

IANUS

Diritto e Finanza



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

Rivista di studi giuridici

<https://www.rivistaianus.it>



ISSN: 1974-9805

n. 31 - giugno 2025

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI TRASPORTO SANITARIO IN TOSCANA

Elena Francesca Cillo

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI TRASPORTO SANITARIO IN TOSCANA[°]

Elena Francesca Cillo

*Borsista di ricerca del Progetto THE- Tuscany Health Eco-system,
Spoke 10 - Population Health*

Il contributo esamina l'evoluzione del sistema di trasporto sanitario nella Regione Toscana, con particolare riferimento al ruolo delle organizzazioni di volontariato e al rapporto tra modelli di affidamento diretto e i principi di concorrenza imposti dall'Unione europea. Dopo aver ricostruito il quadro normativo nazionale e regionale toscano, nonché la nozione di servizi di trasporto sanitario, l'analisi si sofferma sulle critiche sollevate dalla Corte di Giustizia nella celebre causa C-119/06. In un secondo tempo l'elaborato approfondisce la riforma del sistema di trasporto sanitario toscano introdotta con la legge reg. n. 70/2010 proprio in risposta alla citata sentenza europea. Lo studio analizza quindi la conformità del nuovo modello toscano rispetto a quanto criticato dalla CGUE, anche alla luce della più recente giurisprudenza europea e dei nuovi strumenti di economia sociale. In conclusione, il lavoro valuta la riconducibilità dell'attuale assetto toscano all'art. 57 del Codice del Terzo Settore, mettendo in luce le tensioni tra la valorizzazione del non profit e l'esigenza di garantire trasparenza e concorrenza.

The paper examines the evolution of the healthcare transport system in the Tuscany Region, with particular attention to the role of voluntary organizations and to the relationship between direct awarding mechanisms and the competition principles imposed by the European Union. After reconstructing the national and Tuscan legal framework, as well as the legal notion of healthcare transport services, the analysis focuses on the criticisms raised by the Court of Justice in the landmark case C-119/06. It then explores in greater depth the reform of the Tuscan healthcare transport system introduced by Regional Law No. 70/2010, adopted in direct response to that European judgment. The study subsequently assesses the compliance of the new Tuscan model with the concerns expressed by the CJEU, also in light of more recent European case law and the emergence of new social economy instruments. In conclusion, the paper evaluates whether the current Tuscan framework can be brought within the scope of Article 57 of the Third Sector Code, highlighting the tensions between the promotion of the non-profit sector and the need to ensure transparency and fair competition.

Sommario:

1. Cenni introduttivi
2. Il *non profit* e le organizzazioni di volontariato nel quadro normativo italiano
3. I servizi di trasporto sanitario e le difficoltà interpretative ed applicative
4. L'evoluzione del sistema regionale toscano in materia di trasporto sanitario
 - 4.1. Il sistema toscano prima della censura europea: l'affidamento mediante convenzione
 - 4.2. Segue. L'accordo-quadro del 2004
 - 4.3. Il caso: Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana
 - 4.4. La legge di riforma, l. reg. Toscana n. 70/2010
5. Dal rigore alla valorizzazione del *non profit*: l'apertura internazionale ed europea al Terzo Settore
 - 5.1. L'evoluzione giurisprudenziale dell'Unione europea
 - 5.2. I nuovi strumenti di economia sociale
6. Il sistema toscano nei confini dell'art. 57 CTS: una qualificazione possibile?
 - 6.1. I requisiti della convenzione ex art. 57 CTS
 - 6.2. Dalla norma al caso di specie
7. Conclusioni

[°] Saggio sottoposto a *double-blind peer review*.

1. Cenni introduttivi

La Toscana è da sempre stata caratterizzata da una tradizione fortemente sociale, in virtù della quale i soggetti *non profit* hanno giocato un ruolo chiave ed indispensabile nell'erogazione di servizi alla persona. Questa integrazione pubblico-privato sociale è ancor più evidente nel sistema sanitario regionale toscano e, ancor più, nel sistema di trasporto sanitario, settori nei quali il *non profit* è grandemente coinvolto sia nell'organizzazione che nell'erogazione di queste attività.

Come si vedrà più approfonditamente, tutto ciò ha portato alla cristallizzazione di un sistema nel quale i servizi di trasporto sanitario venivano affidati in via diretta ad alcune – specifiche – organizzazioni di volontariato (OdV) operanti sul territorio, proprio in ragione del rapporto fiduciario che con gli anni si era sviluppato tra queste e l'amministrazione regionale. Tale sistema è stato, tuttavia, parzialmente censurato da una decisione della Corte di Giustizia UE (Corte giust., Terza Sezione, 29 novembre 2007, causa C-119/06, *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*) che ha messo in evidenza la parziale incompatibilità del modello toscano con le regole di trasparenza e concorrenza del mercato unico europeo. Di conseguenza, la Regione Toscana ha modificato parzialmente la disciplina del suo sistema sanitario, pur cercando di mantenere, a tutti i costi, il suo carattere “solidale e *non profit*”. Ciononostante, la nuova “rotta” intrapresa dalla Regione non ha pienamente sopito dubbi e perplessità, lasciando ancora domande aperte rispetto ad una sua vera e propria conformazione al diritto europeo. Interrogativi – è doveroso evidenziare – che sono dovuti anche alla complessità di un diritto (quello europeo) in costante evoluzione, essendo l'affidamento dei servizi alla persona un ambito di estrema delicatezza poiché caratterizzato dalla difficoltà di ricercare un equilibrio tra esigenze ed identità nazionali, da un lato, e assimilazione ed omogeneità europea, dall'altro.

Per comprendere a pieno il processo evolutivo della normativa toscana in materia di servizio di trasporto sanitario e i tentativi regionali di conformarsi al diritto europeo (*infra*, par. 4), è bene soffermarsi preliminarmente sul terreno normativo di partenza (*infra*, par. 2 e par. 3) per poi passare ad un'analisi della più recente giurisprudenza UE, alla luce della quale è possibile dare una diversa interpretazione del sistema toscano attualmente in vigore (*infra*, par. 5). In ultimo, pare opportuno domandarsi se l'attuale sistema di affidamento dei trasporti sanitari della Regione Toscana possa rientrare nelle forme della convenzione disciplinata dall'art. 57, Codice del Terzo Settore¹ (*infra*, par. 6), strumento introdotto dal legislatore nazionale proprio con l'obiettivo di recepire il principio di solidarietà – ben perseguito dal Terzo Settore – che, di recente, anche la menzionata giurisprudenza della Corte giust. ha valorizzato.

¹ d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 *Codice del Terzo Settore*.

2. Il *non profit* e le organizzazioni di volontariato nel quadro normativo italiano

Gli enti *non profit*, tra cui soprattutto le organizzazioni di volontariato, hanno da sempre giocato un ruolo chiave nella erogazione di servizi alla persona in Italia. A livello nazionale la l. 11 agosto 1991, n. 266 *Legge-quadro sul volontariato* (oggi abrogata e sostituita dal Codice del Terzo Settore), che definiva i rapporti tra P.a. ed enti di volontariato, aveva contribuito a dare maggior visibilità alle OdV e agli enti senza scopo di lucro. La legge in oggetto, riconoscendo la funzione di solidarietà, partecipazione e pluralismo del volontariato (art. 1, comma 1), ne promuoveva l'impiego per il conseguimento di finalità sociali, civili e culturali individuate da Stato, regioni, province autonome ed enti locali². Nel disciplinare i rapporti tra soggetti pubblici e organizzazioni di volontariato, l'art. 7 della l. n. 266/1991 prevedeva la possibilità di stipulare convenzioni, strumento che nella prassi ha costituito per anni il principale mezzo di affidamento di alcuni servizi sociali alle OdV, specialmente nell'ambito dei servizi socio-sanitari. Un preminente rilievo ai soggetti *non profit* nel campo sociale è, poi, stato conferito dalla l. 8 agosto 2000, n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, ai sensi della quale Stato, regioni ed enti locali sono chiamati a riconoscere ed agevolare il ruolo dei soggetti sopra richiamati (art. 1, comma 4).

Effettivamente, proprio in ragione della importanza e della centralità che la legge del 1991 riconosceva agli enti di volontariato, si era registrata una tendenza costante da parte della giurisprudenza nazionale a riconoscere l'incompatibilità tra enti *non profit* (del volontariato in particolare) e le regole di evidenza pubblica. Ciò perché l'art. 2 della l. n. 266/1991 prevedeva, per lo svolgimento delle attività di volontariato, l'impiego di personale non retribuito (appunto i volontari). Secondo i giudici interni, tale gratuità avrebbe compromesso una concorrenza equa a danno degli altri operatori economici, sicché si era reso necessario escludere le OdV dalle classiche regole d'appalto³, giustificando, invece, l'affidamento diretto per via convenzionale.

Sul lato del diritto sanitario, la l. 23 dicembre 1978, n. 833 *Istituzione del servizio sanitario nazionale* riconosce le associazioni di volontariato tra i soggetti che concorrono ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale (art. 1). La legge dedica loro un intero articolo (art. 45), ai sensi del quale i rapporti con le unità sanitarie locali vengono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della

² l. n. 266/1991, art. 1, comma 1.

³ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, in *Mumus*, n. 1, 2012, 115 ss., vedi 131, in particolar modo la nota 29: T.A.R. Piemonte, Torino, sez. II, 18 aprile 2005 n. 1043; T.A.R. Piemonte, Torino, sez. II, 31 marzo 2016 n. 1604; T.A.R. Piemonte, Torino, sez. II, 12 giugno 2006 n. 2323; T.A.R. Veneto, sez. I, 13 novembre 2004 n. 481; T.A.R. Lombardia, Milano, sez. III, 14 marzo 2003 n. 459; T.A.R. Campania, Napoli, sez. I, 2 aprile 2007 n. 3021; T.A.R. Campania, Napoli, sez. II, 2 luglio 2007 n. 6411; T.A.R. Campania, Napoli, sez. I, 31 marzo 2008 n. 1666; Cons. St., sez. V, 10 maggio 2005 n. 2345.

programmazione e legislazione sanitaria regionale.⁴ Un secondo articolo (art. 75) attribuisce alle associazioni di volontariato la possibilità di svolgere compiti di organizzazione e disimpegno su piano nazionale del pronto soccorso e del trasporto degli infermi e degli infortunati con i propri servizi a gestione diretta,⁵ sulla base di convenzioni da stipularsi con le unità sanitarie locali interessate.

Secondo alcuni autori il settore sanitario è stato il primo dove si è veramente sperimentata una collaborazione diretta tra amministrazione e volontariato.⁶ Una collaborazione e una partecipazione che hanno trovato ancora più integrazione nei servizi di trasporto sanitario.

3. I servizi di trasporto sanitario e le difficoltà interpretative ed applicative

Regolamentato dalle varie normative regionali e, più recentemente anche dal Codice del Terzo Settore (art. 57), il servizio di trasporto sanitario è il settore in cui è previsto l'affidamento diretto da parte della P.a. ad enti *non profit*⁷ e, prevalentemente, organizzazioni di volontariato. Nondimeno, il tema delle forme di affidamento di questi servizi è ben lontano dall'essere privo di contraddizioni, perplessità e controversie. Infatti, si tenga conto che, facendo parte della categoria dei servizi di interesse generale, i servizi di trasporto sanitario si posizionano in una terra di mezzo tra attività economiche, che dunque richiederebbero l'adeguamento a regole di concorrenza, e attività non economiche, trainate da valori di solidarietà⁸. Si tratta, inoltre, di una categoria composta sia da prestazioni rientranti nel gruppo delle attività di trasporto in senso stretto, sia da prestazioni più propriamente sanitarie⁹.

A tutto ciò si aggiunge la complessità legata alle sottocategorie del trasporto sanitario ordinario e del trasporto sanitario emergenza-urgenza e alla dubbia distinzione tra ciò che rientra nell'una e nell'altra¹⁰. La rilevanza di tale bipartizione è dovuta alla differente disciplina di affidamento applicabile, sul

⁴ SANCHINI, *L'affidamento diretto del servizio di trasporto sanitario al volontariato nella prospettiva della Corte di giustizia e del Giudice amministrativo: il problematico contenimento tra i principi di solidarietà, sussidiarietà e tutela della concorrenza*, in *Federalismi.it*, n. 9, 2016, 4.

⁵ Di cui all'art. 2, lett. b), d.lgs. del Capo Provvisorio dello Stato del 13 novembre 1947, n. 1256 *Compiti dell'Associazione italiana della Croce Rossa in tempo di pace*.

