

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE 18 gennaio 2017, n. 019/Pres.

**Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei soggetti che svolgono l'attività di trasporto sanitario, in attuazione dell'articolo 16 della legge regionale 20 febbraio 1995, n. 12.**

---

Modifiche approvate da:

DPRReg. 27/4/2018, n. 0114/Pres. (B.U.R. 9/5/2018, n. 19).

Art. 1	Oggetto
Art. 2	Definizioni
Art. 3	Ambito di applicazione
Art. 4	Soggetti competenti
Art. 5	Procedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività
Art. 6	Obblighi del titolare dell'autorizzazione all'esercizio
Art. 7	Obblighi del direttore sanitario
Art. 8	Attività di vigilanza delle aziende sanitarie
Art. 9	Procedimento di accreditamento istituzionale
Art. 10	Corrispettivo
Art. 11	Fase istruttoria
Art. 12	Procedimento di riesame
Art. 13	Rilascio dell'accreditamento
Art. 14	Durata dell'accreditamento
Art. 15	Rinnovo dell'accreditamento
Art. 16	Integrazione dell'accreditamento
Art. 17	Affidamento del servizio
Art. 18	Vigilanza della Direzione centrale
Art. 19	Disposizioni transitorie e finali
Art. 20	Entrata in vigore

Allegato A	Requisiti di autorizzazione
Allegato B	Modello domanda di autorizzazione
Allegato C	Requisiti di accreditamento

Art. 1  
(Oggetto)

1. Il presente regolamento, in attuazione all'articolo 16 della legge regionale 20 febbraio 1995, n. 12 (Disposizioni particolari concernenti interventi nel settore sanitario) e in coerenza con le disposizioni generali in materia di esercizio di attività sanitarie di cui agli articoli 48 e 49, della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), disciplina il procedimento e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività di trasporto sanitario, nonché per il rilascio dell'accreditamento istituzionale.

Art. 2  
(Definizioni)

1. Ai sensi del presente regolamento si intendono:
- a) trasporto sanitario: trasporto sanitario non urgente e programmabile di pazienti non trasportabili con i comuni mezzi di trasporto, per l'accesso o il rientro da luoghi o servizi in cui è stata eseguita una prestazione sanitaria, anche su loro richiesta; sono altresì compresi anche i trasporti effettuati, in regime di ricovero, per pazienti accolti negli ospedali regionali. Possono fruire del servizio di trasporto sanitario a carico del SSR i cittadini residenti e/o domiciliati sul territorio regionale. Il trasporto sanitario si differenzia dal soccorso sanitario, che costituisce invece un'attività di assistenza, trattamento clinico e trasporto di utenti, non prevedibile e non programmabile, in risposta ad un bisogno sanitario urgente. Il trasporto sanitario può avvenire a livello intraaziendale, interaziendale regionale ed extraregionale, è un trasporto programmato con o senza assistenza infermieristica e/o medica.
  - b) trasporto sanitario in urgenza/emergenza : trasporto conseguente ad un soccorso effettuato sul territorio, ossia eseguito dal luogo dell'improvvisa insorgenza di una patologia o di un infortunio verso le strutture sanitarie di riferimento. Il trasporto in emergenza da presidio ospedaliero SPOKE a presidio ospedaliero HUB viene considerato come un trasferimento in continuità di soccorso ed è assicurato dai mezzi del sistema d'emergenza urgenza 118.

Art. 3  
(Ambito di applicazione)

1. Le disposizioni del presente regolamento si applicano alle sole attività di trasporto sanitario di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) del presente regolamento esercitate nella Regione Friuli Venezia Giulia.

2. Il presente regolamento non si applica:

- a) a tutte le tipologie di trasporto sanitario gestite dalle amministrazioni delle Forze Armate, della Polizia, dei Carabinieri, dei Vigili del Fuoco, nonché ai servizi di trasporto con finalità sociale e socio assistenziale;
- b) ai servizi di trasporto di sangue, plasma, emoderivati, organi - tessuti e relative équipes, fermo restando il possesso dei requisiti previsti per i conducenti e per i mezzi utilizzati dalla normativa vigente;
- c) alle attività di soccorso e assistenza sanitaria e ai trasporti sanitari d'urgenza.

3. I servizi di trasporto sanitario di cui al comma 1, qualora direttamente garantiti dalle Aziende per l'assistenza sanitaria o dalle Aziende sanitarie universitarie integrate (di seguito in breve aziende sanitarie) con mezzi propri e personale dipendente devono essere conformi ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento previsti dal presente regolamento.

#### Art. 4 (Soggetti competenti)

1. L'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario è rilasciata dalle aziende sanitarie competenti per territorio.

2. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, di seguito in breve Direzione centrale.

3. Nell'esercizio delle proprie competenze in materia di accreditamento la Direzione centrale si avvale, anche per l'effettuazione di sopralluoghi, di professionisti denominati valutatori in conformità a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recepita con deliberazione della Giunta regionale 19 luglio 2013, n. 1303 (Recepimento dell'intesa, rep n 259/csr del 20.12.2012, ai sensi dell'art 8, comma 6, della l 131/2003, tra il governo, le regioni e le province autonome sul documento recante 'disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento' in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012). La Direzione centrale incarica un numero di valutatori variabile in base alla complessità organizzativa dell'attività; il numero di valutatori non è comunque inferiore a due.

4. Le aziende sanitarie sono competenti per la vigilanza in relazione all'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario.

5. La Direzione centrale è competente per la vigilanza in relazione all'accreditamento. La stessa si avvale, nell'esercizio dell'attività di vigilanza, dei valutatori di cui al comma 4.

#### Art. 5 (Procedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario)

1. I soggetti che intendono svolgere l'attività di trasporto sanitario presentano istanza di autorizzazione all'esercizio dell'attività all'azienda sanitaria competente per territorio.

2. I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio sono elencati nell'allegato A del presente regolamento.

3. La domanda, redatta secondo il modello di cui all'allegato B del presente regolamento contiene:

- a) la denominazione e natura giuridica del soggetto richiedente;
- b) le generalità del legale rappresentante;
- c) l'ubicazione della sede legale e delle sedi operative comprendente il recapito telefonico della sede operativa (ed eventuale indirizzo di posta elettronica e numero di telefax);
- d) il codice fiscale e/o partita IVA, iscrizione Registro delle Imprese, laddove prevista;
- e) l'eventuale organismo associativo di appartenenza;
- f) l'orario di normale attività per ciascuna sede operativa;
- g) le generalità del Direttore Sanitario.

4. Il soggetto richiedente l'autorizzazione deve dimostrare, attraverso un valido titolo giuridico, la piena disponibilità e responsabilità di tutti gli elementi connessi ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui all'allegato A.

