



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. S.I.A.V.

PROCEDURA OPERATIVA

Autorizzazione sanitaria per l'attività di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo ambulanze

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di regolamentare l'iter amministrativo relativo alle richieste di rilascio delle autorizzazioni per l'attività di trasporto infermi e/o infortunati mediante ambulanze ai fini della trasparenza e dell'anticorruzione.

A tal proposito si precisa, comunque, che l'applicabilità del principio della rotazione, come misura di prevenzione da eventi corruttivi, presenta delle criticità peculiari nella sua applicabilità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento dell'attività di che trattasi.

Nello specifico, l'attività ispettiva richiede competenze specialistiche, esperienze consolidate, che inducono a considerarla un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione sia per la necessaria competenza da acquisire sia per il numero limitato delle figure professionali presenti all'interno dei diversi Servizi.

Pertanto, la rotazione del personale sarà sempre effettuata, ove possibile e nel rispetto dei limiti sopra indicati, poiché è necessario assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa nonché il raggiungimento dei LEA.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria/idoneità sanitaria per lo svolgimento dell'attività destinata al trasporto di infermi e/o infortunati a mezzo di ambulanza nonché per il rinnovo annuale.

- Rilascio della autorizzazione sanitaria al servizio di trasporto infermi a mezzo di autoambulanze da parte di privati, cooperative sociali ed associazioni di volontariato e di accreditamento delle associazioni di volontariato alle attività di supporto al trasporto in emergenza- urgenza secondo i dettami della Circolare dell'Assessorato della Salute del 17 aprile 2019, n. 6 G. U. R. S. n. 19 del 03-05-2019 e suoi Chiarimenti Assessoriali del 25/09/2019 prot. n° 67539 (**MOD.01- PO.01**);
- autorizzazione sanitaria primo rilascio/variazione dei requisiti della precedente autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo autoambulanze (**MOD.09-PO.01**);
- rinnovo annuale (**MOD.08-PO.01**).

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Requisiti oggettivi

- T.UU.LL.SS. n.1265 del 27/07/34;
- Legge n. 296 del 13/3/58;
- D.M. della Sanità del 05/07/75 – G.U. n°190 del 18/07/75;
- Legge n. 833/78;
- D.M. n.533 del 17/12/87 e successive modificazioni;
- D.M. Ministero del Trasporti del 05/11/96;
- LL. RR. n.30 del 03/11/93 e n.33 del 20/08/94;
- D.A. n. 319/2016;
- D. Lgs. n° 222/2016;
- Assessorato della Salute -Regione Sicilia circolare del 17 aprile 2019, n. 6 - G.U.R.S. n. 19 del 03-05-2019e suoi chiarimenti del 25/09/2019 prot. N° 67539;

Requisiti soggettivi

- D.A. n.724 del 09/08/2022 aggiornato dal D.A. n.741 del 04/07/2023

4. PRESENTAZIONE DELLA ISTANZA

La richiesta dovrà essere presentata in carta semplice a firma del Rappresentante legale ed indirizzata al Direttore Generale dell’A.S.P. di Enna - Dipartimento di Prevenzione - Area di Igiene Sanità Pubblica – Servizio Igiene degli Ambienti di Vita e Sanità Pubblica, Viale Diaz n.7/9 – 94100 ENNA, con richiesta di “*autorizzazione all’attività di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo autoambulanze*” (con allegata la documentazione richiesta e sotto specificata).

Ai fini del rilascio dell’autorizzazione sanitaria/variazione dei requisiti di quella precedente e/o rinnovo annuale, il richiedente dovrà sottoscrivere autocertificazione resa secondo i contenuti dell’art. 10 del D.A. n.741/2023, testo coordinato del D.A. n. 724/2022.

La richiesta unitamente alla documentazione può essere inoltrata a mezzo pec ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

protocollo.generale@pec.asp.enna.it

siav@pec.asp.enna.it

Ammissibilità dell'istanza ed avvio del Procedimento

Ricevuta l'istanza, il Direttore dell'UOC SIAV, valutata l'ammissibilità della richiesta, procede alla assegnazione al Responsabile del Procedimento, che verifica la documentazione e se ne ravvisa l'incompletezza/inesattezza ne richiede una integrazione di documenti, ai sensi dell'art.10 bis della L. 241/90; se tale integrazione non avviene entro i termini indicati dalla norma, si procede all'archiviazione della richiesta.

