

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE
PER IL LAZIO – ROMA – SEZIONE TERZA-QUATER
MOTIVI AGGIUNTI NEL RICORSO N. 14007/2022 R.G.
DA VALERE ANCHE COME RICORSO AUTONOMO

di **SERENITY s.p.a.** (C.F./P.IVA: 01251280689 / 01635360694), in persona del Presidente del consiglio di amministrazione e amministratore delegato legale rappresentante *pro tempore* dott. ing. Francesco Lo Piccolo (C.F.: LPCFNC65M10D969M), con sede legale in Ortona (CH), località Cucullo, rappresentata e difesa disgiuntamente dagli avvocati Alessandro Patelli (C.F.: PTLLSN57M05F205G; indirizzo di posta elettronica certificata: *alessandro.patelli@como.pecavvocati.it*; fax: 031/262838) e Ruggero Tumbiolo (C.F.: TMBRGR59T29A462Y; indirizzo di posta elettronica certificata: *ruggero.tumbiolo@como.pecavvocati.it*; fax: 031/262838) del foro di Como, con domicilio digitale presso i suddetti indirizzi p.e.c. degli avvocati Alessandro Patelli e Ruggero Tumbiolo e domicilio fisico eletto in Roma, piazza della Marina 1, presso l'avv. Lucio Filippo Longo (C.F.: LNGLFL53M27F205N; indirizzo posta elettronica certificata: *luciofilippolongo@ordineavvocatiroma.org*; fax: 06/3218684), in forza di procura speciale congiunta al ricorso introduttivo e già agli atti del giudizio nonché di procura speciale congiunta a questo atto

contro

- **REGIONE VENETO** (C.F.: 80007580279), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901 - palazzo Balbi
- **MINISTERO DELLA SALUTE** (C.F.: 80242250589), in persona del Ministro *pro tempore*, domiciliato per legge presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, via dei Portoghesi 12, e dalla stessa rappresentata in giudizio con l'avv. Daniela Canzoneri

- **MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE** (C.F.: 80415740580), in persona del Ministro *pro tempore*, domiciliato per legge presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, via dei Portoghesi 12, e dalla stessa rappresentata in giudizio con l'avv. Daniela Canzoneri

- **PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI** (C.F.: 80188230587), in persona del Presidente del Consiglio *pro tempore*, domiciliato per legge presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, via dei Portoghesi 12, e dalla stessa rappresentata in giudizio con l'avv. Daniela Canzoneri

- **CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, domiciliato per legge presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, via dei Portoghesi 12, e dalla stessa rappresentata in giudizio con l'avv. Daniela Canzoneri

e nei confronti di

- **REGIONE ABRUZZO** (C.F.: 80003170661), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in L'Aquila, via Leonardo Da Vinci 6 – Palazzo Silone

- **REGIONE BASILICATA** (C.F.: 80002950766), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Potenza, via Vincenzo Verrastro 4

- **REGIONE CALABRIA** (C.F.: 02205340793), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Catanzaro, Viale Europa, Cittadella Regionale, Località Germaneto

- **REGIONE CAMPANIA** (C.F.: 80011990639), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Napoli, via Santa Lucia 81

- **REGIONE EMILIA ROMAGNA** (C.F.: 80062590379), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bologna, viale Aldo Moro 52

- **REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA** (C.F.: 80014930327), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Trieste, piazza dell'Unità d'Italia 1

- **REGIONE LAZIO** (C.F.: 80143490581), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Roma, via Cristoforo Colombo 212
- **REGIONE LIGURIA** (C.F.: 00849050109), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Genova, via Fieschi 15
- **REGIONE LOMBARDIA** (C.F.: 80050050154), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Milano, piazza Città di Lombardia 1
- **REGIONE MARCHE** (C.F.: 80008630420), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Ancona, via Gentile Da Fabriano 9
- **REGIONE MOLISE** (C.F.: 00169440708), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Campobasso, via Genova 11
- **REGIONE PIEMONTE** (C.F.: 80087670016), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Torino, piazza Castello 165
- **REGIONE PUGLIA** (C.F.: 80017210727), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro 33
- **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA** (C.F.: 80002870923), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Cagliari, viale Trento 69
- **REGIONE SICILIANA** (C.F.: 80012000826), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Palermo, piazza Indipendenza 21 - palazzo D'Orleans
- **ASSESSORATO DELLA SALUTE DELLA REGIONE SICILIANA** (C.F.: 80012000826), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Palermo, Piazza Ottavio Ziino 24
- **REGIONE TOSCANA** (C.F.: 01386030488), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Firenze, piazza Duomo 10
- **REGIONE AUTONOMA TRENTO - ALTO ADIGE / SÜDTIROL** (C.F.: 80003690221), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Trento, via Gazzoletti 2
- **REGIONE UMBRIA** (C.F.: 80000130544), in persona del legale

rappresentante *pro tempore*, con sede in Perugia, corso Vannucci 96

- **REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA** (C.F.: 80002270074), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Aosta, piazza A. Deffeyes 1

- **PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO** (C.F.: 00390090215), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bolzano, piazza Silvius Magnago 1

- **PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO** (C.F.: 00337460224), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Trento, piazza Dante 15

e con notifica a

- **PIKDARE s.p.a.** (C.F.: 03690650134), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Casnate con Bernate (CO), via Saldarini Catelli 10

nonché, ove occorra, contro

AZIENDA ZERO (C.F./P.IVA: 05018720283), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Padova, Passaggio Gaudenzio 1; **AZIENDA ULSS N. 1 “DOLOMITI”** (C.F./P.IVA: 00300650256), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Belluno, via Feltre 57; **AZIENDA ULSS N. 2 “MARCA TREVIGIANA”** (C.F./P.IVA: 03084880263), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Treviso, via Sant'Ambrogio di Fiera 37; **AZIENDA ULSS N. 3 “SERENISSIMA”** (C.F./P.IVA: 02798850273), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Mestre, via Don Tosatto 147; **AZIENDA ULSS N. 4 “VENETO ORIENTALE”** (C.F./P. IVA: 02799490277), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in San Donà di Piave (VE), piazza De Gasperi 5; **AZIENDA ULSS N. 5 “POLESANA”** (C.F./P.IVA: 01013470297), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Rovigo, viale Tre Martiri 89; **AZIENDA ULSS N. 6 “EUGANEA”** (C.F./P.IVA: 00349050286), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Padova, via E. degli Scrovegni 14; **AZIENDA ULSS N. 7 “PEDEMONTANA”**

(C.F./P.IVA: 00913430245), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Bassano del Grappa (VI), via dei Lotti 40; **AZIENDA ULSS N. 8 “BERICA”** (C.F./P. IVA: 02441500242), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Vicenza, viale Rodolfi 37; **AZIENDA ULSS N. 9 “SCALIGERA”** (C.F./P.IVA: 02573090236), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Verona, via Valverde 42; **AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITÀ DI PADOVA** (C.F./P.IVA: 00349040287), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Padova, via Giustiniani 2; **AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA** (C.F./P.IVA: 03901420236), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Verona, piazzale Aristide Stefani 1; **ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS** (C.F./P.IVA: 04074560287), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede in Padova, via Gattamelata 64.

per l’annullamento

- del decreto del direttore generale dell’Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022, con oggetto “*Articolo 9-ter, comma 9-bis, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125. Ripartizione tra le aziende fornitrici di dispositivi medici degli oneri di ripiano derivanti dal superamento del tetto di spesa per dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018, certificato dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle finanze del 6 luglio 2022 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 settembre 2022, serie generale n. 216. Decreto del Ministero della Salute 6 ottobre 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 ottobre 2022, n. 251. Definizione dell’elenco delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggette a ripiano e dei relativi importi.*” e relativo allegato, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 151 del 14 dicembre 2022 (doc. 1.VEN), nella parte in cui pone a carico di SERENITY s.p.a. la richiesta somma (quota di ripiano alla stessa attribuita) di euro 414.040,66 (di cui euro 84.980,72 per l’anno 2015, euro 88.166,50 per l’anno 2016, euro 99.751,79

per l'anno 2017 ed euro 141.141,65 per l'anno 2018);

- di ogni atto presupposto, consequenziale e comunque connesso al suddetto provvedimento e in particolare, ove occorra, anche e nuovamente dei provvedimenti impugnati con il ricorso introduttivo del giudizio n. 14007/2022 R.G. e segnatamente:

- del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 216 del 15 settembre 2022, avente ad oggetto "*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);

- del decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 251 del 26 ottobre 2022, avente ad oggetto "*Adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali in tema di ripiano del superamento del tetto dei dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018*" (doc. 2);

- di ogni atto presupposto, consequenziale e comunque connesso ai suddetti decreti ministeriali, ivi inclusi l'accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019 (doc. 3) e l'intesa rep. atti 213/CSR del 28 settembre 2022 (doc. 4) sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

- nonché, ove occorra, dei presupposti provvedimenti istruttori (ancorché non conosciuti) degli enti del servizio sanitario regionale con i quali si è proceduto alla ricognizione delle fatture e al calcolo del fatturato annuo di ciascuna azienda e indicati nel decreto del direttore generale dell'Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022 come: "*deliberazioni dei Direttori Generali degli Enti del Servizio sanitario regionale, agli atti delle strutture competenti dell'Area Sanità e Sociale, con cui è stato validato e certificato il fatturato relativo all'anno di riferimento per singola azienda di dispositivi medici, calcolato secondo le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 3 del*