5. Il soggetto che presenta istanza di autorizzazione deve avere almeno una sede operativa sul territorio regionale. Ogni sede operativa deve essere dotata di locali con specifici arredi, servizi igienici e attrezzature di cui all'allegato A del presente regolamento. La sede operativa può differire dalla sede legale, purché tutta la documentazione relativa all'autorizzazione sia custodita presso la sede operativa.

6. La domanda è corredata della documentazione elencata nel modello di domanda di cui all'allegato B al presente regolamento. Qualora l'istanza riguardi l'adattamento, la trasformazione, l'ampliamento o il trasferimento di una sede operativa già autorizzata, la documentazione da allegare fariferimento solo all'intervento oggetto della domanda medesima. In caso di trasferimento di una sede operativa già autorizzata o di apertura di una nuova sede, deve essere presentata analoga domanda entro 30 giorni dal trasferimento o dall'apertura, producendo la relativa planimetria. In caso di acquisizione di nuovi mezzi, devono essere presentati unicamente i documenti attestanti il possesso dei requisiti tecnici di cui all'allegato A, ferma restando l'autorizzazione rilasciata per l'esercizio dell'attività.

7. Il soggetto richiedente l'autorizzazione all'esercizio comunica all'azienda sanitaria l'avvenuto completamento dell'allestimento della sede operativa al fine dell'effettuazione dell'ispezione tecnica da parte della commissione di vigilanza dell'azienda sanitaria, da svolgersi entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione. All'atto dell'ispezione

tecnica è messa a disposizione dell'azienda sanitaria la documentazione elencata all'allegato B al presente regolamento.

8. Quando l'esito dell'ispezione tecnica è positivo l'azienda sanitaria adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività entro trenta giorni dallo svolgimento dell'ispezione.

9. Quando l'esito dell'ispezione tecnica è negativo l'azienda sanitaria stabilisce, sulla base delle valutazioni espresse della commissione di vigilanza, le prescrizioni cui il richiedente deve conformarsi e i termini per l'adeguamento. In tale caso l'azienda sanitaria effettua una nuova ispezione tecnica all'esito della quale autorizza o non autorizza l'esercizio dell'attività.

10. In caso di diniego dell'autorizzazione all'esercizio il soggetto richiedente può presentare motivata istanza di riesame all'azienda sanitaria. Se l'azienda sanitaria conferma il diniego non è possibile presentare nuova domanda di autorizzazione prima di un anno dalla data di comunicazione della conferma del diniego.

11. L'autorizzazione all'impiego degli automezzi rilasciata dall'azienda sanitaria competente per territorio ha validità su tutto il territorio della regione Friuli Venezia Giulia. Copia dell'autorizzazione è conservata a bordo di ogni mezzo.

#### Art. 6

##### *(Obblighi del titolare dell'autorizzazione)*

1. Il soggetto titolare dell'autorizzazione sanitaria per l'attività di trasporto sanitario è tenuto ai fini del mantenimento della medesima a:

- a) aggiornare costantemente l'elenco nominativo del personale, con indicazione della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata nonché del monte ore settimanale firmato dal legale rappresentante, comunicando all'azienda sanitaria eventuali variazioni con cadenza semestrale;
- b) comunicare entro 30 giorni, all'azienda sanitaria, ogni variazione relativa al contenuto della domanda di autorizzazione;
- c) mantenere la copertura assicurativa delle polizze stipulate, sia per la responsabilità civile che per danni a terzi, compresi i trasportati, derivanti dalla circolazione degli autoveicoli e dallo svolgimento dell'attività di trasporto sanitario, sia per gli infortuni e le malattie contratte per cause di servizio del personale addetto all'attività di trasporto sanitario;
- d) comunicare preventivamente all'azienda sanitaria competente per territorio eventuali sospensioni/ interruzioni di attività;
- e) mantenere costantemente aggiornato il fascicolo personale di ciascun operatore addetto al servizio, detta cartella deve contenere anche la scheda sanitaria e gli attestati dei percorsi formativi dell'operatore e deve essere conservata presso ciascuna sede operativa o almeno presso la sede regionale autorizzata e a

- disposizione per le verifiche dell'azienda sanitaria (le verifiche devono avvenire nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di riservatezza dei dati personali);
- f) garantire la perfetta efficienza dei mezzi;
  - g) comunicare all'azienda sanitaria ogni variazione intervenuta relativa agli autoveicoli utilizzati e autorizzati (cessato utilizzo di autoveicoli già oggetto di autorizzazione per dismissione, vendita, cessione, ecc.)
  - h) mantenere aggiornato l'elenco delle apparecchiature elettromedicali possedute a qualsiasi titolo, la documentazione attestante l'avvenuta manutenzione ordinaria o straordinaria in conformità a quanto stabilito dalla normativa vigente;
  - i) garantire eventuali flussi informativi richiesti dalla regione o dalle aziende sanitarie;
  - j) garantire l'applicazione della normativa in tema di privacy;
  - k) definire le modalità di gestione di eventi imprevisti;

2. La documentazione di cui al comma 1 deve essere disponibile presso ciascuna sede operativa, per le verifiche, fatto salvo quanto disposto alla lettera e) in materia di fascicoli personali.

#### Art. 7

##### *(Obblighi del Direttore sanitario)*

1. Al Direttore sanitario del soggetto richiedente l'esercizio dell'attività di trasporto sanitario sono attribuite funzioni e responsabilità specifiche:

- a) responsabilità dei locali e del personale sotto il profilo igienico sanitario;
- b) responsabilità in materia di rifiuti liquidi, solidi e gassosi;
- c) definizione e verifica di protocolli di sanificazione ambientale;
- d) valutazione e pareri per l'acquisto di apparecchiature e dispositivi medici;
- e) responsabilità sull'osservanza del Decreto legislativo n. 81/2008;
- f) obbligo di denunce e certificazioni;
- g) gestione della documentazione sanitaria;
- h) controlli in materia di farmaci;
- i) responsabilità della formazione e dell'aggiornamento del personale.

#### Art. 8

##### *(Attività di vigilanza delle aziende sanitarie)*

1. Le aziende sanitarie competenti per territorio, fermo restando quanto previsto all'articolo 4, comma 5, svolgono attività di vigilanza sul regolare esercizio dell'attività autorizzata e sul mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi da parte dei soggetti esercenti l'attività di trasporto sanitario.

2. Ai fini dello svolgimento dell'attività di vigilanza di propria competenza le aziende sanitarie costituiscono, con provvedimento del direttore generale, una commissione di vigilanza composta dal responsabile del Dipartimento di prevenzione o suo delegato, di un esperto in materia impiantistica, di un esperto in materia di tutela della salute e sicurezza

dei lavoratori e un dipendente amministrativo con funzioni di segretario. La commissione di vigilanza può essere integrata, ove necessario, da ulteriori esperti.