⁶ DI PIETRO, *L'affidamento diretto del servizio di trasporto sanitario delle associazioni di volontariato: l'evoluzione dell'istituto alla luce delle politiche europee di coesione*, in G. COLOMBINI e al. (a cura di), *Infrastrutture di trasporto e sistemi di regolazione e gestione, Coesione, sostenibilità e finanziamenti*, Vol. II, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019, 1159.

⁷ ID, 1162.

⁸ PADOVANI, *Il trasporto sanitario e il ruolo delle Ipa tra codice del terzo settore, partenariato pubblico-pubblico e gara. L'esperienza della Regione Veneto*, in *Federalismi.it*, n. 36, 2023, 203.

⁹ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, cit., 121.

¹⁰ CIOLI, *L'affidamento del servizio di trasporto sanitario nella più recente giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea*, in *Iamus*, n. 25, 2022, nota 13.

cui punto è bene soffermarsi. In linea teorica, il trasporto ordinario risponde alle regole di evidenza pubblica, dal momento che ricomprende situazioni nelle quali il “rapporto umano” con il paziente è minimo, trattandosi spesso di trasporto di farmaci, organi e non malati¹¹. La *ratio* sarebbe quella per cui la componente economica del servizio prevale su quella sociale e solidale, ovvero quella che al contrario giustificerebbe un affidamento diretto alle OdV¹². Per i servizi di emergenza-urgenza, invece, viene lasciata maggior discrezionalità agli Stati membri dal momento che i principi della concorrenza non operano.

La distinzione di regime di cui si è appena detto viene ricollegata a quanto previsto dalle attuali fonti normative in materia di appalti, ovvero la direttiva 2014/24/UE¹³ e il Codice dei Contratti Pubblici¹⁴. Ai sensi del suo considerando n. 28, la direttiva 2014/24/UE non trova applicazione per taluni servizi di emergenza erogati da organizzazioni ed associazioni senza scopo di lucro, tra i quali rientrano i servizi di ambulanza¹⁵. Tuttavia, lungi dal ricadere in una eccessiva estensione, il testo normativo specifica che la deroga non trova spazio per quei servizi che consistono in mero trasporto di pazienti in ambulanza. Al contrario, questi ultimi dovrebbero essere soggetti – insieme agli appalti misti per la prestazione di servizi di ambulanza in generale – al regime c.d. alleggerito previsto per i servizi sociali e altri servizi specifici, di cui agli artt. 74 e 77 della direttiva¹⁶. Conformemente a quanto detto, anche l’art. 10, lett. h) della direttiva enuncia l’esclusione dal proprio campo di applicazione di una serie di servizi forniti da organizzazioni e associazioni senza scopo di lucro, salvo i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza. Di riflesso, il Codice dei contratti pubblici riprende l’approccio europeo al suo art. 56 (“Appalti esclusi nei settori ordinari”), ai sensi del quale le regole degli appalti pubblici non operano negli affidamenti ai servizi di ambulanza, esclusi, però, i servizi di trasporto dei pazienti in ambulanza¹⁷. Questi, infatti, come identificati dall’allegato XIV della direttiva UE, rientrano nella disciplina del regime alleggerito ex art. 128, Codice dei Contratti Pubblici.

Nonostante queste chiare premesse, la prassi applicativa si rivela più complessa della previsione di diritto positivo. Infatti, non essendovi una definizione precisa delle due categorie di trasporto sanitario, i confini tra

¹¹ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, cit., 133.

¹² PADOVANI, *Il trasporto sanitario e il ruolo delle Ipab tra codice del terzo settore, partenariato pubblico-pubblico e gara. L’esperienza della Regione Veneto*, cit., 203-206.

¹³ dir. 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE.

¹⁴ d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 *Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*.

¹⁵ Identificati nella direttiva e nel suo Allegato XIV con il codice 85143000-3.

¹⁶ Parimenti, il considerando n. 117 sancisce che alcuni servizi, quali quelli di soccorso, dovrebbero rispondere al regime alleggerito in caso di valore superiore alla soglia comunitaria di 750.000 Euro.

¹⁷ d.lgs. 36/2023, art. 56, lett. n).

queste si rivelano molto labili, potendo creare difficoltà a livello nazionale sul regime di affidamento di corretta applicazione. In via più ampia, i servizi di emergenza urgenza sono servizi che richiedono un intervento di immediata rapidità o perché il paziente si trova in uno stato di imminente pericolo per la propria vita (emergenza) o ancora perché la mancata assistenza comporterebbe un peggioramento nella sua situazione (urgenza)¹⁸. Tale qualificazione si riflette sul servizio di trasporto sanitario di emergenza-urgenza. Per utilizzare le parole dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), il trasporto di emergenza comprende tutte quelle situazioni che necessitino «*di una prestazione sanitaria rapida e immediata a causa di un imminente pericolo di vita*»¹⁹. Viceversa, il trasporto di urgenza designa situazioni caratterizzate dall’indifferibilità della prestazione sanitaria, senza la quale le condizioni del paziente diventerebbero critiche e siano comunque tali da richiedere l’assistenza di personale sanitario capace di effettuare il primo soccorso²⁰. La stessa Autorità proponeva, poi, di ricomprendere nella categoria in parola anche i trasporti finalizzati al trapianto di organi, alla trasfusione di sangue o emoderivati, alla somministrazione di farmaci e antidoti indispensabili a salvaguardare le fondamentali funzioni vitali dei pazienti²¹. Dall’altro lato, invece, per i servizi di trasporto sanitario ordinario non esiste una definizione precisa, sicché si considera ordinario tutto ciò che, in via residuale, non presenta i caratteri dell’urgenza ed emergenza.

È bene dar conto che anche la giurisprudenza UE ha contribuito a dare maggior chiarezza sulla distinzione tra le forme di trasporto, o meglio, ha permesso di ampliare le forme di trasporto emergenziale. Il caso *Falck* (Corte giust., Terza Sezione, 21 marzo 2019, causa C-465/17, *Falck Rettungsdienste GmbH, Falck A/S c. Stadt Solingen*) ha assunto particolare rilievo sotto questo aspetto. La domanda alla base del ricorso era se l’applicazione delle regole della direttiva 2014/24/UE ai servizi di trasporto in ambulanza erogati da organizzazioni e associazioni *non profit* fosse limitata al trasporto di un paziente in ambulanza senza alcuna assistenza medica o se comprendesse anche il c.d. trasporto sanitario qualificato ovvero quello effettuato con l’assistenza di un soccorritore sanitario. In definitiva, la Corte statuiva che rientrano nella deroga, e pertanto sono esclusi dalle regole concorrenziali, il trasporto di emergenza fornito con un veicolo di soccorso da parte di un

¹⁸ Cantiere Terzo Settore, *Il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, Come procedere all’affidamento di tali servizi alle organizzazioni di volontariato*, 4 febbraio 2022, disponibile su: <https://www.cantiereterzosettore.it/il-servizio-di-trasporto-sanitario-di-emergenza-e-urgenza/>.

¹⁹ ANAC, *Schema di linee guida recanti “Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali”*, 1 ottobre 2021, disponibile su: <https://www.anticorruzione.it/-/schema-di-linee-guida-recanti-%C2%ABindicazioni-in-materia-di-affidamenti-di-servizi-sociali%C2%BB?inheritRedirect=true&redirect=%2Fconsultazioni-online>, 4, p.to 2.2.2.

²⁰ ID, 4, p.to 2.2.3.

²¹ ID, 4, p.to 2.2.4.

paramedico o soccorritore sanitario, nonché il c.d. trasporto in ambulanza qualificato, che presuppone l'assistenza da parte di un soccorritore sanitario coadiuvato da un aiuto soccorritore, laddove effettuato da personale debitamente formato in materia di pronto soccorso e che riguardi un paziente per il quale esiste un rischio di peggioramento dello stato di salute durante il trasporto²².

Ad ogni modo, anche in ragione delle problematiche sin qui esposte, l'affidamento dei servizi di trasporto sanitario ha rappresentato – e rappresenta ancora – un tema caldo per la Regione Toscana, che si è vista coinvolta in prima persona nella causa C-119/06 con la quale il suo sistema di convenzionamento ininterrotto alle OdV locali è stato portato all'attenzione della Corte di Giustizia UE.

4. L'evoluzione del sistema regionale toscano in materia di trasporto sanitario

I giudici sovranazionali, rilevando delle criticità nel modello toscano di affidamento diretto del trasporto sanitario, spingevano la Regione ad un tentativo di riforma della propria normativa sul sistema sanitario regionale, portandola ad adottare delle novità che daranno maggior visibilità e riconoscimento ai soggetti di volontariato, senza però risolvere completamente le criticità evidenziate dalla Corte di Lussemburgo.

4.1. Il sistema toscano prima della censura europea: l'affidamento mediante convenzione

Come già premesso, in Toscana, gli enti di volontariato hanno sempre giocato un ruolo attivo nella programmazione ed erogazione di servizi di interesse pubblico (non solo, dunque, in ambito sanitario). Ad integrazione della normativa nazionale volta a dare rilievo e centralità al *non profit*, di cui si è parlato, la Regione Toscana si dotava di ulteriori strumenti normativi che evidenziavano la rilevanza e partecipazione delle OdV in alcuni particolari settori, principalmente in ragione della loro attitudine ad individuare l'interesse generale sul territorio.

Così, la l. reg. 26 aprile 1993, n. 28 *Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici*²³ riconosceva alla

²² Corte giust., *Falck Rettungsdienste GmbH, Falck A/S c. Stadt Solingen*, cit., pto 62, n. 1.

²³ Abrogata dall'art. 21, comma 1, lett. a), l. reg. 22 luglio 2020, n. 65 *Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*, che ha integrato nel sistema toscano gli effetti della revisione organica al Terzo settore, attuata dal Codice del Terzo Settore. Oggi i principi di valorizzazione e promozione del ruolo dei soggetti di volontariato vengono ripresi dalla l. reg. n. 65/2020 nella quale vengono affiancati ed equiparanti, nel trattamento, agli enti del Terzo Settore e

Regione e ai suoi enti pubblici e locali la possibilità di stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato, iscritte in apposito registro, affinché queste erogassero prestazioni – anche integrative di quelle erogate dai servizi pubblici – che contribuissero alla realizzazione di programmi di interesse regionale e locale (art. 10). Tutto ciò avveniva grazie alla creazione di un registro regionale presso il quale le organizzazioni, in possesso dei requisiti previsti per svolgere attività di volontariato, potevano iscriversi (art. 4).

La legge stilava dei criteri prioritari nella scelta degli enti con cui stipulare la convenzione, consistenti, ai sensi dell'art. 12, nella qualificazione del personale volontario in relazione alle prestazioni da erogare, la presenza della sede dell'organizzazione nell'ambito territoriale dell'amministrazione, la rilevante prevalenza di volontari rispetto a personale dipendente o convenzionato in relazione all'attività da erogare e, infine, la continuità di presenza degli operatori così da garantire un adeguato svolgimento dell'attività. In virtù dell'art. 2, costituivano attività di volontariato quelle prestate, in modo personale, spontaneo e gratuito, esclusivamente per fini di solidarietà, attraverso prestazioni volte al raggiungimento delle finalità di interesse generale, nonché alla prevenzione e rimozione di situazioni di bisogno della persona umana e della collettività o, ancora, per servizi di rilevante interesse sociale.

Questo preminente ruolo degli enti di volontariato nelle attività di programmazione, indirizzo e coordinamento si mantiene centrale e costante anche nel quadro sanitario. Aspetto che si ritrova sia nella originaria l. reg. 24 febbraio 2005, n. 40 *Disciplina del servizio sanitario regionale*, sia nella sua più recente versione, così come modificata nel 2010²⁴ e successive modifiche²⁵. Ai sensi della normativa regionale, la partecipazione dei soggetti di volontariato – cui la l. reg. n. 40/2005 affianca anche le associazioni di tutela e promozione sociale, le cooperative sociali e gli altri soggetti del Terzo Settore – si estende principalmente su due piani. Da un lato, quello antico della programmazione su spettro generale delle politiche regionali in alcuni settori a forte carattere sociale (art. 15, l. reg. n. 40/2005), come appunto già affermato dalla l. reg. n. 28/1993. Dall'altro, sul piano della partecipazione e consultazione delle associazioni di volontariato con specifico riguardo all'ambito sanitario: ai sensi dell'art. 21, l. reg. n. 40/2005, infatti, nella pianificazione del piano integrato di salute (PIS) deve essere garantita la consultazione con le associazioni di volontariato al fine di coordinare le politiche socio-sanitarie con quelle locali in

alle altre formazioni sociali che perseguono finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, senza fine di lucro.