Ministero della Salute 6 ottobre 2022” e meglio identificati, a seguito di accesso agli atti, come: delibera direttore generale Azienda ULSS N. 1 “Dolomiti” n. 1398 del 13 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 2 “Marca trevigiana” n. 2330 del 7 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 3 “Serenissima” n. 2076 del 12 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 4 “Veneto orientale” n. 1138 del 9 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 5 “Polesana” n. 1488 del 7 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 6 “Euganea” n. 826 del 12 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 7 “Pedemontana” n. 2322 del 9 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 8 “Berica” n. 2001 del 7 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda ULSS n. 9 “Scaligera” n. 1240 del 13 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda Ospedale Università Padova n. 2560 del 9 dicembre 2022, delibera direttore generale Azienda Ospedale Universitaria Integrata Verona n. 1176 del 12 dicembre 2022, delibera direttore generale Istituto Oncologico Veneto n. 1077 del 7 dicembre 2022; nonché della nota di Azienda Zero prot. n. 34255 del 7 dicembre 2022 e relative proposte tecniche allegate, con cui si dà atto che è stata verificata la coerenza del fatturato complessivo dei fornitori privati e pubblici e del valore delle "altre fattispecie non riconducibili a fatturato" rilevato dagli Enti del SSR con quanto contabilizzato nella voce "BA0210 - Dispositivi medici" del modello CE consolidato regionale dell'anno di riferimento e si inviano le due proposte tecniche di riparto degli importi quantificati nel D.M. 6 luglio 2022, e della nota dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto prot. regionale n. 544830 del 24 novembre 2022, con il quale sono state fornite agli Enti del Servizio sanitario regionale le indicazioni per l'aggiornamento delle certificazioni della spesa per l'acquisto di dispositivi medici per gli anni dal 2015 al 2018.

*** **

Premesse in fatto

SERENITY s.p.a. è una società *leader* nel settore delle forniture di dispositivi

medici monouso e pluriuso per l'incontinenza e dei servizi connessi.

Con il ricorso introduttivo del giudizio n. 14007/2022 R.G., SERENITY s.p.a. ha impugnato: il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, il decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2022, ogni atto presupposto, consequenziale e comunque connesso ai suddetti decreti ministeriali, ivi inclusi l'accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019 e l'intesa rep. atti 213/CSR del 28 settembre 2022 sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, chiedendo di *“annullare i provvedimenti impugnati, previa rimessione alla Corte costituzionale della questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-ter, commi 1 lettera b), 8, 9 e 9-bis del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito dalla legge 6 agosto 2015 n. 125, in riferimento agli artt. 2, 3, 11, 32, 41, 42, 53 e 117, primo comma, della Costituzione, e fatta salva la non applicazione delle disposizioni di diritto interno in contrasto con il diritto eurounitario provvisto di effetto diretto, previo rinvio pregiudiziale, ove occorra, alla Corte di giustizia dell'Unione europea ai sensi dell'art. 267 TFUE (ex art. 234 TCE)”*.

I suddetti provvedimenti sono finalizzati a: fissare il tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, tra cui rientrano anche gli ausili per l'incontinenza, per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018; certificare il superamento dei tetti di spesa dei dispositivi medici per i suddetti anni; predisporre le linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali di attribuzione degli oneri a carico delle aziende fornitrici per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici per i suddetti anni.

Successivamente alla notificazione e al deposito del ricorso introduttivo, con decreto del direttore generale dell'Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 151 del 14 dicembre 2022, sono stati quantificati gli oneri di ripiano della spesa per i dispositivi medici per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 posti

dalla Regione Veneto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, da versarsi entro 30 giorni dalla pubblicazione.

La quota di ripiano accollata a SERENITY s.p.a., sommando i dati riferiti al suo codice fiscale a quelli riferiti alla sua partita IVA, ammonta a euro 414.040,66 (di cui euro 84.980,72 per l'anno 2015, euro 88.166,50 per l'anno 2016, euro 99.751,79 per l'anno 2017 ed euro 141.141,65 per l'anno 2018).

Siffatto provvedimento è illegittimo, sia per vizi autonomi sia per invalidità derivata, e viene, per l'effetto, impugnato con i presenti motivi aggiunti, da valere anche quale ricorso autonomo, unitamente e nuovamente, ove occorra, ai richiamati presupposti decreti ministeriali e atti sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nonché ai sopra indicati presupposti provvedimenti istruttori (ancorché non conosciuti) della stessa Regione e degli enti del servizio sanitario regionale, con i quali sono state fornite indicazioni per l'aggiornamento delle certificazioni della spesa per i dispositivi medici e si è proceduto alla ricognizione delle fatture, al calcolo e alla verifica del fatturato annuo di ciascuna azienda e degli importi dovuti per i seguenti motivi di

DIRITTO

A.VEN) IL QUADRO NORMATIVO.

La ricognizione del quadro normativo su cui poggiano i provvedimenti impugnati è stata riportata nel ricorso introduttivo al punto A) della parte in DIRITTO, da intendersi qui ritrascritto e cui si rimanda, in ossequio al principio di sinteticità.

B.VEN) ILLEGITTIMITÀ DEI PROVVEDIMENTI IMPUGNATI DERIVANTE DAI VIZI DI ILLEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE DELL'ART. 9-TER, COMMI 1 LETTERA B), 8, 9 E 9-BIS, DEL DECRETO LEGGE N. 78 DEL 2015, CONVERTITO DALLA LEGGE N. 125 DEL 2015, IN RIFERIMENTO AGLI ARTT. 2, 3, 11, 32, 41, 42, 53 E 117 COSTITUZIONE. IRRAGIONEVOLEZZA. CARENZA DI PROPORZIONALITÀ E ADEGUATEZZA. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI CERTEZZA E STABILITÀ DEI

RAPPORTI GIURIDICI E DEL LEGITTIMO AFFIDAMENTO. VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 107 TFUE E DELL'ART. 1 DEL PROTOCOLLO ADDIZIONALE ALLA CEDU.

1. Come esposto nel ricorso introduttivo, il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, il decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2022, l'accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019 e l'intesa rep. atti 213/CSR del 28 settembre 2022 sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono in primo luogo illegittimi in quanto l'apparato normativo su cui si fondano è costituzionalmente illegittimo nonché in contrasto con l'ordinamento sovranazionale.

Gli stessi vizi affliggono, sia in via autonoma sia in via derivata, il decreto del direttore generale dell'Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022 e i presupposti provvedimenti istruttori della stessa Regione e degli enti del servizio sanitario regionale, qui gravati, che poggiano sul medesimo apparato normativo e si inseriscono comunque nella sequenza procedimentale avviata con i richiamati decreti ministeriali e atti della Conferenza permanente e finalizzata ad accollare alle aziende fornitrici una quota di ripiano del superamento del tetto di spesa.

Si riportano, pertanto, qui di seguito i profili di illegittimità costituzionale già rilevati con il ricorso introduttivo.

2. Con le disposizioni indicate nell'epigrafe del motivo e di cui si rileva l'illegittimità costituzionale e la contrarietà all'ordinamento sovranazionale si è introdotto nel settore dei dispositivi medici uno strumento di governo della spesa, il c.d. *pay-back*, che era stato già utilizzato dal legislatore per regolare la spesa farmaceutica.

Per il comparto dei farmaci, il sistema di ripianamento da parte delle aziende farmaceutiche si fondava, inizialmente, sulla preassegnazione annuale da parte di AIFA di un *budget* a ciascuna azienda per ogni farmaco, sfiorato il quale doveva essere ripianato, in ragione della percentuale fissata, dall'impresa farmaceutica

stessa; successivamente, si è passati al sistema della determinazione da parte dell'AIFA delle quote di mercato di ciascuna azienda, con obbligo di ripiano a carico di ciascuna azienda determinato in via teorica proporzionalmente alla sua quota di mercato (per una ricostruzione del sistema relativo al comparto dei farmaci, si veda TAR Lazio - Roma, sez. III-*quater*, 30 maggio 2022 n. 7005).

Per il comparto dei dispositivi medici, il sistema di ripianamento si fonda, invece, sulla mera certificazione dello sconfinamento del tetto di spesa registrato nelle singole Regioni (e Province autonome di Trento e di Bolzano), senza alcuna preassegnazione di *budget* o quote di mercato, e l'obbligo di ripianamento viene imposto in misura pari all'incidenza percentuale del fatturato di ciascuna azienda sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici.

L'intero sistema si sarebbe dovuto poggiare sul rispetto di una precisa tempistica quanto agli adempimenti di competenza delle Regioni (e Province autonome di Trento e di Bolzano) e del Ministro della salute, propedeutici al ripiano a carico degli operatori.

Tra questi adempimenti assumevano ruolo centrale: a) la fissazione del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici da parte dell'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano da assumersi entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale; b) la certificazione da parte del Ministro della salute dell'eventuale superamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici da assumersi il 30 settembre di ogni anno.

Senonché la procedura amministrativa così descritta è rimasta inattuata sino ai giorni nostri: la prima certificazione, riferita in via retroattiva agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, è intervenuta con l'impugnato decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, che richiama l'accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale sono stati fissati, sempre in via

retroattiva per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, i tetti regionali.

Lo stesso dicasi per la normativa primaria: l'art. 18 del decreto legge n. 115 del 2022, convertito dalla legge n. 142 del 2022 (che ha introdotto nell'articolo 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, il comma 9-bis), interviene dopo una fase di "stallo" di oltre sette anni dall'emanazione dell'art. 9-ter, comma 9, del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, che aveva posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale, durante i quali lo Stato e le Regioni, come si è detto, non hanno dato séguito, nei tempi normativamente imposti, agli adempimenti previsti in tema di fissazione dei tetti regionali di spesa e certificazione del superamento dei suddetti tetti.