3. La Direzione centrale fornisce indicazioni sul funzionamento e sui compiti della commissione di vigilanza.

4. I provvedimenti di sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario sono adottati dalle aziende sanitarie competenti per territorio nelle fattispecie e con le modalità di cui all'articolo 4 bis della legge regionale 9 marzo 2001 n. 8 (Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali), ferme restando l'irrogazione delle sanzioni amministrative previste dal medesimo articolo.

## Art. 9

### *(Procedimento di accreditamento istituzionale)*

1. Il titolare dell'autorizzazione all'esercizio interessato al rilascio dell'accreditamento istituzionale presenta istanza alla Direzione centrale esclusivamente con modalità web tramite l'applicativo gestionale denominato "Sistema di accreditamento delle strutture sanitarie" all'indirizzo: [aoss.regione.fvg.it/saoss](http://aoss.regione.fvg.it/saoss), previa richiesta alla medesima Direzione centrale delle credenziali di accesso.

2. Nell'istanza il richiedente dichiara:

- a) la sede operativa e la sua denominazione;
- b) le generalità del titolare dell'attività o del rappresentante legale della medesima se persona giuridica.

3. La domanda è corredata della seguente documentazione:

- a) dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nell'attività;
- b) documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998;
- c) planimetria 1:100 dei locali, con destinazione d'uso, in duplice copia;
- d) questionario di autovalutazione preliminare, da compilarsi con la modalità web tramite il gestionale di cui al comma 1, sul possesso dei requisiti di accreditamento, di cui all'allegato C;
- e) piano della formazione;
- f) piano della qualità;
- g) carta dei servizi;
- h) organigramma;
- i) elenco nominativo del personale, con indicazione della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata nonché del monte ore settimanale, firmato dal legale rappresentante;

- j) elenco dei fornitori esterni di prestazioni e servizi di cui si avvale la il soggetto richiedente.

4. I requisiti per il rilascio dell'accreditamento istituzionale sono contenuti nell'allegato C del presente regolamento.

Art. 10  
(Corrispettivo)

1. Il soggetto che chiede l'accreditamento istituzionale o l'integrazione dello stesso è tenuta a versare il corrispettivo dei costi sostenuti dall'Amministrazione regionale per i sopralluoghi, prima dello svolgimento degli stessi. L'importo e le modalità del versamento sono determinati con provvedimento della Direzione centrale.

Art. 11  
(Fase istruttoria)

1. La Direzione centrale effettua un controllo sulla regolarità e completezza della domanda e della documentazione allegata entro trenta giorni dal ricevimento della medesima. Il procedimento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale si conclude entro centottanta giorni dal ricevimento della domanda.

2. In caso di irregolarità o incompletezza della domanda e/o della documentazione allegata la Direzione centrale invita il soggetto che ha fatto istanza alla regolarizzazione e a produrre eventuali osservazioni entro un termine perentorio di dieci giorni. Se l'esito del controllo è positivo la Direzione centrale comunica la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti.

3. In assenza di riscontro entro il termine di cui al comma 2 o qualora la regolarizzazione richiesta non sia idonea, la Direzione centrale adotta decreto di diniego della domanda di accreditamento istituzionale. Se il riscontro è positivo e la regolarizzazione richiesta è idonea, la Direzione centrale comunica la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti.

4. I valutatori incaricati ai sensi dell'articolo 4 comma 4, effettuano uno o più sopralluoghi, in relazione alla complessità organizzativa, e redigono un verbale di verifica il quale reca la descrizione delle operazioni svolte, delle conformità o non conformità accertate nonché il giudizio di cui al successivo comma 5 con gli eventuali adeguamenti richiesti e la loro tempistica.

5. All'esito del sopralluogo i valutatori formulano un giudizio:

- a) di accreditabilità a pieno titolo, qualora la verifica attesti la piena conformità ai requisiti, essenziali e non essenziali;



- b) di accreditabilità con riserva, qualora la verifica attesti la non conformità ad uno o più requisiti non essenziali e venga disposto un piano di adeguamento;
- c) di non accreditabilità, qualora la verifica attesti la non conformità ad uno o più requisiti essenziali.

6. In caso di accreditabilità con riserva i valutatori specificano i programmi di intervento finalizzati a rimuovere le carenze rilevate e i tempi di realizzazione degli stessi, concordati con il soggetto richiedente. I tempi di adeguamento non possono in ogni caso superare la seguente tempistica:

- a) fino a 1 anno per i requisiti organizzativi;
- b) fino a 2 anni per i requisiti tecnologici.

7. In caso di accertamento della non conformità di uno o più requisiti essenziali i valutatori riportano nel verbale le non conformità accertate e sospendono la formulazione del giudizio di non accreditabilità.

8. La Direzione centrale, ricevuto il verbale di cui al comma 7 e sulla base delle non conformità ivi risultanti, dispone l'effettuazione di un successivo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dal primo.

9. All'esito del nuovo sopralluogo di cui al comma 8, i valutatori applicano le disposizioni di cui ai commi 5 e 6. Qualora il nuovo sopralluogo confermi la non conformità ad uno o più requisiti essenziali di accreditamento, il verbale riporta la descrizione delle non conformità accertate e il giudizio di non accreditabilità. Il rappresentante della struttura, qualora contesti il giudizio di non accreditabilità, può chiedere che le proprie dichiarazioni siano riportate nel verbale.

10. Entro 15 giorni dalla conclusione degli accertamenti da parte del gruppo di valutazione, il Direttore centrale, prima della adozione del decreto di non accreditamento, comunica al soggetto che ha fatto istanza di accreditamento istituzionale i motivi che ostano all'accoglimento della domanda, ai sensi dell'articolo 16 bis della legge regionale 20.3.2000, n. 7 "Testo unico delle norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso".

11. Qualora nel corso dei sopralluoghi i valutatori accertino non conformità riferite ai requisiti di autorizzazione li segnalano alla Direzione centrale per la successiva comunicazione all'azienda sanitaria competente per territorio.

## Art. 12 (Procedimento di riesame)

1. Il procedimento di riesame è avviato quando l'attività di verifica dei valutatori si conclude con un giudizio di non accreditabilità e il verbale riporti le dichiarazioni di cui all'articolo 12, comma 7.

2. Il riesame di cui al comma 1 è effettuato dal Direttore dell'Area competente in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione centrale, dal Coordinatore della struttura stabile in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione Centrale, nonché da un professionista esperto in materia di assistenza sanitaria. I soggetti competenti per il riesame possono convocare i valutatori per acquisire eventuali chiarimenti.

3. Il procedimento di riesame può confermare il giudizio di non accreditabilità oppure concludersi con un giudizio di accreditabilità con riserva ai sensi dell'articolo 12, commi 5, lettera b) e 6.

