

NOTIFICAZIONE PER PUBBLICI PROCLAMI

In adempimento del decreto presidenziale, Cons. Stato, sez. III, 7 giugno 2022, n. 1164

RIASSUNTO DEL RICORSO IN APPELLO

- *Autorità giudiziaria e numero di registro generale:*

Consiglio di Stato, sez. III, r.g. n. 1496/2022.

- *Ricorrente:*

ABBVIE S.R.L. (C.F. 02645920592), in persona del procuratore della società Avv. Massimo Riccio, in proprio e quale rappresentante per l'Italia dei diritti di commercializzazione dei farmaci le cui AIC sono di titolarità della AbbVie Deutschland GmbH & co. Kg, rappresentata e difesa dall'Avv. Prof. Diego Vaiano, dall'Avv. Prof. Vincenzo Fortunato, dall'Avv. Francesco Fratini e dall'Avv. Francesco Cataldo ed elettivamente domiciliata presso lo Studio Legale Vaiano Cataldo in Roma, Lungotevere Marzio, n. 3.

- *Amministrazioni resistenti:*

AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco, in persona del Direttore Generale, legale rappresentante *pro tempore*; **Ministero della Salute**, in persona del Ministro in carica; **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del Ministro in carica; **Regione Abruzzo**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Basilicata**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Calabria**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Campania**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Emilia-Romagna**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Lazio**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Liguria**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Lombardia**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Marche**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Molise**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Piemonte**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Puglia**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*;

Regione Autonoma della Sardegna, in persona del Presidente della Giunta Regionale *pro tempore*; **Regione Siciliana**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Siciliana – Assessorato della Salute**, in persona dell'Assessore *pro tempore*; **Regione Toscana**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Umbria**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione Autonoma Valle d'Aosta**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Regione del Veneto**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Provincia Autonoma di Trento**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*; **Provincia Autonoma di Bolzano**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*.

- *Controinteressati:*

Tutte le società comprese negli elenchi allegati al provvedimento AIFA n. 1313 del 10.12.2020, potenzialmente interessate alla eventuale modifica degli oneri di ripiano per acquisti diretti per l'anno 2019.

- *Atti e provvedimenti impugnati e petitum:*

rimodifica, previa sospensiva, della sentenza TAR Lazio, sez. III quater, 23 dicembre 2021, n. 13375, con la quale è stato respinto il ricorso proposto per l'annullamento della determinazione AIFA DG n. 1313/2020 del 10 dicembre 2020, pubblicata per avviso sulla GURI n. 307 dell'11 dicembre 2020, recante attribuzione degli oneri di ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2019, della nota sulla metodologia applicativa (dicembre 2020) relativa al ripiano dello sfondamento del tetto del 6,89% - spesa farmaceutica acquisti diretti anno 2019, di tutti gli ulteriori allegati alla predetta determinazione n. 1313/2020 nonché alla nota sulla metodologia applicativa, ivi espressamente incluso l'allegato A – "elenco quota di ripiano per codice SIS", della delibera del Consiglio d'Amministrazione dell'AIFA n. 46 del 20 novembre 2020, recante l'approvazione della quota di mercato di ciascuna azienda farmaceutica titolare di AIC, del valore complessivo di ripiano dello sfondamento del tetto del 6,89% della spesa per acquisti diretti riferito all'anno 2019, nonché della relativa metodologia applicativa, della delibera del Consiglio d'Amministrazione dell'AIFA n. 45 del 20 novembre 2020, recante l'approvazione

del monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale gennaio-dicembre 2019, aggiornato al mese di ottobre 2020, della delibera del Consiglio d'Amministrazione dell'AIFA n. 32 del 23 luglio 2020, recante approvazione del ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2019, se ed in quanto di ragione, della delibera del Consiglio d'Amministrazione dell'AIFA n. 23 dell'11 giugno 2020, con cui è stato approvato l'elenco dei medicinali orfani ai fini dell'applicazione dei benefici previsti dalla legge, dei file excel pubblicati sul front-end AIFA contenenti i dati che quantificano il ripiano assegnato all'azienda ricorrente per l'anno 2019, di qualsiasi altro atto presupposto, connesso e/o conseguente a quelli sopra indicati.