²⁴ l. reg. 30 dicembre 2010, n. 70 *Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) ed alla legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario) in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza.*

²⁵ ROSSI, *La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 3, 2016, 816-818.

grado di incidere in materia²⁶. Al fianco della partecipazione alla programmazione delle politiche sanitarie, le organizzazioni di volontariato, godono di un posto di privilegio anche rispetto alla stessa erogazione dei servizi socio-sanitari. A tal riguardo, l'art. 17, comma 1, della normativa nella sua versione del 2005, riconosceva la convenzione quale strumento per la regolazione dei rapporti con le associazioni di volontariato operanti nel servizio sanitario. Nella versione odierna della legge sanitaria la convenzione rimane lo strumento per la regolamentazione di tali rapporti, con l'eccezione del sistema sanitario di emergenza urgenza²⁷ per il quale è previsto un capo di legge dedicato²⁸ che si limita a disciplinare le regole per l'autorizzazione ad effettuare servizi di trasporto sanitario, dal momento che, come si vedrà *infra*, la convenzione non costituisce più lo strumento di definizione dell'affidamento (*infra*, par. 4.4.).

Addentrandosi ancor più nella disciplina (toscana) del servizio di trasporto sanitario, il riferimento normativo era quello della l. reg. 22 maggio 2001, n. 23 *Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario*²⁹. La l. reg. n. 23/2001 regolava l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario mediante autoambulanze, definendo le tipologie di trasporto (art. 1), nonché le modalità con le quali ottenere l'autorizzazione a svolgere detto esercizio (art. 2)³⁰.

In poche parole, anche in questo campo si confermava la convenzione quale strumento di affidamento, in linea con quanto disposto dalla l. n. 833/1978, l. n. 266/1991 e l. reg. n. 28/1993. Ciò si deduce da una lettura dell'art. 3, l. reg. n. 23/2001, a titolo del quale l'assenza dell'autorizzazione ostava alla stipula, o eventuale rinnovo, della convenzione per il trasporto sanitario con la P.a. (comma 3). I menzionati riferimenti normativi si ponevano, dunque, a fondamento del sistema decennale di affidamento dei servizi di trasporto sanitario vigente in Toscana, basato su convenzioni stipulate con organizzazioni di volontariato operanti sul territorio.

²⁶ ID, 818.

²⁷ Oggi l'art. 17 recita: "*I rapporti fra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrono con le finalità del servizio sanitario regionale ed il servizio sanitario medesimo, ad eccezione di quanto disposto dalla presente legge in materia di sistema sanitario di emergenza urgenza, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti*".

²⁸ ROSSI, *La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*, cit., 819-820.

²⁹ Abrogata dall'art. 16, comma 1, lett. a) della l. reg. 30 dicembre 2019, n. 83 *Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario*.

³⁰ Ai sensi dell'art. 1 la disciplina di cui alla l. reg. n. 25/2001 trovava applicazione per le ambulanze che effettuavano i seguenti tipi di trasporto: "*a) trasporto sanitario di soccorso e rianimazione mediante autoambulanza di tipo A, con carrozzeria definita "autoambulanza di soccorso"; b) trasporto sanitario di soccorso e di rianimazione, mediante autoambulanza di tipo A1, con carrozzeria definita "autoambulanza di soccorso per le emergenze speciali"; c) trasporto sanitario di primo soccorso ed ordinario da espletare mediante autoambulanza di tipo B, con carrozzeria definita "autoambulanza di trasporto"*".

Per altro verso, invece, la l. reg. n. 40/2005, che seppur, come visto, prevedeva la convenzione come forma di affidamento dei servizi sanitari in senso lato, non prevedeva disposizioni specifiche per il trasporto sanitario, limitandosi ad annoverarlo, all'art. 74, tra i luoghi (diversi dai presidi di cui all'art. 72) nei quali le prestazioni del servizio sanitario possono essere erogate. Tale assetto, come vedremo tra poco, è stato completamente modificato con la riforma del 2010.

4.2. Segue. L'accordo-quadro del 2004

Seppur non espressamente previsto dalla versione del 2005, anche il servizio di trasporto sanitario veniva affidato mediante convenzione (come appunto disposto, in via generale, dall'art. 17, comma 1, per la disciplina dei rapporti tra P.a. ed associazioni di volontariato operanti nel settore sanitario). Al fine di garantire maggiore omogeneità tra le amministrazioni locali nella stipula e nel contenuto delle convenzioni in materia, con deliberazione n. 379 del 19 aprile 2004, la Giunta Regionale Toscana approvava l'accordo-quadro regionale volto a disciplinare i rapporti tra le associazioni di volontariato e la Croce Rossa Italiana (CRI), da un lato, e le Aziende Unità Sanitarie Locali ed Ospedaliere (AUSL) presenti sul territorio e la Regione Toscana, dall'altro, nell'ambito della gestione dei servizi di trasporto sanitario³¹. L'accordo-quadro, ai sensi del suo art. 37, avrebbe dovuto avere durata quinquennale, con decorrenza dal 1 gennaio 2004 fino al 31 dicembre 2008. In realtà, la validità del testo normativo sarebbe poi stata prorogata fino al 31 dicembre 2009, ovvero fino all'adozione della nuova legge regionale in materia, l. reg. n. 70/2010³² e – per quanto è dato ricavare da documenti più recenti – esso continua a rappresentare la base normativa utilizzata per disciplinare i rapporti tra le ASL e le associazioni di volontariato che svolgono attività di trasporto sanitario.³³

Ai sensi dell'art. 1, comma 1, dell'accordo-quadro i trasporti sanitari comprendono l'intervento sanitario territoriale di emergenza-urgenza, i trasporti ordinari, i trasporti di dispositivi ed ausili medici, il trasporto di sangue, plasma e campioni da analizzare, i trasporti di organi e relative *equipes*, il

³¹ *Accordo quadro regionale per la regolamentazione dei rapporti tra le Aziende Unità Sanitaria Locali ed Ospedaliere e le Associazioni del Volontariato e la Croce Rossa Italiana per lo svolgimento dell'attività di trasporto sanitario.*

³² A dire della Giunta, tale proroga era giustificata dalla necessità di adottare, al più presto, una nuova disciplina di gestione dei trasporti sanitari (per conformarsi a quanto stabilito dalla Corte giust. nella sentenza *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*), la cui complessità della materia non avrebbe permesso l'adozione di un nuovo sistema in tempo conforme all'imminente scadenza dell'accordo quadro del 2004. Vedi Giunta Regionale Regione Toscana, *Estratto dal verbale della seduta del 21-12-2009 (p.to 44), Delibera N. 1209 del 21-12-2009.*

³³ Si veda, ad esempio, Azienda USL Toscana centro, *Procedura Aziendale Gestione dei trasporti sanitari ordinari*, PA.DS.10, 29 aprile 2022, che nel regolamentare le singole tipologie, le modalità prescrittive e le modalità di effettuazione dei trasporti sanitari fa riferimento all'accordo quadro del 2004, quale normativa regionale vigente in materia.

trasporto di salme in obitorio laddove delegate alle AUSL, nonché il servizio degli automezzi di soccorso avanzato (automediche) ed altri servizi di trasporto sanitario che avrebbero potuto essere in seguito definiti da appositi protocolli concordati al tavolo regionale. L'accordo precisa che questi ultimi, se non gestiti direttamente dalle Aziende Sanitarie, sarebbero stati erogati dalla CRI e dalle associazioni di volontariato in possesso di attrezzature e personale idonei (art. 1, comma 2). Ai sensi dell'art. 2, i soggetti legittimati a partecipare all'erogazione di servizi di trasporto sono: la Confederazione Nazionale delle Misericordie, l'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (ANPAS), per le associazioni che vi aderivano e risultano iscritte da almeno sei mesi nel registro regionale previsto dall'art. 6, l. n. 266/1991, ed il Comitato regionale della CRI. Viene, inoltre, richiesto che tali enti abbiano domandato il convenzionamento per le attività oggetto dell'accordo, ad eccezione di coloro che già risultavano convenzionate ai sensi del precedente accordo-quadro.

È rilevante sottolineare che lo strumento normativo di cui si parla definisce e disciplina sia il trasporto sanitario ordinario (Titolo IV) sia il trasporto di emergenza-urgenza (Titolo V).

Quanto al primo, vengono specificate le tipologie di mezzi con i quali questo deve essere svolto, ma soprattutto viene fornito un elenco, anche se non esaustivo, delle attività di trasporto ordinario, a carico del servizio sanitario regionale, che potevano essere oggetto di convenzione (art. 12, comma 1)³⁴. Al di là dei trasporti ordinari menzionati al primo comma, il comma 6 dell'art. 12 precisa che il trasporto sanitario ordinario non contemplato dall'articolo rimane a carico del paziente e non del servizio sanitario regionale, alludendo, dunque, al fatto che si tratti di una categoria aperta. Per di più il successivo art. 13, fa ricadere sotto i servizi di trasporto ordinario, oggetto di convenzione, il trasporto di dispositivi ed ausili medici, campioni da analizzare, ecc.; trasporti interaziendali di campioni di sangue per l'esecuzione dei test di amplificazione genomica; trasporti per trapianti d'organo; trasferimento di salme in obitorio.

Per quanto riguarda la categoria del trasporto di emergenza-urgenza, il Titolo V si mantiene piuttosto generico, limitandosi a definire gli interventi sanitari di emergenza quali quegli interventi effettuati in favore di soggetti che siano stati coinvolti in incidenti di qualsiasi natura o che presentino, comunque, condizioni di particolare gravità tali da richiedere un intervento di primo soccorso sul luogo

³⁴ Alcune delle tipologie menzionate dall'art. 12, sono: ricoveri in struttura pubblica o privata convenzionata da domicilio; dimissioni da struttura pubblica o privata convenzionata verso il domicilio; trasferimenti tra strutture pubbliche o private convenzionate; trasporto degenti nelle strutture pubbliche o private convenzionate per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli, non eseguibili nella struttura di degenza; trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli; trasporto da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per trattamenti di dialisi o per trattamenti per pazienti affetti da morbo di Hansen; trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per cicli di chemio e/o radio, anche in regime di day-hospital.

dell'evento, nonché l'assistenza durante l'eventuale trasporto verso il presidio ospedaliero, così da permettere il mantenimento delle funzioni vitali ed evitare, per quanto possibile, danni irreversibili (art. 20, comma 1). I successivi artt. 21 e 22 fanno rientrare nel Titolo V anche i trasferimenti assistiti, ossia trasporti secondari per i quali è necessaria la presenza di personale sanitario per via della particolare gravità delle condizioni del trasportato (art. 21), e il trasporto protetto neonatale per le cui modalità di svolgimento viene prescritta l'adozione di un accordo di intesa (art. 22).

Al fianco del contenuto e dell'ambito applicativo del convenzionamento, l'accordo-quadro struttura anche un sistema di rimborso dei costi sostenuti dagli enti di volontariato durante l'erogazione delle prestazioni in questione, aspetto che ha subito modifiche.

Nel testo originario dell'accordo, dal momento che il trasportato deve ricevere gratuitamente gli interventi effettuati dalle OdV convenzionate (art. 7, comma 1), le spese da queste sostenute venivano rimborsate dalle AUSL, cui afferiva la Centrale Operativa di attivazione del servizio o comunque (in alcuni casi di servizio di trasporto ordinario) con la quale l'ente erogatore che aveva effettuato il servizio intratteneva la convenzione. Per ottenere il rimborso, le associazioni erano tenute a documentare i servizi di trasporto effettuati, conformemente a precise modalità, dettagliate all'art. 16, per i servizi di trasporto ordinario, e all'art. 23, per il trasporto di emergenza-urgenza. Tuttavia, come disposto dall'art. 24, il rimborso non avveniva sulla base di quanto rendicontato dall'ente, ma secondo una quantificazione già calcolata per ogni anno di validità dell'accordo-quadro (dunque dal 2004 al 2008) e contenuta in tabelle che, allegate all'accordo e costituendone parte integrante, non potevano essere oggetto di modifica, se non previo accordo della Giunta Regionale. La liquidazione secondo tali somme forfettarie veniva fatta dall'Azienda Sanitaria competente per le prestazioni oggetto di rimborso. L'accordo in realtà prevedeva l'obbligo, da parte di almeno una associazione locale rappresentativa della Misericordia, una dell'ANPAS e un Comitato locale della CRI, di rendicontare al tavolo regionale le spese effettivamente sostenute per le attività di trasporto prestate nel primo anno di vigenza del testo normativo. Tale rendicontazione, però, non aveva valore o effetti ai fini del *quantum* realmente rimborsato. Al contrario, l'obiettivo era semplicemente quello di permettere alla Giunta di valutare la corrispondenza tra rimborsi spese predefiniti nell'accordo e quanto concretamente sostenuto dagli enti erogatori al fine di valutare una futura estensione progressiva della rendicontazione in sostituzione dei rimborsi spese (art. 25).

