

## 1. MEZZI DI TRASPORTO

### 1.1. AUTOMEDICA [MED]

Automezzo con caratteristiche strutturali definite dal Decreto del Ministero dei Trasporti e della Navigazione del 05/11/96.

È utilizzata per il trasporto di personale sanitario e delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2, necessari per il sostegno avanzato alle funzioni vitali, a supporto di ambulanze prive di personale medico.

### 1.2. AMBULANZA DI SOCCORSO AVANZATO [AALS]

Automezzo con caratteristiche strutturali compatibili almeno con il tipo "A" previsto dal D.M. n. 553/1987 e ss.mm.ii. o con il "tipo A1" previsto al D.M. n. 487/97.

Le ambulanze devono essere in grado di effettuare il trasporto di almeno un infermo barellato, coerentemente all'omologazione rilasciata dalla Motorizzazione Civile.

È dotata delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2, necessarie per il sostegno avanzato alle funzioni vitali di pazienti critici.

### 1.3. AMBULANZA DI SOCCORSO [ABLS]

Automezzo con caratteristiche strutturali compatibili almeno con il tipo "A" previsto dal D.M. n. 553/1987 e ss.mm.ii. o con il "tipo A1" previsto al D.M. n. 487/97.

Le ambulanze devono essere in grado di effettuare il trasporto di almeno un infermo barellato, coerentemente all'omologazione rilasciata dalla Motorizzazione Civile.

È dotata delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2, necessarie per il sostegno di base alle funzioni vitali di pazienti critici.

### 1.4. VEICOLI DI SOCCORSO A USO SPECIALE [SPEC]

Veicoli su gomma a uso speciale, omologati dalla motorizzazione civile, destinati in maniera esclusiva per emergenza sanitaria, per l'intervento rapido di soccorso sanitario, per il monitoraggio e/o il trattamento dei pazienti e per il trasporto delle attrezzature necessarie al primo soccorso con personale sanitario e tecnico a bordo.

Sono dotati delle attrezzature di minima definite al successivo paragrafo 2 e di quelle ulteriori ritenute necessarie, in sede di autorizzazione, in relazione alla loro destinazione d'uso e in analogia alle finalità funzionali degli altri mezzi di soccorso MED, AALS, ABLS.

Non possono essere autorizzati come mezzi SPEC i veicoli MED, AALS, ABLS declassati per raggiungimento dei limiti di cui al successivo paragrafo 2.

### 1.5. AMBULANZA DA TRASPORTO [TRA]

Automezzo con caratteristiche strutturali compatibili almeno con il tipo "B" previsto dal D.M. n. 553/1987 e ss.mm.ii.

Le ambulanze devono essere in grado di effettuare il trasporto di almeno un infermo barellato, coerentemente all'omologazione rilasciata dalla Motorizzazione Civile.

È dotata delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2, idonee per il trasporto di pazienti non critici.

### 1.6. AUTOVEICOLO ATTREZZATO PER TRASPORTO DISABILI [DIS]

Automezzo di categoria M1, così come previsto all'art. 47 del D. Lgs. n. 285/92 e ss.mm.ii., dotato di attrezzature per il sollevamento e il trasporto di almeno una carrozzina disabili.

Dispone di almeno un altro sedile per un accompagnatore oltre a quello del conducente.

È dotato delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2.



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

### 1.7. AUTOVEICOLO PER TRASPORTO PLASMA E ORGANI [POR]

Automezzo di categoria M1, così come previsto all'art. 47 del D. Lgs. n. 285/92 e ss.mm.ii., che possieda le caratteristiche strutturali definite dal D.M. Infrastrutture e Trasporti del 09/09/08.

È dotato delle attrezzature definite al successivo paragrafo 2.

## 2. DOTAZIONE MEZZI

Le dotazioni di seguito indicate caratterizzano gli allestimenti e il materiale minimo necessari per l'autorizzazione all'esercizio.

Le effettive dotazioni da prevedersi per ogni tipologia di mezzo saranno oggetto di specifiche regolamentazioni, sotto forma di check-list, nell'ambito delle rispettive singole convenzioni stipulate, anche in considerazione di quanto previsto dalle "best practices" tecniche di cui alla norma UNI EN 1789 e altre eventuali norme tecniche armonizzate e, per il soccorso territoriale in regime di emergenza-urgenza, nell'ambito di quanto disciplinato dal Sistema di Emergenza Territoriale della Regione Marche.

		MED	AALS	ABLS	TRA	DIS	POR	SPEC
<b>1</b>	<b>REQUISITI DI ESERCIZIO</b>							
1.1	anni di immatricolazione	7	7	7	20	20	7	-
1.2	chilometraggio	300.000	300.000	300.000	500.000	500.000	300.000	300.000
<b>2</b>	<b>REQUISITI MINIMI DEL VEICOLO</b>							
2.1	Predisposizione impiantistica per sistema radio RT veicolare. <i>(N.B.: la presenza di sistemi radio RT veicolari e radio portatili non rientra tra i requisiti minimi di autorizzazione ed è regolata dal sistema di convenzionamento regionale per l'emergenza 118)</i>	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2.2	sistema di telefonia cellulare dedicato con vivavoce veicolare o auricolare	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2.3	faro esterno a tetto di tipo brandeggiabile (*)	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2.4	faro estraibile di servizio a luce bianca	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.
2.5	torcia elettrica di segnalazione a luce gialla o, in alternativa un cono di colore giallo aggiustabile sul faro a luce bianca di cui sopra	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.
2.6	torce/fiaccole da segnalazione	2	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
2.7	fumogeni	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

2.8	estintore da almeno 2 kg approvato dal Ministero dell'Interno, alloggiato/i con opportuni sistemi di fissaggio, a norma di legge e certificati	1	2 (di cui 1 nel vano sanitario)	2 (di cui 1 nel vano sanitario)	2 (di cui 1 nel vano sanitario)	1	1	1
2.9	dispositivi di allarme acustico e visivo a norma di legge	SI	SI	SI	SI	n.a.	SI	SI
2.10	cicalino retromarcia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI (laddove previsto)
2.11	sensori di parcheggio posteriori (*)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.
2.12	attrezzatura da scasso, comprensiva almeno dei seguenti strumenti: piede di porco, tronchese, corda da traino	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2.13	segni distintivi esterni a norma di legge	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2.14	loghi come previsti ai successivi paragrafi e comunque correlati ai rapporti di convenzionamento in essere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2.15	indicazione (loghi e nome) dell'Ente titolare dell'autorizzazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2.16	identificazione esterna sui 4 lati del mezzo con il logo "trasporto disabili"	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	SI	n.a.	n.a.
2.17	sistema ABS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.
2.18	sistema di controllo elettronico della stabilità	SI	SI	SI	SI (*)	SI (*)	SI	n.a.
2.19	set di pneumatici invernali e catene da neve	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.
2.20	vetratura vano sanitario oscurata (per almeno i 2/3 della superficie)	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
<b>3</b>	<b>REQUISITI MINIMI DELL'ALLESTIMENTO</b>							
3.1	strutture vano guida e sanitario integre, ai fini della sicurezza, e superfici accessibili igienizzabili, rivestimenti interni, paratie, finestratura e sportelloni a norma di legge	SI	SI	SI	SI	SI	SI	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

3.2	sedili in materiale sanificabile o dotati di apposite coperture	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3.3	maniglione longitudinale e maniglioni in corrispondenza degli accessi al vano sanitario	n.a.	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.
3.4	pedana laterale	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.5	impianto elettrico a norma di legge, dotato di centralina di controllo	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.6	doppia batteria da almeno 80 Ah ciascuna, con batteria supplementare di tipo AGM	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.7	sistema di avviamento d'emergenza tipo parallelo (*)	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.8	prese 12V, di cui almeno 1 da 15A (dotazione minima)	3	4	4	2	n.a.	2	n.a.
3.9	prese 220V (dotazione minima)	3	4	4	n.a.	n.a.	1	n.a.
3.11	n. 1 presa per termoculla	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.11	n. 1 presa 220V esterna con sistema inibitore di avviamento motore con spina inserita o in alternativa con espulsione automatica all'accensione del quadro	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	SI	n.a.
3.12	inverter 12/220V, minimo 1200 Watt (*) onda sinusoidale pura, con dispositivo caricabatteria da 16 Ah	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	SI	n.a.
3.13	illuminazione a luce bianca	SI	SI	SI	SI	SI	SI (nel vano di carico)	n.a.
3.14	n. 1 faretto orientabile	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.15	luce azzurra di riposo notturna	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.16	impianto di climatizzazione	SI	SI, con evaporatore e impianto indipendente	SI, con evaporatore e impianto indipendente	SI, con evaporatore e impianto indipendente	SI, idoneo alla climatizzazione e dell'intero veicolo (*)	SI	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

			per il vano sanitario	per il vano sanitario	per il vano sanitario			
3.17	impianto di ventilazione ed estrazione forzata dell'aria in grado di garantire almeno 20 ricambi aria/ora (* nota relativa al solo requisito dei ricambi/ora)	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.18	impianto di riscaldamento rapido del vano sanitario a veicolo fermo connesso a 220V, dotato di termostato (* nota relativa al solo requisito del termostato)	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.19	impianto di distribuzione ossigeno con minimo n. 2 prese con relativo flussimetro, alimentato da n. 2 bombole di O2 non inferiori alla capacità di litri 7 con scambiatore, riduttore di pressione, manometro per ogni singola bombola	n.a.	SI con n. 1 presa aggiuntiva dotata di connettore ad alti flussi per C-PAP (da almeno 25 l/min)	SI con n. 1 presa aggiuntiva dotata di connettore ad alti flussi per C-PAP (da almeno 25 l/min)	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.20	sistema di aspirazione fisso dotato di presa vuoto, con contenitore di raccolta secreti monouso da almeno 500 ml + prolunga + raccordo	n.a.	SI	SI	SI (o in alternativa aspiratore portatile)	n.a.	n.a.	n.a.
3.21	n. 1 sfigmomanometro (bracciale adulto e pediatrico)	n.a.	SI (in alternativa integrato sul monitor multiparametrico)	SI (in alternativa integrato sul monitor multiparametrico, laddove presente)	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.22	attacchi portaflebo antiurto ed antioscillazione	n.a.	2	2	1	n.a.	n.a.	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

