

MODULO 215 A  
SCHEDA VERIFICA MEZZI TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE - AUTOVETTURA E FURGONE FINESTRATO

| Vettore | Sigla del mezzo | Targa | Data di immatricolazione | Km percorsi <sup>(1)</sup> | N. Pazienti trasportati |
|---------|-----------------|-------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
|---------|-----------------|-------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|

| Sezione A – Esterno mezzo e documentazione                                               |                                                         | Note del team di controllo <sup>(6)</sup>                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 – Colorazione del mezzo <sup>(2)</sup>                                                 | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 2 – Denominazione del Vettore (soggetto titolare del servizio) <sup>(3)</sup>            | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 3 – Presenza dell'indicazione “Trasporto sanitario semplice” <sup>(4)</sup>              | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 4 – Revisione del mezzo effettuata nell'ultimo anno solare (art. 80 codice della Strada) | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 5 – Carta di circolazione (originale o copia) <sup>(9)</sup>                             | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 6 – Copertura assicurativa valida (non scaduta oltre il 15° giorno) <sup>(10)</sup>      | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 7 – Presenza a bordo del MOD 05B NEA Scheda TSS – Pazienti dializzati                    | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| Sezione B – Comparto guida e materiale vario                                             |                                                         | Dichiarazione dell'autista del mezzo, del Responsabile del Vettore o di un suo delegato |
| 8 – Estintore da almeno 2 kg, regolarmente verificato                                    | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 9 – Pocket mask                                                                          | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 10 – Guanti monouso (min. 1 scatola)                                                     | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 11 – Mascherine chirurgiche (min. 1 scatola)                                             | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 12 – Buste garze sterili (min. 5 unità)                                                  | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 13 – Bende (min. 1 unità)                                                                | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| Sezione C – Impianto di movimentazione <sup>(5)</sup>                                    |                                                         |                                                                                         |
| 14 – Sistema di carico/scarico del Paziente diversamente abile in carrozzina             | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |
| 15 – Sistemi di ancoraggio della carrozzina, veicolo/paziente                            | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO |                                                                                         |

|                                                                                                               |                |                                   |                        |                                               |                                               |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Esito della verifica: <sup>(11)</sup> <input type="checkbox"/> superata <input type="checkbox"/> non superata |                |                                   |                        |                                               |                                               |                                               |
| Autista <sup>(7) (8)</sup>                                                                                    |                | Accompagnatore <sup>(7) (8)</sup> |                        | Note del team di controllo                    |                                               |                                               |
| Data verifica                                                                                                 | Luogo verifica | H inizio verifica                 | H conclusione verifica | Componente 1 team di controllo <sup>(7)</sup> | Componente 2 team di controllo <sup>(7)</sup> | Componente 3 team di controllo <sup>(7)</sup> |

## Note per la compilazione

### Regole generali

- a) Il presente modulo deve essere compilato in doppia copia: la prima copia viene mantenuta dal team di controllo, mentre la seconda deve essere consegnata all'autista del mezzo verificato.
- b) In caso di dispositivo/materiale monouso scaduto/alterato o in quantità inferiore a quanto previsto, la dotazione deve essere considerata nulla (barrare la casella NO).

### Descrizione note

- (1) Il veicolo non deve aver superato i 330.000 Km (tale limite rimane invariato anche in caso di importanti manutenzioni meccaniche come, ad esempio, la sostituzione del motore).
- (2) Requisito applicabile solo ai veicoli immatricolati dopo il 1 giugno 2016. La colorazione del veicolo deve essere di colore bianco, lasciando a vista almeno il 70% della colorazione originale della carrozzeria al netto dei loghi, delle strisce, delle croci di Esculapio e delle scritte. Non è permesso ricoprire interamente il veicolo con pellicole adesive o simili di colorazioni diverse dal bianco e/o verniciarne le superfici. Verificare visivamente e considerare il requisito non superato se, con ragionevole certezza, la % sopra indicata non risulta raggiunta.
- (3) Sulle due fiancate deve essere riportata in forma chiara la denominazione del Soggetto che ha la proprietà o la disponibilità del veicolo (Vettore) secondo la normativa vigente.
- (4) Uno per ogni fiancata del veicolo di dimensioni minime 6 cm x 60 cm.
- (5) Previsto come requisito minimo di dotazione solo per il l'attività di trasporto sanitario semplice per disabile (punto 13.1 – Allegato B – D.G.R. n. 5165/2016). È richiesto che il Vettore conservi a bordo del mezzo il certificato di omologazione. Il sistema di movimentazione deve essere verificato annualmente solo se elettroidraulico (in tal caso il Vettore deve conservare a bordo del mezzo il documento recante la certificazione della verifica).
- (6) Segnalare nel campo note: evidenti e macroscopici danneggiamenti della carrozzeria o degli apparati esterni, evidenti e macroscopici segni di non applicazione delle disposizioni relative al riordino e alla detersione del mezzo, altri rilievi significativi, al fine di effettuare una eventuale verifica in un momento successivo.
- (7) Nome e cognome in stampatello e sigla.
- (8) Verificare che tutti i componenti dell'équipe trasporti espongano sulla divisa il tesserino di identificazione, recante la denominazione del Vettore, numero di matricola (o altro identificativo) e la qualifica. Riportare nel campo "Note del team di controllo", posto sulla stessa riga, eventuali rilievi (es. assenza del tesserino di identificazione, non apposizione sulla divisa, non indicazione sul tesserino delle informazioni minime).
- (9) Verificare se il mezzo è di proprietà del Vettore (in caso negativo indicare nelle note).
- (10) Verificabile sia in formato cartaceo sia in formato digitale.

(11) La verifica si intende superata quando la valutazione è positiva ("OK") per tutte le voci indicate in grassetto (dotazione essenziale), in quanto l'assenza di una o più voci della dotazione essenziale (o la presenza di criticità associate) rappresenta una inadempienza contrattuale che comporta il mancato superamento della verifica.

In particolare:

- a) in caso di assenza/criticità associata a una o più voci in grassetto su sfondo grigio (voci 4, 5, 6, 8, 9, 15): la verifica è considerata non superata e il mezzo deve essere considerato non operativo fino alla completa risoluzione delle criticità riscontrate;
- b) in caso di assenza/criticità associata a una o più voci in grassetto su sfondo bianco (voci 1, 2, 3, 7): la verifica è considerata non superata ma il mezzo rimane operativo, con l'obbligo per il Vettore di risolvere le criticità riscontrate nel più breve tempo possibile.

L'ulteriore dotazione (voci non indicate in grassetto) è costituita da elementi rilevanti ma di secondaria importanza rispetto alla dotazione essenziale: l'assenza/criticità associata a una o più di tali voci non comporta il mancato superamento della verifica.

Il team di controllo comunica, via mail, l'esito della verifica alla Centrale NEA 116117 e, in caso di verifica con non superata, anche al DEC che provvederà per quanto di competenza.