Ebbene, proprio le modalità di rimborso sin qui descritte sono state oggetto di censura da parte della Corte europea.

4.3. Il caso: Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana

Preliminarmente è bene precisare che l'orientamento dell'Unione europea rispetto alle regole applicabili all'affidamento di servizi a soggetti *non profit* non è sempre stato costante, ma è invece mutato nel tempo. Inizialmente, infatti, la Corte, trovatasi a statuire più volte proprio sul tema dei servizi di trasporto sanitario, si era pronunciata in favore della loro esclusione dalle regole concorrenziali del mercato unico europeo. In un importante caso giudiziario del 1997, che aveva avuto ad oggetto una normativa regionale (la legge della Regione Lombardia) che prevedeva il solo rimborso dei costi connessi alla prestazione di servizi socio-assistenziali a rilevanza sanitaria a favore di un operatore che non perseguiva scopi di lucro, la Corte aveva affermato che tale operatore non svolgeva attività di rilevanza economica e non occupava una posizione sul mercato tale da influire sul commercio tra Stati membri. Motivo per il quale le regole europee sul mercato comune non necessariamente dovevano trovare applicazione³⁵. Con il tempo, però, questa deroga veniva temperata: la Commissione europea già nel 2001 specificava che l'esclusione dei servizi alla persona dal mercato unico europeo non operava in via assoluta, ma al contrario le norme sulla concorrenza ritrovavano applicazione laddove gli operatori si fossero impegnati in attività economiche, seppur l'applicazione dovesse essere temperata *“nel rispetto in particolare dell'ambiente sociale e culturale nel quale tali attività sono esercitate”*³⁶. Nel celebre caso *Ambulanz*, i giudici di Lussemburgo affermavano proprio che le modalità di affidamento dei servizi sociali non devono determinarsi alla luce di un criterio soggettivo, ovvero basato su *chi* presta il servizio, bensì secondo le *modalità* con cui questo viene fornito. Ne deriva che un qualsiasi ente che presti un'attività sostanzialmente economica (ovvero consistente in uno scambio di beni e servizi sul mercato) rientra nella nozione di impresa, a prescindere dal proprio *status* giuridico e dalle modalità di finanziamento³⁷.

È nel contesto di questa fase di evoluzione giurisprudenziale che si pone il caso in esame. Dacché i giudici sovranazionali, conformandosi a questa corrente, statuivano che la forma giuridica del soggetto affidatario – nella fattispecie le organizzazioni di volontariato operanti in Toscana per il trasporto d'urgenza e il

³⁵ Corte giust., 17 giugno 1997, causa C-70/95, *Sodemare SA, Anni Azzurri Holding SpA e Anni Azzurri Rezzato Srl c. Regione Lombardia*, pti 45-49.

³⁶ Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione 2001/C 17/04 della Commissione europea del 19 gennaio 2001 relativa ai servizi d'interesse generale in Europa*, pto 30.

³⁷ *“E' vero che taluni obblighi di servizio pubblico possono rendere i servizi forniti da una data organizzazione sanitaria meno competitivi degli analoghi servizi effettuati da altri operatori non vincolati da tali obblighi, ma tale circostanza non può impedire che le attività di cui trattasi siano considerate attività economiche.”*

Ne consegue che, per quanto riguarda la fornitura di servizi di trasporto d'urgenza e di trasporto di malati, entità come le organizzazioni sanitarie devono essere qualificate imprese ai sensi delle norme di concorrenza previste dal Trattato.” (Corte giust., Quinta sez., 25 ottobre 2001, causa C-475/99, *Ambulanz Glöckner contro Landkreis Südwestpfalz*, punti 20-21).

trasporto di malati – non era sufficiente per escluderle dalla nozione di impresa ed esonerarle dalle regole di evidenza pubblica³⁸. Nel caso di specie, la questione da dirimere era se l'affidamento diretto dei servizi di trasporto sanitario alle associazioni di volontariato e alla CRI, secondo le modalità previste dall'accordo-quadro del 2004, costituisse un contratto a titolo oneroso tale da imporre il rispetto delle regole d'appalto. Infatti, ai sensi della vecchia regolamentazione europea in materia d'appalti, la direttiva 92/50/CEE (vigente all'epoca del contenzioso sotto analisi), l'appalto è un contratto a titolo oneroso, stipulato in forma scritta tra un prestatore di servizi e un'amministrazione aggiudicatrice (art. 1, direttiva 92/50/CEE). Ne consegue che nel caso in cui l'erogatore del servizio venga retribuito contro un corrispettivo, si parlerà di appalto, in caso contrario, ovvero laddove dovessero essere unicamente rimborsate le spese sostenute, la direttiva non troverà applicazione, non trattandosi di appalto³⁹.

Di fatto il ricorso veniva dichiarato infondato dal momento che la Commissione aveva mancato di fornire gli elementi di prova quanto al valore dell'appalto controverso, così impedendo alla Corte di apprezzare nel concreto se i servizi attribuiti mediante accordo-quadro, rientranti nell'allegato IIB della direttiva 92/50/CEE, avessero valore superiore a quello dei servizi di cui all'allegato IIA, caso in cui la direttiva in oggetto avrebbe previsto l'applicazione delle regole di evidenza pubblica. Ciononostante, l'inammissibilità non ha impedito ai giudici di esprimere le proprie perplessità sulla normativa toscana, anzi precisando che il carattere non lucrativo delle associazioni operanti nella regione non le esclude dalla nozione di appalti di pubblici servizi e dal rispetto delle relative regole⁴⁰. A fondamento delle conclusioni dei giudici vi era proprio l'aspetto del rimborso fisso delle spese sostenute ai sensi dell'accordo-quadro del 2004: gli importi dei rimborsi venivano fissati in forma preventiva e forfettaria nelle tabelle allegate all'accordo, motivo per cui non poteva parlarsi di mero rimborso delle spese sostenute⁴¹. Al contrario, l'accordo così come strutturato prevedeva di fatto una contropartita alle prestazioni erogate⁴², costituendo, quindi, un contratto d'appalto in quanto concluso a titolo oneroso⁴³. In breve,

³⁸ Corte giust., *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*, cit., p.ti 37-40.

³⁹ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, cit., 126.

⁴⁰ Corte giust., *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*, cit., p.ti 40-41.

⁴¹ "se è vero che il lavoro delle persone che effettuano i trasporti sanitari in parola non è retribuito, risulta nondimeno dagli elementi sottoposti alla Corte che i pagamenti previsti dalle pubbliche autorità interessate superano il semplice rimborso delle spese sostenute per fornire i servizi di trasporto sanitario controversi. Tali importi vengono fissati preventivamente e forfettariamente, sulla base di tabelle allegate all'accordo quadro del 2004. Il sistema descritto in tali tabelle prevede il pagamento di una somma fissa per la messa a disposizione (detta «stand-by») di un autoveicolo destinato agli interventi, di somme calcolate in funzione dei tempi di sosta segnalati nel corso delle attività di trasporto, di una somma fissa per i trasporti che non superano i 25 km e di importi addizionali per ogni chilometro supplementare." (Corte giust., *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*, cit., p.to 48).

⁴² Corte giust., *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*, cit., p.to 50.

⁴³ Corte giust., *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana*, cit., p.ti 51-52.

dunque, dal momento che i rimborsi previsti dall'accordo-quadro toscano non erano quantificati sulla base delle prestazioni effettivamente erogate, ma venivano corrisposti in via forfettaria e preventiva, dovevano essere equiparati a forme di retribuzione tariffaria.

4.4. La legge di riforma, l. reg. Toscana n. 70/2010

Nel tentativo di adeguare il sistema di trasporto sanitario alle riserve sollevate dalla Corte di Lussemburgo nella pronuncia del 2007, la Regione Toscana procedeva a riformare la legge regionale sanitaria l. reg. n. 40/2005, per mezzo delle modifiche adottate con la l. reg. n. 70/2010, la cui più grande novità è stata quella di aver inserito nella previgente legge del 2005 un intero capo ("Capo II *bis*") all'interno del Titolo VI su "Presidi e prestazioni".

Come precisato dal Rapporto sulla legislazione 2010-2011, la nuova legge interveniva con il preciso intento di salvaguardare il ruolo storicamente consolidato del volontariato nel sistema di trasporto sanitario, elevandolo e riconoscendolo formalmente quale soggetto necessario per l'organizzazione del trasporto di emergenza urgenza⁴⁴. In effetti, dal nuovo Capo II *bis* – diversamente dalla versione normativa precedente - ben emerge la rilevanza del ruolo occupato dalle OdV nel sistema toscano e la loro indispensabilità nell'erogazione di dette prestazioni, tanto da volerle espressamente includere, al fianco della P.a., nell'organizzazione dei servizi in parola (e non, quindi, solo nella loro erogazione)⁴⁵. Ecco allora che, essendo l'obiettivo della riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza volto a migliorarne i livelli di efficacia ed efficienza, il legislatore ha voluto fornire una definizione del sistema sanitario di emergenza-urgenza, istituire degli appositi organismi che realizzino una piena integrazione delle associazioni all'interno del sistema stesso e, infine, definire un sistema budgetario che tenga conto dei diversi livelli di attività e del fabbisogno sanitario⁴⁶.

Così l'art. 76 *ter*, di nuova introduzione⁴⁷, scompone il sistema sanitario di emergenza urgenza in tre pilastri: a) un sistema di allarme sanitario; b) un sistema territoriale di soccorso; c) un sistema ospedaliero di emergenza. Lo stesso articolo specifica di seguito (comma 3) che il sistema territoriale di soccorso è gestito dalle aziende unità sanitarie locali, dai comitati della Croce

⁴⁴ BELMONTE, *Politiche sanitarie e sociali*, in *Rapporto sulla legislazione aprile 2010 – dicembre 2011*, Direzione di Area, Assistenza legislativa, giuridica e istituzionale Consiglio Regionale Regione Toscana (a cura di), gennaio 2012, 44.

⁴⁵ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, cit., 148-149.

⁴⁶ Considerando n. 5, l. reg. n. 70/2010.

⁴⁷ Ai soli fini di chiarezza espositiva, i riferimenti normativi qui di seguito sono effettuati al testo vigente, successivo anche alle modifiche intervenute dopo il 2010, che tuttavia non hanno inciso sull'impianto delineato con la riforma del 2010, tuttora costituente il nucleo essenziale della disciplina.

Rossa, dalle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'art. 76 *quinquies*⁴⁸ ed, infine, dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI. Muovendo al trasporto sanitario di emergenza-urgenza territoriale, l'art. 76 *quater* prevede che questo venga svolto dalle associazioni iscritte nell'elenco di cui all'art. 76 *quinquies* e che si possa articolare in tre forme di attività: a) i servizi di trasporto di emergenza-urgenza gestiti dalla centrale operativa territoriale; b) i servizi di trasporto previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), effettuati tramite ambulanza; c) i servizi di trasporto per i quali, in ragione delle condizioni cliniche del paziente, è richiesto esclusivamente l'uso di un'ambulanza, la necessità di assistenza *in itinere* da parte di personale sanitario e/o altro personale adeguatamente formato, nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure per non interrompere il percorso assistenziale (comma 1). Solo in via residuale, ossia nel caso in cui le attività di cui si è detto non potessero essere assicurate dai soggetti di cui all'art. 76 *ter*, comma 3, le AUSL potranno affidarle a soggetti terzi a seguito di gare di evidenza pubblica (comma 2). Nel 2019 è stata, poi, adottata una nuova legge regionale volta a disciplinare le autorizzazioni allo svolgimento di attività di trasporto sanitario e alla vigilanza sulle stesse, la già menzionata l. reg. 83/2019. Ai sensi della legge in parola, l'autorizzazione viene rilasciata dal comune previo accertamento del possesso dei requisiti di esercizio di cui all'art. 6, ovvero il possesso delle necessarie attrezzature tecniche ed il materiale dei mezzi di soccorso, la presenza ed il rispetto di requisiti e percorsi formativi obbligatori per i soccorritori e i formatori, nonché di requisiti e formazione specifica riservata agli autisti delle autoambulanze. L'autorizzazione viene rilasciata con riferimento a tre tipologie di attività: a) trasporto sanitario di soccorso di base mediante autoambulanza di tipo B; b) trasporto sanitario di primo soccorso mediante autoambulanza di tipo A; c) trasporto sanitario di soccorso avanzato mediante autoambulanza di tipo A. La vigilanza, ex art. 11, viene effettuata da specifica commissione, la quale verifica il rispetto degli obblighi e dei requisiti richiesti per l'esercizio di trasporto sanitario di soccorso e per l'autorizzazione di messa in esercizio di nuovi mezzi di soccorso. In caso di difformità o violazioni, la commissione avvierà un procedimento sanzionatorio. Con cadenza annuale viene pubblicato l'elenco regionale dei soggetti deputati, in applicazione della normativa di cui sopra, ad esercitare l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale.