3. Ora, con riferimento al comparto dei farmaci, è stato messo in risalto che le descritte modalità di partecipazione delle aziende farmaceutiche al ripiano della spesa del comparto non integrano violazione dei parametri costituzionali di cui agli artt. 3 e 41 Cost., in quanto non impediscono alla singola azienda farmaceutica di programmare la propria attività al fine di assicurare il rispetto del proprio *budget* (o quota di mercato), atteso che una volta delineato tempestivamente il *budget* (o la quota di mercato) di ciascuna azienda, l'azienda medesima è messa in condizione di valutare – con autonoma scelta imprenditoriale – il rischio di impresa e, conseguentemente, l'opzione di partecipare o meno alla fornitura tenendo conto, appunto, del proprio *budget* (o quota di mercato) (in argomento, si veda TAR Lazio - Roma, sez. III-quater, 8 giugno 2015 n. 8038).

Sennonché è stato altresì precisato che *«Ovviamente, ai fini della legittimità dell'intero sistema, deve escludersi la possibilità che – stipulato il contratto di fornitura – l'azienda possa essere obbligata ad una prestazione di contenuto indefinito o, comunque, in grado di superare i limiti contrattualmente previsti dal momento che ciò si risolverebbe in una vera e propria prestazione imposta in contrasto con il sistema dei limiti al tetto di spesa farmaceutica ospedaliera*

delineato dal legislatore» (TAR Lazio - Roma, n. 8038 del 2015, cit.).

4. Ciò detto, a differenza di quanto è accaduto per il settore farmaceutico, con riferimento al comparto dei dispositivi medici il legislatore ha impedito agli operatori qualsiasi programmazione e/o scelta imprenditoriale, in quanto non solo non vengono coinvolti con la preventiva assegnazione di *budget* o quote di mercato, che consentirebbe loro di esercitare un minimo di programmazione economica e di controllo in ordine all'incidenza della loro attività d'impresa sulla spesa sanitaria, ma addirittura si chiede loro di partecipare *ex post* al ripiano del disavanzo, ledendo così l'autonomia e l'integrità delle scelte d'impresa, con grave alterazione del sistema concorrenziale tra erogatori pubblici e privati delle prestazioni sanitarie che la riforma di cui al d.lgs. n. 502 del 1992 ha voluto introdurre (per il principio: Cons. Stato, sez. IV, 15 febbraio 2002 n. 939).

In questo modo, si chiede al singolo operatore economico di ripianare l'eventuale sfioramento del tetto di spesa regionale, a prescindere dal fatto che dalla spesa sanitaria abbia o meno ricavato benefici, a prescindere dalla circostanza che abbia messo in atto, a differenza di altri operatori, politiche di contenimento della propria spesa, a prescindere da qualsiasi comportamento negligente al medesimo imputabile, a prescindere dal fatto che sia fornitore di presidi medici a séguito di una gara centralizzata (a livello nazionale o regionale) ovvero a séguito di una gara bandita da una singola azienda sanitaria (gare che si differenziano in termini di prezzi e conseguentemente di remuneratività per l'operatore), ma solo - semplicemente ed automaticamente - sulla scorta della circostanza che in una determinata Regione (o Provincia autonoma) si sia registrato uno scostamento dal tetto di spesa fissato.

In buona sostanza, l'onere di partecipazione al ripianamento da parte del singolo operatore economico viene a dipendere, secondo questa formulazione del *pay-back*, da fattori del tutto estranei alla politica aziendale del singolo operatore e sorge semplicemente dalla circostanza di aver operato in una Regione (o Provincia autonoma) c.d. non "virtuosa" (e tale risultata *a posteriori* e sulla base

di criteri più che opinabili), che cioè non abbia rispettato il tetto di spesa attribuitole (per giunta, *ex post*); l'operatore economico che ha operato in tale Regione (o Provincia autonoma) viene così svantaggiato rispetto al suo concorrente che invece ha fornito i propri prodotti al Servizio sanitario di una Regione (o Provincia autonoma) risultata (sempre *a posteriori* e sempre sulla base di criteri più che opinabili) rispettosa del tetto di spesa e che non dovrà, per l'effetto, partecipare all'onere di ripianamento.

Non senza rilevare che la "virtuosità" di una Regione (o Provincia autonoma) non dipende dall'accuratezza con la quale la stessa gestisce la spesa per i dispositivi medici, bensì è correlata solamente all'incidenza della spesa sostenuta per i dispositivi medici in rapporto al fondo sanitario assegnato: ne deriva che la Regione (o la Provincia autonoma) che affida l'erogazione di dispositivi medici a strutture convenzionate o al sistema delle farmacie (entrambe escluse, come meglio si dirà nel prosieguo, dal computo della spesa sanitaria su cui calcolare lo sforamento del tetto e la quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici) potrebbe risultare "virtuosa" non in ragione di una gestione oculata (in termini di minore consumo di dispositivi medici), ma solamente perché il consumo di tali dispositivi medici risulta a carico delle strutture accreditate o delle farmacie.

Ulteriore effetto distorsivo si ha in sede di valutazione di partecipazione alle gare pubbliche: posto che non è possibile per le aziende conoscere in anticipo se una Regione (o Provincia autonoma) è "virtuosa" o, meglio, se lo sarà nell'arco della durata contrattuale (di norma pluriennale) dell'appalto, si impedisce al concorrente di tenerne conto nel proprio calcolo economico e conseguentemente di predisporre un'offerta seria e consapevolmente ponderata, il cui fine è quello di garantire la corretta e puntuale esecuzione del servizio, esponendo l'intero sistema al rischio di pregiudicare i livelli essenziali di assistenza e le funzioni fondamentali inerenti al diritto alla salute presidiato dall'art. 32 della Costituzione (mentre non è possibile limitare i livelli essenziali di assistenza attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica che incidono sulla remunerazione di

un determinato servizio sanitario, condizionandone l'effettività).

L'offerta risultata aggiudicataria, all'esito di una procedura concorsuale pubblica, diventerebbe *a posteriori* non sostenibile economicamente e, quindi, anomala, il che mette a rischio l'intero sistema che regola le procedure di gara.

D'altro canto, un sistema normativo che, anche solo indirettamente, influenza il mercato, condizionando la scelta dell'operatore di partecipare o meno ad una determinata fornitura pubblica (in relazione alle caratteristiche di "virtuosità" dell'ente territoriale di riferimento e, dunque, a seconda del rischio per l'imprenditore di essere assoggettato al *pay-back*) costituisce un sistema distorsivo della concorrenza.

Evidenti le ripercussioni negative sull'assetto competitivo e sull'equilibrio del mercato nello specifico settore dei dispositivi medici, con conseguente violazione dell'art. 41 Cost.

La libertà di iniziativa economica privata, così come gode della tutela accordata dall'art. 41 Cost. alle imprese singolarmente considerate, soggiace ai limiti che lo stesso dettato costituzionale consente di stabilire a salvaguardia di valori di rilievo costituzionale, ivi compreso quello di un assetto competitivo dei mercati a tutela delle stesse imprese e dei consumatori; l'art. 41 Cost. è quindi un parametro che garantisce non solo la libertà di iniziativa economica, ma anche l'assetto concorrenziale del mercato di volta in volta preso in considerazione (Corte cost. n. 94 del 2013).

Assetto concorrenziale che subisce alterazioni ingiustificate anche dalla circostanza che determinati settori di spesa dei dispositivi medici vengono esclusi dal meccanismo del *pay-back*.

Ci si riferisce, da un lato, alla spesa derivante dall'acquisto di dispositivi medici forniti ad aziende private accreditate con il S.S.N., che non vengono fatti rientrare nel computo della spesa considerata ai fini dalla valutazione del superamento dei tetti di spesa delle singole Regioni (e Province autonome); dall'altro, occorre tenere in considerazione che anche tutta la spesa derivante da acquisiti di

dispositivi medici effettuati direttamente in farmacia e poi rimborsati dal S.S.N. è esclusa dal meccanismo del *pay-back*, siccome non computata nella determinazione della spesa sostenuta dalla Regione (o dalla Provincia autonoma) ai fini della valutazione dello sfioramento o meno dei tetti di spesa e della misura dello sfioramento medesimo.

Che solo la componente di spesa derivante dalla fornitura di dispositivi medici ad aziende sanitarie pubbliche rientri nel computo dei tetti di spesa regionali emerge con evidenza dalla lettura del comma 9 dell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015 convertito dalla legge n. 125 del 2015 (*«... 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 dei soli dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale ...»*) e del comma 6 dello stesso art. 9-ter (*«... le informazioni concernenti i dati delle fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici acquistati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale sono trasmesse ...»*).

Si aggiunga che: a) il Ministero dell'economia e delle finanze ha precisato, con la circolare 7435 del 17 marzo 2020, che le strutture di interesse sono: le agenzie regionali sanitarie, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le aziende sanitarie locali, le organizzazioni le centrali regionali; b) il modello di rilevazione del conto economico CE allegato al D.M. 15 giugno 2012 e successive modifiche è predisposto dagli enti di cui all'art. 19, comma 2 lettera c), del d.lgs. n. 118 del 2011 (ovvero le aziende sanitarie locali e ospedaliere, gli istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, le aziende ospedaliere universitarie, nonché le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano) e all'interno dello stesso modello non risultano riportate voci di costo per rimborsi a strutture accreditate o farmacie.