Istruttoria tecnico-amministrativa

Ammessa l'istanza, con autocertificazioni requisiti soggettivi (**MOD.02-PO.01**) e adempimenti previsti dal D. Lgs n. 159/2011, il Responsabile del Procedimento, avvia la fase istruttoria tecnico-amministrativa ed organizza il successivo sopralluogo presso le strutture indicate dalla Parte proponente o per i mezzi segnalati per il trasporto infermi.

Sopralluogo

Il Dirigente Medico incaricato dell'istruttoria esegue, unitamente ai Tecnici della Prevenzione, ognunoper quanto di competenza, il sopralluogo con la planimetria prodotta, al fine di verificare la corrispondenza con lo stato dei luoghi, la sussistenza dei requisiti igienico sanitario dei locali ed i requisiti tecnologici ed organizzativi.

Va redatto l'apposito verbale (**MOD.03-PO.01 o MOD.04-PO.01**) sottoscritto dal personale dell'ASP incaricato nonché dal Legale Rappresentante nella spiegata qualità.

In fase di controllo verrà verificata sia la struttura che i *mezzi utilizzati per il trasporto infermie/o infortunati*; questi ultimi saranno soggetti a:

- (**MOD.09-PO.01**) autorizzazione nel caso di primo utilizzo per ambulanze di soccorso di *tipo A* o di *tipo B*;
- (**MOD.05-PO.01**) **CHECK LIST** revisione annuale per ambulanza di soccorso di *tipo A*;
- (**MOD.06-PO.01**) **CHECK LIST** revisione annuale per ambulanza di soccorso di *tipo B*;
- (**MOD.07-PO.01**) verifica annuale declassazione ambulanza di trasporto di *tipo B*;
- (**MOD.09-PO.01**) autorizzazione sanitaria primo rilascio.

Sopralluogo con prescrizioni o con esito non favorevole

Qualora in fase di sopralluogo scaturissero inadeguatezza strutturali, igienico sanitarie e/o organizzative, si procederà alla annotazione delle prescrizioni con conseguente assegnazione di un periodo di tempo congruo, concordato con la parte interessata, al fine dell'eliminazione di quanto rilevato.

Tali prescrizioni ed il tempo assegnato verranno indicati nel verbale di ispezione, controfirmato dagli incaricati dell'Asp e dal titolare dell'istanza, o suo delegato, a cui viene consegnata copia.

Nel caso in cui l'interessato non abbia potuto ottemperare alle prescrizioni entro i termini stabiliti può richiedere una proroga al Direttore della UOC SIAV indicando le ragionevoli motivazioni.

Successivamente si procederà con ulteriore sopralluogo; nel caso in cui dal controllo scaturisse un nuovo parere sfavorevole si procederà con la chiusura del Procedimento ed il successivo rigetto motivato della richiesta.

5. PROVVEDIMENTO AUTORIZZATIVO

Con esito positivo del sopralluogo si procederà alla predisposizione dell'Autorizzazione **(MOD.09-PO.01)** da parte del Responsabile del Procedimento.

L'autorizzazione sanitaria e le eventuali variazioni alla stessa sono firmate dal Direttore della UOC SIAV e dal Direttore Generale dell'Azienda.

Il rinnovo annuale dell'autorizzazione sanitaria è firmata dal Direttore UOC SIAV.

L'Autorizzazione così firmata verrà restituita all'UOC SIAV per il protocollo ed il successivo rilascio al proponente dell'istanza.

6. PAGAMENTO DEI DIRITTI SANITARI

Il rilascio dell'autorizzazione sanitaria, la variazione della stessa ed il rinnovo annuale sono subordinati al pagamento dei diritti sanitari presso le Casse Cup dell'ASP di Enna con il relativo codice CUP e l'importo.

Istruttoria per autorizzazione/variazione Direttore Generale	Per ogni mezzo	€ 99,96	Codice CUP - AM405
Verifica annuale	Per ogni mezzo	€ 66,30	Codice CUP - AM406

7. PAGAMENTO DELLE TASSE SULLE CONSESSIONI GOVERNATIVE REGIONALI

Previo al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria, è necessario il pagamento della tassa con codice contributo 0106 di euro 139,44.

Entro il 31 gennaio di ogni anno è necessario procedere al versamento della tassa con codice contributo 0106 di euro 69,72.

Il mancato pagamento della tassa annuale esporrebbe l'Autorizzazione Sanitaria ad una eventuale revoca, oltre alla irrogazione delle sanzioni previste e di interessi moratori.

8. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Ogni qualvolta un Procedimento viene portato a compimento in maniera differente da quanto programmato, o comunque oltre i termini previsti dalla normativa vigente, si dovrà procedere alla opportuna e contestuale specificazione delle motivazioni e/o contestazioni addotte, annotandolo tra i procedimenti amministrativi “*non conclusi entro i termini di legge*”, al fine dell’adozione di eventuali correttivi in un’ottica di efficienza ed efficacia del Servizio.

9. ARCHIVIAZIONE

Ultimato l’iter autorizzativo, l’intera pratica corredata di tutta la documentazione, verrà archiviata presso il Servizio Igiene Ambienti di Vita a cura del Responsabile del Procedimento e dell’ufficio amministrativo.

10. ALLEGATI RICHIAMATI

MOD.01-PO.01 – *Documentazione per richiesta autorizzazione sanitaria all’esercizio dell’attività di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo autoambulanze” (anche per eventuale variazione dall’autorizzazione sanitaria e per rinnovo annuale)*

MOD.02-PO.01 – *“Autocertificazioni requisiti soggettivi” di cui all’art.9 DA 741/2023;*

MOD.03-PO.01 – *“Ispezione per autorizzazione di primo utilizzo per ambulanze di soccorso di tipo A”;*

MOD.04-PO.01 – *“Ispezione per autorizzazione di primo utilizzo per ambulanze di trasporto di tipo B”;*

MOD.05-PO.01 – *“CHECK LIST ispezione per revisione annuale per ambulanze di soccorso di tipo A”;*

MOD.06-PO.01 – *“CHECK LIST ispezione per revisione annuale per ambulanze di trasporto di tipo B”;*

MOD.07-PO.01 – *“Verifica annuale declassazione ambulanza per mezzi di soccorso di tipo B”;*

MOD.08-PO.01 – *“Verifica annuale permanenza requisiti igienico-sanitari per mezzi di soccorso di tipo A e B” (Rinnovo autorizzazione sanitaria);*

(MOD.09-PO.01) – *Autorizzazione sanitaria primo rilascio.*



DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

MOD.01-PO.01

PER OTTENERE IL RILASCIO DELLA AUTORIZZAZIONE SANITARIA ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI TRASPORTO INFERMI E/O INFORTUNATI A MEZZO AUTOAMBULANZE SECONDO I DETTAMI DELLA CIRCOLARE DELL' ASSESSORATO ALLA SANITA' DELLA REGIONE SICILIANA N. 615 DEL 14/12/1991:

- domanda a firma del rappresentante legale indirizzata al Direttore Generale A.S.P Enna Dipartimento di Prevenzione - Area di Igiene e Sanità Pubblica – **Servizio Igiene degli Ambienti di Vita** Viale Diaz n.7/9, 94100 Enna con **richiesta di autorizzazione all'attività** di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo autoambulanze riportante le seguenti indicazioni: direttore sanitario responsabile, regolamento interno dell'associazione (solo se associazione di volontariato senza fini di lucro), atto costitutivo di eventuale società, elenco del personale che opera a qualsiasi titolo nella struttura, orario di servizio dell'attività;
- n° 2 planimetrie in scala 1/100 datate e firmate da tecnico qualificato, riportanti gli impianti idrici, elettrici e fognanti e con l'indicazione dei seguenti locali:
 - locale direzione con servizio telefonico;
 - locali per il personale in servizio in attesa di chiamate: soggiorno e spogliatoio;
 - locali rimesse per autoambulanza dotati di prese d'acqua per il lavaggio, chiusino idraulico nel pavimento, lavatoio, pareti idrolavabili - (le associazioni di volontariato delle "Fraternite Misericordia" che vogliono avvalersi della deroga prevista dalla circolare regionale del 21/12/1992 n. prot. 30802269, possono presentare solo copia del contratto di convenzione con una ditta di autolavaggio);
 - locali per il deposito di materiale di pulizia e disinfezione delle autoambulanze;
- relazione tecnica a firma di un tecnico qualificato;
- titolo di proprietà dei locali o copia del contratto di affitto con durata non inferiore ai 5 anni (copia conforme);
- certificato di agibilità per l'attuale destinazione d'uso dei locali;
- elenco delle ambulanze indicando marca, tipo, targa, finalità del veicolo (Tipo A – Tipo B), corredato dalle fotocopie integrali dei libretti di circolazione;
 - copia autentica dei titoli professionali del personale sanitario e parasanitario, o eventualmentecopie autenticate con autocertificazione dei possessori dei titoli;