L'elemento di maggiore criticità della riforma del 2010 risiede nel fatto che il testo normativo menziona unicamente il *servizio di emergenza-urgenza* e il servizio di trasporto sanitario in senso ampio. Lo stesso Capo II *bis* è intitolato "sistema sanitario di emergenza urgenza" e, infatti, esso non menziona in nessuno dei suoi articoli il sistema sanitario – e il conseguente trasporto

⁴⁸ Ovvero le associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l. reg. 83/2019.

sanitario – *ordinario*. Al contrario, tutta la nuova disciplina e, in generale, il ruolo e le funzioni svolte dalle OdV rimangono raccolte nella sezione relativa al trasporto di emergenza.

Questa scelta terminologica, così come le sue conseguenze da un punto di vista pratico, appaiono poco chiare. Secondo alcuni autori, questo esprime l'intenzione del legislatore di voler operare una distinzione tra trasporti ordinari e trasporti d'emergenza-urgenza, o meglio, la novellata legge, limitandosi a regolamentare i servizi emergenziali (art. 76 *ter*), conseguentemente disciplinando le sole attività di trasporto sanitario di emergenza-urgenza (art. 76 *quater*), esclude dal suo perimetro di applicazione i servizi ordinari. Ne consegue che questi ultimi non potranno sottostare al regime di affidamento diretto alle organizzazioni di volontariato, ma dovranno necessariamente conformarsi alle regole concorrenziali europee⁴⁹. Dall'altro lato, però, si potrebbe contestare che il silenzio sui servizi sanitari ordinari e relativi servizi di trasporto sia stato pensato proprio come "via di fuga" dalle regole d'appalto. In altre parole, sembra quasi che, per non interrompere il sistema consolidato di affidamento diretto alle OdV, che da decenni coinvolge non solo il trasporto sanitario d'emergenza, ma anche quello ordinario, il legislatore regionale abbia preferito raccogliere entrambe queste forme di trasporto sotto il termine di servizi di emergenza-urgenza, dal momento che solo per questi esiste una deroga alle regole di mercato. In questo modo anche servizi di trasporto che dovrebbero rientrare nella categoria ordinaria vengono considerati d'emergenza-urgenza e sottoposti al regime di affidamento diretto. Ad esempio, sono fatti rientrare in detta categoria, ad erogazione delle associazioni iscritte nell'elenco di cui all'art. 76 *quinquies*, servizi in ambulanza quali: ricoveri da domicilio, dimissioni, trasferimenti tra strutture pubbliche o private accreditate convenzionate, visite specialistiche, esami diagnostici, trattamenti terapeutici singoli, cicli di trattamento terapeutici, trattamenti dialitici, radioterapici e chemioterapici⁵⁰. Servizi che nello stesso accordo-quadro del 2004 rientravano espressamente nella categoria di trasporto sanitario ordinario⁵¹ e alcuni dei quali, a

⁴⁹ ALBANESE, *Il servizio di trasporto dei malati tra regole della concorrenza e valore sociale*, cit., 149.

⁵⁰ Vedi Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, *Disposizioni regionali concernenti l'attività di trasporto sanitario di cui all'art. 76 quater, comma 1, lettere b) e c) della l.r. 40/2005 – dematerializzazione della ricetta*, in Delibera n. 1156 del 17/10/2022, allegato A; Azienda USL Toscana centro, *Procedura Aziendale Gestione dei trasporti sanitari ordinari*, cit.; o anche <https://www.regione.toscana.it/-/trasporto-sanitario>.

⁵¹ Alcune tipologie di trasporti ordinari menzionati dall'accordo-quadro, all'art. 12, sono: ricoveri in struttura pubblica o privata convenzionata da domicilio; dimissioni da struttura pubblica o privata convenzionata verso il domicilio; trasferimenti tra strutture pubbliche o private convenzionate; trasporto degenti nelle strutture pubbliche o private convenzionate per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli, non eseguibili nella struttura di degenza; trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli; trasporto da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per trattamenti di dialisi o per trattamenti per pazienti affetti da morbo di

dimostrazione della grande confusione, vengono tutt'oggi definiti espressamente da alcune ASL toscane come servizi di trasporto sanitario ordinario⁵². In effetti, i trasporti appena menzionati non dovrebbero considerarsi di emergenza e neppure potrebbero rientrare nella più "tollerata" categoria di trasporto qualificato, così come definito dalla sentenza *Falck*. A ben vedere si tratta di servizi che, seppur prevalentemente effettuati da un soccorritore sanitario debitamente formato in materia di pronto soccorso, non necessariamente comportano sempre un rischio di peggioramento dello stato di salute del paziente durante il trasporto⁵³. Motivo per cui, neppure alla luce di quella giurisprudenza del 2019 sarebbe consentita una deroga alle regole di concorrenza e trasparenza. D'altro canto è pur sempre vero che, ad eccezione dei servizi di trasporto di emergenza urgenza gestiti dalla centrale operativa territoriale ex art. 76 *quater*, comma 1, lett. a), i servizi di trasporto di emergenza urgenza sono prescritti, a carico del SSR, per mezzo di ricetta elettronica dematerializzata emessa dallo stesso medico curante⁵⁴. Sicché, è chiaro che, laddove fosse il professionista a prescrivere la necessità di un trasporto di emergenza-urgenza sarà difficile per la Regione poter contestare nel merito l'assenza dei requisiti richiesti per detta categoria di servizio.

Un ulteriore aspetto toccato dalla nuova legge 2010 è proprio quello "colpito" dalla sentenza europea del 2007, ovvero il sistema dei rimborsi delle spese cui fanno fronte le OdV. Fondamentalmente la l. reg. n. 70/2010 prevede l'individuazione di un budget complessivo annuale che viene poi ripartito tra le singole AUSL le quali, a loro volta, lo distribuiscono ai soggetti legittimati a riceverlo. Più nel dettaglio, la novella normativa si limita a prevedere una remunerazione basata su un sistema budgetario che, ai sensi dell'art. 76 *novies*, viene definito da un regolamento di attuazione (definito e adottato dalla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 76 *undecies*) e ricomprende sia le risorse destinate alle associazioni di volontariato e alla CRI, sia quelle destinate ai loro organismi rappresentativi (comma 2). Tale budget deve successivamente essere rendicontato attraverso report periodici che i soggetti coinvolti nel sistema inoltrano alle aziende sanitarie di riferimento, riportando i risultati raggiunti e le risorse utilizzate (comma 3).

La Giunta Regionale definiva il regolamento di attuazione di cui sopra con il d.p.g.r. 4 gennaio 2012, n. 1 *Regolamento di attuazione dell'articolo 76 undecies della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza*. Come disposto

Hansen; trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per cicli di chemio e/o radio, anche in regime di day-hospital.

⁵² Vedi <https://www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/trasporto-sanitario>.

⁵³ Vedi Corte giust., *Falck Rettungsdienste GmbH, Falck A/S c. Stadt Solingen*, cit., p.to 62, n. 1).

⁵⁴ Ciò ai sensi della delibera del 17 ottobre 2022, n. 1156 *Disposizioni regionali concernenti l'attività di trasporto sanitario di cui all'art. 76 quater, comma 1, lettere b) e c) della l.r. 40/2005 - Dematerializzazione della ricetta*.

dal suo art. 9, la Giunta Regionale stabilisce annualmente il budget da erogare nell'anno successivo, ripartendolo fra le aziende sanitarie sulla base di una serie di indici tra cui il fabbisogno sanitario, le caratteristiche della popolazione assistita, la distribuzione dei presidi sanitari sul territorio. A quel punto i comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza di cui all'art. 76 *octies*, l. reg. n. 70/2010, definiscono i criteri in virtù dei quali le aziende sanitarie lo assegneranno ai soggetti del sistema, ovvero ai soggetti che concretamente erogano il servizio. Questi ultimi garantiscono un flusso informativo che permetta all'ASL di provvedere ad un sistema di contabilità nonché di monitoraggio del sistema di attuazione del budget, così da poter eventualmente implementare azioni correttive.

A titolo di esempio il budget complessivo per l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza per l'anno 2025 è stato determinato in 116.600.000,00€, inclusivi delle risorse destinate alle associazioni di volontariato e ai comitati della CRI, iscritti nell'elenco di cui all'art. 76 *quinquies* della l. reg. 40/2005, e delle risorse destinate agli organismi rappresentativi di dette associazioni ed al Comitato regionale della CRI. Le suddette risorse vengono erogate previa verifica delle deleghe rilasciate alle singole associazioni di volontariato o ai relativi comitati, nonché delle risorse attribuite alle associazioni medesime. Laddove la spesa complessiva dovesse essere superiore a quella determinata per l'anno in corso, gli oneri aggiuntivi dovranno essere riassorbiti nei bilanci delle ASL, sia per quanto riguarda le ulteriori risorse da destinare alle associazioni, sia in relazione alle risorse correlate all'attività di coordinamento da destinare agli organismi rappresentativi, senza alcun ulteriore intervento economico, per tale finalità, da parte della Regione. È, inoltre, disposto che le ASL trasmettano sia una rendicontazione intermedia dei costi sostenuti, a metà anno, e una stima di quelli che si prevede dovranno essere sostenuti nella seconda porzione di anno, sia, entro i primi mesi dell'anno successivo, la puntuale e dettagliata rendicontazione dei costi effettivamente sostenuti durante l'anno⁵⁵.

I rimborsi, per i servizi di emergenza (118), sono calcolati sulla base di una tariffa fissa di attivazione, a cui si aggiunge un rimborso chilometrico, un rimborso per paziente trasportato dopo il primo e un rimborso orario per le ore eccedenti la prima. A questi si aggiunge, poi, una tariffa mensile di stand-by e una tariffa oraria per la copertura del servizio. In particolare modo, il costo stand-by è calcolato tenendo conto dell'ammortamento quinquennale di un automezzo, il costo del personale, la copertura dei costi delle associazioni per la formazione, assicurazione e le divise del personale, nonché i costi generali nella misura del 10%, calcolati escludendo il costo del personale.

Per i servizi di emergenza non in stand-by le voci sono le medesime ad eccezione della tariffa mensile di stand-by, sostituita da una tariffa mensile di reperibilità. Similmente, anche i servizi di urgenza prevedono un sistema di

⁵⁵ Giunta Regionale Toscana, *Estratto del verbale della seduta del 11/08/2025, Delibera n. 1251/2025.*

tariffe differenziate: una tariffa di attivazione, un rimborso chilometrico, un rimborso per il paziente trasportato oltre il primo, un rimborso orario oltre la prima ora di percorrenza, nonché ulteriori importi correlati ai tempi di sosta, graduati in scaglioni temporali e in base alla tipologia di intervento⁵⁶.

In conclusione, dunque, l'attuale sistema dei rimborsi presenta una maggiore articolazione rispetto al passato. Non è più previsto un semplice rimborso a forfait, bensì un rimborso basato su tariffe correlate ad indicatori oggettivi di attività, permettendo di individuare con maggior chiarezza il rimborso dei costi effettivamente sostenuti dalle OdV. Inoltre, il nuovo meccanismo di rendicontazione intermedia da parte delle ASL avente ad oggetto i costi sostenuti a metà anno garantisce maggior controllo. Sicché, seppur i rimborsi risultino ancora fissati *ex ante*, il nuovo modello pare sicuramente più aderente ai principi europei.

5. Dal rigore alla valorizzazione del *non profit*: l'apertura internazionale ed europea al Terzo Settore

Al fine di avere un quadro di insieme e poter valutare *ad oggi* la riuscita della riforma toscana è doveroso tenere in considerazione che l'approccio e la considerazione, europea ed internazionale, del settore sociale sono profondamente cambiati negli ultimi tempi. Ciò nell'ottica di una rivoluzione che in maniera lenta, ma profonda, sta portando il diritto sovranazionale a dare sempre maggior importanza e centralità al Terzo Settore. È di estrema rilevanza approfondire i più importanti passaggi che hanno rappresentato dei punti di svolta in tal senso, sia a livello giurisprudenziale (*infra*, par. 5.1) sia in quanto nuovi strumenti normativi (*infra*, par. 5.2).

5.1. L'evoluzione giurisprudenziale dell'Unione europea

Sono già risalenti al decennio scorso una serie di decisioni europee che, seguite alla sentenza del 2007, sono indicative di un ammorbidimento da parte dell'UE rispetto alla posizione del *non profit* sul mercato. A pochi mesi dall'adozione delle direttive 2014⁵⁷, la CGUE si pronunciava nuovamente, con l'emblematica sentenza Corte giust., Quinta sez., 11 dicembre 2012, causa C-113/13, *ASL n. 5 «Spezzino» e altri/San Lorenzo Società Cooperativa Sociale, Croce*

⁵⁶ Azienda USL Toscana sud est, Deliberazione del Direttore Generale del 1 settembre 2025, n. 861.