L'esigenza di garantire gli assetti concorrenziali dei mercati richiede, quindi, l'eliminazione di ogni misura legislativa che miri a dirigere le attività economiche

ovvero a incidere in modo eccessivo sulla loro redditività ovvero a penalizzare un mercato (quello delle forniture dirette al S.S.N.) o a consolidare/avvantaggiare altri (quello delle forniture alle strutture private accreditate e alle farmacie) senza alcuna giustificazione di pubblica utilità o fini sociali; in questo modo, consapevolmente o meno, il legislatore indirizza il mercato dei dispositivi medici verso determinati canali (strutture private accreditate e farmacie) a discapito di altri (pubbliche forniture agli enti del S.S.N.), favorendo indirettamente alcuni settori del comparto dispositivi medici (e di conseguenza le aziende che operano in tali settori), senza alcuna giustificazione di utilità generale e, conseguentemente, in violazione dell'art. 41 Cost.

5. Il risultato è, quindi, quello di concedere vantaggi selettivi a talune imprese, falsando la concorrenza nel mercato interno e pregiudicando il commercio tra gli Stati membri dell'Unione europea, in violazione dell'art. 107 TFUE, il quale prevede un divieto generale di concedere aiuti di Stato (intesi come ogni vantaggio concesso a titolo di trattamento preferenziale a talune imprese o talune produzioni che falsino o minaccino di falsare la concorrenza e pregiudichino il commercio tra gli Stati membri), e dell'art. 3 TFUE (nella lettura fornita nel protocollo n. 27 sul mercato interno e la concorrenza), il quale stabilisce che il mercato interno comprende un sistema che assicuri che la concorrenza non sia falsata; con conseguente obbligo di non applicazione da parte del giudice italiano della norma di diritto interno in contrasto con il diritto primario dell'Unione europea provvisto di effetto diretto, in forza dell'art. 11 Cost. (ove occorra, previo rinvio pregiudiziale alla Corte di giustizia dell'Unione europea ai sensi dell'art. 267 TFUE già art. 234 TCE), ovvero possibilità di sollevare la questione di legittimità costituzionale per violazione di quello stesso parametro costituzionale unitamente a quello di cui all'art. 117, primo comma, ove si ritenessero, in ipotesi, le citate disposizioni del Trattato prive di effetto diretto.

6. Il bisogno di salvaguardare le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale riposa poi sul fondamentale

principio di certezza dei rapporti giuridici, valore fondante dello Stato di diritto.

La violazione del principio di tutela del legittimo affidamento, ricaduta e declinazione soggettiva dell'indispensabile carattere di coerenza di un ordinamento giuridico quale manifestazione del valore della certezza del diritto (Corte cost. n. 108 del 2019), va ricondotta all'art. 3 della Costituzione (v. *ex multis* Corte cost. n. 136 del 2022).

Viene, quindi, a mancare un punto di riferimento regolatore per lo svolgimento dell'attività d'impresa, specie se si considera che: a) la fornitura dei dispositivi medici avviene a séguito di regolari procedure di gara nelle quali il fabbisogno viene stabilito dalle stazioni appaltanti e le condizioni contrattuali delle forniture sono il risultato del confronto concorrenziale; b) le aziende aggiudicatarie non possono interrompere la fornitura, in quanto ciò non solo le esporrebbe al pagamento di penali di natura risarcitoria, ma costituirebbe anche un reato.

Mediante l'imposizione, a fornitura già eseguita, del ripiano della spesa sanitaria delle singole Regioni (e Province autonome) in capo alle aziende fornitrici del S.S.N. si perviene, in pratica, ad una alterazione *ex post* dell'originario sinallagma, indotta direttamente dalla norma che impone un prelievo forzoso, con modifica delle condizioni contrattuali in essere fissate all'esito dell'esperimento del confronto concorrenziale.

Va sottolineato che la Corte costituzionale (sentenza n. 169 del 2017), scrutinando il comma 1 dello stesso art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, che introduce una procedura di rinegoziazione dei contratti di fornitura in essere, osserva:

«L'operatività della rinegoziazione rimane circoscritta alla sola eventualità che i contraenti raggiungano un nuovo accordo attraverso la ridefinizione in concreto delle loro originarie determinazioni. In definitiva, l'offerta di modifica ex art. 9-ter rimane comunque condizionata dalla verifica che il sinallagma del contratto originario non sia dalla stessa inciso fino a pregiudicarne la convenienza per l'amministrazione e la remuneratività per l'esecutore.

Sotto questo profilo, la disciplina impugnata supera il vaglio di costituzionalità poiché disegna un meccanismo idoneo a garantire che le posizioni contrattuali inizialmente concordate tra le parti non siano automaticamente modificate o comunque stravolte dalla sopravvenienza normativa, ma siano circoscritte nel perimetro della normale alea assunta ex contractu, nell'ambito della quale deve essere ricompreso, trattandosi di contratti di durata, anche l'intervento del legislatore.

Dunque la disposizione va interpretata nel senso del conferimento di una facoltà al committente, la quale non comporta che le quantità ed i prezzi unitari degli acquisti dei beni e dei servizi futuri risultino necessariamente ridotti in modo automatico e lineare».

Ne consegue che la disciplina del *pay-back* sui dispositivi medici - introdotta dall'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, come modificata dall'art. 18 del decreto legge n. 115 del 2022, convertito dalla legge n. 142 del 2022 - per le ragioni espresse dalla medesima Consulta, non supera il vaglio di costituzionalità poiché, appunto, disegna un meccanismo che automaticamente modifica o comunque stravolge le posizioni contrattuali inizialmente concordate tra le parti, pregiudicando le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale e contraddicendo il principio di certezza dei rapporti giuridici e, per giunta, adoperando mezzi irragionevolmente penetranti rispetto a quanto si sarebbe potuto disporre.

In questo caso, l'alterazione dell'originario sinallagma viene automaticamente e coattivamente determinata dalla norma e non esige alcun esplicito consenso di entrambe le parti (come invece avviene con l'istituto della rinegoziazione dei contratti in essere), né sono previsti meccanismi alternativi al consenso (recesso, indizione di una nuova gara o adesione transitoria a contratti più vantaggiosi), il che integra la violazione del principio di ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost.

7. Si può altresì osservare, più in generale, che l'art. 18 del decreto legge n. 115

del 2022, convertito dalla legge n. 142 del 2022 (che ha introdotto nell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, il comma 9-bis), nella misura in cui dispone sul ripiano per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (annualità durante le quali non era previsto alcun valore oggettivo in termini di fissazione e superamento del tetto di spesa regionale che obbligasse o consigliasse l'azienda a pianificare la sua spesa ospedaliera) si caratterizza per incidere retroattivamente sugli impegni di fornitura che le singole aziende avevano assunto in buona fede con le strutture pubbliche negli anni addietro.

Ora, più volte la Corte costituzionale è intervenuta per vagliare la rispondenza ai principi della Costituzione di disposizioni aventi forza di legge dotate di efficacia retroattiva.

In tali occasioni, la Corte ha precisato che *“il principio di irretroattività della legge, pur ricevendo tutela espressa nella Costituzione in materia penale (art. 25, secondo comma), costituisce pur sempre un principio fondamentale di civiltà giuridica, che deve essere tendenzialmente preservato, in conformità al disposto dell'art. 11 delle disposizioni preliminari al codice civile. Pertanto, al di fuori della materia penale, pur non essendo precluso al legislatore di emanare norme retroattive, è necessario che la retroattività trovi adeguata giustificazione sul piano della ragionevolezza, «attraverso un puntuale bilanciamento tra le ragioni che ne hanno motivato la previsione e i valori, costituzionalmente tutelati, al contempo potenzialmente lesi dall'efficacia a ritroso della norma adottata» (sentenze n. 70 del 2020, n. 174 e n. 108 del 2019 e n. 73 del 2017)”* (Corte cost. n. 104 del 2022).

I limiti alla possibilità per il legislatore di incidere, con norme dotate di efficacia retroattiva, su situazioni sostanziali poste in essere in vigenza di leggi precedenti attengono alla salvaguardia di fondamentali valori di civiltà giuridica posti dall'ordinamento costituzionale, tra i quali vanno ricompresi il rispetto del principio generale di ragionevolezza e quello di tutela dell'affidamento legittimamente sorto nei soggetti quale principio connaturato allo Stato di diritto,

presidiati dall'art. 3 Cost.

Esaminando la fattispecie normativa, è da escludersi che sia stato rispettato il principio dell'affidamento.

Si consideri, al riguardo, che la modifica introdotta dalla legge di bilancio 2019 (art. 1, comma 557, della legge 30 dicembre 2018 n. 145) a proposito del procedimento (disciplinato dall'art. 9-ter, comma 8, del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015) di certificazione dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici aveva indotto le aziende a fare affidamento sul fatto che nessuna partecipazione sarebbe stata chiesta per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018; aveva cioè fatto sorgere nelle aziende interessate una ragionevole fiducia che si sarebbe operato solo per l'avvenire, specie se si consideri che, a quella data, non era intervenuto alcuno degli adempimenti previsti dalla normativa primaria in punto fissazione del tetto di spesa delle Regioni per l'acquisto di dispositivi medici e certificazione dell'eventuale superamento del tetto di spesa.

La legge n. 145 del 2018 ha, infatti, innovato il sistema, disponendo gli adempimenti e le modalità procedurali per la partecipazione al ripiano dello sfioramento del tetto di spesa delle Regioni da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici esclusivamente con riferimento all'anno 2019 e successivi; nulla è stato disposto con riferimento agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 e non è stata, quindi, presa in considerazione alcuna ipotesi di ripiano "ora per allora" riferito a dette annualità sulla base di tetti di spesa tardivamente e retroattivamente determinati; il legislatore del 2018 aveva escluso qualsiasi effetto retroattivo della norma, disponendo solo per le annualità future (dal 2019).

