



EMERGENZA SANITARIA E TERZO SETTORE

LINEE REGIONALI DI INDIRIZZO SUI REGIMI AUTORIZZATIVI, CONVENZIONALI E TARIFFARI





REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

Sommario

Normativa di riferimento	3
1. Introduzione.....	5
2. Tariffe e costi standard	9
2.1. Le tariffe prestazionali del trasporto e soccorso	9
2.2. La figura del c.d. "autista-soccorritore"	10
2.3. Analisi delle tariffe del DCA 4/2011	12
2.4. Vita utile degli automezzi.....	17
3. La disciplina di esercizio dell'attività di trasporto sanitario in ambulanza	19
4. La disciplina dell'affidamento dei servizi di trasporto sanitario in emergenza-urgenza e secondario....	22
5. Disposizioni	25



Normativa di riferimento

Norme nazionali

- Ministero dei Trasporti, Decreto n. 553 del dicembre 1987, "Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze", parte vigente;
- Legge 11 agosto 1991, n. 266. Legge-quadro sul volontariato, parte vigente;
- Schema tipo di convenzione con associazioni ed enti pubblici e privati per l'attività del soccorso sanitario approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del giorno 25/3/93 ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.P.R. 27/3/1992, Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
- Ministero dei Trasporti, D.M. 5 novembre 1996 "Normativa tecnica ed amministrativa relativa agli autoveicoli di soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico a bordo"
- Ministero dei Trasporti, D.M. n. 487 del 20 novembre 1997 "Regolamento recante la normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali";
- Circolare n. 43325 del 9 maggio 2007 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, ad oggetto "Immatricolazione di autoambulanze in uso proprio e in servizio di noleggio con conducente – Decreti ministeriali 17 dicembre 1987, n. 533 e 20 novembre 1997, n. 487";
- Decreto del Ministero Infrastrutture e Trasporti 9 settembre 2008 "Regolamentazione degli autoveicoli destinati al trasporto di plasma ed organi";
- Ministero dei Trasporti, D.M. n. 137 del 1° settembre 2009 "Regolamento recante disposizioni in materia di immatricolazione ed uso delle autoambulanze";
- Circolare n. 109636 del 21 dicembre 2009 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, ad oggetto "Immatricolazione di autoambulanze in uso proprio e in servizio di noleggio con conducente – Decreto ministeriale 1° settembre 2009, n. 137; - Immatricolazione di veicoli assimilati per il trasporto di organi e plasma – decreto dirigenziale 9 settembre 2008";
- Ministero della Salute – Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 – "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
- Circolare n. 378 del 18 settembre 2014 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ad oggetto "Esenzione dal pagamento del pedaggio autostradale per i veicoli delle associazioni di volontariato e degli organismi similari";
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. Codice dei contratti pubblici;
- D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117. Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106;
- D.Lgs. 3 agosto 2018, n. 105. Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.»;
- Parere 26 luglio 2018, n. 2052 Commissione Speciale Consiglio di Stato "Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC. Normativa applicabile agli affidamenti di servizi sociali alla luce del d.lgs. 18 aprile 2016 n. 50 e del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117"

Normativa europea

- Direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

- **NORMA EUROPEA UNI EN 1789:2007** "Veicoli medici e loro attrezzatura Autoambulanze" (Medical vehicles and their equipment Road ambulances). La norma specifica i requisiti per la progettazione, i metodi di prova, le prestazioni e le dotazioni delle apparecchiature delle autoambulanze utilizzate per il trasporto e la cura dei pazienti. La norma non copre i requisiti per l'approvazione e l'immatricolazione di tali veicoli e la formazione professionale del personale, poiché sono responsabilità delle Autorità competenti del Paese in cui l'autoambulanza è immatricolata. La norma si applica alle autoambulanze in grado di trasportare almeno una persona sulla barella.
- **NORMA EUROPEA UNI EN 1865-1** "Attrezzature per il trasporto dei pazienti utilizzate nelle autoambulanze - Parte 1: Sistemi generali di barelle e attrezzature per il trasporto dei pazienti" definisce i requisiti minimi per la progettazione e le prestazioni delle barelle ed altre attrezzature di trasporto dei pazienti utilizzate nelle autoambulanze, per la movimentazione e il trasporto dei pazienti. Tali requisiti riguardano, ad esempio, la barella principale -che deve poter essere usata da sola o in combinazione con un carrello di supporto-, la sedia barella, il materasso e il telo per il trasbordo, il materasso a depressione, il piano di immobilizzazione, la sedia pieghevole e non (portantina) per il trasporto paziente, e i relativi metodi di prova.
- **NORMA EUROPEA UNI EN 1865-2** "Attrezzature per il trasporto dei pazienti utilizzate nelle autoambulanze - Parte 2: Barelle a propulsione assistita". La norma definisce i requisiti minimi per la progettazione e le prestazioni delle barelle a propulsione assistita utilizzate nelle autoambulanze per il trattamento e il trasporto dei pazienti. La norma intende garantire la sicurezza del paziente e minimizzare gli sforzi fisici richiesti allo staff che conduce l'attrezzatura;
- **UNI EN ISO 7396-1:2016** "Impianti di distribuzione dei gas medicali – Parte 1: Impianti di distribuzione dei gas medicali compressi e per vuoto"

Normativa regionale

- L.R. 12 agosto 1993, n. 37 - Legge 11 agosto 1991, n. 266 - Legge quadro sul volontariato;
- DGR 2790 del 21 ottobre 1998 (parte applicabile) "Sistema di emergenza sanitaria facente capo al numero '118' – Aggiornamento tariffe dei trasporti sanitari e di emergenza e disposizioni varie";
- Circolare 5279 del 7 marzo 2002 e 26338 del 1° ottobre 2002 Regione Abruzzo ad oggetto "Autorizzazioni regionali al trasporto infermi e feriti";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 4 del 23 febbraio 2011, All. 1 "Programma Operativo 2010 – Intervento 8 – Azione 2. Approvazione delle linee guida schema di convenzione per i servizi di emergenza/urgenza territoriale e trasporto infermi e feriti e dei relativi allegati. Designazione dei membri della Direzione Politiche della Salute componenti della Commissione Tecnica di cui al punto 8 delle predette Linee Guida. Ulteriori disposizioni"
- Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 22 marzo 2011, "Approvazione delle 'Linee Guida sulle autorizzazioni al trasporto dei diversi mezzi a seconda delle necessità del paziente trasportato e protocolli organizzativi' e del documento 'Requisiti dei mezzi per il servizio di emergenza-urgenza territoriale e trasporto infermi e caratteristiche e competenze del personale degli enti convenzionati in relazione alla tipologia del trasporto prestato' – Ulteriori disposizioni;
- DCA n. 11/2013 del 20 febbraio 2013 "Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico" e ss.mm.ii.;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 95/2015 del 28 settembre 2015 ad oggetto "Approvazione del programma di Qualificazione della Rete dell'Emergenza Urgenza Territoriale".



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

Sempre in coerenza con le linee guida del 1996, l'Allegato 2 del Decreto del Commissario ad Acta n. 8/2011- Regione Abruzzo prevede che l'equipaggio minimo dell'"ambulanza di primo soccorso" sia formato da un autista con patente di guida di categoria B e da almeno un soccorritore, entrambi in possesso di abilitazione di livello avanzato.

In merito all'appropriatezza del trasporto secondario è invalso tra gli addetti ai lavori l'utilizzo della classificazione di Eherenwerth – riportata anche nel DCA 95/2015 sul riordino del sistema di emergenza regionale -, usata nella pratica clinica - per quanto non l'unica esistente in letteratura - e tipicamente applicata nei trasporti, primari o secondari, di pazienti critici. Pertanto la nomenclatura di Eherenwerth non riguarda i trasferimenti interospedalieri di pazienti stabili che fruiscono del servizio in condizione ordinaria programmabile.

A ciò si aggiunge che, nella prassi clinica codificata a livello nazionale, perfino il trasporto del paziente che rientri nella Classe I di Eherenwerth (paziente deambulante) potrebbe non necessitare di personale sanitario (si veda il Documento approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI, 31 ottobre 2012, Prot. n. 562/b, pag. 5). Il Ministero della Salute ha diramato nel 2010 la Raccomandazione n.11 ad oggetto "*Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)*", secondo cui il trasporto sanitario per diagnostica, prestazioni non presenti nella struttura di ricovero e da svolgere in altra area a maggiore complessità assistenziale, dialisi, etc, può essere compatibile, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, con un trasporto secondario urgente o secondario programmabile.