- dichiarazione di accettazione della Direzione tecnico-sanitaria del Direttore Sanitario Responsabile e di inesistenza di situazioni di incompatibilità;
- certificato di laurea, abilitazione professionale del direttore tecnico-sanitario (o certificato d'iscrizione all'Ordine dei Medici) Documento Identità e C.F.;
- elenco del personale con generalità completa, qualifica e dichiarazioni di ciascun dipendente riguardanti l'inesistenza di impegni fissi durante le ore di servizio e di non incompatibilità;
- orario di servizio, turnazione vistati dal direttore sanitario;
- atto costitutivo di eventuale società o statuto dell'Associazione e copia dell'attestato d'iscrizione al Registro Regionale ai sensi della L. 266/91 (solo se associazione di volontariato senza fini di lucro) e/o certificato d'iscrizione all'Anagrafe Unica delle O.N.L.U.S.;
- autocertificazione dei requisiti morali di tutti i soggetti con potere di rappresentanza (D.P.R. 252/1998 art. 2 comma 3 con allegata copia di documento valido) o in alternativa l'autocertificazione resa ai sensi dell'art.9 del D.A. n.741 del 04.07.2023 – Gurs n.29 del 14.07.2023 testo coordinato del DA n.724/2022;
- Adempimenti previsti dal Decreto Legislativo n°159/2011 e s.m.i. :
 - copia integrale della visura camerale aggiornata con l'attuale compagine societaria contenente tutti i componenti o dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio redatta dal Rappresentante Legale e contenente le medesime indicazioni (o in alternativa l'autocertificazione resa ai sensi dell'art.10 del D.A. n.741 dell'04.07.2023 – Gurs n.29 del 14.07.2023 testo coordinato del DA n.724/2022);
 - dichiarazione sostitutiva antimafia completa di generalità accompagnata da fotocopia di C.F.e documento di identità redatta da tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione e del Direttore Sanitario ciascuno dei quali inoltre dovrà compilare la dichiarazione sostitutiva inerente ai propri conviventi maggiorenni (o in alternativa l'autocertificazione resa ai sensi dell'art.9 del D.A. n.741 del 04.07.2023 – Gurs n.29 del 14.07.2023 testo coordinato del DA n.724/2022;
 - certificato e/o autocertificazione antimafia del rappresentante legale;
 - ricevuta di versamento del pagamento dei diritti sanitari da effettuarsi presso le casse CUP dell'Asp di Enna il relativo codice CUP e l'importo.

Istruttoria per autorizzazione/variazione Direttore Generale	Per ogni mezzo	€ 99,96	Codice CUP - AM405
Verifica annuale	Per ogni mezzo	€ 66,30	Codice CUP - AM406

- ricevuta di versamento del pagamento della tassa di concessione governativa codice tributo 0106 di euro 139,44 **relativa al rilascio** della presente autorizzazione;
- ricevuta di versamento del pagamento della tassa annuale di concessione governativa codice tributo 0106 pari ad euro 69,72, **relativa all'anno in corso** con scadenza 31 gennaio.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

(Verifica dei requisiti soggettivi per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie e dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture private - art. 9 D.A.
741/2023)

Dichiarazione di insussistenza delle cause ostative di esclusione di cui all'art. 94 del D. lgs. 31 marzo 2023, n. 36, da presentarsi al momento della proposizione dell'istanza per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria e dell'accREDITAMENTO istituzionale.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(prov. _____) il _____ residente in _____ (prov. _____)
via/piazza _____ n. _____, C.F. _____, nella
qualità di _____, della ditta/società

(specificare il tipo di società), con sede legale in _____ (prov. _____), alla
Via _____, C.F./P.IVA _____

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

per sé n.q. e per i soggetti di cui all'art. 9 comma 3 lett. a) D.A. 741/2023:

A. di non avere subito condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati di cui al comma 1 dell'art. 94 del D. lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

Detta causa ostativa opera nei confronti:

- del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;
- di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;
- dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;
- dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi gli institori e i procuratori generali;
- dei componenti degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;
- del direttore tecnico o del socio unico;
- dell'amministratore di fatto nelle ipotesi di cui alle lettere precedenti.

La causa ostativa non opera quando il reato è stato depenalizzato, ovvero quando è intervenuta la riabilitazione, ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

B. di non incorrere in cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

C. di non avere commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come definite dal comma 6 dell'art. 94 del D. lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

D. di non trovarsi, o la propria ditta/società/cooperativa etc., in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nei confronti del soggetto non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

E. di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;

F. di non essere stato destinatario della sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o di altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e dell'art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni.