#### Art. 13

##### *(Rilascio dell'accreditamento)*

1. Il Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia adotta un decreto:

- a) di accreditamento a pieno titolo;
- b) di accreditamento con riserva;
- c) di non accreditamento.

2. Il decreto di accreditamento con riserva indica i programmi di adeguamento e i termini degli stessi. I termini stabiliti all'articolo 12, comma 6, possono essere prorogati, per una sola volta, su richiesta motivata del soggetto che ha presentato domanda di accreditamento istituzionale, fino ad un massimo del 20%.

#### Art. 14

##### *(Durata dell'accreditamento)*

1. L'accreditamento istituzionale ha una durata di tre anni, alla scadenza dei quali si procede al rinnovo secondo le modalità di cui all'articolo 10.

2. L'accreditamento istituzionale a pieno titolo ha una durata di tre anni decorrente dalla adozione del relativo decreto.

3. L'accreditamento con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati per l'adeguamento, fatta salva la concessione della proroga di cui all'articolo 14, comma 2.

4. Alla scadenza dei tempi assegnati per l'adeguamento la Direzione centrale dispone la verifica della conformità ai requisiti. In caso di esito positivo è adottato il decreto di accreditamento a pieno titolo. La durata complessiva dell'accreditamento con riserva e del successivo accreditamento a pieno titolo non può comunque superare la durata di tre anni di cui al comma 1.

5. In caso di esito negativo la Direzione centrale accerta il mancato adeguamento e dichiara la cessazione dell'accreditamento con riserva.

Art. 15  
*(Rinnovo dell'accreditamento)*

1. Prima dell'inizio dell'ultimo semestre di durata dell'accreditamento i soggetti accreditati sono tenute a presentare domanda di rinnovo dell'accreditamento istituzionale con le modalità di cui all'articolo 10.

2. Il procedimento per il rinnovo si svolge secondo le modalità di cui agli articoli 10 e 12.

3. Qualora intervengano giustificati motivi che impediscono di completare l'istruttoria nei tempi previsti la qualità di soggetto accreditato permane fino alla adozione del provvedimento conclusivo del procedimento.

Art. 16  
*(Integrazione dell'accreditamento)*

1. I soggetti già accreditati, qualora abbiano proceduto all'ampliamento dei locali ove si svolge l'attività o al trasferimento in altra sede dello stesso comune, ne danno comunicazione alla Direzione centrale entro un mese dal rilascio dell'autorizzazione da parte delle aziende sanitarie competenti per territorio, producendo la documentazione di cui all'articolo 10.

2. La Direzione centrale avvia il procedimento di cui agli articoli 12 e seguenti effettuando un nuovo sopralluogo se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostrino che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla base della documentazione prodotta.

3. I soggetti già accreditati comunicano alla Direzione centrale anche le eventuali variazioni intervenute con riferimento al soggetto titolare o alla denominazione.

4. Nell'ipotesi di cui al comma 3 la Direzione centrale chiede l'eventuale documentazione inerente alla conformità ai requisiti di accreditamento e adotta, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, in caso di esito positivo il decreto di integrazione dell'accreditamento.

5. Fino al completamento del procedimento di integrazione dell'accreditamento i soggetti interessati mantengono l'accreditamento e l'eventuale contratto stipulato con l'azienda sanitaria competente per territorio.

6. Nelle more del completo allestimento e dell'accREDITAMENTO della nuova sede, qualora la sede precedentemente accREDITATA non consenta lo svolgimento dell'attività, il relativo accREDITAMENTO è sospeso. In tale caso il soggetto informa tempestivamente la Direzione centrale dell'indisponibilità della sede.

7. L'integrazione dell'accREDITAMENTO non determina una proroga della durata dell'accREDITAMENTO iniziale.

#### Art. 17

##### *(Affidamento del servizio)*

1. Le aziende sanitarie, qualora non provvedano con mezzi propri e personale dipendente, affidano il servizio di trasporto sanitario di cui al presente regolamento, alle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale iscritte nei registri di cui alla legge regionale n. 23/2012 in possesso dell'accREDITAMENTO.

#### Art. 18

##### *(Vigilanza della Direzione centrale)*

1. La Direzione centrale esercita attività di vigilanza nei confronti dei soggetti accREDITATI, effettuando sopralluoghi di controllo quando venga a conoscenza di criticità che possano mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e/o degli operatori.

2. In caso di rifiuto del soggetto a sottoporsi ai sopralluoghi di cui al comma 1, la Direzione centrale adotta il provvedimento di sospensione dell'accREDITAMENTO per un periodo di trenta giorni. Entro quindici giorni dalla scadenza di detto periodo, viene disposto un nuovo sopralluogo, anche senza preavviso. In caso di ulteriore rifiuto, la Direzione centrale adotta il provvedimento di revoca dell'accREDITAMENTO.

3. L'attività di vigilanza è svolta dai valutatori incaricati ai sensi dell'articolo 4, comma 4. Nell'esercizio dell'attività di vigilanza si applicano le disposizioni dell'articolo 11.

4. Determina la sospensione dell'accREDITAMENTO la mancata disponibilità della sede accREDITATA, nelle more del completo allestimento e del rilascio dell'autorizzazione per la nuova sede, nei casi di ampliamento o di trasferimento di cui all'articolo 17, comma 1.

5. Determina la revoca dell'accREDITAMENTO la mancata comunicazione finalizzata all'integrazione dell'accREDITAMENTO per le fattispecie di cui all'articolo 17, comma 3.

6. Le ipotesi di sospensione e revoca dell'accREDITAMENTO non comportano la sospensione o la revoca dell'autorizzazione; l'eventuale sospensione o revoca dell'autorizzazione comporta automaticamente la sospensione o la revoca dell'accREDITAMENTO.

7. La comunicazione di dati non veritieri, rilevata dalla Direzione centrale nella fase istruttoria di cui all'articolo 12, ovvero nelle fasi di monitoraggio o di vigilanza, comporta il diniego del rilascio dell'accreditamento o la revoca dello stesso, ove già concesso; resta fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28-12-2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

#### Art. 19

##### *(Disposizioni transitorie e finali)*

1. I soggetti affidatari del servizio da parte delle aziende sanitarie alla data di entrata in vigore del presente regolamento, devono presentare domanda di autorizzazione entro il termine di sei mesi dalla pubblicazione sul BUR del presente regolamento.

2. I soggetti di cui al comma 1 presentano domanda di accreditamento alla Direzione centrale entro e non oltre il termine perentorio di 12 mesi, decorrente dalla entrata in vigore del presente regolamento, secondo le modalità previste dall'art. 10.

3. I soggetti di cui al comma 1 che presentano domanda di accreditamento svolgono la loro attività sulla base degli affidamenti convenzionali da parte delle aziende sanitarie competenti per territorio fino al completamento del procedimento di rilascio dell'accreditamento.