In Abruzzo sono operative circa 60 organizzazioni private (associazioni ed imprese) che svolgono attività di soccorso in emergenza e trasporti programmati sanitari. Circa l'80% dei soggetti autorizzati è dato da associazioni di volontariato iscritte al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato. Il restante 20% è formato da società – perlopiù cooperative sociali e quindi Onlus di diritto - iscritte all'Albo Nazionale delle Cooperative e, se del caso, al Registro regionale delle Cooperative Sociali oppure al solo Registro delle Imprese se svolgenti l'attività di trasporto e soccorso come attività secondaria ai sensi delle vigenti leggi.

Occorre rimarcare che uno dei pochi articoli ancora in vigore della L. 266/91 (già "legge quadro" sul volontariato), l'art. 6, recita che "*le regioni e le province autonome disciplinano l'istituzione e la tenuta dei registri generali delle organizzazioni di volontariato. L'iscrizione ai registri è condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici nonché per stipulare le convenzioni e per beneficiare delle agevolazioni fiscali, secondo le disposizioni di cui, rispettivamente, agli articoli 7 e 8*". La condizione dell'iscrizione



1. Introduzione

La legge 328 del 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), non espressamente abrogata dal Codice del Terzo Settore stabilisce all'art. 5 che *"le Regioni [...] adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona"*. La materia della collaborazione degli enti del terzo settore nei trasporti sanitari di emergenza-urgenza è andata tuttavia assumendo nel tempo connotazioni di notevole complessità, inferendo aspetti che attengono sia alle discipline della tutela della concorrenza - e per connessione e contiguità, degli appalti - rimesse alla legislazione dello Stato, che a quella del *no profit*, estranea alla competenza della UE e rimessa alla legislazione dei Paesi membri.

Le linee guida 1/1996, applicative dell'"Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" del 27 marzo 1992, espressamente recitano che, ferma restando la distinzione trasportistica prevista dal DM 553/87 sulla tipologia dei mezzi di soccorso (ambulanza di tipo A e B), così come previsto dal comma 2 dell'art. 5 del DPR 27 marzo 1992, le declinazioni sanitarie del modello di risposta per livello di intervento sono le seguenti:

- 1) ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;
- 2) ambulanza di soccorso e di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa.

Le linee guida del 1996 prevedono pertanto la distinzione, per quanto concerne i mezzi di soccorso non avanzato, in MSB (mezzi di soccorso di base) e MSAB (mezzi di soccorso avanzato di base), diversi dai MSA (mezzi di soccorso avanzato). Nei primi, l'autista alla guida del mezzo può essere affiancato, a differenza degli altri, in vece del personale sanitario, da un soccorritore con idonea formazione.



GIUNTA REGIONALE

all'istituendo RUNTS, il Registro Unico Nazionale del Volontariato, è confermata anche nel Codice del Terzo Settore per l'applicazione a regime degli artt.56 e 57 del D. Lgs. 117/2017.

Il Dipartimento Salute e Welfare, tramite il Servizio di Emergenza Sanitario – che svolge l'istruttoria sul rilascio delle autorizzazioni previo parere favorevole di Servizi di Prevenzione delle Aziende USL – arretra la richiesta di iscrizione al Registro Regionale del Volontariato nella fase autorizzativa, in modo da certificare lo status di associazione non lucrativa attraverso il transito nel Registro, possibile dopo almeno 3 mesi di iscrizione dell'organizzazione nel Registro delle Onlus dell'Agenzia delle Entrate.

La quantificazione del fabbisogno di mezzi/postazioni di soccorso avanzato suggerita da Agenas nello studio contenuto in Monitor n. 27/2011 e recepita nel DCA 11/2013 ("Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e reti Ima-Stroke-Politrauma") teneva conto di alcuni fattori di correzione.

Formula A

$$\frac{(n. abitanti / 60.000) + (superficie / 350 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

Formula B

$$\frac{(PRP / 60.000) + (PRM / 40.000)}{2} + \frac{(SP / 350 \text{ Km}^2) + (SM / 300 \text{ Km}^2)}{2} = n. mezzi di soccorso avanzato (MSA)$$

dove:

PRP = Popolazione residente in area di pianura

PRM = Popolazione residente in area montana e pedemontana

SP = Superficie pianura

SM = Superficie montana

MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato sia nella forma di auto medica (ASA), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base (MSAB).

I criteri Agenas 2011 sono virtualmente replicati anche nel Decreto 70/2015 che al punto 9.1.3 recita: "La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km²., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico Assistenziali". Se è pur vero, come Agenas arguisce, che "il sistema territoriale di soccorso 118 ha, negli anni, progressivamente accresciuto il numero delle postazioni, spesso spinto da criteri che non sempre rispondevano ad una programmazione omogenea e di vasto respiro", lo



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

stesso Decreto 70 non esplicita quantità e qualità dei “correttivi specifici” nel limite inferiore di popolazione ed estensione, rimettendole alla decisione della Regione, titolare del potere di organizzazione dei servizi sanitari. Con il Decreto Commissariale n. 4 (*“Programma Operativo 2010 – Intervento 8 – Azione 2. Approvazione delle linee guida schema di convenzione per i servizi di emergenza/urgenza territoriale e trasporto infermi e feriti e dei relativi allegati. Designazione dei membri della Direzione Politiche della Salute componenti della Commissione Tecnica di cui al punto 8 delle predette Linee Guida. Ulteriori disposizioni”*) si prendeva atto della ricognizione in corso delle postazioni 118 medicalizzate presenti sul territorio regionale avvalendosi della consulenza dell’AGENAS. La nuova formulazione delle postazioni territoriali contenuta nel vigente DCA 95/2015 (*“Approvazione del programma di qualificazione della rete emergenza-urgenza territoriale”*) e successive modifiche rende chiaro che il modello organizzativo scelto dalla Regione è quello di un ampio ricorso ai fattori di correzione dei bacini di utenza, anche al di sotto dei 40 mila utenti, al fine di dotare il territorio di un’articolata rete di postazioni (59, secondo il DCA 95/2015), almeno due terzi delle quali gestite in regime convenzionale o di collaborazione con le associazioni del terzo settore.

Segue la ripartizione della popolazione residente in Abruzzo per ASL e popolazione residente in zona di montagna e non di montagna all’1.1.2016, con elaborazioni svolte dal Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale su dati Istat e Uncem:

Popolazione e superficie per zona altimetrica

ASL	Non di montagna		Di montagna		Totale	
	Pop. Residente all' 1.1.2016	Superficie territoriale (kmq)	Pop. Residente all' 1.1.2016	Superficie territoriale (kmq)	Pop. Residente all' 1.1.2016	Superficie territoriale (kmq)
ASL 201 Avezzano Sulmona L'Aquila	0	0,00	303.239	5.047,50	303.239	5.047,50
ASL 202 Lanciano-Vasto-Chieti	309.072	950,61	81.890	1.648,97	390.962	2.599,58
ASL 203 Pescara	267.613	486,86	54.360	743,47	321.973	1.230,33
ASL 204 Teramo	175.145	464,74	135.194	1.489,64	310.339	1.954,38
Totale regionale	751.830	1.902	574.683	8.930	1.326.513	10.831,79

Fonte: elaborazioni Regione Abruzzo su dati Istat e Uncem



2. Tariffe e costi standard

2.1. Le tariffe prestazionali del trasporto e soccorso

La L.R. 72/94 prevedeva, al punto 3.1. che le tariffe relative al trasporto infermi e feriti fossero stabilite dalla Giunta Regionale su proposta del Settore Sanità, sentita la Conferenza Regione-USL. Analoga previsione era contenuta nella nota del Settore Sanità n. 14779/1 del 28.7.1995, punto 4. La DGR 26 marzo 1997, n. 716 approvava quindi il nuovo sistema tariffario di trasporto infermi e feriti.

Fino all'entrata in vigore della DGR 716 ogni USL regionale stipulava convenzioni con enti ed associazioni di volontariato in un quadro non caratterizzato da unitarietà di indirizzi e parità di trattamento tra residenti.

L'art. 3 del Decreto del Ministero della Sanità del 15.4.1994 (*"Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera"*) prevedeva la determinazione delle tariffe delle prestazioni di cui al precedente art. 2, comma 1, lettera f) (*"prestazioni di elisoccorso e trasporto assistito"*) da parte delle Regioni e Province Autonome sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali.

Nelle more della determinazione delle tariffe in base a costi standard, il Comitato Regionale per l'Emergenza Sanitaria di cui alla DGR 1646 del 13.5.1996 predisponva le apposite tariffe, da considerare come remunerazione massima, poi confluite nella DGR 716/96.

