

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE

PER IL LAZIO – ROMA – SEZ. III QUATER

RICORSO PER MOTIVI AGGIUNTI

nel giudizio **r.g.n. 13592/2022** promosso da:

MEDIGAS ITALIA S.R.L. (c.f. 02466440167, p.iva 11861240155), con gli avv.ti
Sonia Selletti e Mauro Putignano

CONTRO

**MINISTERO DELLA SALUTE, MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE,
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**, con l'Avvocatura generale dello
Stato,

**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME,
REGIONE PIEMONTE**, n.c.

E NEI CONFRONTI DI

REGIONE MARCHE, con gli avv.ti Laura Simoncini e Antonella Rota dell'Avvocatura
regionale,

REGIONE LOMBARDIA e ALTRI, n.c.

NONCHÉ NEI CONFRONTI DI

AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO, in persona del
legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE DI CUNEO, in persona del legale
rappresentante *pro tempore*;

**AZIENDA OSPEDALIERA SS. ANTONIO E BIAGIO E CESARE DI
ALESSANDRIA**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI
TORINO**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MAGGIORE DELLA CARITÀ
DI NOVARA**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI ASTI - ASL AT, in persona del legale rappresentante *pro tempore*

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTÀ DI TORINO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*,

AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1 DI CUNEO, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2 DI ALBA E BRA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*

AZIENDA SANITARIA LOCALE TO3, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE TO4, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE TO5, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE VERCELLI, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO - VERBANO CUSIO OSSOLA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

AZIENDA SANITARIA LOCALE AL DI ALESSANDRIA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

POLIFARMA S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*

E CON L'INTERVENTO AD ADIUVANDUM

CONFINDUSTRIA DISPOSITIVI MEDICI, con l'avv. Diego Vaiano

PER L'ANNULLAMENTO

(quanto al presente ricorso per motivi aggiunti)

della determinazione dirigenziale A1400A – Sanità e Welfare della Regione Piemonte DD 2426/A1400A/2022 del 14.12.2022 “*approvazione elenchi delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggetti al ripiano degli anni 2015, 2016, 2017, 2018 ai sensi dell'articolo 9*

ter, comma 9 bis del D.L. 78/2015, convertito in L. 125/2015” e relativo allegato, pubblicati sul sito istituzionale della Regione, nonché ogni altro atto/fatto ad esso inerente, presupposto, connesso, conseguente e/o successivo, anche di natura endoprocedimentale, adottato in esecuzione di quanto previsto dall’art. 9-ter, co. 9-bis, d.l. 78/2015 (conv. in l. 125/2015), con particolare, ma non esclusivo riferimento a:

- comunicazione di *“avvio del procedimento ai sensi degli artt. 7 e 8 della legge 241/1990 e 15 e 16 della legge regionale 14/2014 in merito all’adozione della Determinazione del Direttore della Direzione Sanità e Welfare relativa agli elenchi delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggetti al ripiano per ciascuno degli anni 2015, 2016, 2017, 2018 ai sensi dell’articolo 9 ter, comma 9 bis del D.L. 78/2015, del D.M. 6 luglio 2022 e del D.M. 6 ottobre 2022”* del 24.11.2022 e relativo allegato;
- deliberazioni adottate dai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, con le quali, come previsto dall’art. 3, comma 3, del d.m. 6.10.2022, sono stati validati e certificati i fatturati relativi agli anni 2015 – 2018 per singola azienda fornitrice di dispositivi medici:
 - n. 596 del 28/08/2019 dell’AO Ordine Mauriziano di Torino;
 - n. 404 del 27/08/2019 dell’AO S. Croce e Carle di Cuneo;
 - n. 369 del 23/08/2019 dell’AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria;
 - n. 1142 del 28/08/2019 dell’AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - n. 848 del 03/09/2019 dell’AOU Maggiore della Carità di Novara;
 - n. 467 del 29/08/2019 dell’AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano;
 - n. 586 del 30/08/2019 dell’ASL AL;
 - n. 151 del 30/08/2019 dell’ASL AT;
 - n. 388 del 26/08/2019 dell’ASL BI;
 - n. 909 del 06/09/2019 dell’ASL Città di Torino;
 - n. 361 del 29/08/2019 dell’ASL CN1;
 - n. 309 del 22/08/2019 dell’ASL CN2;

- n. 320 del 28/08/2019 dell'ASL NO;
- n. 510 del 23/08/2019 dell'ASL TO3;
- n. 977 del 28/08/2019 dell'ASL TO4;
- n. 806 del 28/08/2019 dell'ASL TO5;
- n. 856 del 29/08/2019 dell'ASL VC;
- n. 701 del 04/09/2019 dell'ASL VCO;
- Atti concernenti il recupero delle somme di ripiano richieste dalla Regione Piemonte con i provvedimenti sopra individuati;
- Nota esplicativa “ripiano dispositivi medici anni 2015-2018” del Ministero della Salute del 5 agosto 2022.

* * * * *

1. Premessa.

Con il ricorso in epigrafe, la ricorrente ha impugnato il D.M. 6 luglio 2022 del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, con cui è stato “certificato” il superamento del tetto di spesa per dispositivi medici per le annualità 2015-2018, così dando avvio – per la prima volta e in via retroattiva – alle procedure di ripiano, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9 *ter* del d.l. 78/2015 e ss.mm.ii. L'impugnativa era altresì estesa al DM 6 ottobre 2022, con cui sono state adottate 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”, nonché agli accordi raggiunti in conferenza Stato-regioni che ne hanno costituito la premessa (essendo stati “recepiti” nei predetti Decreti ministeriali).