3.23	opportuni sistemi di fissaggio, a norma di legge e certificato, per alloggiamento e connessione di: 1) monitor-defibrillatore; 2) ventilatore polmonare; 3) aspiratore medico-chirurgico; 4) pompa infusione. Per le attrezzature di cui ai punti 1, 2 e 3, il sistema di fissaggio deve prevedere debito meccanismo di sgancio rapido.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI (ove previsto, in relazione alla destinazione d'uso)
3.24	n. 1 barella autocaricante con cinture di sicurezza e fermo antiribaltamento su piano traslabile, a norma di legge (* nota relativa al solo requisito del piano traslabile)	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.25	n.1 sedia per trasportare soggetti seduti, anche lungo le scale, dotata di adeguato fermo di bloccaggio a norme di legge e certificato	n.a.	SI, con sistema cingolato scendiscalle	SI, con sistema cingolato scendiscalle	SI	SI	n.a.	n.a.
3.26	almeno n. 1 sedile testa paziente in contromarcia, dotato di poggiatesta, con relative cinture di sicurezza	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
3.27	almeno n. 2 sedili, dotati di poggiatesta, con relative cinture di sicurezza	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
3.28	pavimentazione a tenuta stagna in materiale antiscivolo	n.a.	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.
3.29	almeno 1 porta laterale scorrevole e 1 porta posteriore	n.a.	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.
3.30	finestra di comunicazione nella parete divisoria tra vano guida e vano sanitario; laddove presente una porta di comunicazione, deve essere previsto apposito sistema che ne assicuri la chiusura	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.

	durante la marcia del veicolo e ne impedisca l'apertura accidentale (* nota relativa al solo requisito della porta di comunicazione)							
3.31	porta di accesso al posto disabili con altezza minima, di 120 cm e larghezza minima di 90 cm, altezza minima dal piano di calpestio al tetto non inferiore a 140 cm	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	SI	n.a.	n.a.
3.32	almeno 1 posto dedicato ad ospitare una carrozzina per disabili, completo di guide fissate al pavimento, idonei rinforzi al piano originale in corrispondenza delle guide, relativi martinetti ad innesti rapidi e cinture di sicurezza a bretella a 3 punti, sedute passeggeri corredate di cintura a bretella, complete di appoggiatesta e braccioli	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	SI	n.a.	n.a.
3.33	pedana di sollevamento (interna mono o doppio braccio, ovvero esterna al mezzo) o scivolo per carrozzina disabili, con portata minima 250 kg (in caso di scivolo, questo deve essere dotato di sistema di carico servoassistito per tutti i mezzi autorizzati dopo l'entrata in vigore della DGR di cui il presente allegato fa parte integrante e sostanziale)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	SI	n.a.	n.a.
<b>4</b>	<b>REQUISITI MINIMI DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE</b>							
4.1	monitor-defibrillatore dotato di acquisizione ECG a 12 derivazioni, funzione di pacing, defibrillazione in modalità manuale e semiautomatica, possibilità di stampa (N.B.: la presenza di sistemi di trasmissione del tracciato ECG non rientra tra i requisiti)	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.



**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

	<i>minimi di autorizzazione ed è regolata da eventuali specifici rapporti convenzionali/affidamenti)</i>							
4.2	n. 1 defibrillatore semiautomatico	n.a.	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	SI
4.3	saturimetro portatile	SI o comunque integrato nel monitor- defibrillatore	SI o comunque integrato nel monitor- defibrillatore	SI	SI	n.a.	n.a.	SI
4.4	aspiratore medico-chirurgico elettrico portatile, con contenitore di raccolta secreti monouso da almeno 500 ml + prolunga + raccordo e dotato di apposito sistema di fissaggio	SI	SI	SI	SI (o in alternativa sistema di aspiratore fisso)	n.a.	n.a.	SI
4.5	ventilatore polmonare portatile + circuito esterno	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
4.6	n. 1 pompa siringa da infusione portatile	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
4.7	minifrigo per farmaci o vano refrigerato	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
4.8	frigorifero di dimensioni maggiorate con sistema di monitoraggio e registrazione in continuo delle temperature, dotato di idonei sistemi di fissaggio e con appositi alloggiamenti interni per provette, emoderivati e organi	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	SI	n.a.
4.9	borsa scalda fluidi o vano scaldafuidi a temperatura controllata	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
4.10	termometro senza contatto	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5</b>	<b>REQUISITI MINIMI DEI MATERIALI E PRESIDI</b>							
<b>5.1</b>	<b>Materiale assistenza respiratoria – vie aeree</b>							
5.1.1	bombole portatili da almeno n. 2 litri complete di manometro e riduttore di	1, con manometro	2, di cui 1 con manometro	2	1	1 (*)	n.a.	1

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

	pressione, alloggiare con opportuni sistemi di fissaggio, a norma di legge e certificati	ad alti flussi per C-PAP (da almeno 25 l/min)	ad alti flussi per C-PAP (da almeno 25 l/min)					
5.1.2	pallone autoespansibile per ventilazione adulti c/reservoir + filtro antibatterico	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.3	pallone autoespansibile per ventilazione pediatrico e neonatale c/reservoir + filtro antibatterico	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.4	maschere trasparenti da ventilazione da 0 a 5 (1 per misura)	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.5	cannule orofaringee da 000 a 5 (1 per misura)	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.6	laringoscopio a led con lame di misure adulti + pediatrico con n. 1 ricambio di batterie	n.a.	SI (tranne che per i mezzi del servizio di emergenza territoriale)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.7	tubi endotracheali da 2 ad 8.5 (1 per misura)	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.8	mandrino guidatubo adulto + pediatrico	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.9	tubi corrugati "mount"	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.10	filtri antibatterici	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.11	sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso adulti	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.12	sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso pediatrico	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.13	maschere per ossigenoterapia con reservoir adulti	n.a.	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.14	maschere per ossigenoterapia con reservoir pediatriche	n.a.	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

5.1.15	maschera "Venturi" per ossigenoterapia adulti	n.a.	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.16	maschera "Venturi" per ossigenoterapia pediatriche	n.a.	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.17	set presidi sovraglottici adulti	n.a.	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.18	dispositivo per somministrare farmaci via aerosol	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.19	sistema di ventilazione per C-PAP	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.20	occhialini per ossigenoterapia	n.a.	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.21	prolunghe O2	n.a.	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.1.22	sondini per aspirazione da 6 a 18 (n. 2 per misura)	n.a.	SI	SI	SI (più una cannula di Yankauer)	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5.2</b>	<b>Materiale assistenza cardiocircolatoria</b>							
5.2.1	fonendoscopio	n.a.	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.2	lacci emostatici da prelievo	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.3	tamponcini per disinfezione	n.a.	4	4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.4	ago-cannule dal 14 al 22 (3 per misura)	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.5	siringhe ml 20, 10, 5, 2.5 e siringhe mod. insulina	n.a.	3 per misura	2 per misura	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.6	spremisacca	n.a.	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.2.7	tourniquet per emostasi	n.a.	2	2	1	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5.3</b>	<b>Materiale per immobilizzazione</b>							
5.3.1	serie di collari da estricazione	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.3.2	dispositivo di estricazione a corsetto (KED o similari)	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.3	barella atraumatica a cucchiaio amagnetica + fermacapo + sistema di contenzione	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.4	serie di stecco-bende radiotrasparenti lavabili	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

5.3.5	tavola spinale radiotrasparente (dim. Max 185x43x5cm) + fermacapo + sistema di contenzione tipo ragno	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.6	n. 1 tavola spinale pediatrica ovvero adattatore pediatrico per tavola spinale/barella atraumatica a cucchiaio (in relazione alla dotazione del mezzo)	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.7	materasso a depressione + pompa	n.a.	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.8	cintura di immobilizzazione pelvica	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.3.9	telo barella con almeno n. 6 maniglie	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5.4</b>	<b>Materiale per medicazione</b>							
5.4.1	guanti sterili (misure S-M-L-XL)	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.2	confezioni garze sterili	n.a.	3	3	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.3	telini sterili	n.a.	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.4	confezioni garze non sterili	n.a.	3	3	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.5	flaconi acqua ossigenata	n.a.	2	2	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.6	flacone disinfettante iodato	n.a.	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.7	rasoi per depilazione monouso	n.a.	2	2	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.8	n. 2 medicazioni pronte + n. 2 cerotti 2.5 cm. + n. 2 cerotti 5 cm	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.9	rotoli bende per fasciatura autoretraenti	n.a.	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.4.10	flaconi di soluzione fisiologica da ml 500, 250, 100	n.a.	2 per misura	1 per misura	1 per misura	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5.5</b>	<b>Zaino di soccorso</b>							
5.5.1	confezioni garze sterili	3	3	3	n.a.	2	n.a.	3
5.5.2	telini sterili	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	2
5.5.3	confezioni garze non sterili	3	3	3	n.a.	2	n.a.	3
5.5.4	flaconi acqua ossigenata	1	2	2	n.a.	1	n.a.	2
5.5.5	disinfettante allo iodio	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	1
5.5.6	n. 2 medicazioni pronte + n. 1 cerotti 2.5 cm. + n.1 cerotti 5 cm	SI	SI	SI	n.a.	SI	n.a.	SI