Il sistema tariffario della DGR 716/96 prevedeva un compenso a *forfait*, erogato annualmente per ciascuna postazione 118 presidiata dalle associazioni per la totalità delle missioni che, in andata e ritorno, si attestavano al di sotto dei 30 chilometri, variabile dalle 20 a 40 mila lire; per le missioni che, invece, superavano i 30 chilometri in andata più ritorno, era riconosciuto un rimborso chilometrico di mille lire per ogni km eccedente. Le tariffe riguardavano le somme da corrispondere a fronte del servizio reso agli enti e alle associazioni di volontariato operanti in regime convenzionale per il trasporto di infermi e feriti "nell'ambito del SUEM 118". Il panorama tariffario della DGR 716 restava in vigore fino all'adozione di un aggiornamento delle tariffe di trasporto, adottato dalla Regione con DGR 2790 del 21 ottobre 1998, provvedimento emanato con l'intento di *"puntualizzare e fornire precise indicazioni su varie situazioni e comportamenti da parte delle strutture normalmente coinvolte nell'attività in parola (Centrali Operative 118, reparti, enti e associazioni di volontariato, ecc)"*.



GIUNTA REGIONALE

L'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. 4/2011 (c.d. "Decreto Baraldi") ha stabilito quindi le tariffe per le prestazioni di trasporto e soccorso, relative alle associazioni convenzionate con il sistema di emergenza 118, tuttora vigenti. Il sistema dei compensi è costruito attraverso un *benchmark* degli stessi servizi rilevati a livello nazionale e regionale che tiene conto degli obiettivi del Piano di Rientro della Regione; la DGR 2790/98 è tacitamente applicabile nella parte non in contrasto con il DCA 4/2011.

La Legge n. 133 del 6 agosto 2008 ha stabilito che le tariffe da impiegare per la remunerazione di specifiche attività e prestazioni "devono essere definite sulla base dei costi standard". In tal senso, il costo standard è definito come il parametro che individua il consumo di risorse per prodotto "*calcolato sulla base di strutture selezionate*" (art. 79, comma 1-quinquies).

Le Regioni finanziano il sistema di emergenza preospedaliera sulla base di criteri di riparto autonomamente definiti nella cornice del D.Lgs 502/92, art. 8-sexies e s.m.i. Tale decreto distingue le funzioni assistenziali remunerate in base al costo standard di produzione e le attività remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione. Tra le funzioni per cui è prevista la remunerazione a costo standard rientrano le "*attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della Centrale Operativa*" (art 8-sexies, comma 2, punto e). Ad oggi, non si è dato seguito, a livello nazionale, ad una previsione normativa relativa al costo standard con riguardo ai servizi di soccorso sanitario, evidente sintomo della difficoltà di definire standard la cui fissazione può risultare agevole nel caso di spese di spese vive (costo chilometrico, pasti, assicurazioni, etc), non altrettanto nel caso di oneri pluriennali che siano espressione del costo dei fattori produttivi (stipendi, costi organizzativi, ammortamento degli autoveicoli, etc). Pertanto, in Italia si assiste a una differenziazione dei modelli e dei livelli di finanziamento del sistema. Il tema dei costi standard è molto rilevante in un periodo in cui si dibatte sulla razionalizzazione dei costi e dei livelli di servizio, preservando l'equità e l'universalità del sistema sanitario e superando un modello basato su tagli lineari, che non riconoscono la qualità e l'efficienza dei servizi resi.

2.2. La figura del c.d. "autista-soccorritore"

Merita a questo proposito un approfondimento la figura del cosiddetto "autista-soccorritore". Come è noto, la qualifica professionale di autista-soccorritore, così come quella di soccorritore, unitamente al



GIUNTA REGIONALE

mansionario che ne definisce il cosiddetto “profilo”, non è stata ancora istituita in Italia. Le Regioni hanno tuttavia la necessità di validare le numerose soluzioni organizzative che prevedono di riconoscere e valorizzare il contributo del personale tecnico nel soccorso extraospedaliero; esse non possono però istituire nuove figure professionali, compito riservato alla legislazione esclusiva dello Stato (si veda, da ultimo, Sent. 300/2010 Corte Costituzionale). L’istituzione del nuovo profilo richiede inoltre la definizione delle categorie di inquadramento (B o C), fermo restando l’esaurimento delle procedure di mobilità dell’ex personale CRI con funzione di autista-soccorritore previste dalla Legge di Stabilità 2016. In alcune regioni questa disciplina è stata adottata ma è spesso disapplicata, anche per la difficoltà di mutuo riconoscimento di questi percorsi sia da parte di altre regioni che all’estero. Attualmente non vi sono ancora norme che definiscano le modalità organizzative dell’apposito corso previsto dall’Accordo Stato-Regioni 22 maggio 2003 per l’autista-soccorritore del SSN e delle associazioni convenzionate (art. 5, commi 2 e 3 del DPR 27 marzo 1992). A ciò si aggiunge la creazione di percorsi formativi nelle associazioni con l’attribuzione di “qualifiche” che, per quanto delineate da ‘reti associative’ ex art. 41 del D.Lgs. 117/2017 “Terzo Settore” (CRI, Misericordie d’Italia, Anpas, etc), hanno valenza puramente interna all’organizzazione, convenzionata o meno con i Servizi Sanitari regionali. Più diffuso e definibile in una cornice normativa è invece il possesso dell’attestato di esecutore BLS (Decreto 24 aprile 2013, DCA Regione Abruzzo 2/2015), di indubbio valore abilitante ed autorizzante, ma non sufficiente ad esaurire la formazione richiesta alla figura dell’autista-soccorritore prevista dall’Accordo del 2003.

A suo tempo il CCNL del comparto del personale non dirigente del SSN 2002–2005 del 19 aprile 2004 ha modificato, all’art. 23 comma 7, la declaratoria della categoria B –liv. economico Bs - con riguardo alle funzioni dell’autista di ambulanza aggiungendo le parole *“tenuto conto – per quest’ultimo – di quanto stabilito nell’Accordo Stato e regioni del 22 maggio 2003”*. A seguito di questa integrazione, l’ARAN ha precisato che *“di conseguenza, il profilo professionale di operatore tecnico autista di ambulanza si conferma nella sua unicità ed è comprensivo anche della funzione di soccorritore”* (Orientamento Applicativo del 24.09.2011). Ciò non toglie che la concreta attuazione di questo orientamento debba passare per la definizione di un percorso formativo omogeneo e professionalizzante, data anche l’attribuzione all’autista che opera direttamente sullo scenario del soccorso col pieno consenso di chi ne organizza la prestazione lavorativa, di una *“posizione di garanzia”* (Cass. Sez. 4, Sent. n. 14007 del 2.4.2015).

E’ difatti questo il senso della nota DGPROF/VI/P/1.5.h.a.3 del 21/2/14 con cui la Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del Ministero della Salute indicava l’obiettivo del corretto



GIUNTA REGIONALE

utilizzo del personale assunto come autista che, "ai sensi dell'ordinamento vigente, non può prestare ausilio al personale sanitario addetto al soccorso", come ribadito anche dalla risposta del Ministro della Salute all'interrogazione n. 4-05613 del 14.06.2016. L'osservazione del Ministero della Salute si riferisce evidentemente all'impossibilità di un impiego ordinario dell'autista come soccorritore a legislazione nazionale vigente e non al fatto che una competenza ausiliaria dell'autista a supporto al personale di soccorso non possa richiedersi e valutarsi liberamente con corsi riconosciuti a livello regionale in fase di selezione concorsuale oltre che, di fatto, in stato di necessità (art. 54 c.p.).

2.3. Analisi delle tariffe del DCA 4/2011

L'assetto tariffario disegnato dal DCA 4/2011 è il seguente:

Servizio in forma continuativa	Caratteristiche mezzo ed equipaggio	Rimborso massimo stand-by	Rimborso massimo a chiamata
Postazione 118 h 24	Ambulanza tipo A, autista, uno o più volontari con formazione avanzata	€ 75.600,00	€ 12,00
Postazione 118 h 12 diurna	Ambulanza tipo A, autista, uno o più volontari con formazione avanzata	€ 50.400,00	€ 12,00
Postazione 118 h 12 notturna	Ambulanza tipo A, autista, uno o più volontari con formazione avanzata	€ 25.200,00	€ 12,00

Servizio in forma programmata	Caratteristiche mezzo ed equipaggio	Rimborso massimo a chiamata	Rimborso massimo a km sopra i 30 km	Rimborso massimo a ora di sosta sopra 1 ora
Postazione 118 h 24	Ambulanza tipo B, autista, uno o più volontari con formazione di base	€ 13,00	€ 0,67	€ 8,00
Postazione 118 h 12 diurna	Furgone disabili, autista, uno o più volontari con formazione di base	€ 12,00	€ 0,60	€ 8,00
Postazione 118 h 12 notturna	Auto, autista più eventuali volontari con formazione di base	€ 11,36	€ 0,50	€ 8,00

Nel provvedimento regionale, la voce "rimborso massimo in stand-by" per l'attività in emergenza-urgenza andava idealmente a remunerare le componenti fisse e semi-fisse dell'attività e quindi indipendenti dall'esercizio (esclusi i costi di esercizio e i consumi chilometrici), caratterizzate dal costo del personale, del mezzo e della sede, per quanto condivisa con altre attività svolte dall'associazione.