Come già ampiamente descritto nel ricorso introduttivo, il legislatore ha delineato un articolato *iter* istruttorio preordinato all'adozione dei provvedimenti finali di *pay back* a carico degli operatori economici, che vede il coinvolgimento di diversi Enti sia a livello centrale (fissazione dei tetti di spesa; accertamento dell'eventuale sfondamento), sia a livello regionale (definizione dell'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano e relativo ammontare) e sub-regionale (verifica della

documentazione contabile). È pertanto evidente che sussiste tra i diversi atti, anche se emessi in esito a separati procedimenti facenti capo ad autorità diverse, uno stretto vincolo di connessione oggettiva, dal momento che la quantificazione “a monte” dei tetti di spesa è elemento che condiziona tutta la successiva sequela provvedimentale. Non può esservi invero un “*deficit*” da ripianare senza la preliminare individuazione di un limite di spesa. Peraltro, l’ammontare complessivo del ripiano, così come individuato in sede ministeriale, appare vincolante per le Regioni, le quali, nel ripartire *pro quota* l’onere del ripiano tra le aziende fornitrici, sono tenute a farlo “*fino a concorrenza della quota complessiva di ripiano individuata con decreto 6 luglio 2022*”, come precisato dall’art. 4, comma 2, del D.M. 6 ottobre 2022.

In attesa dell’adozione dei provvedimenti regionali di ripiano, nel ricorso introduttivo sono stati sviluppati i motivi di censura per così dire “di sistema”, che investono la legittimità costituzionale dell’istituto del *pay back* per i dispositivi medici, oltre ai vizi propri degli atti fino ad allora già emanati.

Si tratta ora di estendere l’impugnazione ai provvedimenti conclusivi che hanno quantificato, in via definitiva, in capo alla ricorrente l’ammontare del *pay back* da corrispondere alle Regioni.

Prima però di esaminare nello specifico le illegittimità che affliggono i provvedimenti oggetto della presente impugnativa per motivi aggiunti, occorre brevemente illustrare le vicende occorse dopo la presentazione del ricorso introduttivo, perché esse – nel loro complesso – delineano, efficacemente e con immediatezza, il quadro di confusione, improvvisazione, contraddittorietà e inattendibilità che caratterizza l’odierna manovra di ripiano, inficiandone la legittimità.

2. Quadro riassuntivo dei provvedimenti regionali.

Le Regioni hanno dato seguito alle linee guida di cui al D.M. 6 ottobre 2022 muovendosi – come ampiamente paventato - “in ordine sparso” e con modalità non pienamente convergenti. Modalità (e contenuti) che, da una parte, contraddicono gli atti adottati in sede centrale - così confermandone i vizi delineati nel ricorso introduttivo – e, dall’altra parte, gravano in modo sproporzionato le parti private

interessate dalla manovra con verifiche improvvise, in assenza di dati istruttori certi o quantomeno decifrabili e in tempi incompatibili con ogni forma di seria verifica rendendo così inevitabile la presente ulteriore azione.

A titolo di esempio, alcune Regioni (Provincia Autonoma di Trento, Regione Marche, Regione Toscana, Regione Friuli Venezia Giulia) hanno comunicato individualmente alle aziende interessate l'avvio del procedimento di definizione degli importi di ripiano; altre (Regione Piemonte) hanno pubblicato l'avviso sul Bollettino Ufficiale e sul proprio sito istituzionale; altre ancora hanno del tutto omesso tale adempimento (Regione Abruzzo, Regione Sicilia, Regione Sardegna, Regione Puglia), adducendo presunti “motivi di urgenza” legati alla necessità di definire il procedimento entro i 90 giorni dalla pubblicazione del D.M. 6 luglio 2022. Infine, mancano ad oggi all'appello due Regioni (Calabria e Basilicata), che per quanto consta non hanno ancora adottato alcun provvedimento conseguente allo sfondamento del proprio tetto di spesa.

In tutti i casi, le Amministrazioni che hanno già provveduto hanno comunque inteso sottolineare che il procedimento *de quo* si configura come “*totalmente vincolato rispetto ai parametri in astratto prefissati dalla legge*”.

Tale assunto però non è persuasivo e comunque non è idoneo a “limitare” o “escludere” le garanzie partecipative del privato e gli obblighi di trasparenza del pubblico. Invero, la possibilità di formulare osservazioni, lungi dal costituire un carico inopportuno di lavoro per l'ufficio procedente, costituisce un importante momento di collaborazione del privato, che consente di introdurre elementi istruttori o deduttivi suscettibili di apprezzamento e di formulare anticipatamente rilievi in merito a profili di possibile illegittimità del provvedimento finale, anche con finalità deflattiva del contenzioso. L'assunto che il provvedimento finale sia “vincolato” ad una mera rilevazione di dati contabili non garantisce di per sé che l'attività stessa di rilevazione sia esente da errori, tanto più laddove questa attività implichi – come nel caso di specie – la questione di corretta “imputazione” della spesa ad una specifica voce di bilancio anziché ad un'altra. È lo stesso Ministero dell'Economia e Finanze

del resto ad aver emanato, nel marzo 2020, una circolare per precisare ad esempio che *“la voce BA0220 B.1.A.3.1. dispositivi medici 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”*, aggiungendo che a tal riguardo *“non è possibile individuare delle categorie totalmente riconducibili ai dispositivi medici ad utilità pluriennale”* e concludendo che *“è necessario effettuare una valutazione puntuale al momento dell’acquisto”*. Ora, è vero che la circolare in questione presuppone – quale dato fonte della spesa per dispositivi medici – l’applicazione del sistema di fatturazione elettronica attuato dal 2019. Ma è altrettanto vero che la circolare non ha la capacità di innovare il sistema delle fonti, limitandosi essa a fornire indicazioni pratiche ai fini della più agevole applicazione della legge. Pertanto, il suddetto criterio di “imputazione” della spesa – previa “valutazione puntuale” dell’acquisto – non può non trovare applicazione anche in sede di ricognizione dei fatturati per le annualità 2015-2018. E in tal senso si esprime la nota di chiarimenti emanata dal Ministero della salute in data 5 agosto 2022. È dunque incontestabile che sussiste uno specifico profilo di criticità (e quindi opinabilità) nella corretta imputazione della spesa: e che in tali fattispecie il confronto con il fornitore è utile per chiarire situazioni dubbie, evitare errori e prevenire contestazioni.