- *Indicazione sintetica delle censure contenute nel ricorso in appello:*

1. – Erroneità della sentenza nella parte in cui non ha riconosciuto la fondatezza del quarto motivo di ricorso (erroneamente indicato in sentenza come “motivo *sub* 5”) con il quale si è dedotta: Violazione e falsa applicazione dell'art. 5 del d.l. n. 159/2007. Violazione e falsa applicazione dell'art. 1, commi 398 e 399, della legge n. 232/2016. Violazione e falsa applicazione dell'art. 1, commi 574 e ss. della legge n. 145/2018. Eccesso di potere per irragionevolezza e ingiustizia manifesta. Sviamento.

Con il primo motivo di appello si è dedotta l'erroneità della sentenza nella parte in cui ha rigettato il quarto motivo di ricorso, con il quale si è censurata la mancata utilizzazione da parte dell'AIFA dell'avanzo di spesa registratosi per l'anno 2019 in relazione al tetto dedicato alla spesa convenzionata per mitigare le conseguenze derivanti dall'enorme sforamento registratosi, invece, in relazione al tetto per gli acquisti diretti.

Il TAR ha respinto la suddetta censura ritenendo che *“nessuna disposizione normativa espressamente autorizza compensazioni tra i due fondi ... né tanto meno un diverso utilizzo del fondo rispetto a quello legislativamente stabilito”*.

Una tale statuizione è, peraltro, erronea, in quanto se è vero che la norma di legge non prevede espressamente un meccanismo di compensazione, è altrettanto vero che essa non dice neppure il contrario.

Di conseguenza, applicando gli ordinari canoni ermeneutici, in assenza di argomenti letterali

la normativa di riferimento deve essere interpretata sistematicamente e in maniera costituzionalmente orientata.

Dal primo punto di vista, occorre considerare che le risorse messe dallo Stato a disposizione dell'assistenza farmaceutica sono (dovrebbero essere), complessivamente, pari al 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale. Di ciò si dà atto, in effetti, in tutti i provvedimenti adottati dall'AIFA in attuazione del sistema di governo della spesa farmaceutica ospedaliera, ivi inclusa la determinazione n. 1313/2020 di cui qui è causa, ove si afferma che la legge 11 dicembre 2016, n. 232, ha ridefinito i due tetti della spesa farmaceutica a partire dall'anno 2017 in misura pari, rispettivamente, al 6,89% del FSN per gli acquisti diretti (così l'art. 1, comma 398) e al 7,96% del FSN per la spesa convenzionata (così l'art. 1, comma 399), *"mantenendo invariate le risorse complessive al 14,85% del FSN"*.

Sul piano costituzionale, del resto, appare più coerente il principio di ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost. e rispettosa del principio di proporzionalità del sacrificio imposto ai privati un'interpretazione per la quale gli oneri di ripiano a carico delle imprese private vengano in essere solo quando sono esaurite le risorse pubbliche che lo Stato ha potuto mettere a disposizione per l'acquisto di specialità medicinali.

2. – Erroneità della sentenza nella parte in cui non ha riconosciuto la fondatezza del quinto motivo di ricorso (indicato nella sentenza come motivi *sub* 6 e *sub* 7) con il quale si è dedotta: Illegittimità derivata dei provvedimenti impugnati per l'illegittimità costituzionale del meccanismo di ripiano del 50% del superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti introdotto dall'art. 15 del d.l. n. 95/2012 e attualmente disciplinato dall'art. 1, commi 574-584, della legge n. 145/2018 per violazione dei principi di proporzionalità e ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost.

Con il secondo motivo d'appello sono state riproposte le questioni di legittimità costituzionale di talune delle disposizioni normative che compongono il sistema di governo della spesa farmaceutica per acquisti diretti, chiedendo che esse vengano rimesse al giudizio della Corte costituzionale in quanto rilevanti e non manifestamente infondate.