Viceversa, la nuova disciplina del 2022, innovativa rispetto a quella preesistente, non trova una sua giustificazione, sia sotto il profilo della ragionevolezza, quale conformità tra la regola introdotta e la causa normativa che la deve assistere, sia sotto quello della tutela dell'affidamento, quale limite alla possibilità per il legislatore di incidere su situazioni sorte in vigenza di leggi

precedenti, sia sotto il profilo del rispetto della certezza dei rapporti giuridici.

D'altra parte, l'intervento legislativo oggetto di censura non può trovare adeguata giustificazione nell'interesse dello Stato alla riduzione della spesa pubblica; infatti, se l'obiettivo di ridurre il debito può giustificare scelte anche assai onerose e, sempre nei limiti della ragionevolezza e della proporzionalità, la compressione di situazioni giuridiche rispetto alle quali opera un legittimo affidamento, esso non può essere perseguito senza una equilibrata valutazione comparativa degli interessi in gioco e trascurando completamente gli interessi dei privati con i quali va invece ragionevolmente temperato (Corte cost. n. 54 del 2019 e n. 216 del 2015).

Nel caso in esame, non risulta che l'interesse alla riduzione della spesa pubblica sia stato adeguatamente bilanciato rispetto al sacrificio imposto alle imprese, e le disposizioni in esame assumono, perciò, i tratti della irragionevolezza e, dunque, della contrarietà all'art. 3 Cost.

8. Sotto altro profilo, va osservato che, a differenza di quanto accaduto con riferimento al comparto farmaceutico (cfr. Corte cost. n. 70 del 2017), l'evoluzione legislativa circa la distribuzione dell'onere di ripianamento nel comparto dei dispositivi medici non ha dimostrato affatto né la temporaneità della misura né la presenza di pluralità di opzioni al fine di conseguire una ragionevole graduazione degli interessi costituzionali coinvolti, il che rende ancora più irragionevole la scelta distributiva operata con le disposizioni censurate.

Scelta che trascende i limiti della transitorietà e dell'eccezionalità tracciati dalla giurisprudenza costituzionale per gli interventi di contenimento della spesa.

Il carattere sistematico dell'onere di ripianamento nel comparto dei dispositivi medici sconfina, dunque, in un bilanciamento irragionevole tra libertà d'impresa, indissolubilmente connessa con gli altri valori di rilievo costituzionale presidiati dall'art. 3 Cost., ed esigenze di razionale distribuzione delle risorse e controllo della spesa, all'interno di una coerente programmazione finanziaria.

Più in generale, va ricordato che le singole misure di contenimento della spesa

pubblica devono presentare il carattere della temporaneità, al fine di definire in modo appropriato, anche tenendo conto delle scansioni temporali dei cicli di bilancio e più in generale della situazione economica del Paese, il quadro delle relazioni finanziarie tra lo Stato, le Regioni e gli enti locali (Corte cost. n. 169 del 2017).

Tanto più che la disciplina qui scrutinata non reca alcun obbligo di verifica della persistenza delle condizioni macroeconomiche addotte a giustificazione dell'intervento; verifica che è posta a presidio della legittimità delle misure di contenimento dei prezzi fissata a livello eurounitario con la direttiva n. 89/105/CEE, come interpretata dalla Corte di Giustizia (Quarta Sezione, causa C-352/07 del 2 aprile 2009), in materia di fissazione dei prezzi dei farmaci.

9. Se poi si sposta il punto di osservazione sul versante tributario, si può notare che l'apparato normativo in esame configura una prestazione patrimoniale di carattere tributario non rispettosa dei limiti delineati dagli artt. 2, 3 e 53 Cost.

Sotto quest'ultimo profilo, il prelievo coattivo di cui si discute riveste carattere tributario, trattandosi all'evidenza di una prestazione patrimoniale imposta, realizzata attraverso un atto autoritativo di carattere ablatorio, destinata a sovvenire le pubbliche spese: la *ratio* delle disposizioni censurate, in altri termini, è quella di reperire risorse per l'erario (sulle caratteristiche del prelievo tributario, cfr. Corte cost. n. 240 del 2019, n. 89 del 2018, n. 178 del 2015, n. 310 del 2013, n. 223 del 2012; in particolare, la Corte, con la sentenza n. 70 del 1960, si è pronunciata anche sullo sconto imposto per legge sul prezzo dei medicinali dall'art. 4 della legge n. 692 del 1955, asserendo che in quel caso concorrevano gli elementi necessari per ritenerlo prestazione tributaria compresa nella sfera di applicazione dell'art. 23 Cost., senza che potessero assumere rilevanza in contrario né la denominazione usata dalla legge né il fatto che, nel sistema adottato dal legislatore, la prestazione venisse in concreto realizzata sotto la forma di un'ulteriore riduzione del prezzo di vendita dei medicinali).

Con la misura in esame, si provoca all'operatore economico una decurtazione

patrimoniale che riduce il livello di redditività d'impresa (rilevando ai fini della determinazione dell'utile di esercizio) e che è destinata a finanziare la spesa pubblica sanitaria.

Sennonché si riserva, per un determinato settore industriale e solo per esso, un diverso trattamento impositivo a situazioni che manifestano la medesima capacità contributiva: le imprese incise dal *pay-back* non sono, infatti, dotate di una ricchezza maggiore delle altre imprese operanti in altri settori industriali ovvero nello stesso settore ed egualmente soggette in astratto al prelievo, ma nel concreto escluse perché svolgono la loro attività in Regioni (o in Province autonome) che non hanno sfiorato il tetto di spesa ovvero nel mercato delle strutture private accreditate con il S.S.N. e/o delle farmacie.

Come è stato osservato dalla Corte costituzionale (sentenza n. 288 del 2019), in questi casi viene in causa il principio dell'eguaglianza tributaria, atteso che ogni diversificazione del regime tributario, per aree economiche o per tipologia di contribuenti, deve essere supportata da adeguate giustificazioni, in assenza delle quali la differenziazione degenera in arbitraria discriminazione (cfr. sentenze n. 10 del 2015, n. 104 del 1985 e n. 42 del 1980).

Nella fattispecie, come già osservato, il prelievo imposto al singolo operatore economico che opera nel mercato dei dispositivi medici è diversificato per aree economiche o per tipologia di contribuenti.

Il legislatore ha, perciò, introdotto un prelievo tributario a carico di determinati operatori economici, in spregio all'universale dovere di solidarietà economica (art. 2 Cost.) e ai principi di uguaglianza (art. 3 Cost.) e di gradualità dei sacrifici imposti in funzione della capacità contributiva (art. 53 Cost.), effettuando scelte impositive differenziate a parità di presupposti.

Principio della capacità contributiva che viene violato a maggior ragione se si considera che l'art. 9-ter, comma 9, del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, trasla sulle aziende fornitrici di dispositivi medici l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale (per una determinata quota)

in misura pari per ciascuna azienda all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici

L'aver imposto il ripiano in relazione al mero fatturato, che non è espressivo di capacità contributiva, si pone in contrasto con i basilari principii costituzionali che governano la modulazione dell'imposizione fiscale e gli elementari principii di ragionevolezza e non arbitrarietà a cui si deve ispirare l'esercizio del potere legislativo, pena la violazione dei richiamati precetti di cui agli artt. 2, 3 e 53 Cost.

10. Inoltre, va considerato che l'articolato normativo in discussione si caratterizza anche per avere carattere espropriativo, introducendo un prelievo forzoso (una sorta di c.d. cripto-espropriazione) in via ordinaria svincolato dalla congiuntura economica sfavorevole e, comunque, una eccessiva ingerenza/interferenza dello Stato nella proprietà privata, senza previsioni di indennizzo e giustificazione di utilità generale, in difetto del necessario giusto equilibrio tra le esigenze dell'interesse generale e gli imperativi della salvaguardia dei diritti fondamentali degli individui e, conseguentemente, in violazione dell'art. 42 Cost. nonché dell'art. 1 del Protocollo addizionale alla CEDU, così come interpretato dalla Corte CEDU, e quindi in violazione degli obblighi internazionali, di cui agli artt. 11 e 117, comma 1, Cost.

Si ricorda che, secondo la giurisprudenza della Corte di Strasburgo, nel concetto di proprietà rientra anche il credito o la legittima aspettativa di ottenere un vantaggio e la c.d. interferenza può consistere in un qualsiasi intervento dei poteri pubblici che incida su un diritto economico attraverso mezzi non proporzionati allo scopo da raggiungere (cfr. pronunzie n. 49429/99, n. 51728/99, n. 15084/03, n. 33202/96); le esigenze di contenimento della spesa pubblica non possono, poi, essere considerate ragioni di interesse generale idonee a giustificare una sproporzionata ingerenza nel godimento dei beni (pronunzie 20 febbraio 2003 n. 47316/99 Forrer - Niedenthal c. Germania e 20 novembre 1995 Pressos Compania Naviera S.A. c. Belgio).

11. In conclusione, la normativa qui scrutinata è radicalmente incompatibile

con i canoni costituzionali e sovranazionali indicati in epigrafe, ai quali deve soggiacere anche la legislazione in materia di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica, e palesa un evidente difetto di adeguato contemperamento di tutti beni e gli interessi coinvolti, il che vizia i provvedimenti impugnati assunti in applicazione di siffatta normativa e rende doveroso sollevare la questione di costituzionalità avanti alla Corte costituzionale con riferimento agli artt. 2, 3, 11, 32, 41, 42, 53 e 117, primo comma, Cost.; questione che è, con tutta evidenza, rilevante ai fini del presente giudizio e non manifestamente infondata; fatta salva, in ogni caso, la non applicazione da parte del Giudice della norma di diritto interno in contrasto con il diritto dell'Unione europea provvisto di effetto diretto, previo rinvio pregiudiziale, ove occorra, alla Corte di giustizia dell'Unione europea ai sensi dell'art. 267 TFUE (ex art. 234 TCE).