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

5.5.7	rotoli bende per fasciatura	2	2	2	n.a.	2	n.a.	2
5.5.8	forbice per taglio indumenti tipo Robin o similare	SI	SI	SI	n.a.	SI	n.a.	SI
5.5.9	box aghi/oggetti taglienti utilizzati	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	1
5.5.10	pallone autoespansibile per ventilazione adulti c/reservoir + filtro antibatterico	SI	SI	SI	n.a.	SI	n.a.	SI
5.5.11	pallone autoespansibile per ventilazione pediatrico c/reservoir + filtro antibatterico	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.5.12	maschere trasparenti da ventilazione da 0 a 5 (1 per misura)	SI	SI	SI	n.a.	SI (da 3 a 5)	n.a.	SI
5.5.13	rilevatore monossido di carbonio	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.5.14	dispositivo per somministrare farmaci via aerosol	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.15	dispositivo per somministrazione farmaci per via intranasale	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.16	cannule orofaringee da 000 a 5 (1 per misura)	SI	SI	SI	n.a.	SI (da 2 a 4)	n.a.	SI
5.5.17	cannule nasofaringee di misure diverse	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	2
5.5.18	sistema di ventilazione per C-PAP	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.19	occhialini per ossigenoterapia	1	1	1	n.a.	1	n.a.	1
5.5.20	prolunga O2	SI	SI	SI	n.a.	SI	n.a.	SI
5.5.21	sondini per aspirazione da 6 a 18 (n. 1 per misura)	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.22	cannula di Yankauer	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	1
5.5.23	lubrificanti monodose	3	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.24	laringoscopio a led con lame di misure adulti + pediatrico con n. 1 ricambio di batterie	SI	SI (limitatamente e ai mezzi del servizio di emergenza territoriale)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

5.5.25	tubi endotracheali da 2 ad 8.5 (1 per misura)	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.26	mandrino guidatubo adulto + pediatrico	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.27	tubi corrugati "mount"	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.28	filtri antibatterici	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.29	sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso adulti	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.30	sistemi di ventilazione (va e vieni) monouso pediatrico	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.31	maschere per ossigenoterapia con reservoir adulti	1	1	1	n.a.	1	n.a.	1
5.5.32	maschere per ossigenoterapia con reservoir pediatriche	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	1
5.5.33	maschera "Venturi" per ossigenoterapia adulti	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.34	maschera "Venturi" per ossigenoterapia pediatriche	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.35	set presidi sovraglottici adulti	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.36	fonendoscopio	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.5.37	sfigmomanometro	SI	SI (con bracciale adulto, bariatrico e pediatrico)	SI (con bracciale adulto, bariatrico e pediatrico)	n.a.	n.a.	n.a.	SI (con bracciale adulto, bariatrico e pediatrico)
5.5.38	termometro senza contatto	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	SI
5.5.39	lacci emostatici da prelievo	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.40	ago-cannula dal 14 al 22 (2 per misura)	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.41	spremisacca	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.5.42	tourniquet per emostasi	2	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.5.43	misuratore di glicemia	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.	SI
5.5.44	confezione ghiaccio istantaneo	1	1	1	n.a.	2	n.a.	1
5.5.45	confezione caldo istantaneo	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	1

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

5.5.46	sacchetti rifiuti	2	2	2	n.a.	2	n.a.	2
5.5.47	teli termici grandi (tipo metallina)	2	2	2	n.a.	1	n.a.	2
<b>5.6</b>	<b>Materiale vario</b>							
5.6.1	forbice per taglio indumenti tipo Robin o similare	n.a.	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.2	portarifiuti estraibile	n.a.	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.3	padella monouso	n.a.	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.4	pappagallo monouso	n.a.	1	1	1	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.5	confezioni ghiaccio istantaneo	n.a.	3	3	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.6	confezioni caldo-istantaneo	n.a.	3	3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.7	sacchetti graduati per raccolta liquidi organici	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.8	sacchetti rifiuti	3	2	2	2	n.a.	2	n.a.
5.6.9	lenzuola	1	4	4	4	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.10	coperte	n.a.	2	2	2	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.11	traverse assorbenti monouso	n.a.	2	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.12	teli termici grandi (tipo metallina)	n.a.	2	2	2	2 (da alloggiare nello zaino di soccorso)	n.a.	n.a.
5.6.13	lubrificanti monodose	n.a.	2	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.14	sondini nasogastrici	n.a.	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.6.15	kit per sversamento materiale biologico	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1	n.a.
5.6.16	alloggiamento per contenitori portaprovette con fissaggi a norma di legge	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1	n.a.
5.6.17	cateteri vescicali n. 14/16/18 (n. 1 per misura)	n.a.	SI	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
<b>5.7</b>	<b>Materiale di protezione</b>							
5.7.1	scatole di guanti monouso (misure S-M-L-XL)	SI	SI	SI	SI	SI (da alloggiare nello zaino di	SI	SI (da alloggiare nello zaino di

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

						soccorso/apposita borsa)		soccorso/apposita borsa)
5.7.2	mascherine chirurgiche IIR (almeno n. 10 pezzi)	SI	SI	SI	SI	SI (da alloggiare nello zaino di soccorso/apposita borsa)	n.a.	SI (da alloggiare nello zaino di soccorso/apposita borsa)
5.7.3	mascherine FFP3D	6	3	3	3	3 (da alloggiare nello zaino di soccorso/apposita borsa)	n.a.	3 (da alloggiare nello zaino di soccorso/apposita borsa)
5.7.4	paia di occhiali o visiere a schermo grande	3	3	3	3	n.a.	n.a.	3
5.7.5	camici di protezione monouso	3	3	3	3	n.a.	n.a.	n.a.
5.7.6	tute di protezione tipo Tyvek con cappuccio (tipo 5-6 B)	3	3	3	3	2 (da alloggiare nello zaino di soccorso/apposita borsa)	n.a.	n.a.
5.7.7	box aghi/oggetti taglienti utilizzati	SI	SI	SI	SI	n.a.	n.a.	n.a.
5.7.8	caschi di protezione	3	3	3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
5.7.9	paia di guanti da lavoro	3	3	3	1	n.a.	n.a.	n.a.

(\*) = requisiti applicabili esclusivamente per i veicoli immatricolati dopo l'entrata in vigore della DGR di cui il presente allegato fa parte integrante e sostanziale.



### 3. LOGHI E LIVREE

#### 3.1. LIVREE

Le livree dei mezzi devono essere conformi alle indicazioni normative.

Disposizioni e layout di loghi e livree devono essere coerenti e conformi con quanto previsto in appendice al presente Allegato.

Eventuali indicazioni grafiche della tipologia di mezzo devono corrispondere all'autorizzazione al momento in vigore per lo specifico veicolo (rif. par. 1.1, 1.2, 1.3, 1.4).

Per i mezzi di emergenza territoriale non devono essere apposti numeri di telefono, loghi o altre indicazioni al di fuori di quelle previste a livello normativo, nel paragrafo 2, dalle eventuali reti associative di appartenenza e nel seguente paragrafo 3.2. Eventuali codici interni identificativi del mezzo devono essere apposti in posizione adiacente al logo dell'Ente, con dimensione e formato contenuti tali da non risultare confondenti con l'identificativo regionale del mezzo.

#### 3.2. LOGHI MEZZI DI SOCCORSO EMERGENZA TERRITORIALE

3.2.1. Il logo che contraddistingue i mezzi che effettuano il soccorso sanitario nell'ambito del Sistema di Emergenza Territoriale della Regione Marche è costituito da un doppio logo:

- a) logo "Emergenza 1 1 2" sulla porzione di sinistra;
- b) logo "Emergenza Sanitaria" sulla porzione di destra.

Ciascuno dei due loghi deve essere caratterizzato da:

- proporzione 5:4;
- lato di base di lunghezza pari ad almeno 40 cm;

Il logo caratterizzante il Numero di emergenza Unico Europeo (NUE) 112 deve rispettare le specifiche fornite dal Ministero dell'Interno:

- scritta bianca "EMERGENZA" su sfondo rosso nella porzione superiore;
- logo "1 1 2" su sfondo bianco nella porzione inferiore;
- colore rosso di riempimento CMYK 15, 100, 100, 5.

Il logo caratterizzante l'Emergenza Sanitaria territoriale deve essere composto da:

- stella del soccorso con il logo della Regione Marche al centro;
- corona esterna riportante la scritta "EMERGENZA SANITARIA" in alto e "REGIONE MARCHE" in basso;
- eventuale riquadro inferiore indicante la Centrale Operativa cui fa riferimento il mezzo;
- colore azzurro di riempimento CMYK 100, 38, 0, 0.

Di seguito i dettagli del layout grafico da rispettare.



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Copia del logo in formato vettoriale può essere richiesto al Settore Sistema Integrato delle Emergenze dell'ARS Marche o alle Centrali Operative dell'Emergenza Sanitaria.

I loghi devono essere stampati con pellicole in materiale rifrangente.

Rispetto alle dimensioni indicate, può essere ammessa una riduzione pari a massimo il 20% per le vetture (automedicalizzate), qualora i profili del veicolo non consentano di rispettare le dimensioni sopra specificate.

3.2.2. Il logo deve essere posto solo sui mezzi che effettuano il soccorso territoriale nell'ambito del Sistema di Emergenza Territoriale della Regione Marche.

Compete alle Centrali Operative dell'Emergenza Sanitaria autorizzare il posizionamento del logo regionale sui mezzi di soccorso. I responsabili delle strutture autorizzate sono tenuti alla rimozione di ambo i loghi di cui ai punti a) e b) del precedente punto 3.2.1, qualora il mezzo non effettui più soccorso territoriale o venga espressamente richiesto dal Responsabile della Centrale Operativa.