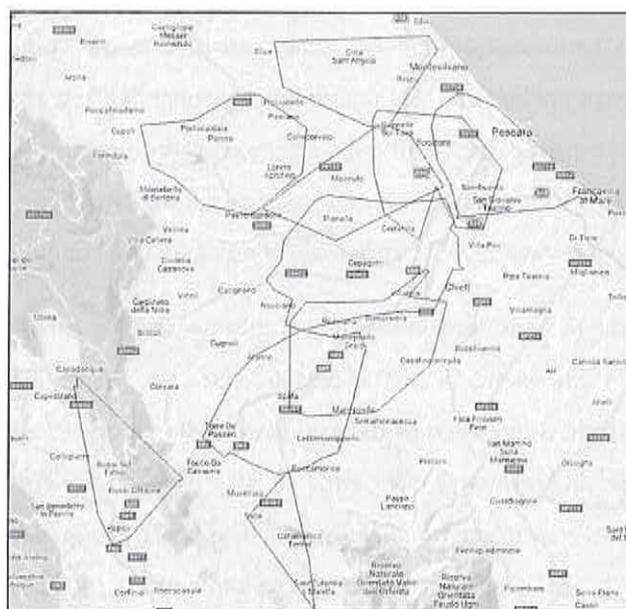
Costruendo con il ricorso ad appositi software le isocrone di mobilità generate da centroidi sede di postazione di ambulanza, si può giungere, per una provincia-tipo a definire percorrenze medie minime e



GIUNTA REGIONALE

massime considerando una velocità media di 70 km/h, che definiscono per una tempistica di intervento di soccorso in emergenza entro gli 8 minuti un percorso medio A/R pari a 18 km per missione, molto prossimi a quelli empiricamente rilevati, a titolo di esempio per la ASL Pescara nel 2016 (20 Km A/R).

Figura- Isocrone di mobilità sviluppate su centroidi sede di postazione convenzionata (esempio per la provincia di Pescara)



Il "rimborso massimo a chiamata", nel DCA 4/2011 pari a 12 euro per l'emergenza e variabile da € 11,36 a € 13 per i trasporti secondari, è una componente tariffaria che va teoricamente a coprire il costo variabile sostenuto dall'associazione per una missione media (come si è visto pari a 20 km), maggiorato di alcuni extra costi.

A livello nazionale, uno dei più interessanti studi sui costi standard relativi alla rete dell'emergenza-urgenza è stato condotto da FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) con la pubblicazione "Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli Studio pilota su quattro regioni italiane per la definizione dei costi standard dei servizi di soccorso" (Laboratorio Servizi di Emergenza territoriale 118, Gennaio 2015).

La FIASO coinvolgeva nello studio quattro regioni (Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Basilicata), non limitandosi a raccogliere esternamente il materiale amministrativo e di studio prodotto nelle regioni di



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

riferimento ma coinvolgendo direttamente i Servizi e le Agenzie regionali di emergenza (rispettivamente AREU Lombardia, ARES Lazio, C.O. Emilia-Romagna e Dires Basilicata), con il preciso intento di formulare un metodo per definire i costi standard dei sistemi di emergenza preospedaliera.

Bisogna concludere che i risultati dello studio sono solo limitatamente applicabili alla variegata realtà delle associazioni e degli enti del terzo settore, che hanno una struttura di costi molto variabile e dipendente *in primis* dalla manodopera strutturata (dipendenti, soci lavoratori) e dai volontari al servizio di ciascuna associazione. A ciò si aggiunge anche l'astratta possibilità - ai sensi del Decreto del Ministero dei Trasporti 137 del 2009 - che il servizio possa essere affidato ad imprese (in quanto tali, con struttura di costi ben diversa), che possono svolgere il trasporto e soccorso con mezzi immatricolati in uso proprio come attività o addirittura in conto terzi con autorizzazione comunale al noleggio con conducente.

Le macrovoci di costo prese in considerazione nello studio, variabili a seconda della configurazione dei mezzi (MSB, MSAB o MSA) si riferiscono ai costi diretti di personale, alle dotazioni tecnologiche e sanitarie (automezzi). A questo fine l'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute 15 aprile 1994 sancisce: *"Il costo standard di produzione per prestazione è calcolato in via preventiva dalle regioni e dalle province autonome, sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti rispettivamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale del territorio regionale e provinciale, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza ed efficacia. Tale costo fa riferimento alla composizione ed alla qualità di fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato. Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti: a) il costo del personale direttamente impiegato; b) il costo dei materiali consumati; c) il costo delle apparecchiature utilizzate (manutenzione, ammortamento), proporzionato ad un tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale; d) i costi generali della unità produttiva della prestazione, ossia il costo dei fattori di produzione attribuiti alla unità produttiva ma non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione, distribuiti proporzionalmente tra tutte le prestazioni da questa prodotte".*

In linea generale, considerando che nelle realtà del terzo settore è l'autista ad essere prevalentemente inquadrato con rapporto di dipendenza mentre il soccorritore è spesso volontario, la prima voce di costo è rappresentata proprio dalla figura del conducente, per la quale FIASO stima al 2015 un costo standard



GIUNTA REGIONALE

unitario di € 23,10, che per un orario settimanale di 38 ore determina un *core cost* annuale di 202.356 per l'operatività h24 e 101.178 per l'h12.

La copertura del servizio con ricorso almeno parziale a personale dipendente assunto a norma dei CCNL che regolano il rapporto di lavoro con le "reti" del volontariato ex art. 41 d.Lgs. 117/17 è quasi imprescindibile per il servizio h24, mentre per i servizi h12 è spesso prevalente il ricorso a personale volontario.

Dai dati del Bilancio Sociale Anpas 2017 si evince che il mondo delle Pubbliche Assistenze conta in Abruzzo 168 mezzi in attività, 2.000 volontari e 53 dipendenti. Ciascuna delle 33 P.A. presenti sul territorio, può contare mediamente su 6 mezzi, 61 volontari, 86 soci e 1,89 dipendenti che, distribuiti su 6 mezzi per P.A., realizzano una media di 0,3 unità di personale dipendente per mezzo. Ciascuna P.A. evidenzia un'entrata mediana di € 54.579. L'Associazione della Croce Rossa Italiana in Abruzzo ha completato il passaggio di 23 autisti-soccorritori, inquadrati in categorie variabili da A1 a B3, a dipendenti ai ruoli delle ASL. Le diverse Fraternità di Misericordie d'Italia operanti in Abruzzo possono contare su variegati modelli organizzativi: indicativamente un terzo di esse quali operano in regione con l'attività di soli volontari. Il raggruppamento del quale fa parte l'Abruzzo (Conferenza Marche-Abruzzo-Molise) si avvale di un massiccio ricorso al lavoro volontario, contando circa 11 volontari ogni lavoratore dipendente anche se, in senso diacronico, le Misericordie più recenti e quelle del Centro-Sud tendono ad avere una quota proporzionalmente maggiore di lavoratori rispetto ai volontari. Complessivamente, sembra realistico ipotizzare un apporto di personale dipendente pari al 20% di quello totalmente utilizzato, al lordo dell'apporto di volontari. Il solo costo vivo del *core cost* del personale autista-soccorritore si collocherebbe quindi intorno alle 40.000 euro¹ per 1 mezzo h24, da maggiorare per gli oneri relativi ai pasti, ad eventuali straordinari, abbigliamento, responsabilità civile verso terzi.