⁵⁷ Al fianco della dir. 2014/24/UE sugli appalti venivano adottate anche la dir. 2014/23/UE *del Parlamento europeo del Consiglio del 26 febbraio 2014 sull'aggiudicazione dei contratti di concessione* e la dir. 2014/25/UE *del Parlamento europeo del Consiglio del 26 febbraio 2014 sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali e che abroga la direttiva 2004/17/CE*.

Verde Cogema Cooperativa Sociale Onlus, sull'affidamento diretto di servizi di trasporto sanitario ad associazioni di volontariato, previsto dalla legge regionale ligure. Dopo aver ribadito che il rimborso erogato dalla P.a. a favore dell'associazione costituisce, in realtà, una contro-prestazione, tanto che il carattere oneroso del contratto non può essere escluso, la Corte specificava che l'affidamento in via prioritaria e diretta (mediante convenzione) del servizio sanitario di trasporto a specifiche associazioni di volontariato – registrate e convenzionate – seppur costituisca un vero e proprio appalto, non si pone in contrasto con il diritto concorrenziale UE, a patto che vengano rispettate alcune condizioni. *In primis*, non devono essere perseguiti scopi di lucro, ossia né l'associazione di volontariato stessa, né i suoi membri possono trarre profitti dalle prestazioni rese (eccetto il rimborso delle spese sostenute per le stesse)⁵⁸. In secondo luogo, l'obiettivo effettivamente perseguito dalla OdV deve essere quello di contribuire a finalità sociali, rispondenti ai principi di universalità, solidarietà, efficienza economica e adeguatezza⁵⁹, di particolare rilevanza per il diritto UE⁶⁰. Dunque, secondo l'interpretazione della Corte transnazionale, l'affidamento senza gara è giustificato dall'obbiettivo ed interesse degli Stati membri – nel rispetto di propri margini di apprezzamento – di creare e mantenere un sistema medico-ospedaliero più accessibile ed equo possibile, esigenza di interesse pubblico e finalità sociale.

Il medesimo principio viene ripreso nel caso *Castà*⁶¹, nel quale la Corte di Giustizia UE ribadisce la compatibilità con il diritto europeo della scelta degli Stati membri di affidare in via diretta un servizio di trasporto sanitario ad associazioni di volontariato senza previa comparazione delle proposte di varie associazioni⁶². I giudici europei precisavano, come già avvenuto nel caso *Spezzino*, che il ricorso diretto agli enti associativi di volontariato deve essere giustificato dal perseguimento di obiettivi di solidarietà ed efficienza di bilancio, senza che da questi, né dai loro membri, venga tratto un profitto diretto (ad eccezione del rimborso del costo delle prestazioni sostenute): il ricorso diretto agli enti associativi di volontariato deve essere condizionato al fatto che le “*attività commerciali esercitate siano marginali rispetto all'insieme delle attività di tali associazioni, e siano di sostegno al perseguimento dell'attività di volontariato di queste ultime*”⁶³.

⁵⁸ Corte giust., *ASL n. 5 «Spezzino» e altri / San Lorenzo Società Cooperativa Sociale, Croce Verde Cogema Cooperativa Sociale Onlus*, cit., p.ti 57-61.

⁵⁹ ID, p.to 53.

⁶⁰ ID, pt.o 53.

⁶¹ Corte giust., Quinta sez., 28 gennaio 2016, C-50/14, *CASTA e a. / A.S.L. di Ciriè, Chivasso e Ivrea (ASL TO4) e Regione Piemonte*, p.to 60.

⁶² ID, p.to 60.

⁶³ ID, p.to 79.

5.2. I nuovi strumenti di economia sociale

Il cambio di rotta verso una preminente attenzione al sociale si è più di recente registrata, sia a livello internazionale che europeo, con l'adozione di una serie di strumenti di *soft law*, pertanto con valore meramente orientativo e non vincolante, intervenuti sul tema dell'economia sociale, definita come quella sfera dell'economia che persegue obiettivi sociali.

A partire dalla fine del 2021, a seguito della crisi sanitaria e dell'amplificarsi delle disuguaglianze sociali che ne sono derivate⁶⁴, le Organizzazioni Internazionali hanno voluto enfatizzare la rilevante funzione svolta dall'economia sociale. In particolare modo, si è perseguito detto proposito, riconoscendola quale strumento attraverso il quale poter raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile prefissati dall'Agenda 2030. In questa direzione, un passo importante è stato compiuto dalla *Risoluzione sul lavoro dignitoso e l'economia sociale e solidale* dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), del giugno 2022⁶⁵. La risoluzione, prendendo conto dell'importanza e centralità dell'economia sociale e solidale, nonché tenendo a mente le difficoltà che i Paesi incontrano nel settore, suggerisce una serie di misure volte a valorizzare il ruolo del sociale, tra le quali rafforzare l'interazione e la partnership con le amministrazioni pubbliche su ogni livello, incluso quello locale e regionale⁶⁶. L'anno seguente, l'Assemblea Generale ONU adottava una risoluzione⁶⁷, con la quale veniva nuovamente ribadita l'importanza del Terzo Settore nel perseguimento degli obbiettivi dell'Agenda 2030⁶⁸. In aggiunta, gli Stati venivano incoraggiati a promuovere e applicare strategie, indirizzi e programmi finalizzati a supportare e mettere in opera l'economia sociale e solidale, a livello statale, locale e regionale. A tale fine veniva domandato ai Paesi di adoperarsi per creare delle normative specifiche per il settore in oggetto, capaci di dar rilievo al ruolo dell'economia sociale⁶⁹.

Anche a livello europeo l'economia sociale ha subito un processo di valorizzazione. L'UE, in realtà, si è sempre disinteressata a regolamentare l'attività del *non profit* per via della grande disomogeneità della materia tra gli Stati

⁶⁴ ATHANASOPOILOU, P. KLEIN, *L'economia sociale nel panorama europeo*, in *Un Europa Sociale*, n. 1, 2022, disponibile su <https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/economia-sociale-nel-panorama-europeo>.

⁶⁵ OIL, *Resolution concerning decent work and the social and solidarity economy*, ILC.11/Resolution II, 10 giugno 2022, disponibile su https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40relconf/documents/meetingdocument/wcms_848633.pdf.

⁶⁶ "strengthen the interaction and partnerships between the SSE entities and public administration at all levels, including local and regional" (OIL, *Resolution concerning decent work and the social and solidarity economy*, ILC.11/Resolution II, cit., p.to 9 (g)).

⁶⁷ UN General Assembly, *Promoting the social and solidarity economy for sustainable development* Resolution, A/RES/77/281, 18 April 2023, disponibile su <https://digitallibrary.un.org/record/4009889?v=pdf>.

⁶⁸ ID, p.to 1.

⁶⁹ ID, p.to 1.

membri. Questo, nonostante l'obiettivo sociale dell'Unione europea sia stato presente sin dalla sua creazione, tanto che inizialmente la Comunità europea nasceva proprio con il fine di rafforzare le politiche sociali, obiettivo che si sarebbe dovuto conseguire attraverso il buon funzionamento del mercato⁷⁰. Nonostante i buoni propositi, l'apparato sovranazionale ha incontrato difficoltà ad implementare realmente ed efficacemente delle politiche sociali ed è stato proprio per questo motivo che la CGUE si è trovata a supplire - con le decisioni che si sono richiamate nei capitoli precedenti - alla mancanza di una disciplina europea in grado di regolamentare il settore sociale. Con gli strumenti di *soft law*, invece, questo obiettivo sembra aver trovato nuovamente spazio. In effetti, dopo la pandemia, la Commissione europea adottava una serie di strumenti pensati per permettere all'economia sociale di raggiungere il proprio massimo potenziale. Detto obiettivo si incentra su tre aspetti: creazione delle opportune condizioni per il fiorire dell'economia sociale; creazione di opportunità per l'avvio e l'ampliamento di organizzazioni che operano nell'ambito dell'economia sociale; garanzia del riconoscimento dell'economia sociale e del suo potenziale⁷¹. Gli strumenti adottati dalla Commissione sul tema sono il *Piano d'azione sul pilastro europeo dei diritti sociali*, del marzo 2021⁷² e il *Piano d'Azione per l'Economia Sociale*, del dicembre 2021⁷³. Il primo, di riflesso agli strumenti internazionali sopra analizzati, si prefigge una serie di traguardi, di natura sociale, da raggiungere entro il 2030. Il secondo, anch'esso finalizzato a sviluppare un'economia in grado di rispondere alle esigenze della persona, ben si sofferma sulle sfide che gli Stati incontrano nello sviluppare un approccio coerente ed uniforme vista l'intersettorialità del sociale. Tuttavia, proprio per questo, la Comunicazione esorta affinché, nell'elaborazione di politiche e quadri giuridici adeguati, le autorità pubbliche tengano conto della diversità delle forme giuridiche dei soggetti dell'economia sociale⁷⁴. Infine, il Consiglio adottava una raccomandazione sullo sviluppo delle condizioni quadro dell'economia sociale⁷⁵, nel cui contesto è stata ribadita la necessità ed importanza di trovare misure di sostegno e di contesti finanziari, amministrativi e giuridici favorevoli, che tengano in considerazione le caratteristiche specifiche dei modelli imprenditoriali dei soggetti di economia sociale per quanto riguarda la governance, la ripartizione degli utili, le condizioni

⁷⁰ GOTTI, *Il Piano d'azione europeo per l'economia sociale e i riflessi sull'ordinamento italiano*, in *Impresa Sociale*, n. 3, 2022, 4.

⁷¹ Vedi <https://eur-lex.europa.eu/IT/legal-content/glossary/social-economy.html>.

⁷² Disponibile su <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/it/>.

⁷³ Commissione europea, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Creare un'economia al servizio delle persone: un Piano d'azione per l'economia sociale*, COM(2021) 778, 9 dicembre 2021.

⁷⁴ ID, pto 3.1.

⁷⁵ Consiglio dell'Unione europea, *Raccomandazione del Consiglio sullo sviluppo delle condizioni quadro dell'economia sociale*, 13287/23, 29 settembre 2023.

di lavoro e l'impatto, dal momento che proprio tali misure consentono loro, ad esempio, di fornire servizi sociali a prezzi accessibili⁷⁶.

I nuovi strumenti di economia sociale, dunque, rivestono rilevanza nella parte in cui fanno emergere le criticità, ancora irrisolte, del ruolo del sociale. Criticità che, per molto tempo, sono state affidate alla CGUE la quale, sostituendosi alla mancante normativa, si è trovata a dover conciliare esigenze europee con le differenti identità nazionali. La Corte ha finito per sancire il criterio della prevalenza dell'economicità dell'attività sulla natura giuridica dell'ente erogatore (in altre parole, anche le organizzazioni non lucrative dovranno rispondere alle regole sulla concorrenza se operano uno scambio di beni e servizi). Visione, però, che rischia di irrigidire eccessivamente il margine di azione del *non profit* con conseguente detrimento per l'economia sociale stessa⁷⁷. Al contrario, lo stesso Comitato Economico e Sociale Europeo ha riconosciuto che più che focalizzarsi sulla distinzione tra economicità e non economicità di un servizio di interesse generale, sarebbe bene soffermarsi sulla natura del servizio, le sue funzioni e i suoi obiettivi, in base ai quali stabilire quali attività debbano essere soggette alle norme sulla concorrenza e quali debbano esserne escluse⁷⁸.

In conclusione, proprio alla luce di quanto detto, si potrebbe argomentare che, dovendo salvaguardare - ma soprattutto potenziare - il ruolo del sociale, appare troppo rigorosa una disciplina europea che obbliga il trasporto sanitario ordinario sotto le regole della concorrenza. Infatti, esulando da un affidamento diretto ad organizzazioni di volontariato che da anni, in Toscana, si apprestano ad erogare detto servizio, del quale hanno profonda conoscenza e che detengono competenze e capacità di individuazione delle necessità locali (seppur si tratti di servizi che non richiedono un contatto umano e diretto con il paziente, come nel trasporto di emergenza-urgenza) rischia di far venir meno tutti i buoni propositi dettati dai nuovi strumenti di economia sociale e dal più ampio principio di solidarietà statuito dalla giurisprudenza europea. Pertanto, seppur formalmente la riforma del 2010 non è stata in grado di adeguare il sistema di trasporto sanitario toscano alla disciplina europea, è pur sempre vero che, valorizzando e volendo mantenere centrale il ruolo svolto dalle OdV sul territorio, è stata in grado di dare attuazione ai più ampi principi sociali e di solidarietà alla base dei servizi alla persona.