Anche il profilo della “urgenza” appare inconferente: l’assunto è smentito in punto di fatto dall’opposta decisione di altre Amministrazioni regionali di rendere edotte le aziende dell’avvio del procedimento di ripiano e dal rilievo che il termine per la conclusione del procedimento, previsto dal comma 9 *bis*, dell’art. 9 *ter* del d.l. 78/2015, non è perentorio (tant’è che alcune Regioni non lo hanno rispettato). Peraltro, in occasione dell’emanazione del DM 6 ottobre 2022 si è appreso che già nel corso del 2019 le Regioni, tramite le rispettive Aziende sanitarie, erano state chiamate ad effettuare una prima ricognizione dei fatturati in questione. Questo prova e significa che per oltre tre anni le Amministrazioni, statali e regionali, hanno sottratto le proprie risultanze istruttorie alla conoscenza degli operatori e al confronto con essi: a fronte di tale comportamento, non pare francamente plausibile

addurre impedimenti giuridici o fattuali all'attuazione degli inderogabili principi del giusto procedimento. È principio basilare dello stato di diritto (ribadito anche negli artt. 5 e segg. della legge n. 212/2020) che un soggetto, al quale la P.A. imponga autoritativamente un sacrificio economico, sia messo in condizione di conoscere appieno tutti i presupposti di quantificazione della prestazione.

3. Occorre poi rilevare che le Regioni, quand'anche hanno comunicato l'avvio del procedimento, non hanno reso disponibili dati istruttori utili alla formulazione di pertinenti osservazioni. In alcuni casi estremi, l'omessa ostensione dei dati è stata totale (Regione Marche); negli altri casi, i "dati di fatturato" sono stati resi disponibili in modalità aggregata, inidonea a chiarire il concreto operare dell'Amministrazione. In manca di una puntuale specificazione delle fatture concretamente imputate nelle voci del conto economico delle Aziende sanitarie, la ricorrente, titolare di molteplici prodotti commercializzati sulla base di contratti di fornitura diversi, non è in grado di ricostruire tutto l'*iter* decisionale che ha portato alla quantificazione, a suo carico, degli oneri di ripiano. Il che – come si vedrà – integra un autonomo vizio di difetto di motivazione e comunque un grave *vulnus* all'esercizio del diritto di difesa. Ma non è tutto: anche gli esiti dell'ultima attività di ricognizione effettuata dalle Regioni sono stati i più disparati e sono risultati talvolta in disaccordo con i dati "certificati" dal D.M. 6 luglio 2022.

Emblematico è il caso della Lombardia. Il decreto n. 18311 del 14 dicembre 2022, conclusivo del procedimento, dà atto che: *i*) la ricognizione dei fatturati era stata già assolta dagli enti del SSR nel 2019, per cui non è stata rinnovata dopo la pubblicazione del D.M. 6 ottobre 2022; *ii*) le osservazioni presentate dalle aziende fornitrici dopo la preliminare pubblicazione (14 novembre 2022) degli importi individuali di ripiano sono state tutte rigettate. Ciò non di meno, il decreto attesta una spesa complessiva regionale, per l'anno 2018, di Euro 818.877,93, che è inferiore non solo rispetto a quella "certificata" dal D.M. 6 luglio 2022 (Euro 820.747.000), ma anche al tetto di spesa fissato in Euro 820.725.915. Non è tuttavia esplicitata alcuna motivazione atta a giustificare tale oggettivo scostamento.

Non solo: pur riconoscendo – di fatto – una spesa effettiva inferiore al tetto, la Regione Lombardia pretende ugualmente il versamento degli importi di ripiano “*fino a concorrenza di quanto indicato dal DM 6 luglio 2022*”; importi che – in assenza di sfondamento – costituiscono un indebito arricchimento, essendo venuta meno la “causa giustificativa” della prestazione patrimoniale di cui all’art. 9 *ter* d.l. 78/2015.

4. Anche altre Regioni hanno “restituito” un dato complessivo di spesa diverso (e inferiore) rispetto a quello indicato nelle tabelle allegate al DM 6 luglio 2022. La Sardegna si è riservata di effettuare gli opportuni approfondimenti, richiedendo ugualmente alle aziende l’intero ripiano salvo poi “sospendere” in autotutela – in ragione dei numerosi ricorsi proposti – il termine per effettuare il versamento. Altre Regioni hanno invece indicato “causali” diverse di tali scostamenti.

In alcuni casi (Bolzano, Veneto) si dà espressamente atto che sono stati scomputati gli importi di fatturato e di ripiano riferiti ad Enti pubblici, così come indicato da una nota ministeriale del 5 agosto 2022, che a sua volta ha riconosciuto errori nella quantificazione della spesa regionale operata dal D.M. 6 luglio 2022. Per altre regioni (Piemonte, Toscana) lo scostamento sembrerebbe dovuto all’accoglimento di (un esiguo numero di) osservazioni formulate dalle aziende destinatarie, che hanno presumibilmente messo in evidenza l’esistenza di importi di fatturato non afferenti alla vendita di dispositivi medici; infine, altre Regioni ancora (Emilia Romagna, Sicilia) si sono limitate a confermare gli importi già certificati dal DM 6 luglio 2022, omettendo finanche di rinnovare la “ricognizione” prescritta dall’art. 9 *ter*, comma 2 *bis*, del d.l. 78/2015 e di recepire le “rettifiche” indicate nella nota ministeriale 5 agosto 2022.