La normativa che disciplina il finanziamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti

tramite la previsione di un apposito tetto e il conseguente meccanismo di ripiano da parte delle aziende farmaceutiche del relativo sfondamento presenta, in effetti, chiari profili di illegittimità costituzionale derivanti, in particolare, dal fatto che:

- (i) il tetto di spesa previsto per gli acquisti diretti risulta essere da anni irragionevolmente quantificato e strutturalmente e sistematicamente sotto-finanziato dal legislatore, con conseguente illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 398, della legge n. 232/2016 e dell'art. 1, comma 575, della legge n. 145/2018 per violazione dell'art. 3 della Costituzione (**paragrafo 3.1. del ricorso in appello**);
- (ii) l'allocazione delle risorse complessivamente destinate all'assistenza farmaceutica, pari al 14,85% del FSN tra i due tetti di spesa prevista dall'art. 1, commi 398 e 399, della legge n. 232/2016 e, ora, dall'art. 1, comma 575, della legge n. 145/2018 non rispecchia, irragionevolmente, il fenomeno del costante aumento della spesa farmaceutica per acquisti diretti e dei conseguenti oneri di ripiano a carico dell'industria a fronte di una costante diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata, con conseguente produzione di crescenti avanzi di spesa rispetto al relativo tetto (**paragrafo 3.2. del ricorso in appello**);
- (iii) è totalmente irragionevole e determina una chiarissima disparità di trattamento in violazione dell'art. 3 Cost. anche il non aver previsto un meccanismo di comunicazione tra il tetto di spesa per acquisti diretti e il tetto per la spesa convenzionata che consenta di compensare in tutto o in parte i disavanzi di uno con l'avanzo di spesa registratosi sull'altro poiché pregiudica quella sola parte dell'industria che opera maggiormente nel settore dei farmaci acquistati direttamente dalle strutture del SSN (**paragrafo 3.3. del ricorso in appello**).

Tali questioni sono state rigettate dal giudice di prime cure sulla base della seguente motivazione: *“le stime proposte dalla ricorrente si basano su un ormai superato criterio della spesa storica o incrementale, ossia sul quantum che sino ad ora è stato speso per gli acquisti diretti. Va ora applicato, invece, il criterio dei costi standard, diversamente basato sull'effettivo fabbisogno di*

assistenza farmaceutica. La legge n. 42/2009 segna, infatti, il passaggio da metodi meramente quantitativi a modelli più qualitativi della spesa. In questa direzione, il costo standard, il quale costituisce il nuovo modello economico di riferimento ai fini della determinazione (anche) della spesa sanitaria, indica il costo di un determinato servizio che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e di appropriatezza, al tempo stesso garantendo i livelli essenziali delle prestazioni”.

La pronuncia è tuttavia erronea poiché, innanzitutto, i dati riportati nel ricorso di primo grado non sono “*stime proposte dalla ricorrente*”, bensì numeri che oltre tutto provengono dalla parte pubblica. Si parte dal Fondo Sanitario Nazionale, che è un numero che corrisponde al livello di finanziamento del settore sanitario cui concorre lo Stato, si applica la percentuale di esso che è destinata alla spesa per gli acquisti diretti di farmaci da parte delle strutture SSN e si ottiene un altro numero, che corrisponde questa volta, per legge, al tetto massimo previsto per tale voce di spesa.

Inoltre, il criterio del costo *standard*, al quale allude in maniera inconferente la sentenza, entra in gioco in una fase soltanto successiva a quella sopra illustrata, rappresentando un criterio non di determinazione, bensì di ripartizione del finanziamento programmato a livello nazionale tra le singole Regioni, secondo un procedimento che viene descritto analiticamente dall’articolo 27 del d.lgs. n. 68/2011.

3. – Erroneità della sentenza nella parte in cui non ha riconosciuto la fondatezza del settimo motivo di ricorso (indicato nella sentenza come motivo *sub* 8) con il quale si è dedotta: Illegittimità derivata dei provvedimenti impugnati per l’illegittimità costituzionale del meccanismo di ripiano del 50% del superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti introdotto dall’art. 15 del d.l. n. 95/2012 e attualmente disciplinato dall’art. 1, commi 574-584, della legge n. 145/2018, per violazione degli artt. 42 e 117, comma 1, Cost., in relazione all’art. 1, del Primo Protocollo addizionale alla CEDU.