In ogni caso trattandosi, questi, di principi che il legislatore italiano ha voluto riconoscere a livello nazionale, prevedendo la convenzione ex art. 57 CTS, vale la pena domandarsi se la modalità di affidamento dei trasporti sanitari seguita dalla

⁷⁶ ID, considerando n. 16.

⁷⁷ GOTTI, *Il Piano d'azione europeo per l'economia sociale e i riflessi sull'ordinamento italiano*, cit., 18-19.

⁷⁸ Comitato economico e sociale europeo, *Parere del Comitato economico e sociale europeo in merito alla Comunicazione della Commissione - Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea*, C 161/80, 13 luglio 2007, pto 1.3.; cfr. GOTTI, *Il Piano d'azione europeo per l'economia sociale e i riflessi sull'ordinamento italiano*, cit., 19.

Regione Toscana possa, in effetti, rientrare nel campo di applicazione dell'articolo citato.

6. Il sistema toscano nei confini dell'art. 57 CTS: una qualificazione possibile?

Come accennato, con l'adozione del Codice del Terzo Settore del 2017, il legislatore nazionale ha voluto positivizzare i principi enunciati nella giurisprudenza *Spezzino e Casta*. All'art. 57 CTS ha previsto un meccanismo di affidamento diretto e riservato, in via prioritaria, alle organizzazioni di volontariato che erogano servizi di trasporto sanitario di emergenza-urgenza. Vale la pena domandarsi se tale strumento possa servire da inquadramento al modello Toscano, ovvero se il sistema delineato dalla l. reg. 40/2005 per come riformato nel 2010, sia riconducibile sotto l'ambito di applicazione dell'art. 57 CTS.

Per rispondere a tale quesito, occorre procedere ad una disamina dei requisiti - soggettivi, oggettivi, procedurali e contenutistici - richiesti dall'articolo in esame (*infra*, par. 6.1), per poi verificare se questi siano rispettati nell'attuale sistema di convenzionamento o, al contrario, quali sarebbero gli interventi necessari ad assicurarne la coerenza (*infra*, par. 6.2).

6.1. I requisiti della convenzione ex art. 57 CTS

Come anticipato, affinché sia possibile affidare i servizi di trasporto sanitario in convenzione ad organizzazioni di volontariato, l'art. 57 CTS demanda la sussistenza di una serie di requisiti⁷⁹.

Partendo dai criteri soggettivi di applicazione della disposizione citata, questi appaiono fortemente stringenti in quanto, *in primis*, la convenzione in oggetto è strumento limitato alle sole OdV, nelle forme e disposizioni di cui agli artt. 33 e ss. CTS⁸⁰. A tale primo requisito soggettivo si aggiungono i seguenti: iscrizione al

⁷⁹ Ai sensi dell'art. 57 CTS, infatti: "1. I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisce l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione. 2. Alle convenzioni aventi ad oggetto i servizi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni di cui ai commi 2, 3, 3-bis e 4 dell'articolo 56".

⁸⁰ Per vero la Corte Costituzionale con sentenza n. 255/2020 evidenziava come non sia affatto innegabile che il dettato dell'art. 57 CTS limiti il convenzionamento di servizi di trasporto di emergenza-urgenza alle sole OdV. Al contrario, la norma, prevedendo che l'affidamento venga concesso "in via prioritaria" alle organizzazioni di volontariato, riserva una "corsia preferenziale" a queste ultime, senza però escludere che i servizi in parola possano essere affidati ad altri ETS

RUNTS da almeno 6 mesi; adesione ad una rete associativa nazionale ai sensi dell'art. 41, comma 2⁸¹; accreditamento sulla base di una eventuale normativa regionale.

Su tali condizioni è bene fare delle precisazioni. Anzitutto, non è necessario che la Regione sia dotata di una normativa di accreditamento specifica, ma sarà sufficiente che l'ente regionale definisca le proprie forme di accreditamento sulla base delle normative esistenti. Inoltre, la *ratio* del requisito della rete associativa è duplice: da un lato l'adesione sarebbe in grado di garantire l'affidabilità e il carattere strutturato dell'associazione che eroga il servizio, dall'altro assicurerebbe un sistema di monitoraggio, controllo e assistenza tecnica da parte della rete nei confronti dei suoi associati⁸².

Passando ad un'analisi dei requisiti oggettivi, primo tra tutti vi è l'ambito di operatività della convenzione, limitato ai servizi di trasporto sanitario di sola emergenza-urgenza (per la cui definizione si rimanda a *supra* par. 3). Peraltro, sempre ai sensi dell'art. 57 CTS, nell'ottica di finalità sociali e di solidarietà, l'affidamento diretto con convenzione dovrebbe essere finalizzato a garantire l'espletamento di un servizio di interesse generale, assicurando efficienza economica e adeguatezza, nonché il rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione.

Considerando gli aspetti procedurali dell'affidamento in parola, la selezione dei soggetti del settore sociale con i quali concludere le convenzioni deve avvenire - come sempre - nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, come previsto dal comma 4, art. 55 CTS⁸³.

In ultimo, merita attenzione il contenuto della convenzione. Secondo quanto prescritto dal comma 4 dell'art. 56, cui l'art. 57 rinvia, la convenzione deve

(come nel caso *sub iudice* alle cooperative sociali) mediante diverse forme di affidamento quali la convenzione ex art. 56 CTS (Corte cost., 4 novembre 2020, n. 255/2020).

⁸¹ Ai sensi dell'art. 41, comma 2, CTS "Sono reti associative nazionali le reti associative di cui al comma 1 che associano, anche indirettamente attraverso gli enti ad esse aderenti, un numero non inferiore a 500 enti del Terzo settore o, in alternativa, almeno 100 fondazioni del Terzo settore, le cui sedi legali o operative siano presenti in almeno dieci regioni o province autonome. Le associazioni del terzo settore formate da un numero non inferiore a 100 mila persone fisiche associate e con sedi in almeno 10 regioni o province autonome sono equiparate alle reti associative nazionali ai fini di cui all'articolo 59, comma 1, lettera b)".

⁸² Cantiere Terzo Settore, *Il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, Come procedere all'affidamento di tali servizi alle organizzazioni di volontariato*, 4 febbraio 2022, disponibile su <https://www.cantiereterzosettore.it/il-servizio-di-trasporto-sanitario-di-emergenza-e-urgenza/>.

⁸³ Più nel dettaglio il procedimento deve avvenire nel rispetto dei seguenti passaggi: pubblicazione dell'avviso di convenzione mediante atto di indizione del procedimento sul sito dell'amministrazione procedente (art. 56, comma 3 bis), contenente l'attività da svolgere, i requisiti richiesti (tra cui l'iscrizione al RUNTS da almeno sei mesi), i criteri di selezione, le modalità di presentazione delle candidature; presentazione delle candidature da parte degli ETS, secondo le modalità descritte nell'avviso di convenzione; scelta della OdV mediante procedura comparativa, sulla base dei criteri stabiliti nell'avviso; conclusione della procedura comparativa con pubblicazione del provvedimento finale; sottoscrizione della convenzione. Al riguardo si veda Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazione ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)*, 31 marzo 2021, 18.

specificare la durata del rapporto convenzionale, nonché il contenuto e le modalità dell'intervento volontario. È inoltre richiesto il numero e la qualifica professionale delle persone impegnate nelle attività oggetto della convenzione, così come le modalità con le quali volontari e lavoratori vengono coordinati con gli operatori dei servizi pubblici. La convenzione deve prevedere le coperture assicurative di cui all'articolo 18 CTS, i rapporti finanziari relativi alle spese da ammettere a rimborso, tra le quali devono essere specificati gli oneri relativi alla copertura assicurativa, le modalità di risoluzione del rapporto, le forme di verifica delle prestazioni e quelle con le quali avviene il controllo della loro qualità. Devono essere previsti i meccanismi di verifica dei reciproci adempimenti nonché quelli di rimborso delle spese. Rispetto a quest'ultimo punto deve essere garantito il principio dell'effettività delle spese, con esclusione di qualsiasi attribuzione a titolo di maggiorazione, accantonamento, ricarico o simili, e con la limitazione del rimborso dei costi indiretti alla quota parte imputabile direttamente all'attività oggetto della convenzione. Infatti, si precisa che, rinviando al modello previsto per le convenzioni ex art. 56 CTS, è previsto il rispetto del principio del rimborso delle sole spese effettivamente sostenute (art. 56, comma 2)⁸⁴.

6.2. Dalla norma al caso di specie

Per verificare che i requisiti menzionati al paragrafo precedente sussistano nel sistema toscano di affidamento e convenzionamento è bene premettere che le associazioni di cui all'art. 76 *quinquies* l. reg. n. 40/2005, ovvero autorizzate ad effettuare servizi di trasporto sanitario, anche nel modello attuale continuano a fare capo a tre realtà: Croce Rossa Italiana, Confederazione delle Misericordie e Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (A.N.P.A.S.)⁸⁵.

⁸⁴ Vale la pena precisare che la giurisprudenza italiana si è pronunciata in materia di gratuità delle prestazioni effettuate da associazioni di volontariato cui vengono affidati servizi in via diretta. Il T.A.R. Toscana ha affermato che non sussiste alcun contrasto con le norme europee in tema di contratti pubblici qualora venga garantita la gratuità della prestazione, dove per gratuità non deve intendersi tanto l'assenza di corrispettivo, bensì la non economicità del rapporto oggetto di convenzione (T.A.R. Toscana, sez. I, 1 giugno 2020, n. 666). In linea con quanto detto, il Consiglio di Stato più recentemente ha specificato che la gratuità intende, da un lato, la creazione di ricchezza mediante il lavoro dell'erogatore di servizi non remunerato dal profitto, dall'altro, la sussistenza di costi non remunerati e senza rimborso, sostenuti per semplice finalità solidaristica (Cons. St., sez. VI, 7 agosto 2024, n. 7020).

⁸⁵ Tale informazione è stata ricavata da un'analisi dell'elenco regionale, pubblicato annualmente sul BURT Regione Toscana, delle associazioni di cui all'art. 76 *quinquies* per l'anno 2024, più recente ed ultimo adottato. L'elenco per l'anno di riferimento è presente nell'Allegato A del Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 25742 del 20 novembre 2024. Ai fini dello studio, per tutte le associazioni menzionate nell'elenco, la cui appartenenza a CRI, Confraternita delle Misericordie o Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze non era evidente, si è proceduto a verificarne l'adesione all'A.N.P.A.S. sulla sezione "elenco pubbliche assistenze" del relativo sito, consultabile su: <https://www.anpas.org/elenco-pubbliche-assistenze/>. Per ognuna di queste ultime associazioni, l'adesione è stata confermata, ad eccezione dell'*Associazione donatori di sangue orfani*

Sicché, per quanto attiene alla verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi richiesti dall'art. 57, si può concludere con facilità che tutte e tre le associazioni soddisfano i primi requisiti. L'Associazione della Croce Rossa Italiana è organizzazione di volontariato, iscritta al Registro Unico Nazionale Terzo Settore, al quale il Comitato Regionale Toscana risulta iscritto per trasmigrazione dal 2 novembre 2022. Rispondendo ai requisiti di cui all'art. 41 CTS, la CRI risulta iscritta come rete associativa nazionale⁸⁶. Parimenti può affermarsi per la Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, iscritta al RUNTS come organizzazione di volontariato dal 30 dicembre 2022, ove risulta appartenere ad una rete associativa nazionale⁸⁷. In ultimo, pure l'A.N.P.A.S. è organizzazione di volontariato, in quanto tale iscritta al relativo registro (il suo comitato regionale toscano appare iscritto dal 7 novembre 2022 per trasmigrazione) ed operante come rete associativa nazionale del Terzo settore⁸⁸. Pertanto, tutte e tre le associazioni sono organizzazioni di volontariato, iscritte da più di sei mesi al RUNTS e aderenti ad una rete associativa nazionale.

Per quanto riguarda il requisito dell'accreditamento richiesto dall'art. 57, la Toscana prevede una normativa specifica per l'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario svolto dalle associazioni di volontariato, ovvero la l. reg. n. 83/2019, affiancata dal relativo regolamento di attuazione, il d.p.g.r., 1 dicembre 2021, n. 46/R *Regolamento di attuazione della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83 (disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario)*, che fissa i requisiti tecnici ed organizzativi necessari per lo svolgimento delle attività in parola. Seppur, diversamente da altre regioni, la Toscana non è dotata di specifica legge per l'accreditamento di servizi di trasporto sanitario, la CRI, la Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia e l'A.N.P.A.S. sono autorizzate ai sensi della l. reg. n. 83/2019 per poter rientrare tra le associazioni ex art. 76 *quinquies* l. reg. n. 40/2005 legittimate ad erogare trasporti sanitari. Sicché dette organizzazioni possono considerarsi accreditate nel senso indicato dall'art. 57 CTS.

In breve, dunque, i requisiti soggettivi richiesti dall'art. 57 CTS sono presenti.

La sussistenza dell'elemento oggettivo, d'altro lato, non può dirsi presente dal momento che, come già spiegato, seppur nella lettera dalla l. reg. n. 40/2005 le OdV effettuino soltanto servizi di trasporti di emergenza-urgenza, nella prassi queste erogano altresì prestazioni che sarebbero più propriamente qualificabili come trasporti ordinari. Al contrario, l'art. 57 limita l'operatività della convenzione ai servizi di trasporto sanitario di sola emergenza-urgenza.

comunità Sillano, della quale, tuttavia, non è stato possibile neppure verificarne l'effettiva esistenza, non essendo stata reperita alcuna informazione pubblicamente disponibile.

⁸⁶ Croce Rossa Italiana Comitato Nazionale, *Statuto della Croce Rossa Italiana*, Revisione 6, 18 dicembre 2021, art. 2, n. 2.4 e 2.7.

⁸⁷ Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, *Statuto*, approvato dall'Assemblea Nazionale di Lucca, 8 giugno 2019, art. 8, n. 1.

⁸⁸ Congresso Nazionale A.N.P.A.S., *Statuto Nazionale ANPAS - ODV*, 26 novembre 2022, art. 5.

Rispetto al requisito procedurale sull'*iter* di selezione delle organizzazioni di volontariato richiesto dall'art. 57 CTS, come già spiegato, il trasporto sanitario toscano si basa su un sistema di autorizzazione all'erogazione dei servizi con inserimento degli enti autorizzati su lista regionale, senza che vi sia una vera e propria apertura della procedura a terzi che garantisca il rispetto di una procedura comparativa.

Infine, l'analisi in merito agli elementi che, ai sensi dell'art. 56, comma 4, CTS, la convenzione deve contenere, si prenderà quale riferimento l'accordo-quadro 2004, quale strumento in grado di dettagliare con precisione i rapporti tra P.a. regionale e OdV.

Partendo dalla durata convenzionale, l'art. 37 dell'accordo-quadro stabiliva la durata dello stesso (durata quinquennale con possibilità di proroga con il consenso di tutti i soggetti firmatari), ma nulla specificava sulla durata della convenzione. Indicazioni sul contenuto della convenzione e sulle modalità di intervento volontario possono essere ritrovate all'art. 7 dell'accordo-quadro che descriveva le modalità di svolgimento degli interventi, tra cui la gratuità del servizio per il trasportato e l'obbligo di seguire il percorso più breve durante gli interventi di trasporto.

Le modalità delle attività venivano poi definite con maggior precisione dai Titoli IV e V che disciplinavano rispettivamente i trasporti sanitari ordinari e di emergenza-urgenza. Questi precisavano le condizioni e i limiti degli interventi quali le tipologie di mezzi impiegati (art. 11), le tipologie di trasporto ed intervento (artt. 12, 13, 20, 21, 22), la documentazione dovuta (artt. 16, 23) e altri dettagli quali i trasporti interregionali (art. 14) o tra Stati (art. 15). L'art. 8 era dedicato alle caratteristiche del personale delle OdV convenzionate e alla sua qualificazione ed aggiornamento. Il personale, messo a disposizione dalle associazioni, doveva essere formato attraverso corsi conformemente a quanto previsto dalla l. reg. n. 25/2001. Nulla veniva, tuttavia, menzionato rispetto al numero dei volontari da impiegare nelle attività interessate. Pertanto, il requisito relativo alla menzione nella convenzione del numero e l'eventuale qualifica professionale delle persone impegnate nelle attività non trova piena applicazione nell'accordo-quadro 2004. Invece, erano presenti diverse previsioni sulle modalità di coordinamento dei volontari e dei lavoratori con gli operatori dei servizi pubblici, dando vita a diversi organi che garantissero un raccordo in tal senso⁸⁹.

⁸⁹ Un tavolo locale istituito presso ogni ASL che facilitasse il confronto e la verifica dei reciproci rapporti convenzionali tra l'Azienda presso cui era istituito il tavolo e le OdV convenzionate (art. 4); un Comitato Organizzativo 118, con compiti propositivi, consultivi, di supervisione e verifica organizzativa, costituito presso ogni AUSL e composto da rappresentanti di quest'ultima, delle OdV e della Centrale di Coordinamento del trasporto ordinario e delle Aziende Ospedaliere, ove presenti (art. 5); infine, un tavolo regionale che favorisse il confronto tra gli enti convenzionati e Assessore regionale al Diritto alla Salute, dirigente regionale del settore e Direttore Generale dell'AUSL, il cui fine era principalmente quello di verificare l'andamento dell'accordo-quadro, eventuali modifiche e integrazioni, la rendicontazione degli oneri sostenuti o l'insorgere di problematiche (art. 6). Inoltre, specificatamente per i servizi di trasporto ordinario erano previste

Sulle forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità e di verifica dei reciproci adempimenti si può accennare ai già citati artt. 5 e 6, ai sensi dei quali il Comitato Organizzativo 118 svolgeva dei compiti di supervisione e verifica organizzativa dei trasporti sanitari (art. 5), mentre il Tavolo regionale si vedeva incaricato di funzioni di verifica e monitoraggio (art. 6). Soprattutto, però, si deve far riferimento al Titolo VII che conteneva specifiche disposizioni sulla valutazione del servizio (art. 29), sulla programmazione di obiettivi finalizzata ad innalzare i livelli di qualità (art. 30), sul coinvolgimento da parte del Tavolo locale di associazioni di rappresentanza degli utenti nella sua attività di valutazione, verifica e controllo al fine di orientare sempre più il servizio ai legittimi bisogni dei cittadini (art. 31).

In ultimo, l'art. 32 disciplinava i casi di inadempienza agli obblighi fissati dalla convenzione, caso in cui veniva fissato dall'ASL titolare del servizio un tempo entro il quale applicare gli interventi correttivi. In caso di mancato rispetto del termine l'Azienda poteva disporre di sanzioni e, in ultimo, anche la sospensione e/o rescissione del rapporto di convenzione. Detto articolo, dunque, regolava anche il requisito delle modalità di risoluzione del rapporto, richiesto dall'art. 56, comma 4 CTS. Tuttavia, l'adempimento veniva affrontato solo dal lato della OdV inadempiente, mancando l'accordo-quadro di disciplinare anche un inadempimento da parte dell'Azienda (si parla nell'art. 56 CTS di adempimenti reciproci).

Quanto, infine, al requisito della previsione del rimborso delle spese sostenute, come è stato già approfondito, la riforma del 2010 ha mantenuto una struttura che rispetta il rimborso spese secondo specifiche modalità (vedi *supra* par. 4.4.) che certamente, seppur fissate in via anticipata, appaiono più dettagliate ed obiettive rispetto a quanto previsto originariamente dall'accordo-quadro.

In conclusione, dunque, l'ex accordo-quadro può essere considerato una buona base normativa a partire dalla quale modellare una convenzione ex art. 57, nonostante manchino alcuni elementi che certamente dovrebbero essere colmati dal legislatore toscano. Seppur l'accordo-quadro 2004 presenti una buona struttura e un buon livello di determinatezza, in quanto agli elementi di contenuto richiesti dal Codice del Terzo Settore, il nuovo assetto dato dalla riforma del 2010, facendo rientrare nella nozione di trasporti di emergenza ed urgenza anche le prestazioni ordinarie, fa mancare il requisito oggettivo richiesto dall'articolo in analisi. Per di più sussistono ulteriori carenze. Nello specifico, non viene

delle Centrali di Coordinamento del trasporto ordinario che si integravano alle Centrali Operative 118 (art. 17). Passando al punto delle coperture assicurative ex art. 18 CTS, l'art. 9 dell'accordo-quadro imponeva l'obbligo in capo alle associazioni convenzionate di stipulare polizze assicurative tra cui quelle per il proprio personale volontario per danni a sé o a terzi, conformemente all'art. 4, l. n. 266/1991 contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso i terzi. Oggi la l. n. 266/1991 è stata sostituita dal Codice del Terzo Settore, il cui art. 18 impone una polizza assicurativa del medesimo tipo. Sicché il requisito sarebbe riempito.

menzionata nell'accordo-quadro la durata della convenzione, né precisata la qualifica del personale impiegato nelle attività di trasporto. Manca la quantificazione del numero di tali soggetti, così come non vengono specificate delle regole relativamente ad inadempimenti reciproci, ma solo per il mancato adempimento da parte dell'ente volontario.

7. Conclusioni

In conclusione, tenuto conto, da un lato, delle motivazioni poste alla base della riforma del sistema sanitario regionale del 2010, e dall'altro, delle evoluzioni giurisprudenziali e normative europee ed internazionali, successive alla pronuncia del 2007, che hanno valorizzato l'affidamento di servizi ad enti *non profit*, si può giungere alle seguenti conclusioni.

Se si guarda alla sola sentenza *Commissione delle Comunità europee c. Repubblica italiana* del 2007 pare potersi dire che la riforma ha adeguatamente risposto alle principali criticità sollevate dai giudici di Lussemburgo in materia di rimborso spese. Tuttavia, la riorganizzazione normativa ha introdotto qualche ulteriore profilo critico. Il legislatore regionale non ha realmente distinto tra servizi di trasporto ordinario e servizi di emergenza-urgenza, distinzione invece richiesta a livello europeo; piuttosto, ha ricondotto l'intero settore sotto la cornice del servizio di emergenza-urgenza, sostanzialmente mantenendo intatto il modello tradizionale di affidamento diretto alle OdV, estendendolo di fatto anche alle prestazioni senza carattere emergenziale in senso stretto. Una tale assenza di divisione non "trova salvezza" a livello europeo neppure alla luce della giurisprudenza *Falck*. Effettivamente, sebbene con questa decisione la Corte abbia ammesso la possibilità di ricorrere a forme di affidamento diretto anche per ipotesi di trasporto c.d. qualificato, che non coincidono con l'urgenza estrema, il sistema toscano rimane comunque più ampio, perché affida tramite convenzione tutte le tipologie di trasporto sanitario, senza distinzione.

Inoltre, potrebbe argomentarsi che l'attuale sistema toscano di affidamento di servizi di trasporto sanitario potrebbe, con opportuni aggiustamenti, farsi rientrare sotto l'ambito di applicazione dell'art. 57 CTS. Tuttavia, ciò non risolverebbe completamente il problema della conformità della attuale disciplina del trasporto sanitario toscano con il diritto dell'Unione europea. Infatti, l'articolo 57 CTS è applicabile unicamente ai servizi di trasporto di emergenza-urgenza, sicché, seppur da un punto di vista letterale l'affidamento previsto dalla legge toscana è riservato ai servizi di emergenza-urgenza, sappiamo che di fatto così non è.

Parallelamente, però, non può non considerarsi che la giurisprudenza europea si è evoluta e con il tempo ha valorizzato (soprattutto con le sentenze *Spezzino* e *Casta*) il ruolo solidaristico delle organizzazioni *non profit*, riconoscendo che la loro finalità altruistica e il radicamento territoriale giustificano un regime

differenziato rispetto agli altri operatori economici. Allo stesso modo, di estrema rilevanza si dimostrano i recenti strumenti di *soft law* adottati dalle istituzioni internazionali ed europee, le quali, a seguito della crisi della pandemia, hanno preso atto del ruolo chiave giocato dal Terzo Settore, sollecitando gli Stati ad adoperarsi a favore dell'adozione di normative che ne sottolineino la centralità e che si adattino alle specificità che caratterizzano il settore. In questo senso, allora, il riformato modello toscano, proprio nei limiti di una mancata differenziazione tra trasporto ordinario e di emergenza, riflette quell'approccio di collaborazione pubblico-privato sociale che pone al centro il valore sociale del volontariato; tutto ciò nonostante i limiti dovuti ad un'assenza di separazione tra trasporto ordinario e trasporto di emergenza-urgenza.

Infatti, il fatto che anche servizi di trasporto che non rispondono pienamente alle categorie europee di "emergenza e urgenza" siano affidati in via diretta ad associazioni che da decenni operano sul territorio toscano e che sono in grado di riconoscere i bisogni della popolazione locale, certamente assolve a quella funzione di solidarietà e perseguimento di obiettivi sociali, che sono ormai di sempre maggior centralità a livello sovranazionale. Ragione per cui, in una visione più completa e globale, senza limitarsi a quanto affermato nella sentenza della CGUE del 2007, il modello toscano potrebbe ritenersi coerente con i valori che anche il sistema europeo e internazionale sta cominciando a valorizzare.