Per le ambulanze è generalmente riconosciuta un'aliquota di ammortamento fiscale del 25% annuo ai sensi della tabella ministeriale di cui al Decreto MEF 31 dicembre 1988 (*"Coefficienti di ammortamento del costo dei beni materiali strumentali impiegati nell'esercizio di attività commerciali, arti e professioni"*), gruppo XXI, servizi sanitari aggiornato ed integrato con norme DL 27-04-90 n. 90, convertito in Legge n. 165/90. Il veicolo di riferimento può essere considerato un automezzo alimentato a gasolio di massa complessiva a pieno carico non superiore alle 3,5 tonnellate. A mero titolo esemplificativo, un automezzo standard già

¹ "È evidente che l'impiego di personale volontario sui mezzi riduca in modo sensibile il costo della voce "personale aziendale". Peraltro, se è vero che proporre degli standard che tengano conto di questo aspetto appare attualmente un limite per la definizione di una "unità di prodotto" che rispecchi le realtà presenti nelle diverse Regioni, è altrettanto vero che un'analisi comparata dei modelli dei sistemi di emergenza preospedallera dovrà sempre più fare i conti con la presenza e il ruolo di queste realtà" (FIASO, 2015)



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

munito di dotazioni sanitarie, individuabile in un Fiat Ducato 35 Multijet 130CV (costo stimato € 60 mila già attrezzato), può comportare un onere di ammortamento annuo di € 15.000 euro per 4 anni. Secondo le tabelle ACI, a questi oneri si aggiungono € 3.750 per costi non proporzionali, per un totale di € 18.750. Utilizzando invece un criterio di ammortamento civilistico pari ad 8 anni come per le attrezzature sanitarie di valore superiore ad euro € 516, l'aliquota di sostituzione sarebbe pari al 12,5% ed il costo annuale ad € 7.500. Secondo FIASO è comunque possibile rilevare che il costo delle ambulanze e delle auto calcolato con ammortamento all'aliquota mediana del 20% è simile per tutte le Regioni.

Il D. Lgs. 81/2008, come modificato dal D.Lgs. 106/2009 stabilisce inoltre che i volontari di cooperative sociali, Croce Rossa e Protezione Civile sono, ai fini degli oneri di sicurezza, equiparati ai lavoratori; i volontari delle altre associazioni di cui alla L. 266/91 sono invece equiparati ai lavoratori autonomi. Per ambedue c'è comunque l'obbligo di utilizzo di dispositivi di protezione individuale, da cui discendono ulteriori costi.

Vanno quindi aggiunti altri oneri variabili: lava-nolo del vestiario, lavaggio e sanificazione degli automezzi, materiale sanitario di consumo, costi di struttura (fitto di immobili, spese di pulizia, utenze, hardware e software, valutati da FIASO, in un'ottica di massima efficienza, pari al 7,5% del totale), costi generali (la cui incidenza è valutata nell'ordine del 2,5% dei costi diretti). Incrementando di questo ulteriore 10% l'importo delle due voci calcolate sui principali fattori della produzione (manodopera e mezzo), si giunge ad un importo standardizzato pari a € 75.625 mila euro per il servizio h24, stima che consente di dare un giudizio di sostanziale congruità sull'importo che il DCA 4/2011 definisce di "stand-by" h24, che va a remunerare i costi di struttura, salvo sovracosti da valutare nel caso concreto (es. presenza di più automezzi, etc). Così argomentando, il rimborso del tempo di sosta sembrerebbe totalmente assorbito dall'eventuale rifusione del costo dei fattori produttivi. Allo stesso modo, anche la ripartizione dei c.d. "rimborsi massimi in stand-by" per l'operatività h12 diurna e notturna, a suo tempo rispettivamente suddivisi in 2/3 ed 1/3 in ragione della distribuzione statistica delle missioni non dovrebbe seguire un criterio legato ad una logica di costi variabili. Inoltre, per il mezzo standard preso in considerazione, le tabelle ACI (settembre 2018) stabiliscono in € 0,45 al lordo di Iva il rimborso chilometrico per una percorrenza media di 40 mila chilometri (MSAB/MSB) e in € 0,48 lordi per una percorrenza di 30 mila (MSA). A questi importi, periodicamente aggiornati, sembra opportuno ricondurre il riconoscimento di qualsiasi rimborso chilometrico, evidentemente da estendere anche al c.d. "servizio in forma continuativa", che il DCA 4/2011 non prevede. Per concludere, al di là di ogni possibile valutazione circa la congruità numerica di un sistema di "rimborsi ai



GIUNTA REGIONALE

fattori della produzione” è necessario rimarcare che l’evoluzione della normativa comunitaria in tema di affidamento dei servizi sociali, salvo limitate eccezioni ricomprese nelle previsioni della Direttiva 24/2014, spinge di fatto al superamento di un sistema di remunerazione “tariffario” e questo sia nell’ambito dei servizi di trasporto (come si vedrà, da affidare tendenzialmente a gara), che dei servizi di ambulanza in emergenza, che consentono il ricorso ai modelli convenzionali previsti nel Codice del Terzo Settore esclusivamente per i servizi affidati in regime di rimborso². E’ fatta salva la definizione con legge regionale di tariffe, derivate da costi standard, volte a quantificare casi di compartecipazione a carico dell’utente trasportato³.

Bisogna quindi concludere che il sistema di tariffe delineato dal DCA 4/2011, tendenzialmente adeguato per ordini di grandezza per quanto migliorabile con i correttivi sopra descritti, può essere conservato solo ai fini di utile strumento per la stazione appaltante o per il soggetto affidante ai fini del calcolo della base d’asta. Se difatti è vero che lo strumento della convenzione con associazioni ex artt. 56 e 57 del Codice del Terzo Settore legittima al rimborso di spese vive e di quota parte di costi indiretti, l’esegesi recente del Consiglio di Stato⁴ tende ad escludere da questi costi quelli che mirino al rimborso dei costi correlati ai fattori della produzione cui inequivocabilmente i rimborsi massimi “in stand by” del DCA 4/2011 si riferiscono. Poiché, vista anche la recente giurisprudenza amministrativa, la remunerazione del costo dei fattori produttivi in sede di affidamento convenzionale dei servizi tende a spostare la materia dalla semplice organizzazione dei servizi sanitari (rimessa alle Regioni) al reame degli appalti, per connessione o contiguità connesso alla tutela della concorrenza, si migra inevitabilmente verso una disciplina rimessa dall’art. 117 della Costituzione alla legislazione esclusiva dello Stato.

2.4. Vita utile degli automezzi

Altra problematica non ancora risolta con indicazioni omogenee a livello nazionale riguarda il computo del chilometraggio e della vetustà dell’ambulanza. Con il comunicato n. 87/1992 (pubblicato in Gazz. Uff., 30 maggio 1992, n. 126) relativo al DPR 27 marzo 1992, la Presidenza del Consiglio dei Ministri raccomandava

² Si veda, a questo proposito, l’interpretazione restrittiva resa dal Consiglio di Stato (parere 2052/2018 Comm. Speciale) circa l’estensione delle ipotesi convenzionali tratteggiate negli artt. 56 e 57 del D.Lgs. 117/2017.

³ Art. 11, L.R. 27 dicembre 2016, n. 42.

⁴ Parere reso ad ANAC dalla Commissione Speciale del Consiglio di Stato 26 luglio 2018, n. 2052



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

al Ministero dei Trasporti di modificare la *“Normativa tecnica ed amministrativa relative alle autoambulanze”* approvata con Decreto 553/87, introducendo limiti di impiego pari a 5 anni o 150.000 chilometri nelle attività di soccorso avanzato e di 7 anni o 300.000 km per le attività di primo soccorso. Il documento suggerisce poi che i mezzi che giungono ai limiti di impiego vengano declassati nella categoria immediatamente inferiore. Nel DCA 8/2011, Allegato 2, la Regione Abruzzo ha fissato requisiti non disgiuntivi per i requisiti di età e percorrenza del veicolo, stabilendo che, per l’ambulanza di soccorso avanzato, *“la prima immatricolazione del mezzo deve essere avvenuta da non più di 5 anni ed il mezzo non deve avere percorso più di 150.000 chilometri. Nel caso in cui, al termine dei cinque anni, il mezzo abbia percorso meno di 75.000 chilometri, l'idoneità all'utilizzo come ambulanza di soccorso avanzato può essere prorogata per altri due anni, da apposita Commissione”*; lo stesso avviene per l’ambulanza di soccorso, per cui il D.C.A. stabilisce che *“la prima immatricolazione del mezzo deve essere avvenuta da non più di 7 anni ed il mezzo non deve aver percorso più di 300.000 chilometri”*. La combinazione dei dati standard di età e percorrenza definiscono pertanto il chilometraggio medio di un mezzo di soccorso e trasporto (MSAB/MSB) in 42.857 km/anno, mentre quello di un mezzo di soccorso avanzato è fissato in 30.000 km/anno.