Con il terzo motivo di appello si è dedotta l’erroneità della sentenza nella parte in cui ha rigettato il settimo motivo di ricorso. Con tale censura si era fatta valere la violazione da parte della normativa sul ripiano della spesa farmaceutica per acquisiti diretti del Primo Protocollo addizionale alla CEDU, ossia del principio generale secondo cui nessuno può

essere privato della sua proprietà se non per causa di pubblica utilità e nelle condizioni previste dalla legge e dai principi generali del diritto internazionale.

IL TAR ha respinto il motivo senza esaminarlo, ritenendo sul punto sufficiente richiamare quanto affermato nella decisione Corte costituzionale 7 aprile 2017, n. 70, dalla quale si trae – nella citazione che di essa viene operata dal TAR – che *“le misure contenenti obblighi di ripiano sono sostanzialmente dirette al contenimento della spesa sanitaria e all’acquisizione delle risorse per finanziarla”* e che *“in tale direzione, l’eventuale compressione dei margini ricavabili dalle aziende farmaceutiche ... non può ritenersi irragionevole perché l’obbligo di ripianamento incide su imprese che sono chiamate a contribuire ad un sistema, quello della rimborsabilità dei farmaci erogati dal SSN, dal quale esse stesse ricavano indubbi benefici”*.

Nel pronunciarsi in questo modo, peraltro, il TAR non ha considerato che l’appellante non ha posto in dubbio la costituzionalità dell’esistenza stessa di un tetto di spesa e di un *pay back* a carico delle aziende farmaceutiche, ma unicamente le modalità e i limiti ragionevoli della misura, con conseguente inidoneità della suddetta statuizione a sorreggere la statuizione di rigetto.

La violazione del Primo Protocollo addizionale alla CEDU risulta, in effetti, chiaramente dimostrata alla luce delle considerazioni che seguono.

Le somme che le imprese farmaceutiche percepiscono dall’acquisto diretto dei medicinali da parte delle strutture del SSN rientrano senz’altro nella nozione più ampia di bene di cui al Protocollo, che legittima lo Stato ad ingerire nel diritto di proprietà di tale bene solo in presenza di determinati presupposti.

L’ingerenza della misura espropriativa deve infatti avere: a) una base normativa; b) una causa di pubblica utilità che: c) deve essere perseguita in misura ragionevole e proporzionata.

La Corte di Strasburgo ha posto *“Particolare attenzione sulla questione della qualità della legge”* (C. EDU, Acciardi e altri c. Italia, 19 maggio 2005, Scordino c. Italia, 17 maggio 2005), dovendo quest’ultima contenere norme sufficientemente accessibili, precise e prevedibili.

Nel nostro caso le norme che istituiscono il *pay back* non hanno certo carattere di *precisione* e

prevedibilità, sia perché il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera non corrisponde mai a quello della spesa effettiva, sia perché la sua sovrastima, che comunque varia nel tempo, non consente mai ad un operatore, ancorché prudente e diligente, di prevedere quale possa essere la determinazione del tetto per l'anno di riferimento soprattutto in relazione alla sua necessaria proporzione alla spesa effettiva.

4. – Erroneità della sentenza nella parte in cui non ha riconosciuto la fondatezza del motivo con il quale si è dedotta l'illegittimità del meccanismo del *payback* per violazione diritto eurounitario ed in particolare dei generali principi di uguaglianza, parità di trattamento e non discriminazione tra imprese. Violazione dell'art. 16 e 52 della "*Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*".

Il quarto motivo contesta la sentenza appellata nella parte in cui non ha esaminato la censura relativa all'illegittimità del meccanismo del *payback* per violazione diritto eurounitario e, in particolare, dei principi generali di uguaglianza, parità di trattamento e non discriminazione tra imprese.