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Indirizzo posta elettronica protocollo.generale@pec.asp.enna.it - siav@pec.asp.enna.it



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di Vita

MOD.03-PO.01

Oggetto: Ispezione per autorizzazione dell'ambulanza di **soccorso di tipo A**

modello Targata

dell'Associazione Onlus Ditta Cooperativa Sociale

denominata “.....”

con sede in Via

In data odierna, si è provveduto ad effettuare il sopralluogo ispettivo sul mezzo in oggetto.

Da tale sopralluogo è emerso che il mezzo è una ambulanza **di soccorso tipo A**, come riportato anche sulla carta di circolazione provvisoria definitiva che riporta la data di revisione meccanica del; presente un divisorio inamovibile mobile tra comparto guida e comparto sanitario, il comparto sanitario ospita una barella tipo UNI sita in posizione longitudinale adeguatamente ancorata. Le porte del comparto sanitario sono apribili sia dall'interno che dall'esterno, e possono essere bloccate anche nella posizione aperta.

Le aperture sono di adeguata luce e sono presenti dispositivi per l'illuminazione diurna/notturna.

I materiali usati per il rivestimento interno sono ignifughi e facilmente detergibili con i comuni disinfettanti presenti in commercio, dai quali non sono intaccabili.

Sono rispettate le norme riguardanti la colorazione convenzionale (bianca con scritte e fascioni arancione laterali e posteriori riflettenti) e sono in dotazione i lampeggiatori azzurri e la sirena previsti dalle vigenti normative.

La dotazione interna di attrezzature comprende le bombole d'ossigeno (n°.... + 1 portatile), la valigetta col kit di rianimazione (pallone ambu, cannule di safar, ecc.), monitor multiparametro (S.N.), defibrillatore-portatile (S.N) - ventilatore polmonare (S.N.), aspiratore portatile (S.N), saturimetro (S.N.), frigorifero (S.N), pompa a siringa (S.N), sfigmomanometro, barelle a cucchiaio e spinale, collari e materiale per medicazione.

Certificazione di verifica funzionale di impianto elettrico vano sanitario ed impianto di distribuzione gas medicale del

Presenti n. 2 estintori di cui 1 in cabina con data revisione scadenza del

Il tunnel centrale ha una altezza minima di m.1.75 ed è largo oltre 90 cm.

Pertanto, si esprime parere favorevole all'utilizzo del mezzo relativamente a quanto richiesto.

Note/prescrizioni:

.....
.....

Il Dirigente Medico



Oggetto: Ispezione per autorizzazione dell'ambulanza di **trasporto di tipo B**

modello Targata
dell'Associazione Onlus Ditta Cooperativa Sociale
denominata “.....”
con sede in Via

In data odierna, si è provveduto ad effettuare il sopralluogo ispettivo sul mezzo in oggetto.

Durante tale sopralluogo si è riscontrato quanto segue:

- Il mezzo **di trasporto di tipo B** suddetto, è dotato di divisorio inamovibile mobile tra comparto guida e comparto sanitario; il comparto sanitario ospita una barella tipo UNI (> 185 x 0,56 cm) sita in posizione longitudinale adeguatamente ancorata e un sedile ribaltabile (larghezza > 40cm). Le porte del comparto sanitario sono apribili sia dall'interno che dall'esterno, e possono essere bloccate anche nella posizione aperta.

Sono presenti delle aperture di adeguata luce (una finestra apribile per ogni fiancata) ed i dispositivi per l'illuminazione diurna/notturna. I materiali usati per il rivestimento interno sono ignifughi e facilmente detergibili con i comuni disinfettanti presenti in commercio, dai quali non sono intaccabili. Sono rispettate le norme riguardanti la colorazione convenzionale (bianca con scritte arancioneriflettenti) e sono in dotazione i lampeggiatori azzurri e la sirena previsti dalle vigenti normative.

La dotazione interna di attrezzature comprende le bombole d'ossigeno con umidificatore, la barella spinale, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, materiale per medicazione.

Presenti n. 1 estintore con data revisione scadenza del

Sul libretto di circolazione è riportata la dicitura “autoambulanza di trasporto” con ultima data di revisione meccanica del

La certificazione di verifica funzionale di impianto elettrico del vano sanitario ed impianto di distribuzione gas medicale riporta la data del

Pertanto, si esprime parere favorevole all'utilizzo del mezzo sopra descritto come autoambulanza di trasporto del tipo B relativamente al trasporto infermi.

Note/prescrizioni:

.....
.....
.....