A questo proposito va ricordato che il 20 maggio 2018 è entrato in vigore il Decreto 19 marzo 2017 di recepimento della Direttiva 2014/45/UE, che ha stabilito l’obbligo della revisione annuale delle ambulanze e la possibilità da parte delle autorità competente di ordinare una revisione in qualsiasi momento nel caso di dubbi sui requisiti di sicurezza, rumorosità e inquinamento. In più, il certificato di revisione conterrà finalmente informazioni qualitative, cioè se vi sono carenze lievi, gravi o pericolose, con diversi effetti sulla futura circolazione. Il nuovo decreto aggiunge quindi standard di sicurezza alla delicata fase della revisione del veicolo che tendenzialmente dovrebbero risolvere con valutazioni di tipo tecnico-qualitativo il giudizio di idoneità all’esercizio del veicolo fondato sui due semplicistici parametri del chilometraggio e della vita residua del mezzo.

In ragione dei più stringenti controlli sui mezzi stabiliti dal Decreto 19 marzo 2017 che ha recepito la Direttiva 2014/45/UE ed in vigore dal 20 maggio 2018 e in virtù di quanto a suo tempo previsto dal comunicato 87/92 della Presidenza del Consiglio, si ritiene pertanto di modificare i limiti di impiego di ogni singola autambulanza – sia essa di proprietà delle ASL o delle associazioni - in 5 anni o 150.000 km per i casi previsti nei punti 1.1.3 e 1.1.4 del citato Allegato e in 7 anni o 300.000 km per i punti 1.1.2 e 1.1.5, stabilendo che al superamento di entrambi i requisiti il mezzo può essere declassato nella categoria immediatamente inferiore.



3. La disciplina di esercizio dell'attività di trasporto sanitario in ambulanza

La disciplina tecnica dei trasporti in ambulanza è rimessa a decreti del Ministero dei Trasporti (DM 17 dicembre 1987, n. 553; DM 20 novembre 1997, n. 487; DM 1° settembre 2009, n. 137; DM 5 novembre 1996) per quanto riguarda le caratteristiche dei mezzi e la circolazione su strada e a Ministero della Salute e Regioni per la sola parte relativa all'organizzazione dei servizi sanitari e tutela della salute, compresi l'allestimento sanitario dei mezzi e gli standard formativi dell'equipaggio.

In particolare, il Decreto Ministeriale 137 del 1° settembre 2009 ha stabilito che le ambulanze possono essere autorizzate sia dal regime regionale di autorizzazione sanitaria al trasporto di infermi e feriti, quindi "per uso proprio" (art. 2, comma 1, DM 137/09 "immatricolate in uso proprio per prestazioni di trasporto senza corrispettivo e senza fini di lucro") che "in conto terzi" (noleggio con conducente, art. 2, comma 2, DM 137/09 "immatricolate in uso di terzi per servizio di noleggio con conducente per prestazioni di trasporto dietro corrispettivo e sulla base della licenza comunale di esercizio"). Il Regolamento di esecuzione del Codice della Strada DPR 495/92 stabilisce all'art. 244 che "ai fini della possibile destinazione a noleggio con conducente, di cui all'articolo 85, comma 2, del codice, vengono considerate adibite al trasporto specifico di persone sia le autoambulanze cosiddette di trasporto che quelle cosiddette di soccorso".

L'autorizzazione rappresenta il momento amministrativo che rimuove un ostacolo all'esercizio di un diritto già potenzialmente in essere (al momento dell'immatricolazione di un mezzo per l'esercizio dell'attività sanitaria "in uso proprio") in capo al soggetto autorizzato. Nel sistema autorizzativo delle attività economiche, l'istituto dell'autorizzazione è difatti in capo ad autorità amministrative per definizione identificate nelle autonomie locali e negli enti territoriali (prevalentemente Regioni e Province Autonome e i Comuni che, come spesso ribadito dal Ministero delle Attività Produttive, sono in senso residuale le amministrazioni che autorizzano all'esercizio o ricevono la SCIA laddove non espressamente indicato dalla legge o dai regolamenti). Questo è il motivo per cui, nello spirito di quanto stabilito dal Decreto 137 del 2009, il mezzo "ambulanza", immatricolabile "in uso proprio" o "in conto terzi" è immesso in esercizio, previa verifica della sua idoneità sanitaria da parte dei competenti servizi di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dalla Regione nel primo caso e dai Comuni nel secondo.



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

Sempre al NCC con ambulanza è dubbiamente applicabile in via analogica il disposto della L. 15 gennaio 1992, n. 21 ("Legge quadro per il trasporto di persone mediante autoservizi pubblici non di linea"), che non prevede le ambulanze tra gli autoveicoli oggetto della disciplina⁵ ed escluderebbe *prima facie* l'iscrizione nei ruoli camerali dei conducenti. Inoltre l'Abruzzo non ha una specifica norma quadro regionale sul noleggio con conducente se non con riferimento al noleggio di autobus⁶, né il Decreto 137/2009 individua nella legge n. 21/92 o nella legge n. 218/2003 ("Disciplina dell'attività di trasporto di viaggiatori effettuato mediante noleggio di autobus con conducente") la disciplina applicabile all'esercizio dell'attività di NCC con ambulanze. Nel caso di veicoli immatricolati per uso sanitario in conto terzi, la licenza di esercizio sarebbe quindi rilasciata dal Comune – sulla base di un regolamento municipale – come previsto dall'art. 85, comma 3 del CdS, senza contingenti numerici anche a società, oltre che a persone fisiche, e senza obbligo da parte del conducente di essere iscritto al Ruolo dei Conducenti dei Veicoli adibiti a servizi pubblici non di linea delle Camere di Commercio essendo sufficienti le abilitazioni alla guida per quel tipo di veicoli. In assenza di contingenti autorizzativi in NCC e viste le recenti aperture giurisprudenziali in favore del noleggio con ambulanza (Sentenza n. 1139/2018 del Consiglio di Stato) si pone a questo punto la problematica di una compressione della libertà concorrenziale, con ampi riflessi nell'ambito dell'istituto dell'accreditamento istituzionale, di un eventuale parere di compatibilità programmatica propedeutico al rilascio di un'autorizzazione regionale al trasporto in ambulanza dalla quale non si origini in senso stretto un "diritto al convenzionamento".

E' poi chiaro che il discrimine tra le due autorizzazioni non è la nominale ed imprecisa dizione di esercizio "intra" o "extra" Sistema Pubblico di Emergenza 118, non avendo l'autorizzazione il valore di un accreditamento con contingente prefissato ma rifacendosi sostanzialmente al modello dell'"accreditamento libero" (tratteggiato nel parere 2052 del 26.07.2018 della Commissione Speciale del Consiglio di Stato). Inoltre, secondo la giurisprudenza del Consiglio di Stato il sistema delle associazioni di volontariato convenzionate rappresenta un ambito in cui, pur riconoscendo agli Stati membri l'opportunità di conservare le prerogative e il plusvalore sociale del mondo del volontariato, pesa inevitabilmente la classificazione funzionale e non nominalistica del ruolo degli operatori economici e delle "imprese": imprese sono funzionalmente i soggetti che operano in un mercato contendibile, siano essi soggetti iscritti nei registri imprenditoriali nazionali oppure associazioni o liberi professionisti. Le associazioni restano soggetti privati non assoggettati al controllo analogo dell'ente pubblico e la cui operatività in ambito

⁵ A proposito si veda anche Sentenza TAR Lazio n. 170/2013.

⁶ L.R. 17 luglio 2007, n. 25 ("Disciplina dell'attività di trasporto di viaggiatori effettuato mediante noleggio di autobus con conducente").



GIUNTA REGIONALE

convenzionale con le Aziende USL non è l'esclusiva declinazione dell'autorizzazione posseduta, che è difatti requisito indispensabile per operare, dietro corrispettivo non lucrativo, in ambiti rimessi all'iniziativa privata (trasporti secondari privati o manifestazioni ed eventi programmati ex Accordo Stato Regioni 5 agosto 2014, Rep. Atti 91 e DGR 806/2014), fatta salva la possibilità di autorizzazione comunale in regime NCC, in astratto non preclusa alle organizzazioni di volontariato. L'autorizzazione non rappresenta difatti accreditamento istituzionale e non costituisce né vincolo né obbligo per l'Ente Pubblico per (ASL, Comuni) al convenzionamento o affidamento a gara, che resta subordinato al rispetto di ulteriori requisiti⁷.