La sistematica sovrastima del tetto di spesa relativo alla farmaceutica convenzionata e il contestuale sottodimensionamento del tetto relativo alla spesa per acquisti diretti fanno sì che gli oneri di ripiano del *deficit* di spesa farmaceutica vengano a gravare esclusivamente sulle imprese titolari di AIC i cui prodotti sono oggetto di acquisti diretti da parte degli enti del SSN, e da queste sostenute in misura proporzionale alle quote individuali di mercato determinate sulla base del solo fatturato riconducibile alla vendita di tali medicinali (e non al fatturato complessivo). Al contempo le imprese operanti nel settore della farmaceutica convenzionata vengono esonerate – per la parte di fatturato generato in tale ambito – dall'obbligo di concorrere al ripiano del *deficit* di spesa. E ciò nonostante tali operatori beneficino del regime di rimborsabilità dei farmaci in misura non inferiore alle aziende produttrici di medicinali di classe A ed H oggetto di acquisti diretti.

Pertanto, l'assenza di qualsiasi meccanismo di compensazione tra il fondo stanziato per la spesa convenzionata e quello per gli acquisti diretti comporta che il *deficit* sulla spesa per acquisti diretti – gravante in via esclusiva e in misura non proporzionale su alcuni operatori

economici – è superiore allo sfioramento della spesa farmaceutica nel suo complesso.

Tutto ciò, inoltre, si sostanzia nell'attribuzione di un illegittimo vantaggio anticompetitivo in favore di alcune imprese a discapito di altre, che finisce per alterare la leale concorrenza con evidente violazione dell'art. 16 della Carta di Nizza (che implica *inter alia* "la libera concorrenza" - CGUE 22 gennaio 2013, c-283/11).

Da tale non conformità del sistema del *payback* con l'ordinamento eurounitario discende la necessità per il giudice nazionale di disapplicare la relativa normativa (artt. 15 del d.l. n. 95/2012 e 1, commi 574-584, della legge n. 145/2018) e di procedere al conseguente annullamento/disapplicazione dei provvedimenti impugnati.

In ogni caso, ove necessario, si domanda in via subordinata al Consiglio di Stato di voler esperire rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia ex art. 267 del TFUE, affinché la stessa si pronunci sul seguente quesito: *"Dica codesta Ecc.ma Corte di Giustizia se i generali principi di uguaglianza, parità di trattamento e non discriminazione, da un lato, e gli artt. 16 e 52 della Carta di Nizza, dall'altro, ostino ad una normativa nazionale, come quella delineata dagli artt. 1, commi 398 e 399, della legge n. 232/2016 e 1, commi 575, della legge n. 145/2018, che nelle sue concrete modalità applicative: (i) da un lato, impone alle aziende farmaceutiche titolari di AIC relativi a farmaci di fascia A ed H oggetto di acquisti diretti da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale di concorrere al ripianamento dello sfondamento del tetto complessivo della spesa farmaceutica pubblica (farmaceutica per acquisti diretti e farmaceutica convenzionata) in misura superiore all'effettivo sfondamento di tale tetto; (ii) dall'altro, esonera dalla contribuzione o comunque chiama a contribuire in misura meno proporzionale le aziende farmaceutiche che, operando nel settore della farmaceutica convenzionata, beneficiano in egual misura del regime di rimborsabilità dei farmaci".*

5. – Erroneità della sentenza appellata nella parte in cui non ha ritenuto fondato il motivo con il quale si è dedotta l'illegittimità del meccanismo del *pay back* per violazione dei principi costituzionali ed eurounitari di equilibrio, affidabilità e trasparenza dei conti pubblici.

Con il quinto motivo del ricorso in appello sono state riformulate le questioni pregiudiziali di illegittimità costituzionale ed euro-unitaria già avanzate innanzi al TAR, ma non

esaminate dal giudice di prime cure, relative alla compatibilità del sistema di governo della spesa farmaceutica ai principi che impongono l'equilibrio, l'affidabilità e la trasparenza dei conti pubblici.