3.2.3. Il logo va posizionato:

- su ognuna delle fiancate laterali del mezzo di soccorso;
- sul retro del veicolo, ammettendo anche la disposizione verticale o l'apposizione separata e non immediatamente contigua dei due loghi di cui ai punti a) e b) del precedente punto 3.2.1, qualora i profili del veicolo non lo consentano;
- sul fronte del veicolo, ammettendo anche la disposizione separata e non immediatamente contigua dei due loghi di cui ai punti a) e b) del precedente punto 3.2.1, con possibilità di riduzione delle dimensioni previste al medesimo punto 3.2.1, in relazione ai profili del veicolo.

Di seguito un prospetto riepilogativo:

POSIZIONE SUL MEZZO	DIMENSIONE MINIMA LOGO		POSIZIONE LOGHI
	AMBULANZA	VETTURA	
LATERALE	40 cm	32 cm	contigua
POSTERIORE	40 cm	32 cm	contigua, verticale o separata
FRONTALE	arbitraria	arbitraria	contigua, verticale o separata

3.2.4. Sul tetto dei mezzi di soccorso territoriale va posizionata la stella del soccorso, ovvero quanto previsto per la CRI dalle specifiche previsioni.

3.2.5. Per i mezzi che operano per conto del servizio di emergenza territoriale, deve essere riportato l'identificativo del mezzo, corrispondente alla sigla radio, sul tetto, sul portellone posteriore, sul frontale e sulle fiancate del veicolo.

3.2.6. Su entrambe le fiancate dei mezzi di soccorso va posizionato apposito logo, di dimensioni 10x10 cm, indicante che i veicoli sono geolocalizzati tramite sistema GPS presente a bordo radio e tramite eventuali altre apparecchiature (es. tablet). Il logo deve presentare il seguente layout grafico di massima:



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

3.2.7. Tutti i mezzi di soccorso di nuova immatricolazione e/o autorizzazione devono prevedere in allestimento i loghi secondo le indicazioni di cui sopra.

3.2.8. L'apposizione del logo va prevista anche sulle fiancate degli aeromobili deputati al servizio di elisoccorso regionale, con posizione e dimensioni da valutarsi con l'affidatario del servizio in relazione agli eventuali vincoli tecnici sussistenti.

3.2.9. La verifica del corretto adempimento di quanto disciplinato al presente articolo 3.2 è in capo alle AST per i mezzi che effettuano il soccorso territoriale nell'ambito del Sistema di Emergenza Territoriale della Regione Marche e in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche per quanto attiene agli aeromobili in utilizzo presso il servizio di elisoccorso regionale.

### 3.3. LOGO MEZZI DI TRASPORTO SANITARIO

3.3.1. Il logo che contraddistingue i mezzi che operano nell'ambito del Sistema di Trasporto Sanitario della Regione Marche è caratterizzato da:

- proporzione 3:1;
- lato di base di lunghezza pari ad almeno 40 cm;

Il logo deve essere composto da:

- logo Regione Marche sulla sinistra, scritta verde "TRASPORTO SANITARIO" in alto a destra e scritta nera "REGIONE MARCHE" in basso a destra, con bastone di Esculapio nero a caratterizzare la prima lettera della parola "TRASPORTO";
- colore verde di riempimento CMYK 100, 0, 55, 38.

Di seguito i dettagli del layout grafico da rispettare.



Copia del logo in formato vettoriale può essere richiesto al Settore Sistema Integrato delle Emergenze dell'ARS Marche o alle Centrali di Coordinamento Trasporti (CCT).

Il logo deve essere stampato con pellicole in materiale rifrangente.

Rispetto alle dimensioni indicate, può essere ammessa una riduzione pari a massimo il 50% per le vetture, qualora i profili del veicolo non consentano di rispettare le dimensioni sopra specificate.

3.3.2. Il logo deve essere posto solo sui mezzi che effettuano il trasporto sanitario per conto e a carico della Regione Marche.



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Compete alle CCT autorizzare il posizionamento del logo regionale sui mezzi di trasporto. I responsabili delle strutture autorizzate sono tenuti alla rimozione del logo di cui al precedente punto 3.3.1, qualora il mezzo non effettui più trasporto sanitario o venga espressamente richiesto dal Responsabile della Centrale.

3.3.3. Il logo va posizionato:

- a) su ognuna delle fiancate laterali del mezzo di trasporto;
- b) sul retro del veicolo.

3.3.4. Tutti i mezzi di trasporto di nuova immatricolazione e/o autorizzazione devono prevedere in allestimento i loghi secondo le indicazioni di cui sopra; per tutti i mezzi già autorizzati e in esercizio alla data di adozione del presente atto non è richiesto l'adeguamento e potranno mantenere il logo di cui alla DGR 827/13.

### 3.4. IDENTIFICATIVI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Ogni autoveicolo deve riportare su entrambe le fiancate, in prossimità del logo del soggetto autorizzato, i dati identificativi del decreto di prima autorizzazione (numero e anno) rilasciata dalla Regione Marche. L'identificativo di cui sopra deve avere il layout di seguito riportato, in formato A6 (14,8x10,5 cm), con scritte nere su sfondo bianco.



### 3.5. LOGHI MEZZI IN CONVENZIONE

Eventuali ulteriori loghi da apporre sui mezzi deputati ad attività di trasporto sanitario potranno essere stabiliti nell'ambito di specifici rapporti convenzionali sottoscritti con gli Enti del SSR.

## 4. EQUIPAGGI

Vengono di seguito indicate le professionalità minime necessarie sui mezzi di trasporto sanitario di cui al punto 1, affinché questi possano essere utilizzabili nella Regione Marche.

In ogni caso, per i servizi svolti per conto del SSR il personale sanitario (medico e infermiere) deve essere messo a disposizione dalle Aziende Sanitarie, coerentemente con quanto previsto dalla L.R. 36/98.

L'ente che coordina il trasporto definisce l'effettiva dotazione di equipaggio, in base alle necessità cliniche prospettate e sulla base di protocolli prestabiliti.

Ferme restando le disposizioni contenute, nel merito, nella L.R. 36/98 e nelle relative disposizioni regionali attuative e fermo restando l'utilizzo, in caso di necessità, di personale con qualifica superiore, si precisa quanto segue:

- a) per il soccorso territoriale in regime di emergenza-urgenza occorre fare riferimento ai protocolli dispatch approvati dall'organo competente della Regione Marche; i mezzi e il relativo personale

## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

utilizzati sono quelli MED, AALS e ABLs di cui sopra, cui possono essere assegnate funzioni di MSA, MSI e MSB, in rispetto all'organizzazione del Sistema di Emergenza Territoriale della Regione Marche;

- b) per i trasporti diversi da quelli di cui alla lettera a), si fa riferimento alla seguente tabella, considerando che possono esistere situazioni, in numero estremamente ridotto, che possono non trovare piena corrispondenza all'interno della stessa:

	TIPOLOGIA DI PAZIENTE	MEZZI	PROFESSIONALITÀ
1	Soggetti con alterazione o instabilità delle funzioni vitali	AALS	1 autista soccorritore 1 infermiere 1 medico DEA/EMS o STEN/STAM
2	Soggetti che possono richiedere diagnosi e interventi terapeutici – anche di tipo avanzato – durante il trasporto	AALS	1 autista soccorritore 1 infermiere 1 medico competente per la patologia presentata dal paziente
3	Soggetti che necessitano di continuazione delle cure erogate e/o interventi terapeutici urgenti fondati sulla applicazione di protocolli e/o procedure clinico assistenziali specifici; Soggetti che necessitano di interventi derivanti dalla valutazione dei bisogni assistenziali del trasportato, nel rispetto della vigente normativa.	ABLS/ AALS(*)	1 autista soccorritore 1 infermiere
4	Soggetti che, in relazione alle condizioni cliniche o alle prestazioni sanitarie da svolgere, presentano un rischio superiore alla norma tale da richiedere durante il trasporto interventi di sostegno di base alle funzioni vitali o altra tipologia di assistenza correlata ai problemi clinici individuati per la formazione del soccorritore.	TRA/ ABLS(*)	1 autista di ambulanza 1 soccorritore
5	Soggetti che possono viaggiare con i comuni mezzi di trasporto, che richiedono accompagnamento (per esempio problematiche relative alla deambulazione), senza che siano necessarie competenze correlate ai problemi clinici individuati per la formazione del soccorritore.	DIS	1 autista 1 assistente
7	Sacche di emoderivati da trasfondere e organi	POR	1 autista di ambulanza

(\*) = limitatamente a specifiche esigenze

N.B.: I mezzi declassati, qualora vengano mantenuti i dispositivi di allarme acustico e visivo, potranno essere guidati esclusivamente da autisti di ambulanza o autisti soccorritori.

## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

### FORMAZIONE

Il personale sanitario addetto ai servizi di emergenza-urgenza, i soccorritori (volontari o dipendenti) e gli autisti soccorritori devono aver completato la formazione prevista dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, compreso quanto previsto e regolamentato dal D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii. Per il personale non dipendente del SSR il completamento della formazione deve essere attestato dal Direttore Sanitario dell'ente di appartenenza e la valutazione delle competenze va verificata attraverso apposito esame. L'elenco del suddetto personale è conservato dalle Centrali Operative dell'Emergenza Territoriale.

Gli autisti e i restanti operatori, oltre ai requisiti previsti dalla normativa vigente per le proprie mansioni, devono essere competenti nel sostegno di base alle funzioni vitali (BLS), nelle tecniche di base di primo soccorso e in quelle di mobilitazione del paziente in relazione alla tipologia di mezzo utilizzato. Resta fermo che negli equipaggi delle ambulanze, almeno un componente dell'equipaggio deve essere autorizzato a defibrillare e competente nelle tecniche di soccorso al traumatizzato.