C.VEN) ILLEGITTIMITÀ DEI PROVVEDIMENTI IMPUGNATI PER VIZI PROPRI E IN VIA DERIVATA: VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 9-TER DEL DECRETO LEGGE N. 78 DEL 2015, CONVERTITO DALLA LEGGE N. 125 DEL 2015. VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 2, 3, 11, 32, 41, 42, 53, 97 E 117 COST. IRRAGIONEVOLEZZA. CARENZA DI PROPORZIONALITÀ E ADEGUATEZZA. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI CERTEZZA E STABILITÀ DEI RAPPORTI GIURIDICI E DEL LEGITTIMO AFFIDAMENTO. DIFETTO DI ISTRUTTORIA E DI MOTIVAZIONE. ILLOGICITÀ. VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 1 E 7 E SEGG. DELLA LEGGE N. 241 DEL 1990. VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 107 TFUE, DELL'ART. 1 PROTOCOLLO ADDIZIONALE ALLA CEDU, DELLA DIRETTIVA 2006/112/CE E DEL D.P.R. N. 633 DEL 1972.

Come esposto nel ricorso introduttivo, il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, il decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2022, l'accordo rep. atti n. 181/CSR del 7 novembre 2019 e gli atti ad essi presupposti, consequenziali e comunque connessi ai suddetti decreti ministeriali, ivi inclusi l'intesa rep. atti 213/CSR del 28 settembre 2022 sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (di poi, più brevemente, “i provvedimenti statali”) si pongono in contrasto con l’apparato normativo vigente alla loro emanazione.

Ciò vizia in via derivata anche il consequenziale decreto del direttore generale dell’Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022 (di poi, anche “il provvedimento regionale”) e i presupposti provvedimenti istruttori della Regione medesima e degli enti del servizio sanitario regionale.

Si riportano, pertanto, qui di seguito i profili di illegittimità nei confronti dei provvedimenti statali già rilevati con il ricorso introduttivo, profili di illegittimità che si riverberano in via derivata sul provvedimento regionale e sui relativi provvedimenti istruttori.

1. Sotto un primo profilo, va rimarcato che i provvedimenti statali dispongono in via retroattiva per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018.

Ora, si ribadisce che l’art. 1, comma 557, della legge n. 145 del 2018, che ha modificato l’art. 9-ter, comma 8, del decreto legge n. 78 del 2015 convertito dalla legge n. 125 del 2015, aveva escluso qualsiasi effetto retroattivo della norma e aveva disposto solo per l’avvenire, limitando la partecipazione delle aziende fornitrici al ripianamento della spesa per i dispositivi medici alle annualità future (a partire dal 2019).

Manca, quindi, la necessaria copertura normativa, e i provvedimenti statali risultano affetti dagli stessi vizi illustrati nel precedente paragrafo A) che inficiano la normativa primaria, in quanto vanno ad incidere, con carattere sistematico e non temporaneo, irragionevolmente in via retroattiva sugli impegni di fornitura che le singole aziende avevano assunto in buona fede con le strutture pubbliche negli anni addietro, pregiudicando le legittime aspettative degli operatori privati, contraddicendo il principio di certezza dei rapporti giuridici e quello di legittimo affidamento presidiati dall’art. 3 Cost., procurando alterazioni ingiustificate all’assetto concorrenziale in violazione dell’art. 41 Cost. nonché degli artt. 3 e 107 TFUE, imponendo una prestazione patrimoniale di carattere tributario al di

fuori dei limiti costituzionali delineati dagli artt. 2, 3 e 53 Cost. nonché un prelievo forzoso in via ordinaria e una eccessiva ingerenza/interferenza dello Stato nella proprietà privata, senza previsioni di indennizzo e giustificazione di utilità generale, in violazione dell'art. 42 Cost. nonché dell'art. 1 del Protocollo addizionale alla CEDU.

Per l'illustrazione di questo primo profilo di illegittimità, nel rispetto del principio di sinteticità degli atti, si rinvia a quanto esposto nella parte di questo atto dedicata alla eccepita illegittimità costituzionale e sovranazionale dell'apparato normativo di supporto dei suddetti provvedimenti.

Si può aggiungere che, sulla possibilità che il provvedimento amministrativo assuma eccezionalmente effetti retroattivi, l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, con riferimento alla fissazione di tetti di spesa alle prestazioni sanitarie già rese dalle strutture accreditate presso il S.S.N., ha svolto le seguenti considerazioni in merito alle regole da seguire affinché l'esercizio, con effetto *ex tunc*, del potere di programmazione si svolga in guisa da bilanciare l'esigenza del contenimento della spesa con l'interesse degli operatori privati ad agire con un logica imprenditoriale sulla base di un quadro certo e chiaro circa le prestazioni remunerabili e le regole applicabili (decisione n. 4 del 12 aprile 2012):

«La tutela delle legittime aspettative degli operatori privati, in coerenza con il fondamentale principio di certezza dei rapporti giuridici, riposa, in primo luogo, sulla valorizzazione dell'affidamento degli operatori economici, sottolineato dalla decisione n.8/2006 di questa Adunanza, sull'ultrattività dei tetti già fissati per l'anno precedente, salve le decurtazioni imposte dalle successive norme finanziarie. La tutela di tale affidamento richiede, pertanto, che le decurtazioni imposte al tetto dell'anno precedente, ove retroattive, siano contenute, salvo congrua istruttoria e adeguata esplicitazione all'esito di una valutazione comparativa, nei limiti imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno. Più in generale, 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.

Inoltre, la considerazione dell'interesse dell'operatore sanitario a non patire oltre misura la lesione della propria sfera economica anche con riguardo alle prestazioni già erogate fa sì che la latitudine della discrezionalità che compete alla regione in sede di programmazione conosca un ridimensionamento tanto maggiore quanto maggiore sia il ritardo nella fissazione dei tetti. Occorre infatti evitare che il taglio tardivamente effettuato possa ripercuotersi sulle prestazioni già erogate dalle strutture nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività della disciplina fissata per l'anno precedente, con le decurtazioni imposte dalle norme finanziarie (Cons. Stato, sez. III, decisione n. 1289/2012).

2.5. Conseguenze da tutto ciò che ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno. Si deve, al riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. Stato, sez. V, n. 1252/2011; sez. III, n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva. L'adozione di tali atti di programmazione provvisoria - conseguente all'esigenza di far fronte ad un sistema che richiede tempi tecnici non comprimibili in relazione alle varie fasi procedurali previste dalla legge che fisiologicamente si svolgono solo in epoca successiva all'inizio dell'erogazione del servizio - consente, infatti, all'operatore di porre in essere scelte consapevoli sulla base di previsioni attendibili ancorché suscettibili di limitate correzioni. Viene, in tal guisa, soddisfatta l'esigenza degli operatori di programmare la loro attività, ancor prima dell'approvazione dell'atto definitivo, sulla base di tutti gli elementi

conoscibili già nella fase iniziale dell'esercizio di riferimento».

Esaminando la fattispecie in esame, è da rilevare che, in palese contrarietà ai principii desumibili dall'art. 97 Cost. e dalla legge n. 241 del 1990, non è stato osservato alcun percorso istruttorio, ispirato al principio della partecipazione e volto ad assicurare l'equilibrato contemperamento degli interessi in rilievo; che non vi è stata alcuna motivazione a sostegno dell'obbligo di ripianamento imposto in via retroattiva; che difetta qualsiasi esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno; che non è stato assunto alcun atto di programmazione provvisoria; che le decurtazioni imposte non si pongono nei limiti di quanto conoscibile dagli operatori nel corso dell'anno (anzi, per le ragioni già esposte, sino all'adozione dei provvedimenti impugnati l'evoluzione della normativa aveva fatto sorgere nelle aziende una ragionevole fiducia che nessun ripianamento sarebbe stato chiesto per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018).

Non rileva, poi, che l'art. 18 del decreto legge n. 115 del 2022, convertito dalla legge n. 142 del 2022 - che ha aggiunto il comma 9-*bis* all'art. 9-*ter* del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015 - abbia disposto sulle modalità per operare il ripiano per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, in quanto è intervenuto successivamente sia all'Accordo del 7 novembre 2019 sia al decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022; provvedimenti - questi - che costituiscono il presupposto per l'emanazione del decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2022, assunto d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni-Province autonome, al quale sono legati da un rapporto di stretta consequenzialità che conduce a inficiare in via derivata anche quest'ultimo decreto ministeriale del 6 ottobre 2022 e la relativa intesa sancita il 28 settembre 2022 dalla suddetta Conferenza permanente.

È appena il caso di ricordare che, secondo il principio *tempus regit actum*, la legittimità dell'atto va esaminata con riferimento allo stato di fatto e di diritto esistente all'epoca dell'emanazione e le sopravvenienze normative sono ininfluenti, fatto salvo il caso eccezionale (diverso e qui non ricorrente) di norma

avente valenza interpretativa che esplica i suoi effetti anche sui rapporti in atto e sempre che la situazione non sia consolidata o coperta dal giudicato.

2. I provvedimenti statali sono illegittimi anche perché, ai fini del calcolo del tetto di spesa delle Regioni (e delle Province autonome) per le annualità 2015, 2016, 2017 e 2018, fanno riferimento al testo del comma 8 dell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, antecedente alla modifica introdotta dall'art. 1, comma 557, della legge 30 n. 145 del 2018, e conseguentemente applicano una normativa non più vigente.