Quest’ultima nota ministeriale riconosce che le Regioni, nella prima ricognizione della spesa operata nel 2019, hanno fornito dati non immediatamente fruibili, a causa della presenza di voci non riconducibili a fornitori privati o di importi negativi. Ciò ha richiesto un ricalcolo, reso difficile anche dal cambiamento degli assetti aziendali degli enti pubblici di alcune regioni, che ha portato a valori leggermente diversi da

quelli certificati dal D.M. 6 luglio 2022. Ma anziché fornire un contributo di chiarimento, la nota 5 agosto 2022 ha causato ulteriore confusione e incertezza.

Da un lato, essa non è stata richiamata in tutti i provvedimenti regionali, il che induce a ritenere che (immotivatamente) non sia stata nemmeno presa in considerazione; dall'altro, nemmeno è stata richiamata da tutte quelle Regioni che hanno rilevato un fatturato diverso da quello indicato nel D.M. 6 luglio 2022; infine, gli importi “rettificati” dalla nota ministeriale non sempre trovano conferma nella nuova rilevazione conclusiva disposta dagli Enti e dalle Aziende del SSR. Ad esempio, il “fatturato fornitori privati” per il 2015, certificato dalla Regione Veneto, è di Euro 489.921.061,53, a fronte di quello riportato nella nota ministeriale 5 agosto 2022 che ammonta a Euro 501.782.000.

In definitiva, il diverso *modus operandi* delle Regioni non appare coerente e lineare e ad ogni buon conto conferma, in ultima analisi, la inattendibilità dei ripiani posti a carico delle aziende e la insanabile contraddittorietà tra la certificazione dello sfondamento, operata con il D.M., e la certificazione della spesa, risultante in sede regionale.

A chiusura del quadro di aleatorietà, inaccuratezza e, dunque inattendibilità, sopra descritto, si aggiunga che numerose aziende coinvolte hanno denunciato, nelle loro osservazioni, gravi e inspiegabili incongruenze negli importi di fatturato posti a loro carico dalle Regioni, finanche per *device* di cui hanno cessato la commercializzazione diversi anni prima del 2015, o per prodotti appartenenti ad altre classi merceologiche (es. presidi medico-chirurgici o biocidi) o per dispositivi concessi in comodato o per prestazioni di servizio complementari alla fornitura di dispositivi. L'attuazione della manovra è stata dunque illegittimamente estesa a prodotti e attività estranei al suo campo di applicazione.

5. Sulla concreta quantificazione del *pay back*.

Detto questo in generale, ci si può soffermare in dettaglio sui provvedimenti regionali in questa sede impugnati.

La Regione Piemonte ha comunicato “collettivamente” l’avvio del procedimento di ripiano con avviso pubblicato sul Bollettino Ufficiale del 24 novembre 2022. Le informazioni rese disponibili non specificavano tuttavia quale fosse il fatturato certificato da ciascun ente sanitario, né quello riferibile ai singoli dispositivi commercializzati dalla ricorrente (come invece avviene nel procedimento del contiguo settore del ripiano della spesa farmaceutica, dove la spesa è riferita a ciascun farmaco univocamente individuato tramite il codice AIC). Tale circostanza ha reso inesplicabile la ricostruzione del conteggio effettuato, impedendo alla ricorrente (che commercializza numerosi prodotti, solo alcuni dei quali sono dispositivi medici) di formulare puntuali rilievi sugli importi addebitati.

Infine, con decreto dirigenziale n. 2426/A1400A/2022 del 14 dicembre 2022 la Regione ha adottato il provvedimento conclusivo di ripiano, dando atto – nelle premesse – dell’accoglimento di alcune limitate osservazioni, ma senza rinnovare le verifiche indicate dal comma 9 *bis* dell’art. 9 *ter* del d.l. 78/2015 e attribuendo alla ricorrente un importo definitivo di *pay back* di Euro 180.794,70, che comunque non è coerente con i dati della ricorrente.

Tuttavia, l’attuale stato di conoscenza dei dati istruttori non consente alla deducente di verificare le cause di tale divergenza che potrebbe essere ragionevolmente imputata a errori di classificazione dei beni (prodotti non riconducibili a dispositivi medici), o di iscrizione nelle voci del conto economico (beni ad utilità pluriennale), o di mancato scomputo di costi non conferenti (canoni per noleggio e/o servizi). Ciò non può ritorcersi in danno ulteriore per la ricorrente, attuando un’inversione dell’onere della prova a favore della Regione, che – come a suo tempo evidenziato dal T.A.R. nelle pronunce relative al ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica 2013 (*ex multis*, TAR LAZIO, Sez. III *quater*, sent. n. 8004/2015) – sarebbe “*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 un determinato provvedimento*”.

I provvedimenti specificati in epigrafe sono pertanto illegittimi e si impugnano per i seguenti motivi di

DIRITTO

I. Illegittimità derivata.

L'indubbia connessione oggettiva delineata dalla legge, sopra evidenziata, fa sì che i provvedimenti emessi "a valle" dalle regioni/province autonome ai sensi dell'art. 9 *ter*, comma 9 *bis*, del d.l. 78/2015 siano attinti, in via derivata, dai medesimi vizi che inficiano la legittimità dei provvedimenti presupposti, così come ampiamente dedotti nel ricorso introduttivo.

In particolare, sono riferibili anche agli atti impugnati con i presenti motivi aggiunti le censure che poggiano sulla dedotta illegittimità costituzionale del sistema complessivamente delineato dall'art. 9 *ter* del d.l. 78/2015 e sulla sua incompatibilità con i principi euro-unitari (§ **I, II e III** del ricorso introduttivo). Per ragioni di economia processuale, e in ossequio al principio di sinteticità degli atti, *in parte qua* ci si limita in questa sede ad un sintetico richiamo dei motivi di ricorso, rinviando per ogni ulteriore approfondimento alle argomentazioni ivi già svolte, da ritenersi qui concretamente ritrascritte.