Il Dirigente Medico



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di Vita

MOD.05-PO.01

Oggetto: Ispezione per **revisione annuale** dell'ambulanza di **soccorso di tipo A**

Modello Targata
dell'Associazione Onlus Ditta Cooperativa Sociale autorizzata al trasporto infermi
denominata “.....”
con sede in Via

In data odierna, si è provveduto ad effettuare il sopralluogo ispettivo sul mezzo in oggetto.

Da tale sopralluogo è emerso che il mezzo è una ambulanza **di soccorso tipo A**, come riportato anche sulla carta di circolazione provvisoria definitiva che riporta la data di revisione meccanica del; presente un divisorio inamovibile mobile tra comparto guida e comparto sanitario, il comparto sanitario ospita una barella tipo UNI sita in posizione longitudinale adeguatamente ancorata. Le porte del comparto sanitario sono apribili sia dall'interno che dall'esterno, e possono essere bloccate anche nella posizione aperta.

Le aperture sono di adeguata luce e sono presenti dispositivi per l'illuminazione diurna/notturna. I materiali usati per il rivestimento interno sono ignifughi e facilmente detergibili con i comuni disinfettanti presenti in commercio, dai quali non sono intaccabili.

Sono rispettate le norme riguardanti la colorazione convenzionale (bianca con scritte e fascioni arancione laterali e posteriori riflettenti) e sono in dotazione i lampeggiatori azzurri e la sirena previsti dalle vigenti normative.

La dotazione interna di attrezzature comprende le bombole d'ossigeno (n°.... + 1 portatile), la valigetta col kit di rianimazione (pallone ambu, cannule di safar, ecc.), monitor multiparametro (S.N.), defibrillatore portatile (S.N.), ventilatore polmonare (S.N.), aspiratore portatile (S.N.), saturimetro portatile (S.N.), frigorifero (S.N.), pompa a siringa (S.N.) sfigmomanometro, barelle a cucchiaio e spinale, collari e materiale per medicazione.

- Certificazione di verifica funzionale di impianto elettrico vano sanitario ed impianto di distribuzione gas medicale del

Presenti n. 2 estintori di cui 1 in cabina con data revisione scadenza del

Il tunnel centrale ha una altezza minima di m.1.75 ed è largo oltre 90 cm.

Pertanto, si verifica la permanenza dei requisiti igienico-sanitari previsti dalle normative vigenti.

Note/prescrizioni:
.....
.....

Il Dirigente Medico



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di Vita

MOD. 06 - PO. 01

Oggetto: Ispezione per revisione annuale dell'ambulanza di **trasporto di tipo B**

modello Targata

dell'Associazione Onlus Ditta Cooperativa Sociale autorizzata al trasporto infermi
denominata “.....”

con sede in Via

In data odierna, si è provveduto ad effettuare il sopralluogo ispettivo sul mezzo in oggetto.

Durante tale sopralluogo si è riscontrato quanto segue:

- Il mezzo **di trasporto di tipo B** suddetto, è dotato di divisorio inamovibile mobile tra comparto guida e comparto sanitario; il comparto sanitario ospita una barella tipo UNI (> 185 x 0,56 cm) sita in posizione longitudinale adeguatamente ancorata e un sedile ribaltabile (larghezza > 40cm). Le porte del comparto sanitario sono apribili sia dall'interno che dall'esterno, e possono essere bloccate anche nella posizione aperta.

Sono presenti delle aperture di adeguata luce (una finestra apribile per ogni fiancata) ed i dispositivi per l'illuminazione diurna/notturna. I materiali usati per il rivestimento interno sono ignifughi e facilmente detergibili con i comuni disinfettanti presenti in commercio, dai quali non sono intaccabili. Sono rispettate le norme riguardanti la colorazione convenzionale (bianca con scritte arancioneriflettenti) e sono in dotazione i lampeggiatori azzurri e la sirena previsti dalle vigenti normative.

La dotazione interna di attrezzature comprende le bombole d'ossigeno con umidificatore, la barellaspinale, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, materiale per medicazione.

Presenti n. 1 estintore con data revisione scadenza del

Sul libretto di circolazione è riportata la dicitura “autoambulanza di” con ultima data di revisione meccanica del

La certificazione di verifica funzionale di impianto elettrico del vano sanitario ed impianto di distribuzione gas medicale riporta la data del

Pertanto, si verifica la permanenza dei requisiti igienico-sanitari previsti dalle normative vigenti.

Note/prescrizioni:

.....

.....

Il Dirigente Medico



Oggetto: Verifica annuale della permanenza dei requisiti igienico-sanitari dell'ambulanza di soccorso di tipo A modellotg.

Declassazione ad ambulanza di trasporto di tipo B.