Diversa è la disciplina, attinente al trasporto secondario, del trasferimento del paziente dializzato. Ai sensi della L.R. 69/1978 come modificata dalla L.R. 29/1998, il trasporto dei pazienti dializzati – che rientra ordinariamente nel trasporto sanitario in condizione ordinaria programmabile (si veda Raccomandazione n.11, Gennaio 2010, del Ministero della Salute) – è assicurato dall'Azienda USL di appartenenza, anche mediante convenzioni con associazioni di volontariato, *"qualora risulti dalla certificazione sanitaria dei servizi nefroemodialitici che il paziente necessita di essere accompagnato mediante autoambulanza. Analoghe prestazioni sono estese ai pazienti in dialisi domiciliare extracorporea ed ai pazienti in dialisi peritoneale"*. Fuori da queste casistiche (es. paziente deambulante), il trasporto potrà essere autonomamente attivato dal paziente con associazioni autorizzate al trasporto e/o soccorso sanitario. L'Allegato alla DGR 2790 del 21 ottobre 1998 (*"Sistema di emergenza sanitaria facente capo al numero 118. Aggiornamento tariffe dei trasporti sanitari e di emergenza e disposizioni varie"*), ribadisce sostanzialmente il principio del costo a carico del SSN nel caso di trasporto secondario programmato di un paziente non trasportabile, valutazione che è evidentemente rimessa al reparto di diagnosi e cura cui è affidato il paziente: l'elezione del paziente al trasporto gratuito è tipicamente una valutazione di appropriatezza clinica.

Altre peculiarità riguardano il trasporto di organi e plasma. Il Decreto 19 novembre 2015 *"Attuazione della direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 luglio 2010, relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti, ai sensi dell'articolo 1, comma 340, legge 24 dicembre 2012, n. 228, nonché attuazione della direttiva di esecuzione 2012/25/UE della Commissione del 9 ottobre 2012, che stabilisce le procedure informative per lo scambio tra Stati membri di organi umani destinati ai trapianti"* ha stabilito che le specifiche procedure volte a garantire l'integrità dell'organo

⁷ "Quanto in primo luogo all'accreditamento, esso è al di fuori della normativa euro-unitaria ove si limiti alla mera individuazione del soggetti del terzo settore da inserire nella rete dei servizi sociali, senza che, a monte, sia stato previamente individuato un numero od un contingente prefissato (cosiddetto modello dell'accreditamento libero) (Parere Comm. Speciale Consiglio di Stato 26 luglio 2018, n. 2052).



GIUNTA REGIONALE

durante il trasporto saranno stabilite con successivo accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Con nota prot. 25885 del 13.3.2009, il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, ha chiarito con interpretazione autentica che il campo di applicazione del Decreto del Ministero Infrastrutture e Trasporti 9 settembre 2008 ad oggetto *"Regolamentazione degli autoveicoli destinati al trasporto di plasma ed organi"*, è limitato ai veicoli destinati esclusivamente al trasporto di plasma e organi e che utilizzano i dispositivi supplementari di cui all'art. 177 del Codice della Strada e che *"ciò non esclude la possibilità di trasportare plasma e organi, nel rispetto delle vigenti normative sanitarie, con altri idonei autoveicoli, ancorché non classificati ad uso speciale"*. Dal canto suo l'Allegato 2 al DCA regionale n. 8/2011 non contempla la regolamentazione delle specifiche tecniche degli autoveicoli destinati al trasporto di plasma e organi di cui al Decreto 9 settembre 2008 né di automedica adibita ad uso promiscuo (soccorso avanzato e trasporto plasma e organi) e pertanto si ritiene che il citato servizio non debba formare oggetto di specifica autorizzazione della Sanità Regionale.

4. La disciplina dell'affidamento dei servizi di trasporto sanitario in emergenza-urgenza e secondario.

La materia in oggetto è normata, per il regime di appalto o convenzione, dal D. Lgs. 50/2016 (Nuovo codice dei contratti e delle concessioni), dal D. Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e, per la parte non abrogata, dalla L. 266/91; a livello regionale, dalla L.R. 37/1993 e dal DCA 4 del 2011⁸.

Il 18 aprile 2016 è entrata in vigore la Direttiva UE 2014/24, che ha sostituito la precedente Direttiva 2004/18, sul cui impianto era fondato l'abrogato Codice dei Contratti D.Lgs. 163/06, oggi sostituito dal D.Lgs. 18 aprile 2016 (pubblicato in GURI 19/04/2016, n. 91).

La lettera h) dell'art. 10 della Direttiva (*"Esclusioni specifiche per gli appalti di servizi"*) sembra tenere a parte dalle cause di esclusione i servizi di trasporto di pazienti in ambulanza. Dunque la Direttiva ribadisce,

⁸ *"la disciplina delle modalità dell'affidamento dei servizi socio-sanitari attiene alla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di "tutela della concorrenza" e non a caso è oggetto delle disposizioni comunitarie e nazionali innanzi richiamate" (cfr. Titolo III, capo I della Direttiva 2014/24/UE e nella Parte II, Titolo VI, Capo II del D. Lgs. 0/2016)" (Sent. Cons. di Stato 1139 /2018).*



come principio generale, che i servizi di trasporto non potrebbero essere assegnati che in base ad una procedura di gara pubblica, sulla scorta di quanto già stabilito dalla precedente Direttiva UE 2004/18.

Tutto ciò va tuttavia ricordato con quanto disposto dal 28° Considerando della Direttiva, secondo cui *“La presente direttiva non dovrebbe applicarsi a taluni servizi di emergenza se effettuati da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, in quanto il carattere particolare di tali organizzazioni sarebbe difficile da preservare qualora i prestatori di servizi dovessero essere scelti secondo le procedure di cui alla presente direttiva. La loro esclusione, tuttavia, non dovrebbe essere estesa oltre lo stretto necessario. Si dovrebbe pertanto stabilire esplicitamente che i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza non dovrebbero essere esclusi”*. In tale contesto è inoltre necessario chiarire che nel gruppo 601 «Servizi di trasporto terrestre» del CPV non rientrano i servizi di ambulanza, reperibili nella classe 8514. Occorre pertanto precisare che i servizi identificati con il codice CPV 85143000-3, consistenti esclusivamente in servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza, dovrebbero essere soggetti al regime speciale previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici («regime alleggerito»). Di conseguenza, anche gli appalti misti per la prestazione di servizi di ambulanza in generale dovrebbero essere soggetti al regime alleggerito se il valore dei servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza fosse superiore al valore di altri servizi di ambulanza”.

Il 28° Considerando ribadisce quindi che i servizi di mero trasporto di pazienti in ambulanza andrebbero affidati con procedure di evidenza pubblica regolate dal cosiddetto “regime alleggerito” (con distinzione procedurale a seconda della soglia comunitaria, fissata a 750 mila euro), previsto per i servizi sociali o altri servizi specifici, mentre i servizi di soccorso in emergenza o quelli misti ove prevale però la componente sanitaria (servizi di assistenza sanitaria o di medicina generale forniti in ambulanza) su quella di trasporto, potrebbero essere affidati ad associazioni di volontariato non applicando le procedure della Direttiva e prevedendo però esclusioni non “oltre lo stretto necessario” (si veda anche il Documento di analisi della direttiva 2014/24/UE sugli appalti pubblici della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome-ITACA). Nel 117° Considerando si legge inoltre: *“Dall’esperienza si evince che una serie di altri servizi, quali i servizi di soccorso [...] generalmente presentano un certo interesse a livello transfrontaliero solo dal momento in cui acquisiscono una massa critica sufficiente attraverso il loro valore relativamente elevato. In quanto non esclusi dall’ambito di applicazione della presente direttiva, dovrebbero essere inclusi nel regime alleggerito”*. A questo proposito, questa “massa critica”, ovvero la soglia di rilevanza comunitaria per i servizi elencati nell’Allegato XIV della Direttiva (Allegato IX del D.Lgs. 50/2016), tra cui figurano i servizi sanitari, sociali e connessi, a partire dalla quale è applicabile il “regime alleggerito”, è pari a 750.000 Euro,



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

IVA esclusa (art. 35, comma 1, lettera d), D.Lgs. 50/2016). L'art. 6 del D.Lgs. 50/16 ricorda anche che «La scelta del metodo per il calcolo del valore stimato di un appalto o concessione non può essere fatta con l'intenzione di escluderlo dall'ambito di applicazione delle disposizioni del presente codice relative alle soglie europee. Un appalto non può essere frazionato allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del presente codice tranne nel caso in cui ragioni oggettive lo giustifichino».