I.1. L'impianto normativo di cui all'art. 9 *ter* del d.l. 78/2015 si pone in contrasto con gli artt. 3, 32, 97 e 81 della Costituzione, per manifesta illogicità e irragionevolezza derivante in primo luogo dalla palese incongruità delle risorse assegnate.

Per quanto possa considerarsi ampia la discrezionalità del legislatore, essa non può sconfinare in arbitrio e deve essere comunque esercitata in coerenza e conformità con i principi che impongono una ponderata valutazione di beni e valori costituzionalmente equi-ordinati. La garanzia costituzionale di una prestazione minima essenziale postula dunque la disponibilità finanziaria dell'ente pubblico che la eroga; perciò l'individuazione dei LEA impegna il legislatore a predisporre gli strumenti normativi e finanziari idonei al loro soddisfacimento. Le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, aprioristicamente un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo

irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

Nel caso di specie, il “tetto” di spesa “nazionale” per i dispositivi medici è stato fissato dal legislatore senza un’effettiva analisi del fabbisogno reale, e in misura gravemente sottostimata e disallineata rispetto al dato storico. Inoltre, la definizione dei tetti regionali è rimasta per anni inattuata, il che ha deresponsabilizzato le stesse Regioni ai fini della coerente programmazione del “governo” degli acquisti. Sono gli enti regionali, infatti, gli unici responsabili della definizione dei fabbisogni assistenziali posti in gara. Di contro, gli operatori, risultati aggiudicatari in esito alle procedure concorrenziali, sono tenuti al rispetto delle condizioni predisposte unilateralmente dalle stazioni appaltanti ed assoggettati all’obbligo di fornire le quantità di prodotto via via richieste dall’Ente al prezzo convenuto; obbligo presidiato anche da norme penali (art. 355 c.p.). Il tutto con l’aggravante che – non essendo mai stati fissati prima d’ora i tetti di spesa regionali – gli operatori economici sono stati privati di qualsiasi parametro di riferimento per orientare il proprio comportamento approntando una coerente programmazione economica.

I.2. Lo strutturale sottofinanziamento del fondo, disancorato dall’effettivo fabbisogno, trasforma di fatto il meccanismo del ripiano da “misura eventuale”, ideata per rispondere a fisiologici e imprevedibili sfondamenti del tetto di spesa, a modalità strutturale di finanziamento esogeno del SSN, che – attraverso una sorta di “sconto obbligatorio postumo” sul prezzo di cessione dei dispositivi medici – grava inesorabilmente sugli operatori economici privati in misura imprevedibile, soverchiante e comunque sproporzionata, tale da alterare profondamente e irrimediabilmente gli equilibri contrattuali. Il tutto senza rispettare il principio della necessaria correlazione tra responsabilità e spesa e della proporzionalità e ragionevolezza del sacrificio imposto.

Pertanto, il contestato *pay back* concreta una prestazione economica imposta, che non è però rispettosa dei principi costituzionali declinati negli artt. 23 e 53 della Costituzione. Da un lato, la fattispecie impositiva non è sufficientemente individuata

dalla legge, soprattutto per quanto concerne la misura massima (aliquota) delle decurtazioni economiche che le aziende potranno subire in caso di superamento del tetto regionale di spesa per i dispositivi medici. Dall'altro, essa è commisurata al fatturato, che però è un dato di per sé inidoneo a individuare una "capacità contributiva" effettiva, in quanto determinato al lordo dei normali costi (comprese imposte e tasse) sostenuti per la produzione della ricchezza corrispondente. Costi che – in ragione della estrema diversità di dispositivi medici – variano, per ragioni oggettive, in maniera sensibile da caso a caso, creando disparità di trattamento tra gli operatori economici.

Ai sensi dell'art. 23 Cost. – che è pienamente convergente con quanto previsto nell'art. 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali – la norma impositiva di una prestazione patrimoniale deve essere sufficientemente conoscibile e prevedibile nella sua concreta attuazione, in modo da consentire ai destinatari di regolare la propria condotta sulla base delle conseguenze prevedibili derivanti da una determinata azione.

I.3. In ogni caso, poi, la compartecipazione del privato al ripiano del *deficit* deve essere contenuta entro limiti ragionevoli, che consentano comunque il mantenimento di un minimo margine di utile, pena la violazione anche dei principi di libertà di iniziativa economica di cui all'art. 41 della Costituzione. Ma nella fattispecie il limite della ragionevolezza e proporzionalità non è rispettato, posto che – come si avrà modo di illustrare – in alcune regioni il *pay back* raggiunge una incidenza del 20% rispetto al fatturato lordo, e deve essere corrisposto in unica soluzione, benché riferito cumulativamente a quattro annualità. Se la stessa percentuale di sconto fosse stata indicata *ab origine* in sede di gara, certamente la Stazione Appaltante ne avrebbe sancito l'anomalia, ponendo in dubbio la sua serietà e sostenibilità.

Ora, secondo i parametri di giudizio della Corte Costituzionale che non possono non essere ribaditi in questa sede, non è legittimo e ragionevole un "meccanismo" retroattivo di imposizione del ripiano talmente aleatorio (nell'*an* e nel *quantum*) da non lasciare neanche la possibilità di indicare il limite massimo di congruità,

proporzionalità, ragionevolezza e sostenibilità dell'onere economico a carico del privato.