Il possesso dei requisiti deve essere autocertificato ogni anno dal Direttore Sanitario del soggetto che eroga servizi di trasporto sanitario.

### VINCOLI DI ETÀ

Il personale impiegato deve rispettare i seguenti limiti di età (da considerarsi alla data di compimento):

Vincolo di età	Ruolo
> 18 anni	Tutto il personale
< 67 anni	Autista soccorritore
< 75 anni	Autista di ambulanza Autista

Per personale con età compresa tra 16 e 18 anni è contemplata la possibilità di impiego a bordo dei mezzi TRA e DIS con ruolo di mero osservatore aggiuntivo all'equipaggio previsto al presente paragrafo, su diretta autorizzazione e responsabilità del rappresentante legale dell'OdV/ditta/società, coerentemente con quanto disciplinato dal panorama legislativo di settore e da eventuali regolamentazioni interne.

Tutto il personale deve possedere certificazione di idoneità fisica alla mansione. Per il personale non dipendente del SSR, il Direttore Sanitario dell'ente attesta il possesso dell'idoneità fisica.

Il possesso dei requisiti deve essere autocertificato ogni anno dal Direttore Sanitario del soggetto che eroga servizi di trasporto sanitario.

## 5. DIVISE

5.1. Tutto il personale operante a qualsiasi titolo (volontari, dipendenti, tirocinanti, addestramenti, etc.) a bordo dei mezzi di trasporto sanitario, a prescindere dalla tipologia, deve essere dotato di divisa di servizio completa giacca + pantalone (*DPI categoria II - prestazioni minime: conformità ai requisiti della UNI 13688:2013 e alla EN ISO 20471:2017 alta visibilità Classe 3 per servizi di emergenza-urgenza, Classe 1 per servizi di trasporto sanitario e conformità ai requisiti*), in coerenza e conformità a quanto individuato nella Valutazione dei Rischi elaborata per il rispetto del quadro normativo vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

5.2. Le divise in dotazione al personale volontario e/o dipendente di soggetti terzi operanti nell'ambito del trasporto sanitario (es. Organizzazioni di Volontariato) devono essere conformi a quelle istituzionalmente previste dall'ente di appartenenza e/o dalle reti associative di riferimento.

5.3. Il logo di cui al precedente paragrafo 3.2 "Loghi mezzi di soccorso emergenza territoriale" può essere apposto sulle divise del personale volontario e/o dipendente di soggetti terzi operanti nell'ambito del trasporto sanitario (es. Organizzazioni di Volontariato) esclusivamente quando si presta servizio a bordo di mezzi impiegati nell'ambito del Sistema di Emergenza Territoriale 118.

## 6. INFRASTRUTTURE E DOTAZIONI TECNOLOGICHE

### 6.1. SEDE OPERATIVA

Il soggetto che eroga servizi di trasporto sanitario deve disporre di almeno una sede operativa principale (non necessariamente coincidente con la sede legale), cui possono aggiungersi eventuali sedi operative secondarie/distaccate e sedi operative di sosta permanente, ove siano dislocate permanentemente la sosta e la partenza di singole postazioni per l'espletamento di specifici servizi.

Le sedi operative possono essere realizzate all'interno di strutture ospedaliere, di strutture territoriali delle AST, di specifiche strutture delle Organizzazioni di Volontariato o di privati ovvero possono essere del tutto indipendenti da altre strutture.

Per le sedi operative secondarie dislocate presso strutture del SSR, il rispetto dei requisiti di autorizzazione ricade sotto la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera/AST di riferimento e non del soggetto che chiede l'autorizzazione.

#### SEDE OPERATIVA

Le sedi operative, a comprendere quella principale e altre eventuali secondarie/distaccate, devono essere dotate almeno di:

- a) locali a uso amministrativo/gestionale, comprensivi di eventuali spazi per archivio e/o front office per utenti esterni (\*);
- b) sala riposo/attesa per il personale in servizio deputato ai trasporti sanitari e/o ai servizi di emergenza-sanitaria;
- c) locale/i per lo stazionamento notturno degli equipaggi, in caso di servizi attivi h24;
- d) locale o spazio ristoro, in funzione del numero di operatori presenti contemporaneamente, dotato di arredi e attrezzature coerenti con le opportune condizioni igieniche e sanitarie;
- e) locali per la formazione e l'aggiornamento previsti dai profili normativi regionali per il personale impiegato (\*);
- f) spazi/armadi per la conservazione di materiali, apparecchiature, presidi e dotazioni di soccorso necessari per l'esercizio dell'attività;
- g) locale, spazio o armadio da adibire a magazzino materiali "puliti" (biancheria, materiale disinfezione, indumenti, etc.);
- h) locale, spazio o armadio destinato a riporre il materiale sporco, separato dal magazzino per materiali puliti e localizzato in modo da ottenere idonei flussi gestionali sporco-pulito;
- i) locale o spazio da adibire alle attività di pulizia, lavaggio, sanificazione e disinfezione del materiale sporco non monouso, dislocato coerentemente ai flussi gestionali sporco-pulito previsti (\*\*);
- j) spogliatoio con armadietti per il personale, sia dipendente che volontario, distinti per genere, commisurati al numero di operatori contemporaneamente presenti in servizio, secondo la normativa vigente e alle indicazioni del D.L.gs. 81/08 e ss.mm.ii.;
- k) servizi igienici distinti per genere, muniti di doccia, facilmente comunicanti con gli spogliatoi (\*\*);
- l) spazi coperti, da poter prevedere anche esternamente alla sede, per lo stazionamento dei mezzi, atti a consentirne il ricovero, l'alimentazione elettrica, la pulizia, sanificazione, disinfezione e il lavaggio (\*\*\*\*) in qualsiasi condizione atmosferica, con impiantistica e dotazioni igienico-sanitarie conformi alla normativa vigente;

- m) per le sedi che prevedono la sosta di mezzi adibiti ai servizi di emergenza va garantita apposita segnaletica presso i varchi di accesso che identifichi l'uscita di mezzi di soccorso e la necessità di mantenere costantemente libero il passaggio.

*(\*) = tali locali possono essere anche dislocati esternamente, presso altre strutture di proprietà o concesse con contratto di locazione o altra forma, comunque nel rispetto della normativa vigente.*

*(\*\*) = il locale per il lavaggio, sanificazione e disinfezione del materiale sporco può essere sostituito con apposito contratto con soggetti terzi, che effettuano tale attività in conformità alle normative vigenti.*

*(\*\*\*) = il requisito inerente alla facile comunicazione con gli spogliatoi è applicabile esclusivamente per le sedi di nuova autorizzazione dopo l'entrata in vigore della DGR di cui il presente allegato fa parte integrante e sostanziale.*

*(\*\*\*\*) = il luogo per il lavaggio può essere sostituito con apposito contratto con soggetti terzi, che effettuano tale attività in conformità alle normative vigenti.*

Devono essere, altresì, garantite tutte le misure strutturali, logistiche e organizzative atte alla prevenzione e protezione dei rischi, conformemente al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii., in particolare in termini di:

- misure generali e specifiche di tutela sui luoghi di lavoro, esplicitate nel Documento di Valutazione dei Rischi (D.V.R.) elaborato secondo il D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.;
- regolarità urbanistica dei locali (agibilità o abitabilità urbanistica);
- luogo idoneo al deposito di bombole di ossigeno, se previste per il servizio erogato, nel rispetto della normativa vigente;
- uso delle attrezzature di lavoro e dei DPI;
- segnaletica di salute e sicurezza sul lavoro;
- gestione sostanze pericolose e rifiuti speciali;
- esposizione ad agenti biologici;
- protezione da atmosfere esplosive.

#### SEDI OPERATIVE DI SOSTA PERMANENTE

Le eventuali sedi operative di sosta permanente h12/h24, escludendo le postazioni ove siano temporaneamente dislocati singoli mezzi di soccorso per l'espletamento di particolari servizi, devono essere dotate ciascuna di:

- a) sala riposo/attesa per il personale in servizio, con area dedicata al ristoro;
- b) eventuale/i locale/i per lo stazionamento notturno degli equipaggi;
- c) spazi/armadi per la conservazione di materiali, apparecchiature, presidi e dotazioni di soccorso necessari per l'esercizio dell'attività;
- d) locale o spazi/armadi da adibire a deposito del materiale sporco e pulito (biancheria, materiale disinfezione, indumenti, etc.), con adeguata separazione dei flussi gestionali sporco-pulito;
- e) locale o spazio da adibire alle attività di pulizia, lavaggio, sanificazione e disinfezione del materiale sporco non monouso, dislocato coerentemente ai flussi gestionali sporco-pulito previsti (\*);
- f) spogliatoio con armadietti per il personale, sia dipendente che volontario, commisurati al numero di operatori contemporaneamente presenti in servizio, secondo la normativa vigente e alle indicazioni del D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.;
- g) servizi igienici distinti per genere, muniti di doccia, facilmente comunicanti con gli spogliatoi (\*\*);
- h) spazi coperti per lo stazionamento dei mezzi, atti a consentirne il ricovero, l'alimentazione elettrica, la pulizia, sanificazione, disinfezione e il lavaggio (\*\*\*) in qualsiasi condizione atmosferica, con impiantistica e dotazioni igienico-sanitarie conformi alla normativa vigente;
- i) per le sedi che prevedono la sosta di mezzi adibiti ai servizi di emergenza va garantita apposita segnaletica presso i varchi di accesso che identifichi l'uscita di mezzi di soccorso e la necessità di mantenere costantemente libero il passaggio.