La Sentenza della Corte di Giustizia europea, Sez. V, 11/12/2014 n. C-113/13 forniva già elementi esplicativi sull'argomento, chiarendo, al punto 8, che «Conformemente all'articolo 10, lettera h), della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18 (GU L 94, pag. 65), la direttiva 2014/24 non è applicabile, in particolare, agli appalti pubblici di servizi aventi per oggetto il servizio di trasporto sanitario d'emergenza. Dal considerando 28 della menzionata direttiva risulta che, prevedendo detta esclusione, il legislatore dell'Unione europea ha voluto tener conto del carattere particolare delle organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro».

La giurisprudenza amministrativa ha quindi chiarito che *“la nozione di “corrispettivo” non coincide con quella di “lucro” (ed infatti il comma 1 dell’art. 2 del DM 137/2009 distingue i due concetti); e che, dunque, il requisito previsto dal D.M. non è in sé preclusivo alla partecipazione alle gare delle associazioni di volontariato”* (Sent. Consiglio di Stato 1139/2018).

Per l'affidamento con gara di appalto di servizi di trasporto sanitario (rientranti nei servizi sociali di cui all'Allegato IX), ai sensi dell'art. 35, lettera d) del D.Lgs. 50/2016, è applicabile il regime alleggerito/semplificato previsto dagli articoli da 140 a 143 del Codice dei Contratti. Sarà cura delle Stazioni Appaltanti verificare che gli affidatari perseguano statutariamente, tra gli altri, lo svolgimento dei servizi di trasporto e che l'amministrazione non abbia aggiudicato, a norma dell'art. 143, alla stessa organizzazione appalti per i servizi in questione nei tre anni precedenti. La durata massima del contratto non può superare 3 anni (art. 143, punto 3).



5. Disposizioni

L'All.1 del Decreto del Commissario ad Acta n. 4/2011 contenente "Linee Guida schema di convenzione per i servizi di emergenza/urgenza territoriale e trasporto infermi" si conferma applicabile per quanto non in contrasto con la disciplina comunitaria e nazionale su concorrenza e appalti. Gli standard stabiliti nel citato Allegato, con i correttivi tratteggiati nel par. 2.3, possono essere ritenuti un ausilio di massima per la formazione di basi di gara e avvisi di convenzione, per la parte relativa al possibile rimborso delle spese di fattori produttivi (nel DCA 4/2011, i c.d. "stand by h24"); per i rimborsi chilometrici si rimanda esclusivamente alle tariffe pubblicate annualmente in G.U. o sul proprio motore di ricerca, per mezzi in produzione o fuori produzione, da ACI per autoveicoli alimentati a gasolio di massa complessiva a pieno carico non superiore alle 3,5 tonnellate (modello tipo: Fiat Ducato 35 Multijet 130CV).

La vita utile degli autoveicoli destinati al servizio sanitario di ambulanza immatricolati in uso proprio è rivista secondo quanto previsto nel par. 2.4: in tal senso è modificato l'All. 2 del DCA 8/2011.

Ai sensi degli artt. 56 e 57 del D.Lgs. 117/2017, le convenzioni, stipulate a seguito di avvisi pubblici con le associazioni di volontariato/APS possono prevedere esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. L'individuazione delle organizzazioni di volontariato/APS con cui stipulare la convenzione è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative avviate con la pubblicazione di avvisi pubblici. È opportuno garantire un principio di rotazione garantito da un'adeguata motivazione⁹. I partecipanti devono essere in possesso dei requisiti di onorabilità e dimostrare adeguata attitudine, da valutarsi in riferimento alla struttura, all'attività concretamente svolta, alle finalità perseguite, al numero degli aderenti, alle risorse a disposizione e alla capacità tecnica e professionale, intesa come concreta capacità di operare e realizzare l'attività oggetto di convenzione, da valutarsi anche con riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione; alla formazione e all'aggiornamento dei volontari. Le convenzioni devono inoltre prevedere la durata del rapporto convenzionale (indicativamente compresa in un periodo da 1 a 3 anni), il contenuto e le modalità dell'intervento volontario, il numero e l'eventuale qualifica professionale delle persone impegnate nelle attività.

⁹ La rotazione nella partecipazione degli operatori economici affidatari, siano essi in convenzione o a gara pubblica, non può essere garantito da un criterio di "sorteggio con estrazione casuale" (Linee Guida ANAC n. 4 aggiornate al Decreto Legislativo 19 aprile 2017, n. 56 con delibera del Consiglio n. 206 del 1 marzo 2018).



REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

La Legge Regionale 12 agosto 1993, n. 37, vigente anche se fondata sull'assetto normativo dell'abrogata legge 266/91, stabilisce all'art. 11, comma 3 che *"Qualora si presenti la necessità di operare una scelta fra più organizzazioni di volontariato per la stipula di una convenzione avente il medesimo oggetto occorre valutare: a) se l'organizzazione, per numero di convenzioni già stipulate, numero di aderenti impegnati nell'attività, livello di strutture e mezzi strumentali a disposizione, può fornire prestazioni adeguate; b) vicinanza delle strutture operative dell'organizzazione rispetto all'utenza potenziale o incidenza su uno stesso territorio"*. Tutto ciò va inteso in senso non discriminatorio e non contrario al diritto di libertà di stabilimento¹⁰. E' quindi evidente che fin d'ora (salve prossime modifiche) la legge regionale si ispira, così come il dettato comunitario e nazionale, a motivazioni di trasparenza, ragionevolezza, non disparità di trattamento e valutazione comparativa degli standard qualitativi e di formazione del personale, nella scelte delle organizzazioni da convenzionare. La norma regionale è applicata entro i limiti in cui sia conforme alla normativa comunitaria in tema di tutela della concorrenza, se del caso applicabile.

E' opportuno inoltre escludere, negli schemi di convenzione, forme di tacita proroga o rinnovo delle stesse. Le dotazioni sanitarie delle ambulanze stabilite dal DCA 8/2011 si intendono automaticamente integrate con quanto previsto dalle norme EN-UNI riportate nella sezione "legislazione di riferimento". E' opportuno non inserire negli avvisi pubblici emanati ai sensi del D.Lgs. 50/2016 per l'affidamento di servizi di soccorso o, senza adeguata motivazione, di trasporto, requisiti che sanciscano esclusioni di fatto della partecipazione da parte delle associazioni di volontariato/APS (es. obbligo di iscrizione al Registro delle Imprese/REA), in ossequio alla definizione funzionale e non amministrativa di impresa derivante dal diritto comunitario.

Ai sensi del recente Decreto Correttivo 105/2018 del Codice del Terzo Settore (art. 56, comma 3-bis), le amministrazioni procedenti pubblicano sui propri siti Web gli atti di indizione dei procedimenti relativi agli avvisi di convenzione e i relativi provvedimenti finali. I medesimi atti devono altresì formare oggetto di pubblicazione da parte delle amministrazioni procedenti nella sezione "Amministrazione trasparente", con l'applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

¹⁰ L'autorizzazione sanitaria regionale per l'esercizio dell'attività di soccorso trasporto e trasporto infermi abilita allo svolgimento di questa attività in tutto il territorio regionale. La giurisprudenza si è anche soffermata riconoscendo alle regioni la facoltà di valutare l'equipollenza delle autorizzazioni rilasciate da altre regioni, in base al principio della libertà di stabilimento, ritenendo inammissibile l'esclusione della partecipazione a bandi ASL per l'affidamento di servizi di trasporto addirittura associazioni non ancora titolari di autorizzazione, ma riservando alla S.A. la facoltà di valutare il possesso del titolo in fase successivo affidamento; al contempo (es. TAR CATANIA, sez. II, 30 marzo 2007, n. 590) il G.A. ha ritenuto che non costituisce discriminazione e non viola le regole di tutela della concorrenza il non attribuire immediatamente analoga valenza qualificatoria ad un titolo rilasciato in regione diversa da quella ove si chiede di prestare il servizio, senza prima assoggettare il richiedente a una previa verifica tecnica di mezzi e sede, per ovvi motivi di idonea organizzazione in loco del servizio da svolgere.

REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

E' fatta salva la diretta applicazione di ogni prossima modifica alla "*Linee guida per l'affidamento di servizi ed enti del terzo settore ed alle cooperative sociali*" dell'ANAC (Delibera n. 32/2016) o di nuove linee guida, sulla scorta di quanto previsto dal parere della Commissione Speciale del Consiglio di Stato del 26 luglio 2018, n. 2052, da ANAC sollecitata a rendere parere all'Autorità circa la normativa applicabile agli affidamenti di servizi sociali alla luce del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e del D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117.