A ciò si aggiunga che il settore dei dispositivi medici non costituisce un unico mercato sufficientemente delimitato ed omogeneo, ma copre settori e ambiti molto diversi e non riconducibili ad unità, anche e soprattutto ai fini della individuazione dei presupposti di applicazione del ripiano. Basti considerare, da un lato, il numero e la tipologia dei prodotti, che presentano caratteristiche disparate e incomparabili e rispondono a bisogni anche molto diversi. È intuitivo che settori e “mercati” così diversi abbiano ciascuno caratteristiche e margini di remunerabilità peculiari e diversificati, anche in ragione della estrema varietà delle soluzioni contrattuali elaborate dalle Stazioni appaltanti pubbliche. Queste ultime, specie per i dispositivi tecnologicamente più complessi, spesso richiedono, come prestazione contrattuale, non solo la fornitura del bene, ma anche il servizio di assistenza e manutenzione, con formule di remunerazione (prezzo) forfettarie e onnicomprensive. Dall'altro lato, il mercato che viene in rilievo ai fini del ripiano è solo quello delle vendite agli enti pubblici, per cui la diversa composizione pubblico/privato delle strutture sanitarie erogatrici a livello regionale è decisiva ai fini di una applicazione corretta e non discriminatoria delle regole.

I.4. Sotto altro profilo, il comma 9 *bis* dell'art. 9 *ter* del d.l. 78/2015, nel definire le modalità del ripiano per le annualità dal 2015 al 2018, ha natura sostanzialmente retroattiva, che non può trovare giustificazione nella mera esigenza di prevenire contestazioni in merito all'adozione dei provvedimenti amministrativi, “sanando” preventivamente la “segreta istruttoria” svolta unilateralmente dalle autorità pubbliche coinvolte. *In parte qua*, la norma integra una violazione dei principi di libertà di iniziativa economica e di tutela dell'affidamento nella certezza del diritto delle aziende coinvolte.

I.5. Nell'ultima parte del ricorso introduttivo (§ IV) sono state infine sviluppate le censure di violazione di legge e di eccesso di potere che colpiscono direttamente i provvedimenti ivi impugnati, con particolare riferimento alla tardiva ed erronea

individuazione dei tetti di spesa (operata solo a novembre 2019), alla violazione dei principi di trasparenza e di partecipazione procedimentale, di completezza e verificabilità dell'istruttoria, di motivazione. Il già evidenziato nesso di connessione oggettiva comporta che tali censure refluiscano anch'esse come causa di invalidità derivata per gli ulteriori provvedimenti che si collocano "a valle" della sequela di cui all'art. 9 ter, comma 9 bis, del d.l. 78/2015. Ma vi è da rilevare che questi ultimi vizi sono stati anche "autonomamente replicati" dalle Regioni nell'adozione dei rispettivi provvedimenti, di modo che è possibile qui operarne una trattazione unitaria (sia come vizi derivati sia come vizi autonomi), anche per esigenze di sinteticità dei motivi.

II. Violazione e falsa applicazione dell'art. 9 ter, comma 9 bis, del d.l. 78/2015; Violazione e falsa applicazione dell'art. 3 e 7 della legge n. 241/1990; Violazione e falsa applicazione dell'art. 97 Costituzione con riferimento ai principi del giusto procedimento.

Violazione del d.m. Eccesso di potere per manifesta irragionevolezza, illogicità ed ingiustizia; travisamento dei fatti; insufficienza ed erroneità dell'istruttoria e violazione dei principi di trasparenza e verificabilità dei dati istruttori; sviamento; tardività e retroattività degli atti e violazione del principio di affidamento delle imprese.

II.1 A valle dei D.M. 6 luglio 2022 e 6 ottobre 2022 si colloca la determinazione del Direttore Sanità e Welfare della Regione Piemonte n. 2426/2022, che ha ritenuto immotivatamente "superflua" la nuova ricognizione dei fatturati, rinviando a quella già effettuata dalle aziende ed enti sanitari nel 2019.

Tale decisione si pone in palese violazione del comma 9 bis dell'art. 9 ter d.l. 78/2015, che nel disciplinare il procedimento di ripiano ha previsto che siano le Regioni a *"definire, con proprio provvedimento, l'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascun anno, previa verifica della documentazione contabile anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale"*.

La necessità, prevista dalla norma, di operare una nuova ricognizione "delle fatture

correlate ai costi iscritti alla voce BA0210”, discende dall’esigenza di “attualizzare” le risultanze delle precedenti ricognizioni avviate e concluse nel 2019; attualizzazione che evidentemente deve tenere conto degli indirizzi nel frattempo emessi dagli Enti in merito alla corretta rilevazione e iscrizione dei costi. Tale esigenza è rafforzata dalla nota del Ministero della Salute 5 agosto 2022, che ha evidenziato l’esistenza di errori nella precedente certificazione del 2019. Occorre poi considerare quanto previsto nella circolare 7435 del 17 marzo 2020 e verificare che sia stato rispettato il principio di separazione del costo del servizio rispetto al costo della fornitura, sancito dalla legge n. 145/2018 ma già immanente all’istituto disciplinato dall’art. 9 *ter* del d.l. 78/2015.

Non vi è dubbio infatti che la quantificazione degli importi individuali di ripiano debba necessariamente fondarsi sugli stessi dati di spesa che hanno portato a calcolare l’ammontare complessivo dello sfondamento, e che in entrambi i casi i criteri di computo della spesa devono essere identici e univocamente indirizzati a individuare i costi effettivi e “netti” di acquisto di dispositivi medici. La “spesa storica” non può che essere una e una sola, e fondarsi su dati istruttori necessariamente coincidenti.

Né è possibile addurre, a giustificazione di tale scelta, quanto indicato nel comma 3 dell’art. 3 delle Linee Guida di cui al D.M. 6 ottobre 2022, secondo cui la nuova “validazione e certificazione” è effettuata solo laddove gli enti non vi abbiano ancora provveduto. Invero, secondo il principio di gerarchia delle fonti, un D.M. non può disporre in contrasto con la norma di legge primaria, pena la sua illegittimità. La nuova ricognizione dei fatturati è pertanto obbligatoria, e deve dare contezza del rispetto dei criteri di imputazione della spesa successivamente evidenziati dal Ministero.