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

*(\*) = le attività di lavaggio, sanificazione e disinfezione del materiale sporco possono essere alternativamente svolte presso un'altra sede operativa ovvero tramite apposito contratto con soggetti terzi, che effettuano tale attività in conformità alle normative vigenti.*

*(\*\*) = il requisito inerente alla facile comunicazione con gli spogliatoi è applicabile esclusivamente per le sedi di nuova autorizzazione dopo l'entrata in vigore della DGR di cui il presente allegato fa parte integrante e sostanziale.*

*(\*\*\*) = il luogo per il lavaggio può essere previsto presso un'altra sede operativa ovvero sostituito con apposito contratto con soggetti terzi, che effettuano tale attività in conformità alle normative vigenti.*

Deve essere garantita adeguata procedura per la gestione e lo smaltimento di eventuali rifiuti speciali derivanti dal servizio espletato.

Per le misure inerenti agli aspetti di prevenzione e protezione dei rischi, valgono le stesse prescrizioni previste per la sede principale.

### 6.2. SISTEMI DI TELECOMUNICAZIONE

Le sedi ove sussistono la sosta e la partenza di mezzi adibiti all'emergenza sanitaria territoriale devono essere dotate di:

- a.1. linea telefonica dedicata, riservata alle comunicazioni con la Centrale Operativa dell'Emergenza Sanitaria;
- a.2. linea telefonica per le comunicazioni con gli equipaggi di soccorso appartenente alla postazione;
- a.3. postazione pc, dotata di connettività dati e stampante.

La presenza a bordo dei mezzi dedicati al soccorso sanitari di sistemi di comunicazione radio, di tablet (per la gestione delle schede intervento, dei dati di geolocalizzazione del target, delle schede paziente, etc.) e di altri sistemi di telecomunicazione è demandata agli specifici rapporti convenzionali sottoscritti con l'Amministrazione affidataria.

Le sedi ove sussistono la sosta e la partenza di mezzi adibiti al trasporto sanitario devono essere dotate di:

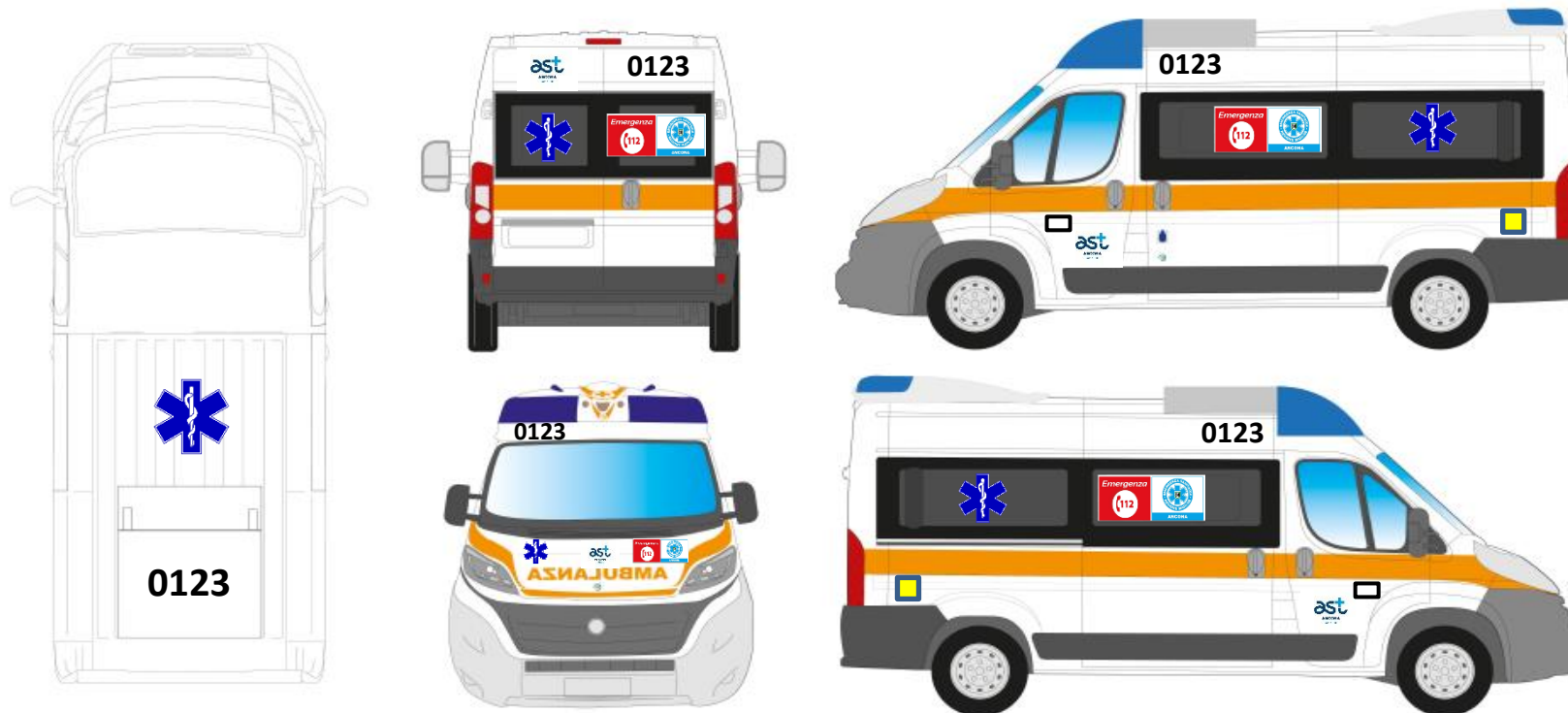
- b.1. linea telefonica per le comunicazioni con la Centrale di Coordinamento dei Trasporti e i mezzi impiegati per i servizi commissionati;
- b.2. recapito telefonico alternativo tramite quale attivare, modificare o annullare un servizio, qualora non si disponga di personale presente in sede h24/die;
- b.3. postazione pc, dotata di connettività dati e stampante.

Qualora una sede comprenda sosta e partenza sia di mezzi adibiti all'emergenza sanitaria che di mezzi per il trasporto sanitario, le linee telefoniche di cui ai punti a.2 e b.1 possono coincidere.

Resta in ogni caso fermo l'obbligo di adeguare le proprie dotazioni tecnologiche ai requisiti richiesti per il collegamento ai sistemi di telecomunicazione e georeferenziazione di cui è o sarà dotato il sistema di emergenza sanitaria e quello dei trasporti sanitari, con le modalità e nei tempi stabiliti dalle indicazioni regionali nel merito.

**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

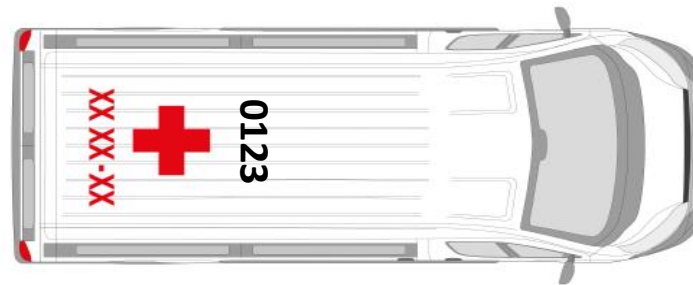
Livree mezzi SET AALS, ABLs degli Enti



Livree mezzi SET AALS, ABLs CRI

Legenda colori:

- bianco VC212
  - rosso VC212
  - bianco rifra
  - rosso rifra
-  stampa su 3M bianco + laminazione



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Livree mezzi SET AALS, ABLIS ANPAS



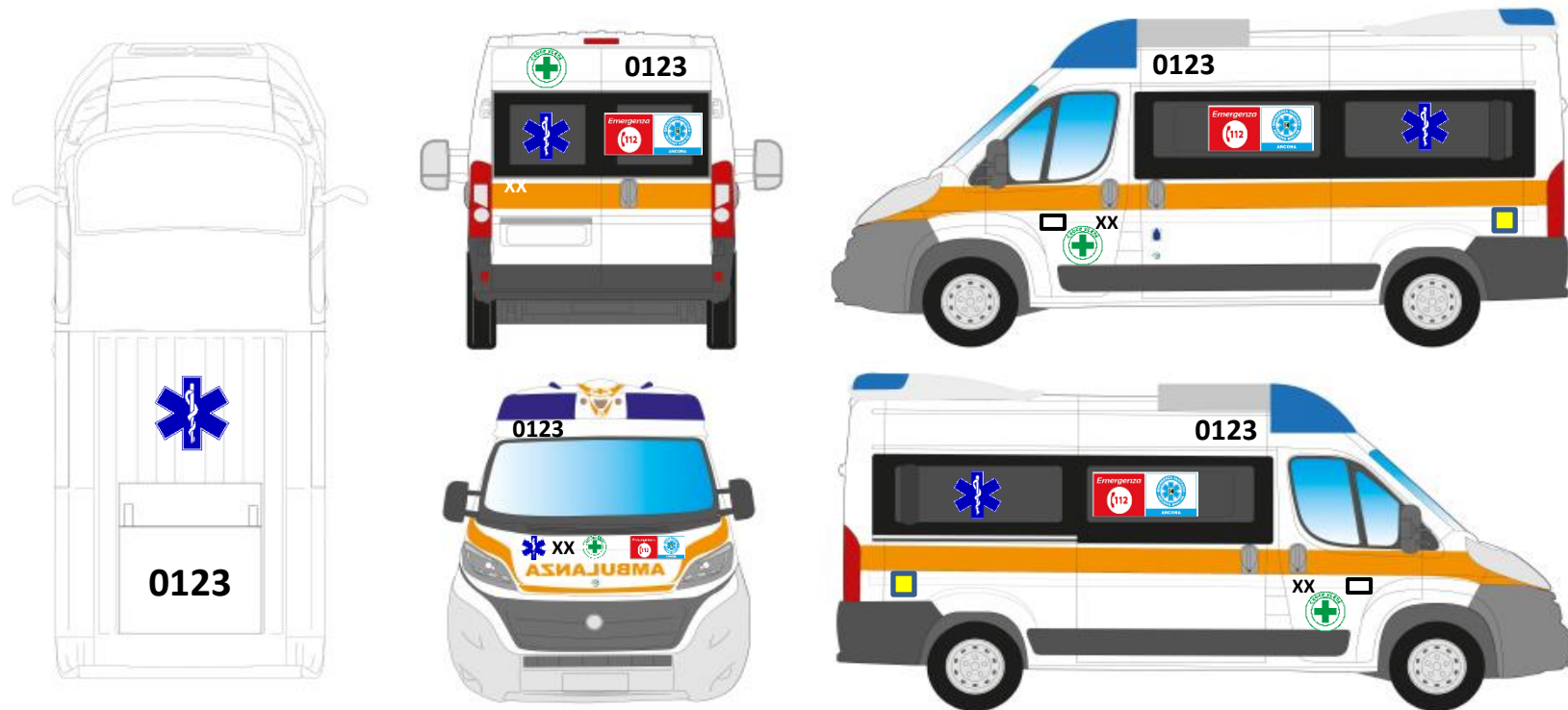
**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