3 bis. Al fine di fronteggiare le esigenze eccezionali derivanti dalla insufficiente disponibilità di soggetti che attualmente svolgono attività di trasporto sanitario e di garantire la continuità del servizio, possono essere presentate domande di accreditamento entro il 30.6.2018. In tali casi, i soggetti affidatari del servizio alla data di entrata in vigore del presente regolamento continuano a svolgere la loro attività fino al completamento del procedimento di accreditamento.<sup>1</sup>

4. I soggetti non affidatari del servizio devono presentare la domanda di autorizzazione prima dell'avvio dell'attività.

#### Art. 21

##### *(Entrata in vigore)*

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

---

<sup>1</sup> Comma aggiunto da art. 2, c. 1, DPR n. 27/4/2018, n. 0114/Pres. (B.U.R. 9/5/2018, n. 19).



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## REQUISITI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI TRASPORTO SANITARIO AI SENSI DELLA LR 20.2.1995, N. 12, ART. 16.

La tabella è composta da 2 colonne:

- la colonna 1 riporta un gruppo di lettere che individua la tipologia del requisito, TS: Trasporto sanitario
- la colonna 2 riporta la descrizione dei requisiti raggruppati per area tematica.

N.	Requisito
<b>REQUISITI STRUTTURALI – SEDI OPERATIVE-</b>	
AuTS.1	locali ad uso amministrativo/gestionale
AuTS.2	presenza di spazi/armadi per il deposito farmaci, apparecchiature elettromedicali e attrezzature per l'esercizio dell'attività
AuTS.3	estintori nella tipologia e nel numero indicati nel Documento di Valutazione dei Rischi ove previsto dalla normativa vigente
AuTS.4	locale idoneo al deposito delle bombole di ossigeno nel rispetto della normativa vigente per i soggetti autorizzati all'utilizzo di autoambulanze
AuTS.5	spazi idonei per il ricovero, la pulizia e la sanificazione dei mezzi
AuTS.6	servizi igienici con doccia
AuTS.7	spogliatoi distinti per genere e commisurati al numero di operatori presenti per turno di servizio
AuTS.8	spazio per il deposito del materiale sporco e pulito
<b>REQUISITI TECNOLOGICI E TIPOLOGIE DEI VEICOLI IMPIEGATI</b>	
AuTS.9	Per la tipologia del servizio sono disponibili le seguenti tipologie di autoveicoli: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autovetture;</li> <li>- Autoveicolo finestrato attrezzato per il trasporto di persone disabili;</li> <li>- Autoambulanze.</li> </ul>
AuTS.10	I veicoli sono omologati e utilizzati in conformità alla destinazione d'uso riportata sulla carta di circolazione e secondo la normativa vigente
AuTS.11	I veicoli devono essere immatricolati per la prima volta da non più di 10 anni o non aver percorso più di 300.000 km. Per i mezzi che hanno raggiunto il limite dei 10 anni e hanno percorrenza inferiore ai 200.000 km potranno essere richieste eventuali deroghe all'Azienda Sanitaria competente;
AuTS.12	I veicoli e le relative dotazioni di bordo sono sottoposti a periodici controlli documentati, finalizzati a garantire la loro perfetta efficienza;
AuTS.13	I veicoli utilizzati per il servizio, salvo quelli in comodato d'uso, sono intestati al titolare dell'autorizzazione Se il veicolo è di proprietà del soggetto che gestisce il servizio deve essere applicata, con le modalità previste dal codice della strada e dal relativo regolamento di esecuzione, la denominazione che lo contraddistingue, l'eventuale recapito, l'eventuale nominativo del donatore del veicolo e dell'organismo associativo di appartenenza.
AuTS.14	Non sono presenti simboli o scritte che facciano riferimento al sistema regionale dell'emergenza sanitaria e i sistemi supplementari di allarme (sirena e lampeggianti blu) nei veicoli eventualmente equipaggiati, sono utilizzati solo su autorizzazione della Centrale Operativa Emergenza Urgenza 118;
AuTS. 15	Tutti i veicoli impiegati sono dotati di sistema di climatizzazione; con unica eccezione valevole per le ambulanze immatricolate prima del 1 giugno 2011
AuTS.16	Le autovetture utilizzate devono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- essere provvisti di almeno tre porte per la salita/discesa;</li> <li>- aver applicato su entrambe le fiancate, durante lo svolgimento del servizio, la scritta «trasporto sanitario» (consentito anche l'impiego di targhe magnetiche).</li> </ul>