In particolare, sia nel d.m. del 6 luglio 2022 sia nel d.m. del 6 ottobre 2022 si precisa: *«... che per gli anni 2015-2018 il calcolo dello scostamento della spesa rispetto al tetto deve essere effettuato con riferimento ai dati rilevati nei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE, facendo così riferimento al disposto normativo di cui al previgente comma 8 dell'art. 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, rimasto in vigore fino a tutto l'anno 2018»*, senza spiegare perché si dovrebbe applicare una disposizione normativa non più in vigore.

In questo modo, si fa riferimento ancora al costo di acquisto dei dispositivi medici riportato nel modello di rilevazione del conto economico CE e non ai dati derivanti dalla fatturazione elettronica di ciascuna azienda, come invece prescritto dall'art. 9-ter, comma 8, del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, nel testo introdotto dall'art. 1, comma 557, della legge 30 n. 145 del 2018 e vigente al momento di emanazione dei provvedimenti impugnati; disposizione quest'ultima che nulla ha disposto in via transitoria.

E giova rammentare che, ai sensi del comma 6 dell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015 convertito dalla legge n. 125 del 2015: *«Ferma restando la trasmissione, da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici, delle fatture elettroniche al Sistema di interscambio (SDI) ... le informazioni concernenti i dati delle fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici acquistati dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale sono trasmesse mensilmente dal*

Ministero dell'economia e delle finanze al Ministero della salute ...».

Ne consegue che i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute sono in possesso delle fatture elettroniche riguardanti i dispositivi medici, per il che non si giustifica l'utilizzo del modello di rilevazione del conto economico CE non più previsto dalla normativa di settore.

3. I provvedimenti statali violano le disposizioni richiamate in materia di *pay-back* sotto altro profilo e comunque sono illegittimi anche per violazione dei principii di buon andamento, partecipazione, trasparenza, corretta istruttoria presidiati dall'art. 97 Cost. e dalla legge n. 241 del 1990 relativamente alla quantificazione della spesa per dispositivi medici da parte degli enti del S.S.N.

La mera indicazione del solo dato complessivo regionale non consente in alcun modo alle aziende destinatarie del ripiano dello sfondamento del tetto della spesa sanitaria di verificare l'esattezza complessiva del suddetto dato aggregato, frutto della somma dei dati delle singole strutture sanitarie pubbliche ivi ubicate.

Le esigenze di tutela delle aziende 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 prodotto a ciascuna struttura.

Il non aver previsto un simile confronto comporta la vanificazione di tali esigenze di tutela, finendo con l'assegnare in definitiva una sorta di fede privilegiata, al di fuori di una specifica disposizione normativa, al dato sul disavanzo prodotto dalle singole Regioni (e Province autonome), in palese contrasto con i principii di trasparenza dell'azione amministrativa e di partecipazione al procedimento nonché con il principio secondo il quale spetta all'amministrazione provare la fondatezza e la veridicità dei fatti sulla cui base ha adottato un determinato provvedimento.

Relativamente a siffatto profilo di doglianza, va considerato che il meccanismo del c.d. *pay-back* è riferito alla sola spesa per l'acquisto di dispositivi medici,

esclusa, quindi, la spesa per i servizi sanitari.

Ora, con specifico riferimento al settore delle forniture di ausili per l'incontinenza, le procedure di gara bandite dagli enti del S.S.N., dalle Regioni e dai soggetti aggregatori hanno di regola ad oggetto non solo la consegna presso le strutture sanitarie, ma anche la consegna al domicilio dell'assistito con una serie di importantissimi e relevantissimi servizi di assistenza, istruzione, consulenza, trattamento dati da parte di personale specialistico; nelle gare è, pertanto, di norma presente una componente assai rilevante relativa al servizio.

A titolo di esempio, nella gara aggiudicata nell'agosto del 2022 dalla Regione Lazio viene richiesto: l'allestimento di soluzioni e procedure in termini di accoglienza, analisi dei bisogni, flusso informativo; l'organizzazione di piani formativi per istruire il paziente e il *caregiver* al corretto utilizzo dei presidi; la redazione di linee guida per l'individuazione della fornitura più appropriata in funzione del livello di incontinenza e delle diverse esigenze degli assistiti; l'individuazione di procedure per l'ottimizzazione delle scorte; la realizzazione di un sistema informatizzato per la gestione di dati sensibili.

Conseguentemente, il corrispettivo che viene versato all'aggiudicatario contiene anche una notevole componente di remunerazione del servizio, che non deve essere presa in considerazione ai fini del calcolo della spesa per gli acquisti dei presidi per incontinenti.

Invece, il dato inserito nel modello di rilevazione economica consolidato regionale CE, alla voce acquisti di dispositivi medici, riporta (per quanto consta, quantomeno con riferimento al settore degli ausili per incontinenza) semplicemente il corrispettivo versato dagli enti pubblici alle aziende fornitrici, che è un dato non rappresentativo, in quanto contiene al suo interno anche la componente di remunerazione relativa al servizio.

Che sia necessario effettuare siffatto scorporo emerge anche dalla lettura delle linee guida per la redazione dei nuovi modelli (da utilizzare a partire dall'esercizio relativo all'anno 2019) di rilevazione economica conto economico CE allegati al

d.m. 24 maggio 2019, là dove nella voce “*Acquisti di beni*” si precisa che “*qualora siano stati attivati contratti che prevedono oltre alla dispensazione/fornitura di beni anche l'erogazione di servizi, è necessario rilevare l'ammontare della fattura distinguendo le due tipologie di prestazioni in base alla loro natura (quota e bene del servizio)*”.

La circostanza di non aver fatto riferimento ai dati della fatturazione delle singole aziende (per i dispositivi medici), associata al fatto che le aziende non sono state coinvolte nella quantificazione di questa voce di costo, ha impedito l'effettuazione dello scorporo del costo del servizio dal prezzo del bene, il che integra, oltre alla violazione della norma primaria che impone il *pay-back* solo con riferimento al dato di spesa relativo all'acquisto dei presidi e non ai servizi sanitari, un palese difetto di istruttoria e ha comunque reso il dato sulla spesa per l'acquisto dei presidi medici totalmente inattendibile, viziando irrimediabilmente, anche sotto il profilo della illogicità, i provvedimenti statali.

Vi è anche da considerare che esistono dei dispositivi a c.d. “utilità pluriennale”, il cui costo non va inserito nella voce “*Dispositivi medici*” (cfr. modello di rilevazione del conto economico approvato con decreto ministeriale del 24 maggio 2019) e che, quindi, va escluso nel monte della spesa per l'acquisto di dispositivi sanitari.

Né giova replicare che l'art. 18 del decreto legge n. 115 del 2022, convertito dalla legge n. 142 del 2022, stabilisce che le Regioni e le Province autonome definiscono con proprio provvedimento l'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascun anno, previa verifica della documentazione contabile per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale: siffatta verifica avviene *ex post* e al limitato scopo di definire l'incidenza percentuale del fatturato della singola impresa sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici e di calcolare conseguentemente la quota a carico di ciascuna azienda e non può, perciò, sanare la mancata partecipazione delle aziende nella definizione *ex ante* della spesa per i dispositivi da loro forniti e, di conseguenza, del dato sul disavanzo da ripianare.

Tanto più che la verifica della documentazione contabile per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale ha contenuti del tutto imprecisati; le linee guida di cui al d.m. del 6 ottobre 2022 si limitano, al riguardo, a dare atto che: a) gli enti sanitari procedono alla ricognizione delle fatture correlate ai costi iscritti alla voce «*Dispositivi medici*» nel modello di rilevazione del conto economico CE e, conseguentemente, calcolano il fatturato annuo di ciascuna azienda fornitrice, come somma degli importi delle fatture riferite ai dispositivi medici contabilizzati alla suddetta voce (art. 3); b) le Regioni e le Province autonome verificano la coerenza del fatturato complessivo indicato dagli enti sanitari con quanto contabilizzato nella voce «*Dispositivi medici*» del relativo modello CE (art. 4).

Il che integra, inoltre, vizio autonomo e specifico delle linee guida approvate dal d.m. del 6 ottobre 2022, sotto il profilo del difetto di istruttoria e della loro astrattezza, genericità e indeterminatezza.

4. Infine, va messo in risalto che il comma 9 dell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, pone a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici l'eventuale superamento del tetto di spesa delle Regioni (o Province autonome) in misura pari per ciascuna azienda all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della suddetta spesa, senza peraltro indicare come calcolarlo.

Ciò posto, le linee guida contenute nel d.m. del 6 ottobre 2022, ai fini della quantificazione dell'importo a carico della singola azienda, stabiliscono di calcolare il fatturato annuo di ciascuna azienda al lordo dell'IVA (art. 3, comma 2) e in questo modo alterano il principio della c.d. neutralità dell'IVA, considerato elemento essenziale della disciplina IVA dell'Unione europea, così come codificata nella direttiva 2006/112/CE, e nazionale di cui al d.P.R. n. 633/1972.

In questo modo, alle singole aziende obbligate a ripianare lo sforamento viene accollata una parte del debito tributario che grava sugli enti del S.S.N., in quanto consumatori finali, mentre l'IVA è per sua natura un'imposta sul consumo, la quale deve essere sopportata dal consumatore finale e che, pertanto, non può

essere posta a carico del fornitore, in violazione dei disposti della normativa eurounitaria e nazionale.