- Vista la Circolare Assessoriale n. 615/91;
- Visto il Decreto Assessoriale n. 3593 del 04/06/2004;
- Visto il D.D.G. n. 1996 del 17 /10/2011 del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico;
- Visto il provvedimento prot. _____ del _____, con il quale il Direttore Generale/Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna autorizzava la _____ con sede in _____ alla Via _____ al trasporto infermi a mezzo ambulanze con l'**ambulanza di soccorso di tipo A**
- Vista l'istanza delprot. n..... presentata dal sig. nella qualità di legale rappresentante della _____ **con la quale chiede la verifica della permanenza dei requisiti igienico-sanitari** del mezzo indicato in oggetto e l'integrazione del prot. n.;
- Visto l'esito dell'ispezione del mezzo sopra citato, eseguita da personale medico di questo servizio in data che **declassava** l'ambulanza di soccorso di tipo A in ambulanza di trasporto di tipo B per mancanza delle attrezzature previste

SI ATTESTA

che per il mezzo indicato in oggetto, permangono i requisiti igienico-sanitari previsti dalle normative vigenti **solo come ambulanza di trasporto di tipo B.**

Il presente attestato ha validità annuale e non ha più efficacia qualora vengano meno i requisiti verificati all'ispezione o in caso di cessione.

IL MEDICO RESPONSABILE

IL DIRETTORE DELLA UOC SIAV



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di Vita

MOD.08-PO.01

Al/Alla Sig./Sig. ra
legale rappresentante della Ditta trasporto infermi / onlus / coop. Soc. denominata
.....
con sede in via n°.....

Oggetto: Verifica annuale della permanenza dei requisiti igienico-sanitari dell'ambulanza di soccorso di tipo A o di tipo B modello tg.

- Vista la Circolare Assessoriale n. 615/91;
- Visto il Decreto Assessoriale n. 3593 del 04/06/2004;
- Visto il D.D.G. n. 1996 del 17 /10/2011 del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico;
- Visto il provvedimento prot. del, con il quale il Direttore Generale/Commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna autorizzava l'Associazione di volontariato "" con sede in via al trasporto infermi a mezzo ambulanze con l'**ambulanza di soccorso di tipo A o di tipo B modello tg.**;
- Vista l'istanza del prot. n..... presentata dal/la sig./sig.ra rappresentante legale della ditta "....." **con la quale chiede la verifica della permanenza dei requisiti igienico-sanitari** del mezzo indicato in oggetto;
- Visto l'esito favorevole dell'ispezione del mezzo sopra citato, eseguita da personale medico di questo servizio in data

SI ATTESTA

che per il mezzo indicato in oggetto, permangono i requisiti igienico-sanitari previsti dalle normative vigenti.

Il presente attestato ha validità annuale e non ha più efficacia qualora vengano meno i requisiti verificati all'ispezione o in caso di cessione.

IL MEDICO RESPONSABILE

IL DIRETTORE DEL S.I.A.V.

IL PRESENTE DOCUMENTO DEV'ESSERE CONSERVATO UNITAMENTE AL LIBRETTO DI CIRCOLAZIONE DELL'AUTOMEZZO ED ESIBITO SU RICHIESTA DELLE FORZE DELL'ORDINE E/O DEL PERSONALE DI VIGILANZA DELLE ASP.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. S.I.A.V.
Servizio Igiene Ambienti di Vita