AuTS.17	<p>Gli autoveicoli finestrati utilizzati devono avere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- finestratura su tutti i lati del vano passeggeri;</li> <li>- almeno una porta laterale;</li> <li>- denominazione applicato che contraddistingue il soggetto che gestisce il servizio, eventuale recapito ed eventuale nominativo del donatore del veicolo e/o dell'organismo associativo di appartenenza;</li> <li>- su entrambe le fiancate, durante lo svolgimento del servizio, la scritta «trasporto sanitario» (è consentito anche l'impiego di targhe magnetiche);</li> <li>- adeguati sistemi di ancoraggio al pianale e al paziente;</li> <li>- pedana idraulica o sistema similare per il caricamento della carrozzina, nel caso in cui sia previsto il trasporto di persone non autosufficienti con carrozzina.</li> </ul>
AuTS.18	<p>Le Autoambulanze devono possedere le caratteristiche tecniche indicate dalla normativa nazionale vigente in materia di trasporto sanitario Tipo B (d.m. 553/1987). Possono essere utilizzate anche autoambulanze di categoria superiore (Tipo ALS ex A e A1 con carrozzeria definita autoambulanza di soccorso), tali veicoli devono essere utilizzati per trasporti tra strutture</p>
<b>REQUISITI TECNOLOGICI – DOTAZIONI, ALLESTIMENTO E MATERIALI SANITARI DELLE AUTOAMBLANZE ADIBITE AL TRASPORTO SANITARIO</b>	
AuTS.19	<p>Nel comparto di guida delle autoambulanze di tipo A A1 e B (d.m. 553/1987), che svolgono l'attività di trasporto sanitario devono trovare collocazione le seguenti dotazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 1 estintore di almeno 3 kg;</li> <li>- apparato per radiocomunicazione a norma PP.TT. nel rispetto delle Concessioni Ministeriali all'uopo rilasciate o telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere;</li> <li>- lampada portatile, di potenza adeguata, con alimentazione a batteria 12 V.</li> </ul>
AuTS.20	<p>Nel comparto sanitario devono trovare collocazione le seguenti dotazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 2 prese elettriche 12 vdc polarizzate e batteria supplementare per il funzionamento di apparecchiature 12 V;</li> <li>- riscaldamento autonomo;</li> <li>- impianto di ventilazione e aspirazione;</li> <li>- contenitore rigido sigillabile per rifiuti ospedalieri (minimo 5 lt.) e contenitore per aghi e taglienti in materiale plastico rigido sigillabile;</li> </ul> <p>Inoltre nelle ambulanze di tipo A e A1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 1 estintore di almeno 3 kg.</li> <li>- n. 1 forbice multiuso equivalenti per tagli abiti e cinture di sicurezza</li> </ul>
AuTS.20.1	<p>attrezzature necessarie per il trasporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 1 barella di tipo rigido articolata, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 vigente all'atto dell'acquisto;</li> <li>- n. 1 dispositivo per il trasporto paziente seduto, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865 (fatto salvo il caso in cui la barella principale non assolva anche questa funzione);</li> <li>- telo da trasporto a sei o più maniglie, in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865;</li> <li>- procedura e dispositivi per il trasporto di paziente bariatrico;</li> <li>- supporti portaflebo;</li> <li>- n. 1 pappagallo e n. 1 padella;</li> <li>- n. 1 cuscino con federa; n. 1 coperta; n. 4 lenzuola; n. 2 traverse; n.1; n.1 telo termico</li> <li>- n. 1 scatola di guanti monouso non sterili di categoria III, misura piccola, media, grande, in conformità a quanto indicato nella norma vigente.</li> </ul> <p>Inoltre nelle ambulanze di tipo A e A1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n.1 barella a cucchiaio dotata di cinture in conformità a quanto indicato dalla norma EN 1865;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n.1 tavola spinale completa di immobilizzazione per la testa e fasce di bloccaggio di sicurezza (RX e TAC compatibile o in alternativa materassino a depressione in conformità a quanto indicato nella norma EN 1865)</li> </ul>
AuTS.20.2	<p>attrezzature e apparecchiature sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 2 bombole di ossigeno fisse della capacità minima di 7 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, con riempimento secondo i limiti della normativa vigente e almeno a 150 atm, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole deve avere un riempimento pari a 150 atm;</li> <li>- n. 2 bombole di ossigeno portatili della capacità minima di 2 litri ciascuna, dotate di riduttore di pressione, manometro, flussometro con riempimento secondo i limiti della normativa vigente, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008; in ogni momento almeno una delle due bombole dovrà avere un riempimento pari a 100 atm; ogni bombola deve essere dotata di un sistema di protezione dell'erogatore (es. «tulipano»);</li> <li>- n. 1 flussimetro con collegamento fisso o ad innesto rapido all'impianto dell'ossigeno, in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008;</li> <li>- impianto distribuzione ossigeno a parete con almeno 2 prese in conformità a quanto indicato nella norma UNI EN ISO 9170-1:2008;</li> <li>- n. 2 maschere adulti per somministrazione di ossigeno con sistema di raccordo munite di reservoir;</li> <li>- n. 1 maschera pediatrica per somministrazione di ossigeno con sistema di raccordo munite di reservoir;</li> <li>- n. 1 defibrillatore semiautomatico bifasico, in conformità a quanto indicato nella norma EN 60601-2-4</li> <li>- n. 1 pallone autoespansibile monouso o riutilizzabile per adulto con sistema di collegamento alla bombola di ossigeno e reservoir</li> <li>- n. 1 pallone autoespansibile monouso o riutilizzabile pediatrico con sistema di collegamento alla bombola di ossigeno e reservoir;</li> <li>- n. 1 maschera monouso adulto per pallone autoespansibile per ogni misura: 3-4 e 5 e</li> <li>- n. 1 maschera monouso pediatrica per pallone autoespansibile per ogni misura, almeno 4 misure;</li> <li>- n. 1 maschera tipo pocket mask; n. 1 cannula monouso di Majo adulti per ogni misura: 2-3 e 4;</li> <li>- n. 1 cannula monouso di Majo pediatrica per ogni misura (almeno 3 misure);</li> <li>- n.1 aspiratore per secreti asportabile con sistema di raccolta monouso, alimentato con batteria ricaricabile 12/220 volt, in conformità a quanto indicato nella norma EN 10079 febbraio 1999;</li> <li>- n. 2 cateteri per aspirazione delle secrezioni per ogni misura: CH 12 – CH 14 e CH 16;</li> <li>- n. 1 sfigmomanometro automatico a lettura digitale con bracciale adulto e pediatrico (in alternativa anche manuali);</li> <li>- n. 1 fonendoscopio.</li> </ul> <p>Inoltre nelle ambulanze di tipo A e A1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aspiratore di secreti fisso o asportabile di potenza almeno 25 litri/min con sistema di raccolta di almeno 900 ml alimentato dall'impianto elettrico di servizio del veicolo;</li> <li>- monitor portatile per la rilevazione della SpO2 con sonda adulti e pediatrica in conformità a quanto indicato nella norma EN ISO 9919.</li> </ul>
AuTS.20.3	<p>materiale di medicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 10 buste di garze sterili;</li> <li>- n. 20 buste di non sterili;</li> <li>- n. 3 bende di varie misure;</li> <li>- n. 2 cerotti a nastro di cm. 2,5;</li> <li>- n. 1 paio di forbici bottonute cm. 20;</li> <li>- n. 2 lacci emostatici;</li> <li>- n. 5 buste monodose di disinfettante cutaneo.</li> <li>- n. 4 confezioni di ghiaccio istantaneo</li> </ul>
AuTS.20.4	<p>materiale di protezione individuale:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 3 paia occhiali o schermi protettivi;</li> <li>- n. 3 camici monouso;</li> <li>- n. 3 cappelli monouso;</li> <li>- n. 3 maschere monouso ad alta protezione (FFP3), in conformità a quanto indicato nella norma EN149 3ª categoria;</li> <li>- n. 2 paio di guanti di lavoro.</li> </ul>
<b>REQUISITI TECNOLOGICI – DOTAZIONI, ALLESTIMENTO E MATERIALI SANITARI DEGLI AUTOVEICOLI FENESTRATI ADIBITI AL TRASPORTO DISABILI</b>	
AuTS. 21	<p>Gli autoveicoli rispondono a quanto previsto nel DM – Ministero trasporti -2 ottobre 1987 è consentito il trasporto di più utenti purché nel rispetto di quanto stabilito dalla carta di circolazione, dalle convenzioni, dal comfort e dalla normativa vigente in materia di privacy (d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.).</p> <p>Tali veicoli devono essere dotati di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attrezzature per il sollevamento ancoraggio e trasporto di almeno una carrozzina occupata da disabile;</li> <li>- portata del sistema di sollevamento di almeno 250 Kg. per i mezzi immatricolati dopo l'entrata in vigore del presente regolamento; o in alternativa scivolo manuale omologato secondo disposizioni vigenti</li> <li>- presenza di almeno un altro sedile per accompagnatore oltre a quello del conducente;</li> <li>- telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere;</li> <li>- n. 1 faro estraibile di servizio a luce bianca;</li> <li>- n. 1 estintore da almeno 2 kg;</li> <li>- n. 1 paio di guanti da lavoro;</li> <li>- n. 1 sedia che consenta il trasporto dell'assistito lungo le scale;</li> <li>- n. 3 scatole di guanti monouso di varia misura e materiale per medicazione</li> </ul>
<b>REQUISITI TECNOLOGICI – DOTAZIONI, ALLESTIMENTO E MATERIALI SANITARI DELLE AUTOVETTURE ADIBITE AL TRASPORTO</b>	
AuTS. 22	<p>Automezzi devono essere dotati di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 1 estintore da almeno 2 kg</li> <li>- telefono cellulare con impianto viva voce o analogo sistema per l'utilizzo a mani libere;</li> <li>- n. 3 scatole di guanti monouso di varia misura e materiale per medicazione</li> </ul>
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI – DOTAZIONE DI PERSONALE</b>	
AuTS.23	Ogni veicolo deve avere a bordo la scheda (cartacea o informatizzata) attestante il servizio con indicazione di: località, indirizzo, ora di partenza e di arrivo del mezzo, nominativo del conducente e del/i trasportato/i.
AuTS.24	Durante l'espletamento del servizio di trasporto sanitario è fatto divieto di trasportare contestualmente materiale biologico (sangue, plasma, etc.);
AuTS.25	<p>Il personale minimo necessario per i vari tipi di trasporto è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autovettura: un autista.</li> <li>- Autoveicolo fenestrato: un autista coadiuvato, ove richiesto, da soccorritore.</li> <li>- Ambulanza da trasporto: due unità (un autista e un soccorritore).</li> </ul>
AuTS.26	La dotazione minima di personale impiegato nel trasporto deve essere integrato con altre figure professionali (Medici, infermieri) in relazione alle condizioni cliniche del paziente
<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI – CARATTERISTICHE DEL PERSONALE</b>	
AuTS.27	<p>Il personale addetto al trasporto sanitario, indipendentemente dal tipo di rapporto in essere (volontario, dipendente o assimilato e volontari del servizio civile), deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aver compiuto la maggiore età e non aver superato il settantacinquesimo anno di età;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avere buona conoscenza della lingua italiana;</li> <li>- essere in possesso dell'idoneità fisica alla specifica mansione</li> </ul>
AuTS.28	<p>Il personale impiegato deve possedere seguenti requisiti:</p> <p>Autista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di guida degli autoveicoli;</li> <li>- possesso della certificazione attestante il superamento del percorso formativo da soccorritore secondo normativa vigente e attestato BLS-D in corso di validità;</li> <li>- conoscenza della viabilità e dell'area geografica di attività;</li> <li>- competenza nell'utilizzo dei sistemi di navigazione satellitare terrestre e di radio tele comunicazione.</li> </ul> <p>Soccorritore/assistente accompagnatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- possesso della certificazione attestante il superamento del percorso formativo da soccorritore secondo normativa vigente e attestato BLS-D in corso di validità,.</li> </ul> <p>Infermieri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- titoli abilitanti all'esercizio della professione</li> <li>- iscrizione all'albo professionale</li> <li>- possesso della certificazione attestante il superamento del percorso formativo da soccorritore secondo normativa vigente e attestato BLS-D in corso di validità,.</li> </ul> <p>Medici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- titoli abilitanti all'esercizio della professione</li> <li>- iscrizione all'albo professionale</li> <li>- possesso della certificazione attestante il superamento del percorso formativo da soccorritore secondo normativa vigente e attestato BLS-D in corso di validità.</li> </ul>