Livree mezzi SET AALS, ABLs Misericordia



Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario

Livree mezzi SET AALS, ABLS altri Enti



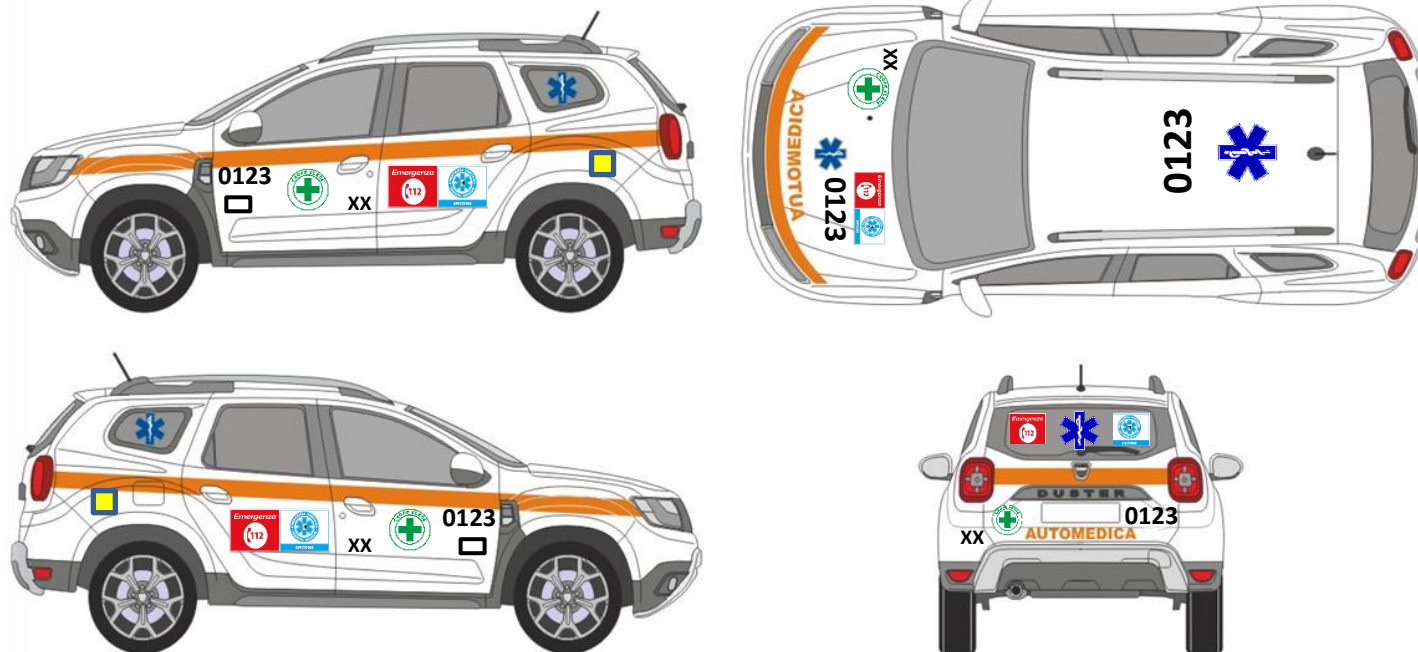
**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

Livree mezzo SET MED degli Enti SSR



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Livree mezzo SET MED altri Enti





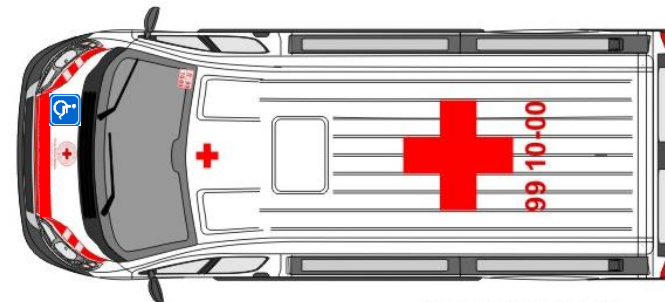
**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

Livree mezzo TRA



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Livree mezzo DIS



FASCE INTERNO PORTIERE RETRO



**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio  
del trasporto sanitario**

Legenda:

	Logo dell'Ente
	Stella del soccorso
	Loghi Emergenza Territoriale
<b>0123</b>	Identificativo radio regionale
<b>XX</b>	Identificativo interno
	Logo trasporto sanitario
	Logo veicolo trasporto disabili
	Identificativo autorizzazione all'esercizio
	Logo veicolo geolocalizzato



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

MODULO AUT\_TRA\_1

Alla c.a. Dirigente  
Settore Autorizzazioni e Accreditamenti  
Dipartimento Salute  
Regione Marche

### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	
Via/Piazza	Civico	
Codice Fiscale		
Tel.	mail	
PEC:		

in qualità di legale rappresentante dell'OdV/azienda/società:

Denominazione	
Forma giuridica	
Con sede legale in	
Via/Piazza	Civico
Codice Fiscale	P. IVA
Tel.	mail
PEC	



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio delle seguenti attività di trasporto sanitario nell'ambito della Regione Marche (art. 26 L.R. 36/98, così come modificata dalla L. R. 13/08):

	Tipologia attività
<input type="checkbox"/>	Soccorso avanzato con autoveicolo
<input type="checkbox"/>	Trasporti prevalentemente sanitari (TPS)
<input type="checkbox"/>	Trasporti non prevalentemente sanitari (TNPS)
<input type="checkbox"/>	Plasma e organi
<input type="checkbox"/>	Altri servizi

da effettuarsi attraverso i seguenti automezzi:

	Cod.	Tipologia automezzo
<input type="checkbox"/>	AUT	Automedica
<input type="checkbox"/>	AALS	Ambulanza di soccorso avanzato
<input type="checkbox"/>	ABLS	Ambulanza di soccorso di base
<input type="checkbox"/>	SPEC	Veicoli di soccorso a uso speciale
<input type="checkbox"/>	TRA	Ambulanza di trasporto
<input type="checkbox"/>	DIS	Autoveicolo attrezzato per trasporto disabili
<input type="checkbox"/>	POR	Autoveicolo per trasporto plasma e organi

Rappresentando che le attività saranno svolte nella/e seguente/i sede/i operativa/e:

Sede principale	<hr/> <hr/>
Sedi secondarie/distaccate (se presenti)	<hr/> <hr/> <hr/>



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Sedi di sosta permanente (se presenti)	<hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47, nonché dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci o formazione od uso di atti falsi, e in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, nonché consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici eventualmente conseguiti:

#### REQUISITI GENERALI DI ORDINE SOGGETTIVO

- che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del decreto legislativo n. 159/2011 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 67 del decreto legislativo n. 159/2011;
- che non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 CPP, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; e che non è stata pronunciata sentenza passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione ad una organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18;
- che sono state pronunciate le seguenti sentenze di condanna passata in giudicato, o emessi i seguenti decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, oppure le seguenti sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 cpp, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità:

AUTORITÀ CHE HA EMESSO IL PROVVEDIMENTO	TIPOLOGIA ED ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO EMESSO	SOGGETTO CONDANNATO	TIPO DI REATO, RIFERIMENTI NORMATIVI E PENA COMMINATA	EVENTUALI BENEFICI

- che non è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del D. L. 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203;
- che è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del D. L. 13 maggio 1991 n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, ma ne ha denunciato i fatti all'autorità giudiziaria;



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

- che è informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 della legge n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche in virtù di quanto espressamente specificato nella disciplina di gara che qui si intende integralmente trascritta ed accettata;

L'OdV/azienda/società:

- risulta iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ R.E.A. in data \_\_\_\_\_;
- non risulta iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio in quanto non ne sussiste l'obbligo;
- risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), con data di ultimo rinnovo del \_\_\_\_\_ ovvero iscritta nel seguente Albo/Registro regionale \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_;
- risulta associata alla seguente rete associativa \_\_\_\_\_;
- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di altra situazione equivalente secondo la legislazione vigente e non ha in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011;

### REQUISITI TECNICI DI AUTORIZZAZIONE

L'OdV/azienda/società:

- possiede i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali di cui all'Allegato A, in relazione alla tipologia di attività di trasporto sanitario per le quali si richiede autorizzazione all'esercizio;
- impiega personale provvisto dei requisiti formativi di cui alle disposizioni normative nazionali e regionali di settore;
- rispetta le norme che regolamentano la formazione specifica e il rapporto di dipendenza o collaborazione del personale impiegato, con particolare riferimento alle disposizioni che disciplinano le assicurazioni obbligatorie antinfortunistiche e la previdenza;
- rispetta ogni altro obbligo imposto dalla L.R. n. 36/98 e dalle altre disposizioni vigenti in materia;

### COMUNICA

che la Direzione Sanitaria è affidata a:

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il
Laureato in		



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

Presso l'Università di		il	
Isritto presso l'Ordine dei	Prov.	n.	
Specialista in			
Tel.		mail	

Che ha accettato l'incarico con la sottoscrizione apposta in calce e DICHIARA che:

- i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- l'assenza di situazioni di incompatibilità con il ruolo assunto.