MOD.09-PO.01

Autorizzazione Sanitaria primo rilascio

II DIRETTORE GENERALE

- visto il T.U. delle LL.SS. approvato con R.D. 27/07/1934 n.1265;
- vista la legge n. 296 del 13/3/58;
- vista la legge n. 833/78;
- visto il D.P.R. 13/5/1986 n. 256;
- visto il D.M. 17/12/1987 n. 553;
- viste le circolari assessoriali n. 387/87 - n. 615/91 e le note prot.n. 30800776 dell'11/5/1992 e n.30801071 del 6/5/1993;
- viste le LL. RR. n.30 del 3/11/93 e n.33 del 20/8/94;
- visto il decreto dell'Ass. Reg. alla Sanità n. 13306 del 18/11/94;
- viste le circolari n. 113/86 prot. n. 1894/4332 del 16/06/1986 e n. 8/88 prot. n. 178/4332 del 21/1/1988 del Ministero dei Trasporti Direzione Generale M.C.T.C.;
- visto il decreto del 5/11/96 (G.U. n. 268 del 15/11/96) e n. 487 del 20/11/97 del Ministero dei Trasporti;
- visto il DA 741/2023;
- vista la quietanza di versamento intestato all'ASP di Enna di € 99,96 del con codice AM 405;
- vista la quietanza di versamento della tassa di concessione governativa codice tributo 0106 di euro 139,44 relativa al rilascio della presente autorizzazione;
- vista, altresì, la quietanza di versamento della tassa annuale di concessione governativa codice tributo 0106 pari ad euro 69,72, relativa all'anno in corso con scadenza 31 gennaio;
- considerato che l'autorizzazione per lo svolgimento dell'attività sanitaria di trasporto infermi e/o infortunati a mezzo autoambulanze è gravata dalla tassa annuale di concessione governativa regionale e che il legale rappresentante della "....." dovrà entro il termine perentorio del 31 gennaio di ogni anno provvedere al versamento della tassa producendo a questo Servizio SIAV quietanza di versamento entro 10 giorni dalla scadenza del termine ultimo fissato al 31 gennaio di ogni anno;
- visto l'art 9 D.P.R. 641/72 che prevede, in caso di omesso, tardivo o carente versamento della tassa annuale di concessione governativa, l'eventuale revoca dell'autorizzazione sanitaria e l'applicazione delle sanzioni previste nonché l'addebito degli interessi moratori e delle spese di notifica ai sensi della normativa vigente;
- visto l'art 8 D.P.R. 641/72 secondo il quale "Gli atti per i quali sono dovute le tasse non sono efficaci sino a quando queste non siano pagate", e che l'Ufficio - in tal caso - potrà prevedere anche la revoca della presente autorizzazione;
- vista l'istanza presentata in dataprot. n..... dal/la sig./sig.ra
(nato/a a il e residente in

C.F.) nella qualità di legale rappresentante della Ditta “.....” con sede legale in via con la quale **chiede l’autorizzazione all’esercizio dell’attività di trasporto infermi e/o infortunati** da espletare nei locali siti in mediante l’utilizzo dell’ambulanza di di tipo B modello tg.....;

- visto il verbale di sopralluogo effettuato in data da personale medico dell’Area Dipartimentale di Igiene e Sanità Pubblica di Enna dal quale si evince che i locali operativi ed il mezzo suddetto sono conformi alle vigenti normative;
- vista la documentazione prodotta e le integrazioni del prot. n. e del prot. n.;

A U T O R I Z Z A

Il sig./La Sig.ra (già generalizzato/a in premessa) nella qualità di legale rappresentante della Ditta “.....” **al servizio trasporto infermi e/o infortunati** da espletare nei locali siti in (così come descritti nell’allegata planimetria che fa parte integrante del presente provvedimento), **mediante il seguente mezzo:**

Ambulanza di di tipo.....: tg.

La direzione tecnico sanitaria del servizio viene affidata al **Dott.** (nato a il e residente in....., laureato in Medicina e Chirurgia ed iscritto all’Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____ n.... con anzianità ... - C.F.).

Le premesse del presente provvedimento s’intendono integralmente richiamate e sono parte integrante e sostanziale dello stesso.

Le ambulanze devono essere permanentemente dotate dell’attrezzatura prevista, **devono essere annualmente sottoposte a verifica** e, dopo ogni servizio effettuato, devono essere sottoposte a disinfezione. Ogni intervento a mezzo ambulanza di soccorso dovrà essere disimpegnato sotto la diretta responsabilità del Direttore Tecnico-Sanitario e dovrà essere assicurato il personale previsto dalla normativa vigente.

È fatto obbligo al titolare, altresì, di soddisfare le vigenti norme in materia di prevenzione incendi, infortunistica, igiene del lavoro, di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, tasse sulle concessioni governative regionali e di munirsi di tutte le autorizzazioni di competenza di altre amministrazioni ed in quanto previste dalle vigenti leggi.

Qualsiasi variazione non autorizzata relativa ai mezzi, al titolo di disponibilità, ai locali, al soggetto sociale, alla direzione tecnico-sanitaria, al personale e quant’altro o la mancata osservanza delle prescrizioni sopracitate **costituisce motivo di chiusura temporanea della struttura e successiva revoca del presente provvedimento.**

La presente autorizzazione è soggetta a condizione risolutiva e verrà **revocata in autotutela** qualora il riscontro prefettizio **non risulti conforme alla normativa antimafia.**

La presente autorizzazione revoca tutte le precedenti rilasciate da quest’Ufficio e non rappresenta convenzione con l’ASP Enna né riconoscimento come organizzazione di volontariato od ONLUS.

Il funzionario responsabile

IL DIRETTORE DELLA UOC S.I.A.V.

IL DIRETTORE GENERALE