La necessità di una nuova ricognizione risulta evidente anche per il fatto che la Regione ha ritenuto meritevoli di accoglimento alcune osservazioni formulate da operatori coinvolti nel ripiano, riconoscendo l’erroneo computo di valori di spesa inappropriati in quanto aventi ad oggetto forniture diverse da dispositivi medici. Ma

occorre considerare che le concrete modalità di comunicazione di avvio del procedimento (con avviso pubblico e senza allegazione di dati e documenti istruttori) hanno di fatto impedito alle aziende di operare approfondite verifiche entro il breve termine concesso per le osservazioni e quindi di segnalare puntuali errori. Laddove il riesame fosse stato effettuato direttamente dalle aziende sanitarie ed enti regionali con pienezza di contraddittorio, queste ultime avrebbero potuto estendere il sindacato a tutti gli operatori, operando correzioni ben più vaste e consistenti. La tipologia di errore riscontrata dalla Regione sembra infatti essere molto diffusa.

II.2 In ogni caso, la determinazione regionale 2426/2022, unitamente agli atti istruttori che lo hanno preceduto, è illegittima per violazione dei principi di motivazione e trasparenza dell'azione amministrativa scolpiti nella legge n. 241/1990, i quali sono diretta espressione del principio costituzionalmente protetto del buon andamento e dell'imparzialità (art. 97 Cost).

Valgono pertanto le censure già formulate con riferimento ai dati di spesa del D.M. 6 luglio 2022. Invero, il *pay back* imputato a ciascun fornitore si basa in definitiva su una attività (iscrizione contabile) che è totalmente collocata al di fuori della sfera di responsabilità e controllo della ricorrente. Si ripropone quindi una situazione patologica, puntualmente punita sanzionata dal Giudice Amministrativo, analoga a quella dei primi provvedimenti di ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera adottati da Aifa nel 2014, allorquando le imprese contestarono la violazione dei principi di trasparenza e motivazione sul rilievo che i dati istruttori erano stati resi disponibili in forma aggregata, che ne impediva la fruizione ai fini di una loro verifica di correttezza. In quella circostanza, il TAR ha precisato che *“è chiaro che la mera indicazione da parte dell'AIFA del solo dato complessivo nazionale non consente in alcun modo alle aziende farmaceutiche destinatarie del ripiano dello sfondamento del tetto delle spesa farmaceutica a livello ospedaliero di verificare l'esattezza complessiva del suddetto dato aggregato; nemmeno può ritenersi sufficiente a tal fine la conoscenza dei dati aggregati delle singole regioni in quanto è il risultato dei dati delle singole strutture sanitarie pubbliche ivi ubicate. In sostanza le esigenze di tutela delle aziende farmaceutiche destinatarie dei provvedimenti di ripiano possono ritenersi*

*adeguatamente salvaguardate solamente consentendo a queste ultime di prendere visione dei dati della singola struttura sanitaria al fine di compararlo con l'unico dato in possesso della singola azienda, che è quello relativo alla **fornitura dello specifico medicinale a ciascuna struttura***'.

Pertanto, "il non consentire un simile confronto comporterebbe che verrebbero vanificate tali esigenze di tutela finendo con l'assegnare in definitiva una sorta di fede privilegiata, al di fuori di una specifica disposizione normativa, 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 un determinato provvedimento" (T.A.R. Lazio, Roma, Sez III Quater, sent. n. 10410/2016, in tema di ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica). Né può essere revocato in dubbio il fatto che la determinazione dell'importo individuale di ripiano costituisca un provvedimento di carattere singolare, che incide sulla posizione giuridica di un determinato soggetto e che impone all'Amministrazione procedente di avviare un confronto endoprocedimentale a tutela di un livello minimo di trasparenza ed imparzialità.

Ed è bene precisare, a scanso di equivoci, che il livello base ed essenziale di conoscenza invocato dalla ricorrente, e rimasto illegittimamente insoddisfatto, è quello referito ai propri stessi dati di spesa conteggiati da controparte, sui quali è possibile operare un controllo diretto ed immediato.

In aggiunta, poi, si pone la questione ulteriore della verificabilità dei dati complessivi di spesa che coinvolgono anche il fatturato delle altre aziende. Non è revocabile in dubbio, invero, che la riduzione dell'ammontare complessivo della spesa regionale comporta anche – ed automaticamente – una riduzione dello sfondamento e – ulteriormente – una riduzione del *pay back* individuale. Sennonché anche tale esigenza di conoscibilità è stata illegittimamente frustrata dalla Regione, vanificando le prerogative di difesa della ricorrente.

II.3 I valori computabili nel tetto regionale di spesa per l'acquisto di dispositivi medici sono esclusivamente quelli relativi all'acquisto di dispositivi medici, con

esclusione di quelli ad utilità pluriennale. Ad oggi i provvedimenti resi disponibili dalla Regione non consentono di accertare che tale requisito sia stato rispettato.

Inoltre, le forniture di dispositivi medici sono effettuate – nella quasi totalità dei casi – in forza di contratti aggiudicati in esito a procedure concorrenziali, in cui è le condizioni di esecuzione del contratto sono definite dalle stesse Stazione appaltante nei rispettivi capitolati (e non necessariamente secondo criteri uniformi). La grande maggioranza dei contratti prevedono l'esecuzione di prestazioni complesse, non limitate alla fornitura del bene ma comprensivi di diversi servizi, come ad esempio la manutenzione del dispositivo, la formazione del personale, ecc. A fronte di ciò, il corrispettivo contrattuale è spesso definito in misura unitaria e onnicomprensiva, laddove la scomposizione delle voci economiche è prevista, in via eventuale, in caso di verifica di anomalia dell'offerta.