5.1. La pregiudiziale costituzionale. Si è rilevato che i provvedimenti impugnati danno attuazione ad una normativa nazionale che si pone in radicale contrasto con il c.d. "pareggio di bilancio", di cui agli artt. 81 e 97 della Costituzione, il quale trova concreta attuazione nel nostro ordinamento giuridico tramite i principi contabili generali cui le pubbliche amministrazioni devono conformare le loro gestioni.

In particolare, il sotto-finanziamento "strutturale" della spesa per gli acquisti diretti e l'attivazione "ineluttabile" del meccanismo del *pay back*, quale voce strutturale posta a copertura del finanziamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti, disattendono i principi contabili di veridicità, attendibilità, congruità, prudenza e coerenza ai sensi dell'allegato 1 ai d.lgs. n. 118/2011 e n. 91/2011 e rendono del tutto "aleatoria" siffatta copertura, sia nell'*an* che nel *quantum*. Con specifico riferimento al secondo profilo, si è rappresentato che, nel corso degli anni, le somme richieste a titolo di *pay back* sono state versate soltanto (i) in parte e (ii) in ritardo rispetto alle scadenze stabilite da AIFA, proprio a causa dei numerosi contenziosi instaurati innanzi a codesta giurisdizione amministrativa e delle conseguenti "transazioni" intervenute per legge per la definizione delle liti pendenti.

A ciò si aggiunga l'ulteriore incostituzionalità che discende dall'incompatibilità della normativa in questione con il principio contabile generale di flessibilità (previsionale e gestionale), che imporrebbe di allocare fra i due tetti le risorse complessivamente disponibili in maniera equilibrata e coerente con l'andamento della spesa. Segnatamente:

- (i) il meccanismo del *pay back* contraddice il principio di flessibilità previsionale poiché, con l'intervento "postumo" e "incerto" del *pay back*, si va a dare copertura ad una situazione – lo sfioramento, puntuale ogni anno, del tetto di spesa per gli acquisti diretti – che non può definirsi una circostanza imprevedibile e straordinaria, come presuppone invece il principio contabile in commento;
- (ii) quanto alla flessibilità gestionale, invece, il principio in esame risulta del tutto

obliterato poiché, nonostante la sussistenza delle risorse necessarie a ridurre il disavanzo del tetto per gli acquisti diretti (grazie all'avanzo registrato con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata, oltre che con quello al fondo per i farmaci innovativi), la legge non consente la rimodulazione delle dotazioni finanziarie interne al medesimo ed unitario programma di spesa dedicato all'assistenza farmaceutica.

5.2. La pregiudizialità eurounitaria. È stato, inoltre, rilevato che le medesime censure in ordine all'assenza di una copertura affidabile, certa e veritiera (con riferimento agli artt. 81 e 97, Cost.) rilevano anche nell'ambito del diritto eurounitario, con riguardo precipuo ai principi in materia di finanza pubblica.

Nel dettaglio, la normativa nazionale di governo della spesa farmaceutica risulta in contrasto con il diritto dell'Unione, con riferimento sia alla fase previsionale che a quella rendicontativa.

Con riguardo alla fase della programmazione, la previsione da parte dello Stato italiano di una spesa farmaceutica sistematicamente inferiore all'effettivo fabbisogno, dinanzi ad una serie storica di spesa costante e univoca, si colloca in diretto contrasto con l'art. 4, parr. 1 e 4, della Direttiva 2011/85/UE che, al contrario, prevede un obbligo preciso e incondizionato di formulare previsioni di bilancio "*realistiche*", basate sullo scenario "*più prudente*" e dipendenti dalla "*attendibilità delle previsioni passate*".

Con riguardo alla fase della rendicontazione, la violazione dell'art. 3 della Direttiva, che impone l'adozione di una contabilità pubblica completa e uniforme, consegue dall'errata rilevazione del *pay back* nel consuntivo di spesa.