D.VEN) VIZI PROPRI DEL DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AREA SANITÀ E SOCIALE DELLA REGIONE VENETO N. 172 DEL 13 DICEMBRE 2022 E DEI RELATIVI PROVVEDIMENTI ISTRUTTORI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE: VIOLAZIONE ART. 97 COST. VIOLAZIONE ARTT. 1 E 7 E SEGG. DELLA LEGGE N. 241 DEL 1990. DIFETTO DI ISTRUTTORIA E DI MOTIVAZIONE. ILLOGICITÀ. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 9-TER DEL DECRETO LEGGE N. 78 DEL 2015, CONVERTITO DALLA LEGGE N. 125 DEL 2015.

1. Il provvedimento regionale qui impugnato è illegittimo in quanto è stato omesso l'invio alla ricorrente della comunicazione di avvio del procedimento e ciò ha impedito la partecipazione della medesima al procedimento, l'espletamento di una corretta istruttoria, l'esercizio trasparente dell'azione amministrativa, in violazione dell'art. 97 Cost. e della legge n. 241 del 1990.

In ogni caso, la mera indicazione del solo importo posto a carico di ogni singola azienda fornitrice per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 non consente in alcun modo alle aziende destinatarie del ripiano dello sfondamento del tetto della spesa sanitaria regionale di verificare l'esattezza del dato, frutto di una attività valutativa a cui sono rimaste del tutto estranee.

L'amministrazione procedente non ha fornito puntuali indicazioni circa la metodologia utilizzata per la quantificazione della spesa sostenuta negli anni di riferimento per l'acquisto diretto dei dispositivi medici nonché per il calcolo dell'entità del superamento dei relativi tetti e del conseguente ripiano da addossarsi a carico della ricorrente, la quale non è allo stato in grado di individuare e valutare i criteri seguiti nell'espletamento della complessa attività di elaborazione richiesta nella fattispecie.

Inoltre, non è stata messa a disposizione delle aziende la documentazione, anche di carattere contabile, contenente i dati e le informazioni sulla cui base tali calcoli sono stati effettuati, rendendo impossibile operare qualsivoglia verifica in

ordine alla correttezza della quantificazione dell'importo richiesto a titolo di ripiano a carico della ricorrente.

I principi fondamentali del procedimento amministrativo e, in specie, quelli legati alla trasparenza e al contraddittorio con i soggetti interessati, nonché alla completezza dell'istruttoria, non possono dunque ritenersi rispettati; il non aver previsto alcuna forma di partecipazione finisce per assegnare all'importo indicato dall'Amministrazione procedente una sorta di fede privilegiata, in palese contrasto con i principi di trasparenza dell'azione amministrativa e di partecipazione al procedimento nonché con il principio secondo il quale spetta all'amministrazione provare la fondatezza e la veridicità dei fatti sulla cui base ha adottato un determinato provvedimento (in tal senso: TAR Lazio - Roma, sez. III-*quater*, 25 marzo 2015 n. 4538).

Del resto, l'art. 18 del d.l. n. 115 del 2022, convertito dalla l. n. 142 del 2022, che ha introdotto il comma 9-*bis* all'art. 9-*ter* del d.l. n. 78 del 2015, convertito dalla l. n. 125 del 2015, stabilisce che le Regioni e le Province autonome definiscono con proprio provvedimento l'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano, previa verifica della documentazione contabile «*anche*» per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale, con ciò evidentemente ipotizzando il coinvolgimento di altri soggetti, che altri non sono che le aziende fornitrici generatrici di quel fatturato che rappresenta il dato di riferimento per la quantificazione della quota di ripiano da imputare a loro carico.

La scelta, quindi, di estromettere le aziende fornitrici, tra cui la ricorrente, dal contraddittorio appare ancora più grave; ricorrente che, in sede di partecipazione, avrebbe potuto, tra l'altro, illustrare gli argomenti di criticità indicati nei precedenti motivi in ordine alle modalità di calcolo del ripiano che inficiano l'intero procedimento a partire dalla certificazione del tetto di spesa per giungere al provvedimento applicativo qui gravato.

2. Il calcolo del fatturato delle singole aziende operato dagli enti del servizio sanitario regionale e verificato dalla Regione, svolto secondo le indicazioni delle

linee guida di cui al d.m. 6 ottobre 2022 - e quindi come mera somma degli importi delle fatture riferite ai dispositivi medici contabilizzati nella voce “BA0210 Dispositivi medici” del modello CE - è viziato nella misura in cui i dati inseriti nel modello CE, alla voce acquisti di dispositivi medici, che sono stati utilizzati per certificare, con il d.m. 6 luglio 2022, il superamento del tetto di spesa non sono corretti e attendibili.

Infatti, come già eccepito, in detta voce viene riportato (per quanto consta alla ricorrente, quantomeno con riferimento al settore degli ausili per incontinenza) semplicemente il corrispettivo versato dagli enti pubblici alle aziende fornitrici, che è un dato non rappresentativo, in quanto può contenere al suo interno anche la componente di remunerazione relativa al servizio (non soggetta al c.d. *pay-back* e comunque avente un’incidenza significativa in quanto stimabile in una percentuale prossima al 25% del valore della fornitura) nonché nel caso specifico anche i costi di prodotti che non sono dispositivi medici, quali ad esempio le salviette in carta a secco.

In ogni caso, questo modo di operare, e quindi di fare riferimento ancora al costo di acquisto dei dispositivi medici riportato nel modello di rilevazione del conto economico CE di cui al d.m. 15 giugno 2012 e non ai dati derivanti dalla fatturazione elettronica di ciascuna azienda, come invece prescritto dall’art. 9-ter, comma 8, del decreto legge n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, nel testo introdotto dall’art. 1, comma 557, della legge n. 145 del 2018, ha viziato, come già eccepito, l’intero procedimento a partire dalla certificazione del tetto di spesa per giungere al provvedimento applicativo qui gravato.

Il tutto rende l’importo posto a carico di ogni singola azienda fornitrice totalmente inattendibile, viziando irrimediabilmente, anche sotto il profilo della illogicità, il provvedimento applicativo delle linee guida ministeriali, tanto più che, come già eccepito, le suddette linee guida hanno contenuti del tutto astratti, generici e indeterminati e non consentono di risalire al percorso argomentativo seguito dalla Amministrazione procedente per giungere ai singoli importi posti a

carico di ciascuna azienda fornitrice di dispositivi medici e conseguentemente alla ricorrente; mentre spettava alla stessa Amministrazione precedente verificare la congruità del fatturato delle singole aziende fornitrici con quanto contabilizzato nella voce “BA0210 Dispositivi medici”, ai sensi dell’art. 4 delle linee guida approvate con il d.m. 6 ottobre 2022, cosa che la Regione Veneto ha fatto solo parzialmente e in maniera del tutto insufficiente (con riferimento solo alle fattispecie: “*errate classificazioni*”; “*acquisti cassa economale registrati con prime*”; “*costi per iva in autoconsumo*”; “*fatture da ricevere e note di credito da ricevere erratamente stimate*”).

3. Per tutto quanto sopra esposto e richiamato, l’importo complessivo preteso dalla Amministrazione precedente per il ripianamento di cui trattasi è illegittimo e indebito, oltre che scorretto e comunque non provato, conseguentemente non è dovuta da SERENITY s.p.a. la quota di ripiano alla medesima richiesta.

Inoltre, detta somma complessiva (al pari delle componenti analitiche per ciascun anno) è altresì illegittimamente e incomprensibilmente determinata, in quanto non solo manca l’indicazione della quota di riparto attribuita (unilateralmente) a SERENITY s.p.a., ma non vengono neppure indicati i dati necessari per determinarla (e per sindacarne la correttezza), ossia il fatturato complessivo preso in considerazione e il fatturato di SERENITY s.p.a. da rapportare al primo, con la specifica dell’origine del fatturato stesso (presso quale ente del servizio sanitario è stato realizzato e in forza di quale contratto).

*** **

Visto il disposto dell’art. 1 del decreto legge 11 gennaio 2023 n. 4 che ha differito al 30 aprile 2023 il termine di pagamento della quota di riparto, SERENITY s.p.a., come sopra rappresentata e difesa, si riserva di proporre istanza cautelare nel corso del giudizio e rassegna allo stato le seguenti

CONCLUSIONI

Voglia codesto Ecc.mo T.A.R. per il Lazio – Roma, Sezione Terza-*Quater*, accogliere il ricorso introduttivo e i presenti motivi aggiunti, da valere anche come

ricorso autonomo, e le domande tutte ivi contenute e, per l'effetto, annullare i provvedimenti impugnati, previa rimessione alla Corte costituzionale della questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-ter, commi 1 lettera b), 8, 9 e 9-bis del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito dalla legge 6 agosto 2015 n. 125, in riferimento agli artt. 2, 3, 11, 32, 41, 42, 53 e 117, primo comma, della Costituzione, e fatta salva la non applicazione delle disposizioni di diritto interno in contrasto con il diritto eurounitario provvisto di effetto diretto, previo rinvio pregiudiziale, ove occorra, alla Corte di giustizia dell'Unione europea ai sensi dell'art. 267 TFUE (ex art. 234 TCE).

Contributo unificato, spese e compensi professionali rifusi, oltre 15% per spese generali ex art. 2.1 D.M. 10.3.2014 n. 55, CPA ed IVA come per legge.

Produzioni:

1.VEN decreto del direttore generale dell'Area sanità e sociale della Regione Veneto n. 172 del 13 dicembre 2022 e relativo allegato.

*** **

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 del DPR n. 115 del 2002, si dichiara che il valore del presente procedimento è, allo stato, pari a euro 414.040,66; ai sensi dell'art. 13, comma 6 bis, del DPR n. 115 del 2002 l'importo del contributo unificato è pari a euro 650,00.

Como, 30 gennaio 2023

avv. Alessandro Patelli

avv. Ruggero Tumbiolo