Livelli essenziali di assistenza (LEA), che -come noto- sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

Tutto ciò premesso e considerato, la ricorrente, come sopra rappresentata e difesa, con l'espressa riserva di ulteriormente dedurre e proporre motivi aggiunti, rassegna le seguenti

Conclusioni

Si voglia, *contrariis reiectis*, così disporre:

in via cautelare: sospendere i provvedimenti impugnati e/o adottare qualsivoglia altra misura cautelare ritenuta idonea

in via istruttoria: accogliere l'istanza presentata con il presente ricorso, ordinando alle Amministrazioni competenti l'esibizione della documentazione ivi richiamata;

nel merito: previa occorrendo rimessione alla Corte Costituzionale o alla Corte di Giustizia UE delle questioni dedotte in atti, accogliere il presente ricorso e, per l'effetto, annullare tutti gli atti impugnati, con ogni conseguente statuizione.

Con riserva di proporre motivi aggiunti, produrre ulteriore documentazione e memorie difensive ed agire per il risarcimento del danno.

Con vittoria di spese, diritti e onorari.

Ai fini dell'applicazione del contributo unificato si dichiara che non sussistono i relativi presupposti, non essendo proposte domande che ampliano il *thema decidendum*.

Si dichiara altresì l'accoglimento dell'istanza di autorizzazione al superamento dei limiti dimensionali (di cui al n. atto 2023008822 del 18.1.2023) ai sensi dell'art. 6, comma 3 del Decreto del Presidente del Consiglio di Stato n. 167/2016.

Si deposita la documentazione come da separato elenco.

Roma, 27 settembre 2023

Avv. Antonietta Favale
Avv. Gabriele Tricamo
Avv. Marco Orlando