Si allegano i documenti previsti nel successivo "Quadro sinottico allegati".

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi della normativa vigente sulla data protection, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma legale rappresentante

---

Data

Firma Direttore Sanitario

---





## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

**MODULO AUT\_TRA\_2**

Alla c.a. Dirigente  
Settore Autorizzazioni e Accreditamenti  
Dipartimento Salute  
Regione Marche

### COMUNICAZIONE ANNUALE PERMANENZA POSSESSO DEI REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	
Via/Piazza	Civico	
Codice Fiscale		
Tel.	mail	
PEC:		

in qualità di legale rappresentante dell'OdV/azienda/società:

Denominazione	
Forma giuridica	
Con sede legale in	
Via/Piazza	Civico
Codice Fiscale	P. IVA
Tel.	mail
PEC	





## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

**MODULO AUT\_TRA\_3**

Alla c.a. Responsabile  
Commissione Tecnica per l'Autorizzazione e  
l'Accreditamento del Trasporto Sanitario  
AST \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ AUTOMEZZO

Il/la sottoscritto/a

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	
Via/Piazza	Civico	
Codice Fiscale		
Tel.	mail	
PEC:		

in qualità di legale rappresentante dell'OdV/ditta/società:

Denominazione	
Forma giuridica	
Con sede legale in	
Via/Piazza	Civico
Codice Fiscale	P. IVA
Tel.	mail
PEC	



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

### CHIEDE

il rilascio della certificazione per il mezzo:

Fabbricante	
Modello	
Targa	
Data prima immatricolazione	
Km <i>(per eventuale mezzo usato)</i>	
Numero di telefono cellulare	

destinato a:

Cod.	Descrizione tipologia automezzo	
AUT	Automedica	<input type="checkbox"/>
AALS	Ambulanza di soccorso avanzato	<input type="checkbox"/>
ABLS	Ambulanza di soccorso di base	<input type="checkbox"/>
SPEC	Veicoli di soccorso a uso speciale Specificare tipologia di mezzo: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>
TRA	Ambulanza di trasporto	<input type="checkbox"/>
DIS	Autoveicolo attrezzato per trasporto disabili	<input type="checkbox"/>
POR	Autoveicolo per trasporto plasma e organi	<input type="checkbox"/>

Per l'esecuzione delle seguenti attività:

	Tipologia attività
<input type="checkbox"/>	Soccorso avanzato con autoveicolo
<input type="checkbox"/>	Trasporti prevalentemente sanitari (TPS)
<input type="checkbox"/>	Trasporti non prevalentemente sanitari (TNPS)
<input type="checkbox"/>	Plasma e organi
<input type="checkbox"/>	Altri servizi

Per mezzo SPEC, specificare eventuali note di dettaglio circa la destinazione d'uso prevista:



## Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario

qualora sia attiva una convenzione per il servizio di emergenza territoriale con un Ente del SSR e il mezzo vada in sostituzione di un altro non più abilitato come MED, AALS, ABL, fermo restando l'invarianza degli accordi contrattuali/convenzionamenti in essere, si rappresenta quanto di seguito:

<b>Dati mezzo sostituito (<i>non più abilitato</i>)</b>	
Targa del mezzo	
Selettiva radio	
Numero di telefono cellulare	

Si allega documentazione integrativa, secondo quanto previsto nel successivo "Quadro sinottico allegati".

Il sottoscritto dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi della normativa vigente sulla data protection, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma legale rappresentante

\_\_\_\_\_



**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario**

**QUADRO SINOTTICO ALLEGATI**

	<b>Allegato da produrre</b>	<b>AUT_TRA_1</b>	<b>AUT_TRA_2</b>	<b>AUT_TRA_3</b>
1	copie dei documenti di identità di tutti i dichiaranti	SI		
2	eventuale dichiarazione della rete associativa di appartenenza (con indicazione del numero di iscrizione al RUNTS, laddove presente), attestante l'affiliazione dell'OdV richiedente l'autorizzazione	SI		
3	modulo AUT_TRA_3, corredato di relativi allegati, per ciascun mezzo che si intende certificare	SI		
4	elenco dei mezzi di soccorso/trasporto ( <i>rif. fac-simile ELENCO MEZZI</i> )	SI	SI	SI
5	copia conforme all'originale degli atti di proprietà o altro titolo (ad es.: libretto di circolazione fronte/retro) che certifichi la piena disponibilità dei mezzi per i quali si richiede l'autorizzazione	SI		per il mezzo oggetto di certificazione
6	copia conforme all'originale dell'assicurazione sottoscritta per ciascun automezzo	SI		per il mezzo oggetto di certificazione
7	dichiarazione di conformità dell'allestitore			SI
8	dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nella quale il legale rappresentante dichiara l'assenza di modifiche successive sul veicolo			SI
9	organigramma funzionale del soggetto richiedente, con nominativi degli incaricati e relativi ruoli di responsabilità	SI		
10	lettera di incarico e relativa accettazione del Direttore Sanitario, riportante i dati di dettaglio di iscrizione all'Ordine dei Medici	SI		
11	lettera di incarico e relativa accettazione del medico competente, riportante i dati di dettaglio di iscrizione all'Ordine dei Medici	SI		
12	planimetria in scala 1:100 dei locali adibiti a sede principale ed eventuali sedi operative secondarie, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di settore	SI		
13	copia del certificato o altro documento attestante l'agibilità della sede principale e di eventuali sedi secondarie	SI		
14	elenco degli impianti, delle attrezzature e dei presidi di cui è dotata la sede e relative dichiarazioni di conformità/certificazioni	SI		
15	se prevista, Segnalazione Certificata di Inizio Attività soggetta al controllo dei Vigili del Fuoco	SI		
16	copia dell'ultimo controllo dei presidi e delle attrezzature per la lotta all'incendio riportato sul registro antincendio	SI		
17	copia della procedura di gestione e delle ultime movimentazioni riportate sul registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi	SI		
18	copia delle procedure di gestione e delle ultime attività effettuate e inserite nel registro sulla sanificazione degli automezzi	SI		
19	dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ( <i>rif. fac-simile DICHIARAZIONE UNICA 81/08</i> ), nella quale il legale rappresentante dichiara di aver predisposto il Documento di Valutazione dei Rischi aziendale e relativa valutazione dei rischi specifici	SI		
20	elenco delle apparecchiature elettromedicali ( <i>rif. fac-simile ELENCO APPARECCHIATURE</i> ), possedute a qualsiasi titolo, corredato da relative dichiarazioni di conformità/certificazioni e riportante l'indicazione del nominativo di un responsabile della manutenzione ordinaria, nel rispetto della normativa vigente, o copia del/i contratto/i attestante l'assistenza manutentiva	SI		per il mezzo oggetto di certificazione



**Requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio del trasporto sanitario**

21	dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante dichiara che il personale dipendente è assunto con regolare contratto previsto da CCNL di cui sono rispettate le norme e che per il medesimo sono assolti gli obblighi contributivi previsti e conseguentemente non vi è alcun ricorso a forme di collaborazioni irregolari	SI		
22	elenco del personale dipendente, nelle varie forme previste dalla normativa, e di quello volontario, impiegato nell'attività per cui si chiede l'autorizzazione, con indicazione di data di nascita, relative mansioni, tipologia patenti possedute e relative scadenze, attestazione dell'idoneità fisica (da parte del Direttore Sanitario per i volontari e del medico competente per il personale dipendente) e della specifica formazione ( <i>rif. fac-simile ELENCO PERSONALE</i> )	SI	SI	
23	copia dell'atto costitutivo, se il richiedente è persona giuridica	SI		
24	in relazione alla forma giuridica: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nel caso di Organizzazioni di Volontariato, o di Promozione sociale, estremi di eventuale iscrizione al RUNTS e copia dell'ultima revisione annuale effettuata ovvero iscrizione ad altri Albi/Registri regionali, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario;</li> <li>▪ nel caso di Cooperativa Sociale estremi di eventuale iscrizione RUNTS e copia dell'ultima revisione annuale effettuata ovvero iscrizione ad altri Albi/Registri regionali, con esito positivo, in ordine ai requisiti mutualistici dei soci, alla corretta applicazione delle vigenti normative inerenti alle cooperative sociali e alla regolare tenuta della contabilità;</li> <li>▪ nel caso di Impresa individuale o di società, copia dell'atto costitutivo e dell'iscrizione nel registro delle imprese e nel Repertorio Economico Amministrativo (REA)</li> </ul>	SI		
25	dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia rilasciata ai sensi della normativa vigente	SI		
26	documentazione idonea a comprovare la stipula delle assicurazioni previste dalle disposizioni vigenti, per la copertura dei rischi derivanti da: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio;</li> <li>▪ infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto;</li> <li>▪ rischi aziendali</li> </ul>	SI		
27	copia dei contratti vigenti con soggetti terzi (es. per il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti, per il lavaggio e disinfezione degli automezzi, per l'approvvigionamento dell'ossigeno, per il lavano di divise e biancheria, per la manutenzione degli estintori, per manutenzione meccanica/elettronica e della carrozzeria degli automezzi, per la manutenzione di presidi ed elettromedicali, manutenzione impianti termici e di condizionamento, etc.)	SI		
28	dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante indica le modalità di stoccaggio degli pneumatici invernali ovvero fornisce copia di eventuale contratto vigente con soggetto terzo per fornitura/stoccaggio/sostituzione treni gomme invernali/estive	SI		