Al Sig. Direttore Generale dell'azienda per l'assistenza sanitaria/azienda sanitaria universitaria integrata di..

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 nato a ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ /  
 residente in ( \_\_\_\_\_ )  
 via / piazza \_\_\_\_\_ n°  
 codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_  
 nella sua qualità di titolare/legale rappresentante  
 della ditta/società  
 con sede in ( \_\_\_\_\_ )  
 via / piazza n° \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_,  
 nome del Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

CHIEDE  
 IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE

per

- apertura
- adattamento
- trasformazione
- ampliamento
- trasferimento
- variazione

della sede operativa dedicata all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario denominata \_\_\_\_\_ ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ via / piazza n° \_\_\_\_\_

li

Firma (per esteso e leggibile)

Si allega la seguente documentazione:

- a) copia del progetto già approvato dal Comune ai fini dell'autorizzazione di cui all'art. 6 del regolamento, completo di piante sezioni e prospetti con destinazione d'uso dei singoli locali;
- b) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la conformità della struttura al progetto approvato dal Comune;
- c) certificato di agibilità dei locali
- d) relazione tecnica sulla conformità dei locali ai requisiti minimi strutturali, di cui all'Allegato 1 del regolamento;
- e) copia del certificato di Prevenzione Incendi, ove previsto;
- f) elenco degli impianti e delle attrezzature di cui è dotata la sede;
- g) copia dell'atto costitutivo, se il richiedente è persona giuridica;
- h) dichiarazione firmata, secondo le forme di legge, di accettazione dell'incarico e della conseguente responsabilità da parte del Direttore sanitario designato;
- i) elenco degli impianti e delle attrezzature di cui è dotata la struttura;
- j) nel caso di Organizzazioni di Volontariato, o di Promozione sociale gli estremi della iscrizione al rispettivo Registro Regionale, con autocertificazione attestante la presenza tra gli scopi statutari del trasporto sanitario;
- k) nel caso di Cooperativa Sociale:
  - 1) estremi della iscrizione nell'albo Regionale delle Cooperative Sociali;
  - 2) copia dell'ultima revisione annuale effettuata, 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 ;