Considerato che la riscossione del *pay back* avviene (i) in misura parziale rispetto al totale del disavanzo posto a carico alle aziende farmaceutiche e (ii) in ritardo rispetto alle scadenze fissate da AIFA, ciò implica che la rilevazione a consuntivo del *pay back* nella sua interezza non trova riscontro nei successivi flussi di cassa (all'atto del versamento materiale delle somme a titolo di *pay back* da parte delle aziende farmaceutiche).

Alla luce di quanto precede, si è richiesto al Consiglio di Stato di disapplicare la normativa interna e di procedere al conseguente annullamento/disapplicazione dei provvedimenti

impugnati o, in via subordinata, di voler sollevare questione pregiudiziale innanzi alla Corte di Giustizia europea *ex art. 267 del T.F.U.E.*

6. – In via subordinata. Erroneità della sentenza appellata nella parte in cui ha respinto il secondo motivo di censura, con il quale si è dedotta: Violazione e falsa applicazione dell’art. 1, commi 574 e ss. della legge n. 145/2018. Violazione del principio di trasparenza dell’azione amministrativa. Eccesso di potere per difetto dei necessari presupposti di fatto e di diritto per l’attribuzione degli oneri di ripiano nella misura quantificata dall’AIFA. Eccesso di potere per difetto di istruttoria ed erroneo accertamento dei fatti. Mancanza di affidabilità ed erroneità dei dati presi in considerazione nel procedimento di calcolo operato dall’AIFA per pervenire alla quantificazione dei ripiani.

Con il sesto motivo di ricorso in appello è stata censurata la sentenza di primo grado nella parte in cui ha respinto il motivo con il quale è stata dedotta l’illegittimità dei provvedimenti impugnati in quanto fondati su dati e calcoli obiettivamente inattendibili e in alcun modo verificabili.

In particolare, l’erroneità della sentenza è stata dimostrata dai fatti che sono stati accertati nella decisione TAR Lazio, sez. III *quater*, 13 gennaio 2022, n. 345, di accoglimento del ricorso proposto dall’azienda ASPEN.

L’Agenzia, infatti, come ha accertato il TAR, è incorsa in uno specifico errore metodologico che impatta non solo sulla spesa per gli acquisti diretti e sulla *market share* di Aspen ma anche sulla spesa per gli acquisti diretti complessivamente quantificata dall’AIFA ai fini del calcolo dell’entità dello sfondamento del relativo tetto di spesa e su tutte le *market shares* di tutte le aziende coinvolte nel procedimento di ripiano.

Per effetto di questo errore, invero, la spesa farmaceutica per acquisti diretti relativa all’anno 2019 è stata quantificata dall’AIFA in misura superiore rispetto a quella corretta, lo sfondamento del relativo tetto di spesa è stato quantificato in misura corrispondentemente più elevata e le *market shares* di tutte le aziende sono state calcolate prendendo come riferimento un dato totale (di spesa, appunto) sbagliato.

La sentenza resa sul ricorso ASPEN, quindi, fornisce la prova dell’esistenza non solo di un

errore specifico, quello riguardante i prodotti di ASPEN citati in sentenza ma anche di un errore generale e metodologico compiuto dall'AIFA, derivante da una scelta metodologica illegittima, e determina l'illegittimità di tutti gli atti sulla base dei quali è stata operata la quantificazione complessiva della spesa per gli acquisti diretti relativa all'anno 2019 e delle market shares delle aziende e sono stati richiesti alle stesse determinati oneri di ripiano.

Si è, poi, dedotto come, al contrario di quanto ritenuto dal TAR, la correttezza dei dati inseriti non possa essere affatto *“appannaggio della sola azienda cui sono ascrivibili quegli stessi dati”*, perché deve poter essere controllata da tutte le aziende, essendo tutte interessate a conoscerli, essendo sulla base di essi che sono stati quantificati i ripiani che sono stati poi attribuiti individualmente a ciascuna azienda farmaceutica.

- *Istanza cautelare*

Richiesta di sospensione dell'esecutività della sentenza appellata.

Roma, 15 giugno 2022

Avv. Prof. Diego Vaiano

Avv. Prof. Vincenzo Fortunato

Avv. Francesco Fratini

Avv. Francesco Cataldo