Ciò posto, conteggiare l'intero corrispettivo fatturato dall'azienda fornitrice nella voce BA0210 dei CE comporta inevitabilmente una anomala lievitazione della spesa, che in parte è riferita ai servizi prestati e non alla vendita del dispositivo medico.

Ed è per tale ragione che ai fini del ripiano occorre tenere conto dello scorporo del costo per i servizi, come previsto dall'art. 1, comma 557, della legge n. 145/2018. E affinché possa operarsi correttamente tale scorporo si rende necessario avviare un confronto con gli operatori direttamente interessati, finalizzato al raggiungimento di una intesa. Anche sotto questo profilo, i provvedimenti regionali in questa sede impugnati risultano totalmente carenti e pertanto illegittimi, integrando al contempo un vizio istruttorio e di difetto di motivazione.

Le censure di cui sopra si estendono anche ai provvedimenti con i quali i direttori generali degli Enti sanitari pubblici hanno approvato senza contraddittorio le relative “certificazioni” dei fatturati, confluite a vario titolo nella sequela procedimentale sfociata nel procedimento finale della Regione.

II.4 A prescindere dai rilievi sopra formulati, la determinazione 2426/2022 è illegittima per contraddittorietà.

Lo stesso Ministero della Salute ha emesso la nota 5 agosto 2022 per invitare,

sostanzialmente, le Regioni a scomputare dalla manovra di ripiano i valori riferibili a forniture tra soggetti pubblici e altre voci non pertinenti, allegando altresì nuove tabelle di “spesa” complessiva regionale recanti importi leggermente diversi da quelli di cui al D.M. 6 luglio 2022. La Regione Piemonte ha però totalmente ignorato la nota agostana del Ministero, il che induce a ritenere che non abbia avviato le verifiche e correzioni ivi suggerite, che avrebbero portato ad una ulteriore riduzione dell’ammontare dello sfondamento.

ISTANZA ISTRUTTORIA

Il comma 9 *bis* dell’art. 9 *ter* del d.l. 78/2015 pone a carico della Regione la competenza e responsabilità dell’adozione dei provvedimenti finali di ripiano, previa verifica della documentazione contabile; quest’ultima, tuttavia, può essere disposta “anche per il tramite degli enti del SSR”. Ma ciò non sposta la responsabilità dell’amministrazione regionale, in qualità di autorità procedente, in ordine alla correttezza ed esaustività dell’attività istruttoria complessiva.

Tuttavia, con la determinazione n. 2426/2022 la Regione si è limitata a prendere atto delle certificazioni trasmesse dagli enti sub-regionali, che a loro volta nulla chiariscono in ordine ai criteri utilizzati ai fini della rilevazione del fatturato. Ancora oggi, non sono stati forniti la documentazione completa e i dati specifici riferibili al calcolo del ripiano a carico della ricorrente, né tanto meno le evidenze documentali che hanno condotto all’individuazione della quota di ripiano.

Inoltre, come evidenziato al punto II.4, non è dato sapere se la Regione Piemonte abbia adempiuto alle prescrizioni contenute nella nota del 5 agosto del Ministero della Salute e abbia scomputato dalla manovra di ripiano i valori riferibili a forniture tra soggetti pubblici e altre voci non pertinenti.

Tale situazione crea una condizione di oggettiva incertezza sulle concrete modalità di determinazione dei contestati importi di ripiano, che integra di per sé motivo di invalidità dei provvedimenti impugnati e che, in ogni caso, costituisce indebito ostacolo al sindacato di legittimità rimesso a codesto Giudice.

Pertanto, si rende necessario instare affinché l'Ecc.mo TAR ordini alla Regione, e/o agli enti sanitari sub-regionali che hanno proceduto alla rilevazione dei fatturati, ciascuno per quanto di competenza, ai sensi degli artt. 64 e 65 c.p.a., l'esibizione dei documenti posti alla base dei calcoli effettuati per la quantificazione dello scostamento dei tetti di spesa, indispensabili o anche solo utili per l'esatta ricostruzione della posizione della ricorrente rispetto agli obblighi di ripiano, con particolare ma non esclusivo riferimento alle fatture della deducibile che sono state concretamente conteggiate nella spesa che concorre al superamento del tetto. In subordine, si chiede di ordinare alla Regione e/o agli enti sanitari sub-regionali che hanno proceduto alla rilevazione dei fatturati, di depositare in giudizio una dettagliata relazione che dia esplicitamente conto delle modalità di calcolo del fatturato imputato alla ricorrente, e dei dati e documenti su cui detto calcolo si è basato.

Alla luce di tutto quanto innanzi esposto, la ricorrente, come sopra rappresentata, difesa ed elettivamente domiciliata,

CHIEDE

che l'Ecc.mo TAR, adito, *contrariis reiectis*, voglia:

- **in via istruttoria**: accogliere l'istanza istruttoria formulata ai sensi degli artt. 64 e 65 c.p.a.;
- **nel merito**: accogliere il ricorso originario e il presente ricorso per motivi aggiunti e, per l'effetto, annullare i provvedimenti impugnati, con ogni conseguente statuizione.

Con ogni riserva di ulteriore impugnativa e istanza.

Con vittoria dei compensi spettanti al legale della ricorrente nonché delle spese occorse per l'assistenza giudiziale, e con rimborso del contributo unificato.

Si dichiara che, ai fini dell'art. 13, co. 6 *bis*, lett. e) D.P.R. 115/2002 s.m.i., il contributo unificato è di € 650,00=.

Si depositano i documenti citati, come da separato elenco.

Ci si riserva sin d'ora di chiedere con separata istanza l'autorizzazione alla notifica

per pubblici proclami in ragione della numerosità dei soggetti pubblici e privati potenzialmente controinteressati.

Milano-Roma, data di apposizione della firma digitale

Avv. Sonia Selletti

Avv. Mauro Putignano