- l) nel caso di Impresa individuale o di società, copia dell'atto costitutivo e dell'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
- m) planimetria in scala 1:100 dei locali adibiti a sede operativa, depositi, rimesse nonché altri spazi, diversi dalla sede operativa, in cui viene svolta l'attività, corredata da relazione illustrativa sulla destinazione d'uso dei locali e che attesti il rispetto delle norme di sicurezza del settore nonché copia di certificazione di agibilità;
- n) dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nella quale il legale rappresentante del soggetto richiedente dichiara:
  - 1) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa. In caso contrario il richiedente dovrà indicare la situazione in cui si trova ed esplicitare la natura dei provvedimenti;
  - 2) di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico o l'elencazione di quelli di cui è a conoscenza;
  - 3) di essere iscritto al registro delle imprese (nel caso di impresa);
  - 4) di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento o insolvenza e di non aver presentato domanda di concordato (nel caso di impresa).
- p) dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia rilasciata ai sensi della normativa vigente;
- q) copia del contratto stipulato per il ritiro, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali ovvero accordi sostitutivi del medesimo;
- r) elenco nominativo, comprensivo del luogo e della data di nascita, degli operatori suddivisi secondo:
  - 1) il loro inquadramento: volontari (per le Organizzazioni di Volontariato/Promozione sociale e, qualora presenti, per le Cooperative Sociali), personale dipendente, giovani in servizio civile, altro;
  - 2) le mansioni loro assegnate: soccorritori, autisti, assistenti accompagnatori, infermieri, medici, personale amministrativo, centralinisti;
- s) dichiarazione circa la gratuità del servizio prestato rilasciata da ciascun addetto volontario;
- t) copia delle polizze assicurative per i rischi derivanti da:
  - t.1 responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, conseguenti sia alla circolazione degli autoveicoli sia allo svolgimento delle attività legate al servizio;
  - t.2 infortuni occorsi agli operatori addetti alle attività di trasporto;
- u) documentazione idonea a comprovare l'iscrizione alle assicurazioni sociali del personale a rapporto d'impiego;
- v) 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, ad eccezione di quello volontario, 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;
- w) elenco degli autoveicoli adibiti al trasporto sanitario con l'indicazione del tipo, modello e caratteristiche tecniche secondo la classificazione prevista dalla vigente normativa in materia, numero di targa, anno di immatricolazione, chilometri percorsi;
- x) elenco delle apparecchiature elettromedicali possedute a qualsiasi titolo dal soggetto che richiede l'autorizzazione, con l'indicazione del nominativo di un responsabile della manutenzione ordinaria nel rispetto della normativa vigente o copia del contratto attestante l'assistenza manutentiva.

FIRMA

-----



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

## REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI TRASPORTO SANITARIO AI SENSI DELLA LR 20.2.1995, N. 12 ART. 16.

La tabella è composta di 6 colonne:

- la colonna 1 riporta un gruppo di lettere che individua la tipologia del requisito, TS= Trasporti sanitari
- la colonna 2 riporta la descrizione dei requisiti raggruppati per area tematica;
- la colonna 3, contrassegnata dalla lettera "E" individua i requisiti essenziali;
- la colonna 4 è riservata all'autovalutazione ed è compilata dalla struttura richiedente all'atto della presentazione della domanda di accreditamento; riporta le lettere "C", conforme, "NC" non conforme e "NA" non applicabile; tutti i riquadri devono essere compilati e per ciascun requisito il soggetto autorizzato deve selezionare una sola delle lettere sopraindicate;
- la colonna 5 è uno spazio per annotazioni in relazione e a completamento dell'autovalutazione; è richiesto di motivare sempre la non applicabilità di un requisito;
- la colonna 6 è riservata ai valutatori regionali dell'accreditamento istituzionale ed è compilata all'atto del sopralluogo per la verifica della conformità ai requisiti.

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
<b>ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA</b>					
AccTS.1	La Direzione ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, un documento che descrive la struttura organizzativa e definisce le responsabilità di coordinamento e controllo delle attività.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.2	La Direzione ha definito e aggiornato in caso di variazione le funzioni che ogni figura professionale è chiamata a svolgere.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.3	La Direzione ha definito le modalità con cui garantisce la continuità del servizio in caso di urgenze o eventi imprevisti	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.4	La direzione dispone di un sistema di contabilità analitica in grado di rendicontare i costi effettivamente sostenuti per il servizio		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>					
AccTS.5	La Direzione della struttura garantisce la raccolta e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali/aziendali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.6	La Direzione ha definito e regolamentato le procedure di accesso ai dati nel rispetto della riservatezza richiesta.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.7	La Direzione ha definito una procedura a garanzia della tracciabilità degli interventi		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>RISORSE TECNOLOGICHE E MEZZI DI TRASPORTO</b>					
AccTS.8	La direzione ha definito un piano degli interventi di manutenzione ordinaria e		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

	straordinaria della struttura, degli impianti generali e di tutte le apparecchiature e mezzi di trasporto.				
AccTS.9	La direzione ha adottato un inventario delle apparecchiature e dei mezzi di trasporto in dotazione aggiornato almeno annualmente		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.10	La direzione ha definito un piano di ammodernamento delle attrezzature e dei mezzi di trasporto.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>STANDARD ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>					
AccTS.11	La Direzione ha predisposto un programma formativo annuale al fine di garantire il mantenimento delle competenze del personale		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.12	Il personale già in possesso delle certificazioni previste dalla normativa vigente deve aver effettuato una attività di tirocinio pratico in affiancamento a personale esperto di : - almeno 10 ore di effettiva attività per il personale impiegato sugli autoveicoli e furgoni finestrati - almeno 25 ore di effettiva attività per il personale impiegato sulle autoambulanze		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.13	I soggetti autorizzati garantiscono l'istruzione del proprio personale sull'utilizzo dei presidi e delle dotazioni collocate a bordo di ciascun mezzo utilizzato	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.14	Le cartelle personali di ciascun operatore sono costantemente aggiornate e contengono gli attestati dei percorsi formativi effettuati	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: PROCEDURE, REGOLAMENTI</b>					
AccTS.15	La direzione ha approvato e reso disponibile un manuale delle procedure operative applicabile agli interventi di trasporto sanitario relativamente a: - movimentazione ancoraggio persona (barellata/carrozzina); - utilizzo DPI; - gestione dei pazienti (dializzati, portatori di handicap, affetti da disagio psichico; infettivi)		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.16	La Direzione ha regolamentato una procedura per la modalità della ricezione gestione delle richieste dei trasporti con definizione dei tempi massimi di evasione della richiesta		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE</b>					
AccTS.17	La Direzione mette a disposizione dell'utenza la carta dei servizi indicante: - Elenco e sedi delle sedi operative con relativi recapiti telefonici - Tipologia dei servizi offerti - Modalità di accesso - Indicatori di qualità ed impegni	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

	- Diritti e doveri dell'utenza			
<b>VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA</b>				
AccTS.18	La Direzione ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per i pazienti, gli operatori.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.19	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione (incident reporting).		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.20	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.21	Il personale ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.22	Il personale ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'attività in conformità al programma regionale.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.23	Il personale della struttura ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno al paziente a seguito di caduta accidentale.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
<b>VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</b>				
AccTS.24	La Direzione ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	E	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.25	I risultati dei progetti di miglioramento della qualità sono comunicati agli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.26	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.27	La direzione raccoglie e analizza le non conformità (ritardi, mezzi non adeguati ecc.) e definisce azioni di miglioramento			
<b>VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE</b>				
AccTS.28	La Direzione ha attivato modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo e/o soddisfazione degli operatori.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
AccTS.29	La Direzione ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami e la valutazioni della soddisfazione degli utenti.		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA